



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA:  
OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'C. Martínez', is centered below the title. The signature is stylized and fluid.

**Memoria presentada por la licenciada**

**CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LARA**

**para optar al grado de Doctor**

**Sevilla, Marzo de 2013**



**Doña Eugenia Gil García**, Profesora Contratada Doctora y **Doña Ana María Porcel Gálvez**, Profesora Colaboradora; adscritas al Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

Hacen constar:

Que **Doña Concepción Martínez Lara** ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de Tesis Doctoral que presenta, titulado: “SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA” y que corresponde fielmente a los resultados obtenidos.

Una vez redactada la presente memoria, ha sido supervisada por nosotros y la encontramos conforme para ser presentada y aspirar al grado de Doctor ante el tribunal que en su día se designe.

Y para que conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expedimos el presente en Sevilla, marzo de 2013.



Fdo: Eugenia Gil García



Fdo: Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez



## **Agradecimientos**

Deseo expresar en primer lugar, mi más sincero agradecimiento a las Doctoras D<sup>a</sup> Eugenia Gil García y D<sup>a</sup> Ana María Porcel Gálvez por su continua dedicación en la dirección de esta Tesis Doctoral, por sus consejos, por indicarme siempre la dirección correcta. Sin ellas, este trabajo no hubiera resultado posible.

Mi especial agradecimiento a D. Juan Manuel García Praena, del Servicio de Estadística del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, por el apoyo recibido y por la facilitación de procedimientos y datos imprescindibles para este estudio. Extiendo mi agradecimiento a los profesionales de la Unidad de Investigación del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Mi agradecimiento a las Direcciones de Enfermería de los Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío por facilitarme el acceso a las diferentes Unidades de Gestión Clínica.

Quiero mostrar mi gratitud a todos los profesionales de enfermería que han participado en este estudio cumplimentando el cuestionario, la herramienta básica para que este trabajo haya sido realizado.



*A mi familia,  
que siempre me ha apoyado para que esta Tesis llegara a su fin*





## **ÍNDICE**



I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.....	11
2.1.1. Organismos responsables de la gestión y prestación de los Servicios Sanitarios Públicos en Andalucía .....	11
2.1.2. Organismos Instrumentales del Sistema Sanitario Público Andaluz.....	17
2.2. MODELOS DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.....	20
2.3. LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA .....	25
2.3.1. Definición y Características de la Unidad de Gestión Clínica .....	25
2.3.2. Clasificación de la Unidad de Gestión Clínica.....	30
2.3.3. Estructura y Funciones de la Unidad de Gestión Clínica .....	31
2.3.4. Acuerdo de Gestión Clínica.....	33
2.3.5. Objetivos de la Unidad de Gestión Clínica .....	34
2.3.6. Documentación en la Unidad de Gestión Clínica: Planes de Cuidados y Protocolos de enfermería .....	35
2.3.7. Evaluación de Resultados.....	39
2.4. LA CALIDAD ASISTENCIAL .....	46
2.5. LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.	50
2.6. EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA.....	52
2.7. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN .....	55
2.8. LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA .....	59
2.9. LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: UN MODELO DINÁMICO DE GESTIÓN .....	60
III. OBJETIVOS .....	65
IV. METODOLOGÍA .....	69
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	71
4.2. POBLACIÓN .....	71
4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	75
4.4. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	78

4.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	87
V. RESULTADOS .....	89
5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	91
5.2. CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO FONT ROJA ADAPTADO..	94
5.2.1. Análisis descriptivo de las Dimensiones .....	95
5.2.2. Análisis de correlación .....	96
5.3. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO FONT ROJA ADAPTADO .....	101
5.3.1. Fiabilidad del instrumento .....	101
5.3.2. Fiabilidad de las dimensiones.....	106
5.3.3. Análisis Factorial del cuestionario .....	124
5.4. MODELO PREDICTIVO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA .....	137
5.5. PERFILES DE PROFESIONALES SATISFECHOS CON LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.....	151
5.6. NUEVO MODELO DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL g_Clinic .....	158
5.6.1. Análisis de Fiabilidad del instrumento.....	159
5.6.2. Análisis Factorial del instrumento .....	163
VI. DISCUSIÓN .....	181
6.1. ACERCA DE LA SATISFACCIÓN.....	183
6.2. ACERCA DEL INSTRUMENTO .....	192
6.3. LIMITACIONES.....	197
6.5. PROSPECTIVA .....	198
VII. CONCLUSIONES.....	201
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	205
IX. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS .....	221
X. ANEXOS.....	233

## **I. INTRODUCCIÓN**



# I. INTRODUCCIÓN

Las organizaciones asistenciales se enfrentan a una mayor complejidad en el entorno reflejada entre otras, en nuevas necesidades y expectativas del ciudadano [1], que provoca la incorporación de variables en la gestión como son los factores sociales, la transparencia y el desarrollo sostenible [2].

Toda institución sanitaria que tenga entre sus objetivos ofrecer servicios de calidad debe orientar sus líneas estratégicas hacia la mejora continua, requiriendo de un sistema que gestione, mida y controle sus procesos [3]. Por tanto, los cambios realizados en la gestión sanitaria requieren de la aparición de nuevas herramientas para el desarrollo de estrategias que impulsen la calidad asistencial [4].

La gestión hospitalaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía ha evolucionado en las últimas décadas. Hasta los noventa, la atención especializada pública estuvo estructurada en ambulatorios y en hospitales; siendo entonces cuando se unificaron los hospitales y los centros de especialidades en un único nivel de atención, integrando tanto los recursos humanos como los materiales.

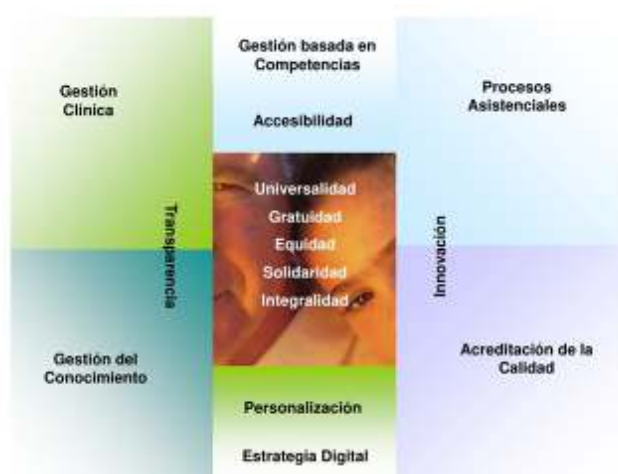
El concepto tradicional de hospital como lugar donde se presta la asistencia sanitaria especializada en régimen de internado ha quedado relegado por las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada, que tienen su fundamento en la Ley General de Sanidad [5]. En relación a la atención especializada, recoge en el artículo 56.2.b que “en el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales”. En su Artículo 65.2 define el Hospital como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”. Por otra parte, un hospital puede estar constituido por uno o varios centros hospitalarios que se organizan en el denominado Complejo Hospitalario [6].

El avance del desarrollo de los derechos de la ciudadanía forma parte de los Planes Integrales y Estrategias específicas relacionadas con nuevos problemas de salud y apoyo a las familias del Sistema Sanitario Público de Andalucía [7]. El ciudadano

como centro del sistema sanitario público en el ejercicio de su autonomía y participación en las decisiones sobre su salud, ha generado junto con los profesionales sanitarios la construcción de un Sistema Sanitario más eficiente y seguro donde ambas partes pueden compartir un entorno de confianza en la toma de decisiones con corresponsabilidad en la utilización de los servicios, compartiendo el conocimiento disponible (Fig. 1.1).

Aunque ofrecer una asistencia sanitaria de calidad que optimice los recursos existentes no es una novedad en la gestión sanitaria pública, desde 2003, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 53.2 que “el sistema de información sanitaria contendrá información sobre las prestaciones y la Cartera de Servicios en atención pública y privada en la atención sanitaria pública y privada e incorporará como datos básicos los relativos a la población protegida, recursos humanos y materiales” [8].

En este entorno, la labor desarrollada por los profesionales de Enfermería en la atención sanitaria pública, los cuidados que desempeñan, han pasado a ser una de las líneas estratégicas del Servicio Andaluz de Salud, siendo considerados como parte fundamental de la Gestión Asistencial junto con los Planes Marco, los Planes de Salud y los Planes Integrales [9].



**Fig. 1 1. Estrategia de gestión del SSPA**

Fuente: Rocha Castilla, JL. Las Estrategias de calidad y modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Resumen de una década. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/las-estrategias-de-calidad-y-modernizacion-del-sistema-sanitario-publico-en-andalucia-resumen-de-una-decada>. Consultado 10 enero de 2012



A través de los diferentes Planes de Salud de la Junta de Andalucía se ha ido desarrollando un modelo integrado de salud pública que fuese innovador y transparente, que diera respuesta a las nuevas situaciones y que fuera sensible a las demandas sociales [10], pero queda manifiesta la importancia que las Instituciones Públicas Andaluzas le otorgan a las Unidades de Gestión Clínica en el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud [11]. Para entender la visión que los profesionales de enfermería tienen de la UGC debemos partir de sus fundamentos. La UGC se basa en la Calidad Asistencial, concepto definido por Avedis Donabedian [12], que en los años sesenta analizó la estructura, los procesos y los resultados asistenciales valorando los costes y los resultados. Las UGC han fomentado las acreditaciones de las Unidades de Gestión y de los profesionales sanitarios por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza<sup>1</sup> convirtiéndose en un mecanismo de mejora continua. La existencia de las Unidades de Gestión Clínica ha impulsado la creación de los Protocolos de actuación en los procesos patológicos [13], suponiendo esta herramienta un punto de inflexión en la actividad asistencial, ya que ordena de forma clara y concisa las actividades que los profesionales deben realizar en cada procedimiento.

La implantación de este modelo de gestión en el Servicio Sanitario Público Andaluz es ya un hecho constatable y el objetivo primordial que persigue en un futuro próximo es el recorte en el gasto sanitario de una manera ordenada, generando un aumento de la calidad asistencial y de la satisfacción del usuario [14].

Para que el modelo de gestión clínica sea efectivo es necesario que los profesionales sanitarios estén motivados y realicen un cambio de actitudes en sus hábitos laborales [15], y aunque estos cambios no pueden imponerse, los gestores deben

---

<sup>1</sup> La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cuya finalidad es el impulso y la promoción del Modelo Andaluz de Calidad. Para conseguir esta finalidad, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se erige como la entidad certificadora de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada según el Modelo de acreditación del Sistema Sanitario Público Andaluz, buscando siempre la excelencia en la atención sanitaria y favoreciendo una cultura de la mejora continua.

Pero la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía no es sólo una entidad certificadora. Es también una organización generadora de conocimiento sobre calidad; conocimiento que parte del trabajo de investigación de los profesionales de la Agencia y también de los propios procesos de evaluación, que se convierten en una valiosa fuente de información para recopilar buenas prácticas y espacios de mejora comunes. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia.html](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la_agencia/que_es_la_agencia/que_es_la_agencia.html). Consultado el 21 de mayo de 2012.

actuar como facilitadores del cambio y proporcionar los recursos disponibles para obtener la consecución de los objetivos fijados [16].

Son escasos los estudios realizados acerca de la UGC [17] relacionados con enfermería. Por tanto, la búsqueda del conocimiento de actitudes enfermeras relacionadas con el modelo de Gestión Clínica puede llevarnos a establecer nuevos conceptos en torno a la profesión enfermera, máxime con los cambios producidos mediante la incorporación en el ámbito universitario del Tratado de Bolonia y la consecuente incorporación de la disciplina Enfermera como Grado en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), donde el concepto de competencia ocupa un lugar central y la definición de los perfiles de competencias permitirá comparar el desempeño laboral<sup>2,3</sup>.

La satisfacción laboral en la profesión enfermera ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones [18], pero no hemos encontrado estudios publicados acerca de la satisfacción laboral de enfermería en las Unidades de Gestión Clínica.

Para analizar y comprender las actitudes e ideas acerca de la satisfacción y motivación que tienen los profesionales de enfermería de las UGC, hemos partido de la definición que Locke realizó sobre la motivación laboral en la Teoría de la Fijación de Objetivos [19] junto con la Teoría de los dos factores de Herzberg [20], donde la consecución de los objetivos supone el éxito de todos (usuarios, profesionales e institución). Otros autores han relacionado la motivación laboral con la Inteligencia Emocional [21] que según Daniel Goleman [22] y partiendo de la definición de Salovey

---

<sup>2</sup> El proyecto Tuning (Educational Structures in Europe) tiene como un objetivo primordial la definición de competencias en un marco formativo y académico. También pretende ser una plataforma de intercambio de información y de debate acerca de titulaciones, materias, contenidos, métodos de enseñanza, transferencia de créditos (ETCS: Sistema Europeo de Transferencia de Créditos) que garanticen la movilidad, la transparencia y la calidad.

En los alumnos de enfermería, las competencias van a definir el proyecto curricular. La competencia ha sido definida como habilidad, conocimiento y destreza, pero en el contexto del EEES la competencia es equivalente a suficiencia y responsabilidad.

\*Palomino Moral PA, Frías Osuna A, Grande Gascón ML, Hernández Padilla ML, Del Pino Casado R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index Enferm* 2005 Jun 14(48-49):50-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100011>. Consultado 5 de junio de 2012.

<sup>3</sup> Amezcua, M. Espacio Europeo de Educación Superior y Formación Continuada de los profesionales ¿es posible la convergencia? *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2008; 17(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/2930.php>. Consultado el 26 de junio de 2012.

\*Tanto el EEES como el Sistema de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios pone un especial énfasis en la adquisición de competencias. Ambos modelos asumen el modelo de aprendizaje a lo largo de la carrera profesional.

y Mayer [23] fue propuesta como variable a tener en cuenta en el rendimiento del trabajo.

Ante las percepciones positivas y negativas que la UGC plantea en los profesionales de enfermería (Diplomados en Enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería), se consideró pertinente centrar el objetivo de este trabajo en la búsqueda de los factores que influyen en la satisfacción y motivación laboral de los profesionales de enfermería de la UGC. En esta investigación, se analizaron los factores intrínsecos más valorados por los profesionales de enfermería de la UGC como son la satisfacción, la motivación y el reconocimiento junto con otros factores extrínsecos a los Profesionales, destacando entre estos el liderazgo enfermero y la incentivación económica derivada de la consecución de los objetivos propuestos en el Acuerdo de Gestión Clínica.



## **II. MARCO TEÓRICO**



## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LA GESTIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

El Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) ha contemplado distintos modelos de gestión. A través de los distintos Planes de Salud se han iniciado nuevas estrategias de gestión adaptadas al momento y a las necesidades de salud. Desde el I Plan de Calidad del SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz) [24], se configuraron las competencias profesionales como uno de los ejes primordiales en la gestión de los profesionales sanitarios, como un modelo de gestión que contribuía al aumento de la calidad asistencial. En el II Plan de Calidad del SSPA [25] se señala la Gestión por Competencias junto con la Gestión Clínica y la Gestión por Procesos como herramientas básicas para garantizar la gestión de la calidad.

El Sistema Sanitario Público Andaluz está configurado por distintos organismos que prestan servicios asistenciales y por otros que sirven de instrumentos para conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria. Los organismos dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía son [26]:

- Servicio andaluz de Salud (SAS)

- Agencias Públicas Sanitarias Empresariales: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), Agencia Pública Empresarial Costa del Sol a la que están adscritas la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir.

- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

#### **2.1.1. ORGANISMOS RESPONSABLES DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS EN ANDALUCÍA**

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene establecidas las competencias de gestión y prestación de los servicios sanitarios a diferentes organismos y entidades públicas. La Organización de la Consejería de Salud está definida en el

Decreto 171/2009 de 19 de mayo, en el que se establece su Estructura Orgánica Básica con las competencias de sus principales órganos directivos [27]. Cada uno de los organismos que la integran están regulados por sus propias normas funcionales<sup>4, 5, 6</sup>.

### **Servicio andaluz de Salud (SAS)**

El Servicio andaluz de Salud está adscrito a la Consejería de Salud como Organismo Autónomo de la Junta de Andalucía, siendo el principal, tanto por su volumen como por la extensión de sus actuaciones y competencias [28]. El Decreto 171/2009, de 19 de mayo, establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud y regula sus funciones.

El marco de referencia del Servicio Andaluz de Salud lo componen:

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía
- III Plan Andaluz de Salud 2003–2008
- III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010–2014
- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta en su plantilla con 84.647 profesionales para atender su red asistencial y está organizado por niveles de atención sanitaria. El primer nivel de atención del SAS corresponde a la Atención Primaria de salud, que

---

<sup>4</sup> Servicio Andaluz de Salud: Ley 2/1998 de 15 Junio de Salud de Andalucía, así como por los preceptos que todavía se mantienen en vigor de la Ley 8/1986 de 6 de Junio del Servicio Andaluz de Salud.

<sup>5</sup> Empresa Pública de Emergencias Sanitarias: Ley 2/1994 de 24 de Marzo de Creación de la Empresa, Decreto 88/1994 de 19 de Abril, por el que se aprueban sus Estatutos de Funcionamiento.

<sup>6</sup> Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol: fue creada por la Disposición adicional Decimoctava de la Ley 4/1992 de 30 de Diciembre de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993. El BOJA 115/2012 según decreto 152/2012 establece que están adscritas a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol las siguientes Agencias Públicas Empresariales Sanitarias:

- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital del Poniente: Estuvo regulada por sus propias normas fundacionales, definidas según Decreto 131/1997 de 13 de Mayo hasta nuevo decreto.
- -Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir: Estuvo regulada por los preceptos de la misma y los contenidos de sus Estatutos de funcionamiento, establecidos según Decreto 48/2000 de 7 de Febrero hasta nuevo decreto.
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir: La Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir fue creada por la Ley 3/2006 de 19 de Junio. Posteriormente, mediante el Decreto 98/2011, de 19 de abril, adopta la configuración de Agencia Pública Empresarial, prevista en el artículo 68.1.b) de la Ley 9/2007<sup>2</sup>, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, conforme a lo dispuesto en la Disposición transitoria única de la misma. Se encuentra adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, en virtud del mandato contenido en el artículo 10 de la Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía e integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.



realiza la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Está organizado estructuralmente para la planificación operativa en Distritos de Atención Primaria y cuenta con una plantilla de 22.332 Profesionales.

En el nivel de Atención Hospitalaria se atiende a los pacientes que precisan de hospitalización, aunque también dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos. El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 29 hospitales, distribuidos por toda la geografía andaluza, con una plantilla de 62.315 Profesionales.

### **Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)**

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía es responsable de la gestión y prestación asistencial de Emergencias Sanitarias en el territorio de Andalucía. De este organismo dependen los Equipos de Emergencias 061 y el Servicio Salud Responde.<sup>7</sup>

En su cartera de servicios, la EPES ofrece las siguientes actividades:

- Coordinación de la Urgencia Sanitaria a través del Teléfono de Urgencias Sanitarias de Andalucía (TUSA) 902 505 061.
- Asistencia sanitaria a la emergencia.
- Gestión del Transporte Secundario Terrestre de Pacientes Críticos en capitales de provincia.
- Transporte Aéreo de Pacientes Críticos nacionales.
- Coordinación de la red de transporte urgente.
- Cobertura sanitaria a eventos especiales, Dispositivos Sanitarios de Riesgo Previsible.
- Coordinación del teléfono de la Red de Alerta Integral.

---

<sup>7</sup> Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Disponible en: <http://www.epes.es>. Consultado el 30 de mayo de 2012. La EPES se creó en marzo del año 1994 según Decreto 88/1994 de conformidad a lo establecido en la Ley 2/1994, de 24 de marzo, configurándose como entidad de Derecho público de las previstas en el artículo 6.1.b de la Ley General de Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía y adscrita a la Consejería de Salud. En octubre del mismo año se suman los Centros de Coordinación de Urgencias y los Equipos de Emergencias de Córdoba, Huelva, Málaga y Sevilla y en diciembre, los Equipos de Emergencias de Granada junto con el Centro de Coordinación de Urgencias. En mayo de 1995 iniciaron su actividad el Centro de Coordinación de Urgencias y los Equipos de Emergencia de Almería y en 1996, los Centros de Cádiz y Jaén, quedando establecida la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en todo el territorio andaluz.

## Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol

La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol se encarga de la gestión y prestación asistencial de los Hospitales Costa del Sol de Marbella, del Centro de Alta Resolución de Benalmádena, del Centro de Alta Resolución de Mijas [29] (Fig. 2.1.) y de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del Hospital de Poniente, del Hospital Alto Guadalquivir y Hospital Bajo Guadalquivir<sup>8</sup>.

El Hospital Costa del Sol fue el primer centro constituido como Empresa Pública de Andalucía donde se utilizaron las herramientas empresariales para mejorar la eficiencia y la calidad de sus servicios en el ámbito de la salud pública. Fue inaugurado en 1993 [30].



**Fig. 2 1. Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa Del Sol.**

Fuente: <http://www.hcs.es/content/presentaci%C3%B3n-0> Consultado 10 enero de 2012

## Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente es responsable de la gestión y prestación de la atención especializada en el ámbito territorial de las provincias de Almería y Granada y fue creada por la Disposición Adicional Segunda de la Ley 9/1996 de 26 de Diciembre, en la que se aprueban Medidas de Acompañamiento a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1997.

---

<sup>8</sup> Publicado en BOJA12-220. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/115/BOJA12-115-00014-10375-01\\_00008862.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/115/BOJA12-115-00014-10375-01_00008862.pdf). Consultado el 10 de enero de 2013.

El Hospital de Poniente de El Ejido (Almería) se creó en 1997 y en 2005, el Centro de Alta Resolución de El Toyo en la zona Levante de Almería capital, se sumó a la Empresa Pública Hospital de Poniente. Posteriormente, se sumaron en marzo de 2011 los Hospitales de Alta Resolución de Guadix y Loja, ambos en la provincia de Granada [31] (Fig. 2.2.). Según decreto 152/2012, publicado en BOJA 115/2012, se estableció que la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente quedara adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol.



**Fig. 2 2. Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente**

Fuente: <http://www.ephpo.es/>. Consultado 10 enero de 2012

### **Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir**

La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir se creó en 1999 según la Ley 11/1999 de 30 de Noviembre. Según decreto 152/2012, publicado en BOJA 115/2012, se estableció que la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir quedara adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol.

En los comienzos, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir se encargaba de gestionar el Hospital Alto Guadalquivir, pero en diez años, ha pasado a gestionar también el Hospital de Montilla, el Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, el Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, el Hospital de Alta Resolución de Alcaudete, el Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato, el Hospital de Alta

Resolución de Alcalá la Real (Fig. 2.3) y los Hospitales de Alta Resolución de Cazorla y Palma del Río se le unirán cuando sean operativos [32].



Hospital Alto Guadalquivir



Hospital de Montilla



Hospital Sierra de Segura



Hospital de Puente Genil



Hospital de Alcaudete



Hospital Valle de Guadiato



Hospital de Alcalá la Real

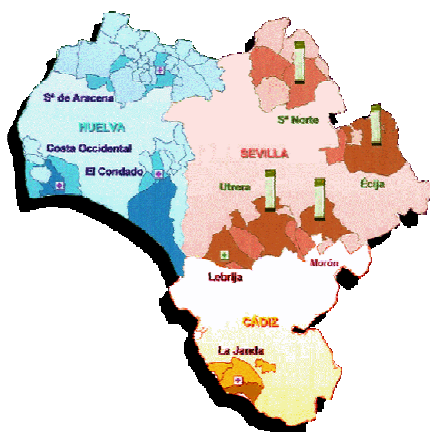
**Fig. 2.3. Distribución geográfica de Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir**

Fuente: <http://www.ephag.es/Alto-Guadalquivir/Paginas/default.aspx>. Consultado 10 enero de 2012

### **Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir**

Se encarga de la gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución ubicados en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla (Fig. 2.4), de la gestión que se le atribuya al Hospital Militar Vigil de Quiñones de Sevilla, así como los centros sanitarios transferidos desde las Administraciones Locales de Andalucía, o la de

aquellos centros sanitarios de titularidad privada sin ánimo de lucro que, por razones de su integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, puedan ser adscritos a la agencia en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla. Se encuentra adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, en virtud del mandato contenido en el artículo 10 de la Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía<sup>9</sup>.



**Fig. 2.4. Distribución geográfica de Hospitales de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir**

Fuente: [http://www.juntadeandalucia.es/epsbg/nuestros\\_centros/centros.html](http://www.juntadeandalucia.es/epsbg/nuestros_centros/centros.html). Consultado 10 enero de 2012

## **2.1.2. ORGANISMOS INSTRUMENTALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

Existen otras entidades públicas dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a la Consejería de Salud cuya finalidad no es la prestación directa de servicios sanitarios, sino que están especializadas en otros ámbitos funcionales que son competencia completa o compartida por la Consejería de Salud (Fig. 2.5.).

---

<sup>9</sup> La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir. Se creó en 2006 mediante la Ley 3/2006, de 19 de junio, como una Empresa Pública de la Junta de Andalucía. Posteriormente, mediante el Decreto 98/2011, de 19 de abril, adopta la configuración de Agencia Pública Empresarial de las previstas en el artículo 68.1.b) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, conforme a lo dispuesto en la Disposición transitoria única de la misma. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/epsbg/>. Consultado el 30 de mayo de 2012.

## Organismos instrumentales del SSPA



Fig. 2.5. Organismos instrumentales del SSPA

Fuente: Rocha Castilla, JL. Las Estrategias de calidad y modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Resumen de una década. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/las-estrategias-de-calidad-y-modernizacion-del-sistema-sanitario-publico-en-andalucia-resumen-de-una-decada>. Consultado 10 enero de 2012

### Escuela Andaluza de Salud Pública

Es un organismo que se responsabiliza de la Docencia e Investigación en materia de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Andalucía, con independencia de tareas de Asesoría y Gestión directa de Proyectos de Cooperación Internacional. Su Cartera de Servicios abarca no sólo la Comunidad Autónoma, también presta servicios a Instituciones de todo el Estado [33].

### Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)

Asume las competencias compartidas por diferentes departamentos de la Junta en cuanto a la integración sociolaboral y residencial de los enfermos psiquiátricos crónicos, junto con los Servicios de Salud Mental del SAS, y tiene como objetivo principal, ofrecer una vida digna y socialmente integrada a estos pacientes<sup>10</sup>.

### Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud

Es la entidad central de apoyo y gestión a la investigación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, como tal, asume la responsabilidad de impulsar de forma

<sup>10</sup> Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Fue creada en noviembre de 1993 tras una Resolución Parlamentaria del Parlamento Andaluz, por el Consejo de Gobierno. El patronato está formado por la Consejería de Salud, la Consejería de Empleo, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.faisem.es>. Consultado 30 de mayo de 2012.



efectiva el desarrollo de la investigación en salud mediante la gestión eficiente de los recursos y el apoyo a la actividad científica y a la innovación [34]. Tiene múltiples objetivos entre los que destacan la organización y gestión de programas de salud, el desarrollo de programas nacionales y transnacionales de cooperación sanitaria y el desarrollo de programas de investigación innovadores en la prestación de servicios sanitarios<sup>11</sup>.

### **Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA)**

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una organización a la que presta soporte de gestión la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud y tiene como objetivo principal impulsar y promocionar el Modelo Andaluz de Calidad [35]. Fue creada en el año 2003 para garantizar la calidad y mejora continuada de los servicios andaluces de salud y promover la mejora continua de los Profesionales Sanitarios.

Ha impulsado los procesos de certificación de la calidad de los Centros y Unidades de Gestión Clínica, de los Profesionales Sanitarios, de las Unidades de Formación Continuada y de las páginas webs sanitarias. Una de las líneas de trabajo que tiene la ACSA es el Observatorio para la Seguridad del Paciente que contribuye al debate profesional y a la difusión de prácticas seguras asociadas a la atención sanitaria. En 2009 creó el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud que tiene como objetivo principal crear un espacio de aprendizaje que favorezca la generación, el intercambio y la difusión de las mejores prácticas en el ámbito de la formación de grado y posgrado y en la formación continuada<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> La Fundación Progreso y Salud también se encarga de participar en la formación pre y postgraduada de los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con la Salud y de cooperar en instituciones públicas y privadas para mejorar el sistema integral de atención socio-sanitario. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial/consejeria/adscritos/fps.html>. Consultado el 10 de enero de 2013.

<sup>12</sup> Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía En el proceso de acreditación de la ACSA se observa y reconoce la labor profesional en relación a diez criterios:

1. Orientación al Ciudadano.
2. Promoción de la Salud.
3. Atención al individuo y familia.
4. Gestión por Procesos.
5. Trabajo en equipo.
6. Actitud de progreso y mejora continua.
7. Compromiso con la docencia.
8. Compromiso con la investigación.
9. Uso eficiente de los recursos

## **Fundación IAVANTE**

Fue creada en el año 2002 y se encarga de la realización de actividades en las que la innovación y la tecnología supongan un incremento en la salud de la población y una mejora en el funcionamiento de los servicios socio-sanitarios. Estas actividades están dirigidas a la planificación, organización, construcción, financiación, gestión y formación de proyectos sanitarios nacionales e internacionales, especialmente del área de cuidados críticos, urgencias y emergencias. La Fundación IAVANTE se encuentra ubicada en Málaga, Granada y Sevilla aunque es destacable el Complejo Multifuncional Avanzado de Simulación e Innovación Tecnológica, CMAT, situado en Granada [36].

## **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**

Tiene su sede en Sevilla y desarrolla las funciones relacionadas con el mantenimiento, evaluación, homologación de la tecnología de los centros sanitarios. También se encarga de promover y difundir la investigación científica dirigida a mejorar la metodología necesaria para la evaluación de las tecnologías sanitarias en las instituciones sanitarias y no sanitarias. Se encarga de seleccionar las tecnologías sanitarias nuevas o en uso susceptibles de evaluación y de realizar la elaboración de informes técnicos sobre la utilización de tecnologías sanitarias que le puedan ser requeridos por organismos sanitarios públicos o privados, o por cualquier otro organismo administrativo o empresarial<sup>13</sup>.

## **2.2. MODELOS DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

En el I Plan de Calidad 2000–2004 del Sistema Sanitario Público Andaluz se define la Gestión por Competencias para los profesionales y centros sanitarios [37]. En el II Plan de Salud se señala la Gestión por Competencias junto con la Gestión Clínica y la Gestión por Procesos como las herramientas básicas para garantizar la gestión de la

---

10. Orientación a los resultados

Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>. Consultado el 30 de mayo de 2012.

<sup>13</sup>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Su regulación está contenida en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, y su desarrollo normativo se contiene en el Decreto 109/1993 de 31 de Agosto. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>. Consultado el 18 de mayo de 2012.



calidad. Estos tres modelos sintetizan la gestión que se ha realizado y que se está ejerciendo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## **GESTIÓN POR COMPETENCIAS**

El término competencia se debe a David McClelland, psicólogo de la Universidad de Harvard, que en 1973 publicó el artículo *Evaluar la competencia en lugar de la inteligencia*, en el que definía la competencia como “aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo”. El modelo de Gestión por Competencias se inició en el Sistema Sanitario Público Andaluz dentro de la línea denominada Desarrollo para Profesionales, enmarcada en el I Plan de Calidad 2000–2004, donde se realizaba la definición de los Mapas de Competencias de los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz y de los profesionales que participaban en cada proceso asistencial. En la Gestión por Competencias deben confluir tres procesos:

- La Formación, a través de un Plan Integral de Formación de los profesionales en todas las etapas (pregrado, formación de especialistas y formación continuada).
- La Evaluación, como autoevaluación y autoaprendizaje para medir los resultados obtenidos.
- El Reconocimiento del desarrollo de competencias a través de la Acreditación de Profesionales y de la Carrera Profesional [38].

En el II Plan de Calidad del SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz) [25] se alude a la Gestión por Procesos, la Gestión Clínica y la Gestión por Competencias como herramientas fundamentales para garantizar la gestión de la calidad de los Servicios Sanitarios y la puesta en marcha del programa de Acreditación de Competencias Profesionales y la implantación de la Carrera Profesional (Fig. 2.6).

La Gestión por Competencias tiene como objetivo el desarrollo continuado de profesionales excelentes como factor esencial para una asistencia de calidad. Se realiza a través de la formación, la evaluación y el reconocimiento del desarrollo de las competencias obtenidas. El Mapa de Competencias está directamente relacionado con los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales que desempeñan su labor en el SSPA. Una de las aplicaciones prácticas de la Gestión por Competencias fue la implantación de la Evaluación para el Desempeño Profesional (EDP) en el Acuerdo de noviembre de 2002, que determinó cuatro competencias generales:

- Aprendizaje y mejora continua
- Trabajo en equipo
- Orientación a los resultados
- Orientación al Usuario



**Fig. 2.6. Modelo de Gestión por Competencias en el SSPA**

Fuente: Rocha Castilla, JL. Las Estrategias de calidad y modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Resumen de una década. Universidad Menéndez Pelayo. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/las-estrategias-de-calidad-y-modernizacion-del-sistema-sanitario-publico-en-andalucia-resumen-de-una-decada>. Consultado 10 enero de 2012.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) es la entidad certificadora del modelo de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En 2005 se diseñaron los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales y el modelo de Carrera Profesional, basado en la acreditación y evaluación de las competencias profesionales y en la valoración de méritos profesionales relacionados con la formación, docencia, investigación, innovación y compromiso con la organización. La certificación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja no sólo el momento en el que se está, sino el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad. Las reglas para la concesión, mantenimiento y renovación de la Certificación de Servicios conforme a dicho modelo, se encuentran desarrolladas en el Documento General de Certificación de Servicios [39].

## GESTIÓN POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

La gestión de las organizaciones sanitarias también se puede realizar mediante Líneas Estratégicas. En el mes de junio de 1997, el SAS presentó el Documento 0 del Plan Estratégico [40].

En el Plan Estratégico 2010-2013 los objetivos primordiales de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza son los siguientes [41]:

- Impulsar la altura de calidad y seguridad en el SSPA y en otros sistemas.
- Impulsar la generación de nuevos conocimientos en calidad y seguridad, creando canales y formatos que faciliten su difusión y estimulando el trabajo basado en la innovación y la creatividad.
- Promover el desarrollo de redes profesionales orientadas a la calidad y seguridad en los múltiples aspectos de la atención sanitaria.
- Alentar el desarrollo tecnológico como elemento de soporte para las actuaciones que realiza la ACSA, haciéndolos referentes en el ámbito de la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Promover la difusión del modelo de acreditación, su metodología y herramientas

## GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos constituye el núcleo central del modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de Calidad) de Calidad Total<sup>14</sup>, entendiendo por proceso, la secuencia de actividades que añaden valor a un producto [42].

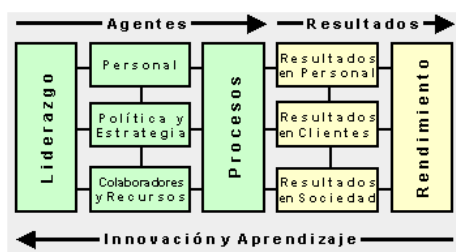


Fig. 2.7. Mapa de Criterios del Modelo EFQM de Excelencia.

Fuente: EFMQ. Disponible en: <http://www.tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEuropeo.htm#EFQM>. Consultado 7 de febrero de 2012.

<sup>14</sup> La EFQM (European Foundation for Quality Management) es el Modelo de la Fundación Europea para la Excelencia. Disponible en: <http://www.arnaut.net/sites/default/files/images/documentos/ader-modelo-efqm.pdf>. Consultado el 24 de marzo de 2012.

La Gestión por Procesos tiene como objetivo asegurar de forma rápida y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en los profesionales que prestan los servicios y en el propio proceso patológico, tratando de implicar a las personas para mejorar los resultados. Consta de las siguientes fases:<sup>15</sup>

- Elaboración del mapa de procesos orientados a cumplir los objetivos de la organización.
- Identificación de los procesos clave y de sus responsables.
- Identificación de los problemas susceptibles de mejora.
- Implementación de las mejoras pertinentes y evaluación de los procesos.

En la gestión por procesos se analizan los distintos componentes que intervienen en la prestación sanitaria y tiene como objetivos ordenar el flujo de trabajo, integrar el conocimiento actualizado y analizar los resultados obtenidos teniendo en cuenta las expectativas de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios, intentando disminuir la variabilidad de actuaciones en la actividad asistencial<sup>16</sup> (Fig. 2.8).

El proceso tiene que cumplir los siguientes criterios específicos para que pueda identificarse: alta prevalencia, lista de espera, impacto social, coste elevado, casuística más frecuente, aportación de valor añadido a los usuarios y factibilidad para abordar el proceso. Para evaluar la calidad de los procesos, se realiza la comparación de las situaciones deseables (estándares) con la situación real, y se aportan las sugerencias necesarias para evitar las discrepancias [43].

---

<sup>15</sup>El Proceso Asistencial Sanitario se define como el conjunto de actividades (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) que realizan los proveedores de la atención sanitaria que pueden incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios. Consejería de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Expectativas de ciudadanos. Sevilla: Junta de Andalucía. 2001.

<sup>16</sup> La gestión por procesos se basa en un enfoque orientado al usuario, a la implicación de los profesionales y que está sustentado en la mejor práctica clínica para conseguir una atención y respuesta única a los problemas de salud del paciente incluyendo la continuidad asistencial. Gestión por Procesos del SPPA. Curso de Formación Médica Continuada. Huerca-Overa.2002.

1. **Identificación** de procesos prioritarios
2. **Reingeniería** de cada proceso, basada en Metodología IDEF y MBE
3. **Implantación** de cada proceso mediante un plan específico
4. **Medición** de resultados y revisión de los procesos

**Criterios de Priorización**

- Alta prevalencia
- Existencia de demoras
- Impacto social
- Coste elevado
- Factibilidad
- Potencial valor añadido



**Mapa de  
Procesos**

**Fig. 2.8. Modelo de Gestión por Procesos en el SSPA**

Fuente: Rocha Castilla, JL. Las Estrategias de calidad y modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Resumen de una década. Universidad Menéndez Pelayo. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/las-estrategias-de-calidad-y-modernizacion-del-sistema-sanitario-publico-en-andalucia-resumen-de-una-decada>. Consultado 10 enero de 2012.

Un grupo de expertos del Sistema Sanitario Público Andaluz identificaron en el año 2001 los procesos clave a través de los datos de la Lista de Espera Quirúrgica, del Conjunto Mínimo de la Base de Datos (CMBD), de la Estadística de la Mortalidad Evitable, de la distribución de las Altas por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) más frecuentes y de otras fuentes documentales [44].

## 2.3. LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La Gestión Clínica se define como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes y está relacionada con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las Unidades Clínicas [45].

### 2.3.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica<sup>17</sup> y tiene como principal objetivo potenciar la eficacia, la

<sup>17</sup> Gestión clínica: También llamada “Microgestión”, es la gestión que se desarrolla en la práctica cotidiana\*. La gestión clínica abarca los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los pacientes\*\*.

\*Sandoya, E. (2008). ¿Qué es la Gestión Clínica? Tendencias en Medicina. (33)50-55.

efectividad y la eficiencia de los Servicios Sanitarios Públicos, basándose en la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos. Practicar Gestión Clínica es integrar la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles. Si el profesional decide el proceso productivo al tomar las decisiones en nombre o con el paciente, es lógico que participe en la gestión de los recursos de las Unidades de Gestión Clínica si se pretenden mejorar los resultados [46].

El modelo de Gestión Clínica pretende orientar la actividad asistencial centrándose en el Proceso Asistencial y en la atención integral del paciente favoreciendo las relaciones entre los gestores y los profesionales sanitarios. (Fig. 2.9).



**Fig. 2.9. Modelo de gestión en las UGC.**

Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública. Ponencia: Gutiérrez Pérez, JL. La gestión clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Granada 20 de Septiembre 2010.

El surgimiento de la UGC ha estado determinado por una serie de factores que han impulsado favorablemente su aparición. Entre estos hay que destacar el agotamiento del anterior modelo dominante, la necesidad de participación e implicación de los profesionales en la Unidad, afianzando el sentido de pertenencia a la organización y la ubicación del paciente como centro del sistema sanitario [47].

En el año 2002 se elaboró el Adenda o Contrato-Programa 2001-2004 del Servicio Andaluz de Salud en el que se establecían las metas y los objetivos que la Atención Primaria y Especializada debían alcanzar durante ese período. En el

---

\*\* Pérez Lázaro, J.J.; García Alegría, J y Tejedor Fernández, M. (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. Rev Calidad Asistencial; 17: 305-11.

documento se señalaban las líneas estratégicas que ambos niveles debían establecer [48]:

1. Atención al Usuario
2. Gestión de la Producción Asistencial
3. Promoción del uso racional del medicamento
4. Cooperación asistencial
5. Gestión de los Recursos Humanos
6. Gestión Económica
7. Financiación
8. Sistemas de Información
9. Investigación

La descentralización de la gestión se continuó aplicando y en el 2002 se firmaron 98 Acuerdos con Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y con 74 Unidades de Atención Hospitalaria [49].

La implantación del modelo de Gestión Clínica ha sido uno de los objetivos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El III Plan de Andaluz de Salud impulsa la Gestión Clínica para potenciar las funciones de salud pública y contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos. También trata de mejorar la gestión de los Servicios a través de la incorporación de Catálogo de Servicios, de mecanismos de acreditación de Servicios y profesionales, de criterios y normas de calidad que faciliten la práctica basada en la evidencia, de la elaboración de Procesos y Guías de actuación, del impulso de la investigación y la Formación Continuada y del desarrollo de sistemas de información entre profesionales y ciudadanos [10]. En la UGC se potencia la enfermería basada en la evidencia, que consiste en la búsqueda sistemática de una respuesta útil y pertinente para la práctica enfermera basada en la investigación, pero que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera [50]. El Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia se define como un espacio “desde el que se atienden los avances que en nuestro medio se producen sobre la búsqueda, el uso o la reflexión en torno a evidencias de interés para la

prestación de cuidados de salud adecuados y culturalmente adaptados a los requerimientos de los sujetos y sus entornos sociales”<sup>18</sup>.

En la UGC se fomenta el uso de Guías de Práctica Clínica<sup>19</sup>, la utilización adecuada de fármacos, de tecnología sanitaria y el análisis de coste-utilidad y coste-efectividad. La UGC organiza la actividad asistencial mediante la gestión por procesos, la atención centrada en el paciente, la autonomía de gestión (Contrato-Programa), la autoevaluación y la mejora continua. Un avance muy importante en la Gestión Clínica se realizó con la introducción de los Grupos Relacionados con los Diagnósticos (GRD) como medida de la carga de trabajo asociada a los ingresos hospitalarios<sup>20</sup>.

Están estructuradas en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados con un proceso específico. Para su implantación, no se requieren cambios jurídicos-legislativos en la organización sanitaria de pertenencia. Entre las principales características que definen la UGC destacan las siguientes [51]:

- Pactar un Contrato de Gestión de la Unidad con la Dirección del centro hospitalario.
- Disponer de estándares de calidad.
- Evaluar los resultados clínicos y económicos.
- Presentar un Director/a de la UGC, que cuente con la labor del Coordinador/a de Cuidados para liderar a los Profesionales de la UGC.

La UGC debe describir la misión y los valores en los que se fundamenta, entendiendo como misión, la definición de la finalidad de la Unidad y el propósito que

---

<sup>18</sup> El Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia es una red cooperativa de la Fundación Index compuesta por grupos independientes de diferentes áreas de conocimiento que trabajan para la difusión de evidencias científicas entre las enfermeras. Sus bases conceptuales son: la investigación, la experiencia del profesional, los valores de los usuarios y los recursos disponibles. Disponible en: [http://www.ciberindex.com/blog\\_oebe/?page\\_id=5](http://www.ciberindex.com/blog_oebe/?page_id=5). Consultado 30 de enero de 2013.

<sup>19</sup> Guía Clínica: documento que agrupa las mejores evidencias científicas disponibles y otros conocimientos necesarios para la toma de decisiones sobre un problema sanitario concreto”.

\* Consejería de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Expectativas de ciudadanos. Sevilla: Junta de Andalucía. 2001. Disponible en: [http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion\\_auditoria/bibliografia/libros\\_completos/libro\\_completo\\_de\\_procesos.pdf](http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/libros_completos/libro_completo_de_procesos.pdf). Consultado el 23 de abril de 2012

<sup>20</sup> Los Grupos Relacionados con los Diagnósticos (GRD) se construyen sobre la base de la casuística de los pacientes, con ingredientes muy ligados en su inicio al desarrollo incipiente de los sistemas de información y de clasificaciones estandarizadas, algoritmos de agrupación, técnicas estadísticas nuevas, etc.

\*Sánchez Gómez S. Proyecto Técnico de Gestión Servicio ORL. Hospital Virgen Macarena.2006.



justifica la creación o continuidad de la Unidad de Gestión Clínica [13]. La misión de la UGC consiste en prestar la mejor atención posible a los problemas de salud de los pacientes que atiende y por ello la práctica asistencial que ofrece debe estar basada en el conocimiento científico disponible.



**Fig. 2.10. Participación ciudadana en las UGC**

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gc\\_GCParticipacionCiudadana](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gc_GCParticipacionCiudadana). Consultado el 3 de octubre de 2012.

También debe manejar con eficiencia y eficacia la utilización de los recursos materiales y humanos, las expectativas del ciudadano acerca de la accesibilidad a los Servicios Sanitarios, la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. Por tanto, en la descripción de la misión que realice cada UGC deben quedar establecidos los principales problemas de salud de los pacientes a los que atiende, destacándolos en base a su relevancia o prevalencia. Además, es conveniente que se defina el tipo de pacientes (edad, género, patología, etc.) y de familiares a los que se les presta los servicios.

Se debe definir la Cartera de Servicios que puede ofrecer, y elaborar el Catálogo de Procedimientos Diagnósticos y de pruebas complementarias que puede realizar<sup>21</sup> (Anexo 2). También tiene que establecer su principal actividad y reflejar la casuística más frecuente en las Áreas de Consultas Externas y en la Unidad de Hospitalización [13].

---

<sup>21</sup> En el Anexo 2 se muestra la Cartera de Servicios de los profesionales de Enfermería de la UGC de Cirugía Máxilofacial 2011. Hospital Virgen Macarena.

### 2.3.2. CLASIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La clasificación de las UGC se realiza atendiendo a las características de los centros en los que se ubican y del nivel en el que ejercen sus actividades, pudiendo configurarse como UGC de Atención Primaria (Fig. 2.11), UGC de Atención Hospitalaria, UGC de Salud Mental, UGC Intercentros y UGC Interniveles<sup>22</sup>.



**Fig. 2.11. Ejemplo de UGC en Atención Primaria de Salud: UGC Palma del Río (Córdoba).**

Fuente: Unidad de Gestión de Palma del Río. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es>. Consultado el 10 de octubre de 2012.

La mejora en la gestión de los Servicios ha posibilitado la aparición de las Unidades de Gestión Clínica y según los datos del SAS, en 2011 fueron registradas un total de 446 UGC en Atención Primaria y de 477 UGC en Atención Hospitalaria [52] (Fig. 2.12), incrementándose en 1175 el número de UGC ubicadas en Andalucía en el año 2012<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup>La clasificación de las UGC viene determinada en el artículo 5 y 6 del Capítulo II del Borrador del Decreto que regula la Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es/proyecto-de-decreto-de-unidades-de-gestion-clinica/> el Servicio Andaluz de Salud. Consultado el 20 de febrero de 2012.

<sup>23</sup> En el espacio para la Gestión Clínica del SAS se encuentra el Mapa Interactivo de las UGC. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ugcactivas/mapas/MapaUGC.as>. Consultado 10 febrero 2013.

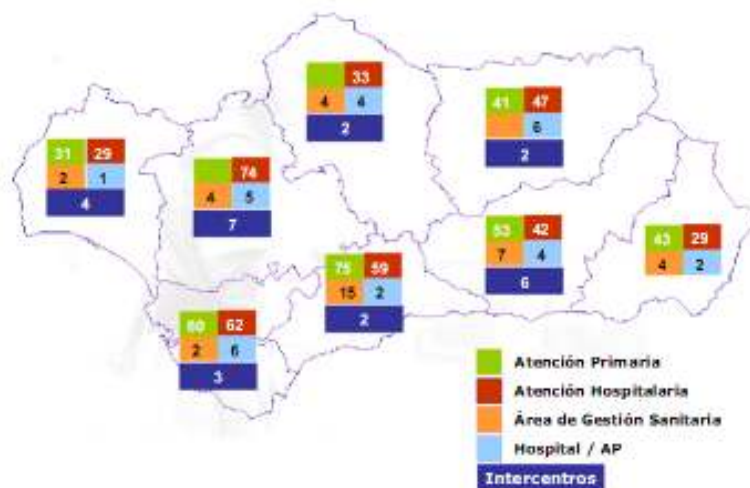


Fig. 2.12. Mapa UGC en 2010.

Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública. Ponencia: Gutiérrez Pérez, J.L. La gestión clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Granada 20 de Septiembre 2010

### 2.3.3. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La UGC se constituye en base a los problemas de salud relevantes, las necesidades sanitarias de la población y la afinidad de las áreas de referencia del conocimiento en salud de los profesionales implicados; y está determinada por el contexto histórico y sociodemográfico, la cartera de servicios aprobada por la Administración Sanitaria, el mapa de competencias de los profesionales y las tecnologías disponibles. La autorización de la UGC es otorgada por el Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta de la Dirección Gerencia de los centros sanitarios [13]. Cada Unidad de Gestión Clínica constituye una estructura organizativa integrada por profesionales de diferentes estamentos, disciplinas y categorías, de uno o varios Distritos Sanitarios, Hospitales o Áreas de Gestión sanitaria. Está dirigida por el Director/a de la UGC, tarea que puede realizar tanto el Diplomado/a o Licenciado/a en Medicina elegido, siendo el Coordinador/a de Cuidados de Enfermería el responsable de liderar a los profesionales de Enfermería<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Borrador del Decreto que regula la Gestión Clínica. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es/proyecto-de-decreto-de-unidades-de-gestion-clinica/> el Servicio Andaluz de Salud. Consultado el 20 de febrero de 2012.

\*En el artículo 4 del Capítulo II del Borrador del Decreto de la UGC se define su estructura y se establece una estructura especial en el entorno de la Salud Mental según lo dispuesto en el Borrador del Decreto 77/2008 de 4 de marzo de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

La componen el conjunto de profesionales sanitarios, investigadores autorizados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, profesionales del área de Gestión y Servicios que realizan labores técnicas, administrativas y de soporte perteneciente a las diversas categorías y estamentos que prestan una asistencia integral a la salud de los ciudadanos. Se apuesta por un liderazgo médico-enfermero compartido, que tiene como objetivo primordial mostrar a todos los profesionales una visión integral de la Unidad y conseguir que se cumplan los objetivos firmados en el Acuerdo de Gestión de la Unidad [13].

Está integrada por los profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan la totalidad de su desempeño profesional en los dispositivos asistenciales correspondientes a su ámbito de actuación. Cuando los profesionales comparten varias UGC, la dedicación de la jornada será parcial en cada una de las Unidades, requiriéndose el acuerdo previo del porcentaje de vinculación en las mismas, no pudiendo exceder del 100% la suma total de los desempeños.

La función primordial de la UGC consiste en prestar una atención sanitaria de calidad a la población asignada, desarrollando de manera integrada las actuaciones de prevención, promoción de la salud, asistencia, cuidados, rehabilitación, investigación innovación, docencia, formación y gestión de los recursos asignados<sup>25</sup>.

---

\*La autorización de la UGC se realiza con un periodo de vigencia de cuatro años sin perjuicio de lo establecido en los apartados 3, 5 y 6 del artículo 7 del Borrador del Decreto de la UGC. En el mismo artículo se dispone que en la UGC se realizará un seguimiento, evaluación y tutela por parte de la Dirección Gerencia de su Distrito, Hospital y Área de Gestión Sanitaria para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se firmaron, promoviendo la evaluación anticipada del Director/a de la UGC cuando la consecución de los objetivos no supere el 50%.

\* La composición de la UGC se establece en el Capítulo III del Borrador del Decreto de la UGC. También pueden formar parte de la UGC los Profesionales del área de referencia del conocimiento en salud o del área sanitaria de Formación Profesional que proceda y una o más de las disciplinas de las recogidas en el ámbito del ejercicio profesional por los artículos 2 y 3 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, así como por Profesionales de las Áreas de referencia de conocimiento con disciplinas vinculadas a la protección de la salud

<sup>25</sup> Las funciones de las Unidades de Gestión Clínica y el Acuerdo de Gestión quedan definidas en el Artículo 10 del Capítulo IV del Borrador del Decreto de la UGC.



Fig. 2.13. Actividades para la ciudadanía de la UGC de Palma del Río

Fuente: Unidad de Gestión de Palma del Río. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es>. Consultado el 10 de octubre de 2012.

También facilitará y favorecerá el ejercicio efectivo de los derechos y garantías sanitarias de los ciudadanos a los que atiende, proporcionar de manera integrada y continua la protección de la salud y las actuaciones asistenciales individuales y colectivas propias de la UGC. Debe posibilitar y facilitar el máximo nivel de desarrollo profesional de sus miembros, optimizando los recursos asistenciales que le han sido asignados [13].

Dentro de las funciones de la UGC hay que destacar las relacionadas con las actividades docentes y formativas de los Profesionales. Para ello, se debe elaborar un Plan Específico de Formación, basado en las necesidades formativas de sus miembros. La UGC también debe planificar y desarrollar actuaciones, programas y proyectos en Investigación, Innovación y Desarrollo<sup>26</sup>.

#### 2.3.4. ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

El documento que formaliza los compromisos entre la Dirección-Gerencia del centro y la Dirección de la UGC es el Acuerdo de Gestión Clínica (Anexo 1)<sup>27</sup>. El Acuerdo de Gestión Clínica está basado en el conjunto de valores definidos por el

<sup>26</sup> En las Funciones de las UGC definidas en el Artículo 10 del Capítulo IV del Borrador del Decreto de la UGC también se señala la normativa relacionada con los Profesionales Sanitarios.

<sup>27</sup> En el Anexo 1 se muestran los objetivos marcados en el Acuerdo de Gestión 2011 Intercentros de la UGC de Cirugía Máxilofacial.SAS.

Sistema Sanitario Público de Andalucía, y está orientado a asegurar a la ciudadanía una atención sanitaria integral y de calidad. Este documento especifica el grado de descentralización y autonomía otorgado por la Dirección-Gerencia del centro a la UGC. También quedan reflejados en este documento los valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la misión, la cartera de servicios, los aspectos estratégicos reseñables y la metodología de asignación de los incentivos de los integrantes de la UGC [53].

Los objetivos de los profesionales y de la propia Unidad están reflejados en el Acuerdo de Gestión Clínica. El Acuerdo de Gestión Clínica tiene una vigencia de cuatro años, pero es necesario fijar los objetivos o estándares de forma anual, de manera que permitan evaluar el funcionamiento de la UGC y que establezcan la percepción de los incentivos de los profesionales adscritos a la misma [54].

### **2.3.5. OBJETIVOS DE LA UGC**

La UGC debe describir los principales recursos con los que cuenta, el personal que la integra, el perfil de pacientes a los que ofrece asistencia sanitaria y los recursos que dispone. Así mismo, la UGC debe identificar los objetivos que se pactarán anualmente con la Dirección del Hospital, priorizando las Áreas que la UGC y la Dirección del Centro consideren oportunas [13].

El principal requisito es que estos objetivos sean realistas, ambiciosos pero alcanzables, cuantificables, que mejoren la prestación de Servicios de la Unidad y que reflejen la práctica habitual. Cada UGC decide junto a la Dirección Gerencia del Centro los objetivos prioritarios en cuanto a la actividad y el rendimiento. Estos objetivos deberán estar en consonancia con los recogidos en el Contrato-Programa del Centro y con las líneas estratégicas marcadas por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud [54]. Los objetivos de la UGC deben ser conocidos por todos los profesionales que la integran. Se publican al inicio del año y es obligatorio que todos sus integrantes cumplimenten un registro que especifique el objetivo a cumplir y el porcentaje mínimo/máximo de realización.



**Fig. 2.14. Modelo de gestión en las UGC.**

Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública. Ponencia: Gutiérrez Pérez, JL. La gestión clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Granada 20 de Septiembre 2010

Los profesionales de Enfermería tienen establecidos unos objetivos propios aunque otros deben ser compartidos con los Facultativos. Los objetivos enfermeros (Anexo 3) pueden ser variables, pero algunos son inherentes y básicos para garantizar la calidad asistencial<sup>28</sup>. Para decidir qué tipo de objetivos se proponen a la Dirección del centro sanitario, hay que tener en cuenta los siguientes criterios:

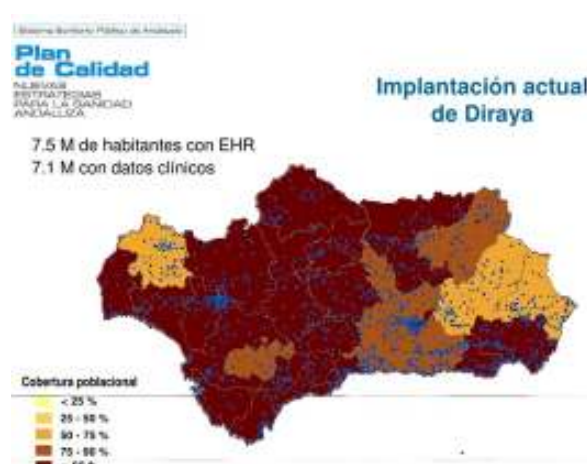
1. Deben ser coherentes con la actividad asistencial que se desarrolla en la Unidad.
2. Se deben valorar las intervenciones que hayan demostrado ser más efectivas.
3. Deben ser coherentes con las iniciativas y las líneas de acción que se definen en el Plan de Seguridad de los Pacientes de la Consejería, el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad 2006 y el resto de recomendaciones de entidades internacionales (OMS, Comité Europeo de la Sanidad).
4. Tienen que medirse mediante indicadores correctamente contruidos y obtenidos a través de fuentes de datos consolidadas, evitando así los registros propios y la realización de auditorías [13].

### **2.3.6. LA DOCUMENTACIÓN EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: PLANES DE CUIDADOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA**

La Historia Clínica se configura como el conjunto de soportes documentales relativos a los procesos asistenciales de cada paciente. Todos los profesionales de la

<sup>28</sup> En el Anexo 3 se muestran los Objetivos Individuales 2010 de los Diplomados de Enfermería de la UGC de ORL. Hospital Virgen Macarena.

UGC tienen la obligación de contribuir a garantizar la máxima calidad de este documento a través de su cumplimentación, ordenamiento y disponibilidad [13]. La Historia Clínica es única, acumulativa e integrada y su conservación y custodia así como el acceso a la misma está regulada por la normativa vigente [55]. En el Servicio Sanitario Público Andaluz se utiliza actualmente el Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria denominado Diraya, que sirve como soporte a la Historia Clínica electrónica y puede estar disponible en el lugar y momento que el paciente precise la atención sanitaria. Actualmente está incorporado en la práctica totalidad del territorio andaluz, aunque está en constante evolución<sup>29</sup>.



**Fig. 2.15. Implantación DIRAYA en el SSPA, 2008**

Fuente: Rocha Castilla, JL. Las Estrategias de calidad y modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Resumen de una década. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/las-estrategias-de-calidad-y-modernizacion-del-sistema-sanitario-publico-en-andalucia-resumen-de-una-decada>. Consultado 10 enero 2013.

Los profesionales sanitarios integrantes de la UGC tienen que realizar las siguientes actuaciones encaminadas al cumplimiento y uso correcto de la Historia Clínica:

- Cumplimentar los datos clínicos que se deriven de la asistencia al paciente, en relación con la patología atendida y los procedimientos realizados, según el

---

<sup>29</sup> El Sistema Diraya permite la consulta y la anotación de datos en todos los dispositivos y niveles asistenciales. También permite controlar el flujo de los pacientes para coordinar las actuaciones sanitarias que se requieran durante el diagnóstico y tratamiento de cada proceso patológico. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr\\_diraya](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_diraya). Consultado el 10 enero de 2013



sistema de codificación vigente. Este sistema de codificación es denominado CIE-9-MC<sup>30</sup>.

- Colaborar con la organización de los archivos de historias clínicas, siguiendo las instrucciones recogidas en el manual de uso de la Historia Clínica, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal [56].
- Cumplir los principios recogidos en la Ley 41/ 2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente [57] y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Comprometerse a salvaguardar toda la información recogida de los pacientes registrada en los sistemas de información, así como el derecho de las personas a mantener en privado determinados elementos de la relación con los profesionales sanitarios [55].

Entre los registros de Enfermería que componen la Historia Clínica del paciente, se le otorga especial importancia a los Planes de Cuidados y a los Protocolos Enfermeros.

### **Planes de Cuidados**

Los Diagnósticos Enfermeros más prevalentes en la UGC son básicos para establecer los Planes de Cuidados que resultan necesarios para cuantificar y evaluar las repercusiones de los cuidados en los resultados de salud. Los Planes de Cuidados adquieren gran importancia en la UGC y se aplican según las necesidades de cada paciente. La UGC debe especificar el número de Planes de Cuidados que se compromete a utilizar [13].

Para cada uno de ellos se especificará el nombre del Plan de Cuidados, el grupo elaborador del registro, el año de publicación y de revisión, así como si se han realizado procesos de adaptación. Los Planes de Cuidados deben ser elaborados con la adaptación

---

<sup>30</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). El CIE es la clasificación de referencia para la codificación clínica en el Sistema Nacional de Salud, siendo la Organización Mundial de la Salud la responsable de esta clasificación. La décima revisión ya se encuentra en vigor.

\*CIE 9 MC 8ª Edición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Enero 2012. Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>. Consultado el 3 de febrero de 2012

de Guías de Práctica Clínica y Protocolos que incluyan la valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de las respuestas de la persona a los problemas de salud. Se utilizará para su elaboración la terminología NANDA [58], NIC [59], NOC [60] con un fundamento científico [13]. Estos Planes de Cuidados serán aprobados por la Comisión de la Calidad del Hospital con el conocimiento de la Junta de Enfermería. Para la adecuada elaboración del Plan de Cuidados, los profesionales de enfermería de la UGC deben consensuar y fijar los diagnósticos más prevalentes del proceso clínico en estudio, en reuniones específicas para ello o en Sesiones Clínicas Enfermeras [13] (Anexo 4)<sup>31</sup>.

En la Tabla 2.1 se reflejan los criterios necesarios para elaborar el Plan de Cuidados de los profesionales de enfermería.

<b>TABLA 2.1 Criterios Básicos para la elaboración del Plan de Cuidados.</b> Fuente: ref. [13]	
1	Presencia de <b>introducción</b>
2	Uso de una estructura estándar de <b>valoración</b>
3	Uso de la taxonomía <b>NANDA</b> para la denominación de los problemas
4	Los diagnósticos siguen el formato <b>PES</b> (problema+etiología+signos y síntomas)
5	Uso de la taxonomía <b>NOC</b> para medir resultados
6	Uso de la taxonomía <b>NIC</b> para denominar las intervenciones

## **Protocolos de Enfermería**

Los Protocolos de Enfermería constituyen las herramientas básicas para que la actividad asistencial pueda realizarse de forma ordenada, precisa, con unanimidad de criterios y atendiendo a las nuevas directrices y reglamentos que el propio ámbito asistencial va generando [13].

---

<sup>31</sup> El documento del Anexo 4 corresponde al Plan de Cuidados de pacientes intervenidos de Cáncer de laringe. UGC ORL. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

El objetivo fundamental de un Protocolo Enfermero consiste reducir la variabilidad local. Así mismo, debe estar basado en el mejor conocimiento disponible, ya que tienen recomendaciones y algoritmos de decisión diagnóstica, debe contar con el consenso de un grupo multidisciplinar de profesionales de la UGC y deben ser aprobados por la Comisión de Protocolos del centro sanitario que lo elabore [13].

La utilización de los Protocolos Enfermeros en la UGC es fundamental para el fomento de las buenas prácticas por parte de los profesionales de enfermería. De esta manera, quedan aseguradas las actividades e intervenciones que deben realizarse para alcanzar la calidad y la excelencia en la práctica asistencial. El Coordinador de Cuidados de la UGC debe poner a disposición de los profesionales aquellos Protocolos que pueden ser utilizados y debe actualizar los que así lo requieran (Anexo 5)<sup>32</sup>.

### **2.3.7. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La gestión de las UGC en las instituciones sanitarias es muy compleja y es necesario evaluar y medir los indicadores para mejorar los resultados, de esta manera también se va introduciendo la cultura de la mejora continua [61]. En la UGC se produce la evaluación de los resultados para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos. Cuando se evalúa la calidad asistencial se comprueba el nivel de atención sanitaria que la UGC ofrece a los usuarios en función de los recursos disponibles y de las expectativas generadas.

La institución pionera encargada de evaluar la calidad asistencial fue la Joint Commission on Accreditation of Hospital de Estados Unidos [62], que en los años cincuenta exigía los estándares de calidad a los hospitales para poder acreditar a aquellos centros que cumplieran con los requisitos necesarios que realizaban una buena actividad asistencial. La evaluación es un proceso dinámico, y se debe adaptar a los cambios que imprima el avance de la gestión clínica. En este sentido, pueden revisarse y modificarse anualmente todos aquellos aspectos que contribuyen a evaluar las Unidades de un modo más válido y fiable de acuerdo a su desarrollo (peso de los objetivos, incentivos no económicos, etc) [53].

---

<sup>32</sup> El documento del Anexo5 corresponde al Protocolo de enfermería acerca del cuidado y mantenimiento de catéteres venosos. Hospital Virgen Macarena.

La evaluación tiene una gran importancia en la UGC, ya que mediante el control de los indicadores, se observan las fortalezas y debilidades de la Unidad. Esto permite que las debilidades se traten con especial interés, empleando un mayor esfuerzo por parte de los profesionales responsables de las áreas que presentan dificultades para conseguir los objetivos propuestos. Todos los objetivos son cuantificables y por tanto, todos los resultados se pueden medir y analizar. La necesidad de evaluar hace que se obtengan mejores resultados en la UGC [63]. La evaluación es la mejor herramienta de diagnóstico para la gestión, ya que permite obtener resultados acerca de los estándares que han sido elegidos [64]. También se utiliza para analizar cualquier proceso que pretenda ser mejorado y de esta manera, poder mejorar la calidad de los servicios prestados.

Hay que distinguir entre la monitorización y la evaluación en la calidad asistencial. La monitorización consiste en la vigilancia continuada de determinados aspectos de la actividad asistencial para detectar cualquier anomalía y proporciona a los gestores una visión global de la Unidad a través del Cuadro de Mando, elaborado con la combinación de los datos informáticos y con los indicadores de calidad [65]. La evaluación supone analizar los datos obtenidos para resaltar lo positivo o para plantear oportunidades de mejora en los objetivos que no se hayan logrado. Resulta necesaria por cuestiones de control económico, para comprobar que la UGC se ajusta a los presupuestos, por cuestiones científico-técnicas, para saber si los resultados son acordes con la evidencia científica y por cuestiones éticas, para mostrar los resultados a los usuarios y a la comunidad.

Para medir la calidad asistencial de una actividad es necesario explicitar el criterio (lo que se va a medir), el indicador (unidad de medición) y el estándar (nivel de calidad que se pretende alcanzar)<sup>33</sup>.

La UGC debe seleccionar los indicadores clínicos de los problemas de salud más relevantes y prevalentes para que puedan ser medidos<sup>34</sup>. No obstante, en la

---

<sup>33</sup> El criterio consiste en la formulación de las condiciones para que se pueda realizar una práctica asistencial de calidad. Los indicadores miden la presencia de un suceso y su intensidad, son las señales de aviso de determinados problemas de salud (flebitis, úlceras por presión). El estándar es el nivel aceptable y/u óptimo del cumplimiento de un criterio. García Caballero J. Capítulo 28: La evaluación del proceso asistencial. Auditoría y monitorización. Las vías clínicas. Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. Ed. Díaz de Santos.2008.

monitorización y evaluación de una UGC es prioritaria la medición de indicadores de resultados intermedios como reflejo del desempeño de una práctica clínica correcta [13].

Entre los estándares de calidad que la UGC deberá evaluar destacan los relacionados con la seguridad del paciente. El término Seguridad del Paciente se utiliza para englobar las últimas iniciativas nacionales e internacionales destinadas a prevenir, analizar y disminuir los efectos adversos derivados de la atención sanitaria. La publicación “Estrategia para la seguridad del paciente” enmarcada en el II Plan de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es usada como guía en la UGC [66]. La seguridad de los pacientes se trabaja desde hace tiempo en el Sistema Sanitario Público Andaluz tanto a nivel de la práctica clínica diaria como a través de los siguientes programas horizontales: Programa de Uso Racional del Medicamento, Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales y Sistemas de Hemovigilancia y Farmacovigilancia [13].

El Sistema Andaluz de Salud pretende obtener una gestión de riesgos descentralizada, horizontal y flexible, en la que las responsabilidades sean compartidas por gestores y clínicos. Por tanto, cada UGC debe proponer objetivos dirigidos a la prevención, análisis, y abordaje de la seguridad clínica de los pacientes atendidos en su Unidad [13]. Es conveniente conocer el Estudio Nacional de Eventos Adversos (Estudio ENEAS) [67] para formular adecuadamente los indicadores de seguridad de la Unidad. La UGC debe realizar la prevención y notificación de eventos adversos y divulgar las interacciones y alertas farmacéuticas de los fármacos. Para ello hay que evaluar los riesgos potenciales, realizar formación del Personal en la materia y analizar los obstáculos y elementos facilitadores [53]. La evaluación de los indicadores de seguridad es fundamental para aumentar la calidad asistencial de la UGC [54].

La evaluación puede ser cuantitativa y cualitativa y se utiliza de un modo u otro dependiendo de los estándares y dimensiones que se hayan establecido en la firma del Acuerdo de Gestión. La evaluación cuantitativa proporciona datos y estadísticos y se aplica en la mayoría de los estándares que se tienen que evaluar. Mediante este tipo de evaluación se pueden medir o cuantificar los siguientes indicadores [13]:

---

<sup>34</sup> Los servicios sanitarios deben orientar su actividad en función de los resultados de salud finales (supervivencia y calidad de vida de los pacientes) más que en los resultados intermedios.

- Indicadores en los que el numerador y el denominador proceden de los Sistemas de Información que existen en los Hospitales y Áreas de Salud (INIHOS<sup>35</sup>, SICPRO<sup>36</sup>, INFHOS<sup>37</sup>, CMBDA<sup>38</sup>, AGD<sup>39</sup>, etc).
- Indicadores cuyo numerador y denominador se obtienen a través de auditorías de Historias Clínicas.

La evaluación cualitativa se debe emplear en algunos procesos. Aunque la subjetividad del evaluador pueda sesgar la evaluación cualitativa en algunos casos, como en la firma de acuerdos específicos entre Unidades, para la adaptación de guías o protocolos validados y en diversas actuaciones, esta técnica es válida aunque sólo es empleada en ocasiones [13]. La metodología cualitativa se ha ido incorporando progresivamente a la investigación en salud aunque todavía se cuestiona la validez y fiabilidad de las técnicas cualitativas de recogida y análisis de datos por una parte importante de los investigadores de ciencias de la salud. La opción de combinar las metodologías cualitativa y cuantitativa puede producir sinergias de gran relevancia [68]. En todos estos casos, es necesario especificar el método empleado así como la definición de todos aquellos conceptos que se manejen en la evaluación y que se consideren importantes para la misma. Las herramientas empleadas en la evaluación

---

<sup>35</sup>. El Sistema de Información Interhospitales INIHOS es un modelo estadístico de evaluación comparativa de la actividad asistencial hospitalaria entre los distintos Servicios y Unidades de Gestión. Con este sistema se obtienen indicadores referentes a la utilización de recursos, productividad y rendimiento asistencial en las Áreas de Hospitalización, Consultas Externas, Quirófanos, Urgencias, Obstetricia y los Servicios Centrales. Existen datos desde el año 1986.

\*Memorias y Anuarios Estadísticos 2011. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=7>. Consultado el 5 de junio de 2012.

<sup>36</sup> SICPRO es el Sistema de Información Hospitalaria ligado al Contrato programa. En 1999 surge el Contrato Programa de Actividades a realizar por los proveedores de servicios de Salud de la Consejería de Salud. Se debieron adaptar los SIH, para recoger un aumento progresivo de objetivos e indicadores. Intenta monitorizar mes a mes los objetivos para ver el grado de cumplimiento. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rss/rss/?cat=8593>. Consultado el 15 de junio de 2012.

<sup>37</sup>INFHOS realiza las evaluaciones de la implementación del Sistema de Información Hospitalaria. Disponible en <http://infhos.blogspot.com.es/>. Consultado el 15 de junio de 2012.

<sup>38</sup> El conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBDA) es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales\\_cmbd](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd). Consultado el 15 de junio de 2012.

<sup>39</sup> Las Tasas de Indicación Quirúrgica A.G.D. Esta publicación recoge las indicaciones realizadas a pacientes incluidos en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el año 2010 Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=9>. Consultado el 15 de junio de 2012.

deben ser elementos validados, fiables y adaptados a las necesidades de quien los utiliza [69].

La evaluación de los objetivos de Enfermería se realiza a través de auditoría interna y es llevada a cabo por profesionales de la Unidad de Calidad o del Centro Coordinador de Procesos Estratégicos del mismo centro sanitario. Esta auditoría suele realizarse con una periodicidad anual aunque algunos Gestores de Cuidados de las UGC han elaborado nuevas herramientas, como la evaluación participativa, para facilitar la evaluación de la Unidad<sup>40</sup>.

También existen otros mecanismos externos de evaluación para las Unidades de Gestión y para los profesionales sanitarios que la integran y son realizados por evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza [39].

### **Acreditación de la Unidad de Gestión Clínica**

Otro tipo de evaluación que se realiza en la UGC consiste en la acreditación. El término *acreditar* significa “hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad, afamar, dar crédito o reputación, dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que representa o parece y dar testimonio en documento fehaciente” [70]. La acreditación es un proceso de carácter voluntario por el que un centro sanitario se somete a un procedimiento de verificación externo para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios y estándares que previamente se hayan establecido [71]. La acreditación de la UGC es una forma de evaluación para comprobar ante todos que la actividad asistencial que se presta es adecuada, que los profesionales realizan las actividades encomendadas y que la infraestructura se adapta a los estándares recomendados.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) es la entidad certificadora del Modelo de Acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

---

<sup>40</sup> Nueva estrategia basada en la correcta definición, planificación y monitorización de los objetivos de la UGC, que pretende fomentar la cultura de la evaluación y de la mejora continua de los cuidados.

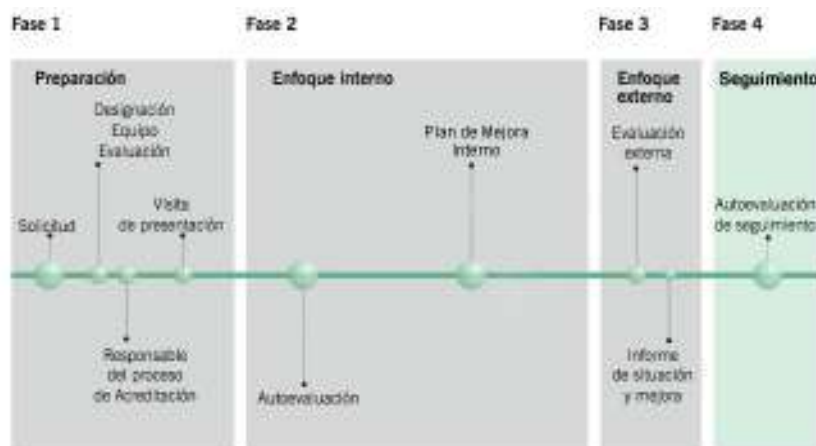
\*Zamora García R, Alcántara Campos P, Sánchez Acha Y, Molina Mérida O. Estrategia de evaluación y seguimiento de la Atención Enfermera en las Unidades de Gestión Clínicas. Biblioteca Lascasas 2011; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/Ic0596.php.Consultado> el 20 de mayo de 2012.



**Fig. 2.16. Acreditación en el SSPA**

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>. Consultado 10 de octubre de 2012.

Las cuatro fases del proceso de acreditación de las Unidades de Gestión Clínica (Fig. 2.17) suponen una implicación directa de los profesionales con la ACSA. Al inicio del proceso, se realizará la Solicitud de Certificación. Una vez realizada, la Agencia designa al equipo evaluador que coordinará el desarrollo del proceso y el Centro o la Unidad de Gestión Clínica propondrá un responsable interno. En la segunda fase se realizará la Autoevaluación en la que los profesionales auto-evaluadores reflexionan sobre el cumplimiento de los estándares mediante la identificación y registro de evidencias positivas y/o áreas de mejora.



**Fig. 2.17. Fases del proceso de acreditación de las Unidades de Gestión Clínica**

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>. Consultado 10 de octubre de 2012.



Completada la fase de Autoevaluación, se planificará la visita de evaluación externa. El equipo evaluador de la Agencia es el encargado de estudiar la información aportada durante la autoevaluación y de visitar el centro o Unidad de Gestión Clínica, verificando el cumplimiento de los estándares. Posteriormente, se recibirá el informe de la situación, donde se especifica el grado de cumplimiento de los estándares y sus recomendaciones de mejora si fueran necesarias. La fase de Seguimiento, está destinada a asegurar la estabilidad del cumplimiento de los estándares en el tiempo, a continuar avanzando en el camino de la calidad y promover la mejora continua [39].

La acreditación es un incentivo para las organizaciones sanitarias que pretendan mejorar la calidad asistencial. También permite comparar las diferentes organizaciones y servicios sanitarios de similares características fomentando la competitividad, la asunción de estrategias con criterios de excelencia e implica a los profesionales en todas las fases de la obtención de la calidad en las Unidades [71].

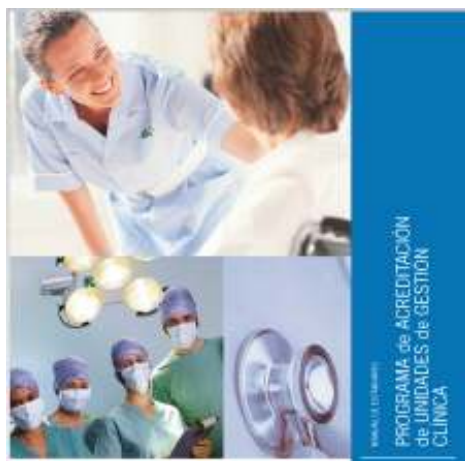
La certificación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja no sólo el momento en el que se está, sino el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad. Las reglas para la concesión, mantenimiento y renovación de la Certificación de Servicios conforme a dicho modelo, se encuentran desarrolladas en el Documento General de Certificación de Servicios [39].

### **Acreditación de los profesionales sanitarios**

El II Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía plantea el desarrollo profesional y la innovación para crear un compromiso con la excelencia sanitaria [25]. Uno de sus procesos estratégicos se centra en “garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios mediante el modelo de acreditación y la mejora continua”. La acreditación supone para el profesional un reconocimiento público y el inicio de la mejora continua de sus competencias profesionales

El proceso de acreditación por competencias tiene carácter voluntario y consiste en la realización y el cumplimiento de los criterios y estándares establecidos por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza. Los resultados son evaluados y se acredita al profesional en el nivel que los evaluadores le otorguen, pudiendo alcanzar los niveles Avanzado, Experto y Excelente en función del nivel obtenido [72]. La acreditación de los profesionales contribuye en el ascenso de nivel de la Carrera Profesional cuando se

ha logrado el nivel Excelente y se cumplen unos requisitos básicos estipulados por el Servicio Andaluz de Salud. Para medir el nivel de competencias es necesario aportar Evidencias y Pruebas que manifiesten las Buenas Prácticas. El proceso de acreditación tiene 3 fases: Inicio, Autoevaluación y Reconocimiento. Una vez entregadas al profesional las credenciales de acceso al Programa de Acreditación y el Manual de Competencias correspondiente a su grupo profesional, se le asigna un Tutor Guía para todo el proceso [73].



**Fig. 2.18. Programa de Acreditación de UGC en el SSPA**

Fuente: Gestión Clínica. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es>. Consultado 10 de octubre de 2012.

## **2.4. CALIDAD ASISTENCIAL**

La calidad asistencial está integrada en múltiples proyectos y líneas estratégicas de los Sistemas Sanitarios. El III Plan Andaluz de Salud [10] está basado en los principios que define la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía y está articulado en diez líneas prioritarias de actuación. Entre sus objetivos se pretende aumentar la calidad en la asistencia sanitaria integral y por ello surge el II Plan de Calidad del Servicio Público Andaluz de Salud, que incorpora la calidad como el elemento fundamental del proceso asistencial, entendido como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que engloban de forma ordenada y continuada la asistencia sanitaria ante un problema de salud [25]. Es frecuente que los términos de gestión de la calidad, mejora continua de la calidad y excelencia, se utilicen como sinónimos [74].

Para definir la calidad asistencial es fundamental destacar a Florence Nightingale, ya que en el siglo XIX actuó como precursora de este concepto, analizando

detalladamente la variabilidad de las tasas de mortalidad de varios hospitales [75]. Florence Nightingale ha sido una figura clave en la práctica enfermera y en la investigación de la estadística médica, estudios que utilizó para reformar los cuidados de Enfermería. Fue pionera en la utilización de matrices estadísticas para sus trabajos de investigación acerca de la salud de los soldados británicos. Su gran conocimiento en Matemáticas lo utilizó para realizar estadísticas que detalló con cuñas de colores, círculos concéntricos y sombreados para mostrar las proporciones importantes. Fue una figura clave para la Enfermería pero también lo fue para la Sanidad [76].



**Fig.2.19.Florence Nightingale**

Fuente: Consejo Internacional de Enfermería. Disponible en:<http://www.icn.ch/es/publications/international-nurses-day/>. Consultado 12 septiembre 2012.

Con un salto cuantitativo en el tiempo, Avedis Donabedian<sup>41</sup> definió en los años sesenta la calidad asistencial al realizar una revisión sistemática de los trabajos sobre evaluación y mejora de las instituciones sanitarias. También sistematizó la evaluación de la calidad asistencial sanitaria mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados. Según este autor, la estructura determina las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Es interesante la evaluación de la estructura porque constituye un método indirecto de medida de la calidad. El segundo

---

<sup>41</sup> Avedis Donabedian nació en Beirut (Libano) en 1919. Se estableció en Harvard (EEUU) donde fue Profesor de la Escuela de Salud Pública y posteriormente en Ann Harbor (Michigan), donde falleció en 2000. Su aportación fue básicamente conceptual y sus publicaciones abarcan más de veinte libros y cien artículos. Una de sus principales aportaciones es la reflexión del componente ético en las relaciones en el ámbito de la calidad, donde debatió la responsabilidad ética con los pacientes, la de los Profesionales Sanitarios a nivel individual, en los Colegios Profesionales, la de los Gestores y la de la Administración.

\*Suñol R, Frenk J. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:S6-S7.

paso sería el proceso, que es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. La evaluación de los procesos asistenciales consiste en examinar las actividades que los profesionales sanitarios han realizado durante la asistencia al paciente. El final de la evaluación lo aportan los resultados que son los indicadores clínicos, económicos, de satisfacción del paciente y también del profesional [13].

La calidad asistencial no tiene como fin minimizar los costes sino obtener los mejores resultados optimizando los recursos disponibles. Hacer bien lo correcto es una de las mejores definiciones de la calidad asistencial. El concepto de calidad es uno de los fundamentos en los que se basa la UGC y supone que las actividades asistenciales tienen que realizarse siguiendo unos criterios básicos para alcanzar la excelencia [13]:

- Prestar asistencia sanitaria basada en el conocimiento científico. En enfermería se debe utilizar la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, mediante la búsqueda de métodos más fiables para obtener información científicamente comprobada y mediante las revisiones sistemáticas [77].
- Lograr que los cuidados que se realicen aborden las necesidades de los pacientes y las satisfagan [78].
- Desarrollar la actividad asistencial aproximándose a los estándares establecidos por la comunidad científica, profesional y social. En este sentido, los protocolos enfermeros han supuesto una mejora en los cuidados enfermeros y son utilizados para numerosas intervenciones y actividades en los centros sanitarios [78].

Los Servicios Sanitarios Españoles, en su gran mayoría, han adoptado el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Este modelo plantea valorar la gestión de la calidad bajo la premisa de que la consecución de unos buenos resultados en la organización proviene de la correcta gestión de una serie de factores, aspectos y agentes que lo facilitan [79], aunque lo más importante no es el modelo elegido sino la creación de la cultura que impregne a toda la organización y que permita consolidar fortalezas y corregir debilidades. En cada organización sanitaria se puede elegir la metodología que resulte más adecuada, ya que existen numerosas metodologías: las 5S (organización, orden, limpieza, control visual, disciplina y hábito), Quality Function

Deployment (QDF), despliegue de objetivos, ISO<sup>42</sup>, acreditación, benchmarking, seis sigmas, etc<sup>43</sup>.



**Fig. 2.20. Plan de Calidad del SSPA**

Fuente: Consejería de Salud y Bienestar social. Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/II\\_plan\\_calidad/II\\_plan\\_calidad\\_profesionales.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad_profesionales.pdf). Consultado el 3 de abril de 2012.

La mejora de la calidad junto con la búsqueda de eficiencia y eficacia en la gestión, especialmente de la gestión de cuidados enfermeros, representan uno de los objetivos primordiales de las Organizaciones Sanitarias [47]. Los profesionales de enfermería sabemos que los cuidados se han convertido en una exigencia social y en un desafío para la Administración Sanitaria Andaluza, además de un imperativo ético para los profesionales [69]. La Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud trata de “impulsar en Andalucía el cuidado excelente, que dé respuesta a las necesidades cotidianas de forma más cálida, humana y personal, potenciando las actividades preventivas que fomenten el autocuidado de las personas para la mejora de su calidad de vida, colaborando en el manejo de su enfermedad y fomentando el acompañamiento en el final de la vida” [47]. Las investigaciones demuestran que los pacientes que toman parte de las decisiones respecto a los problemas de salud, están más satisfechos con el resultado del tratamiento y de los cuidados recibidos [80].

---

<sup>42</sup> International Organization for Standardization (ISO). Disponible en: <http://www.iso.org/iso/home.html>. Consultado 12 de abril de 2012

\*Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional

<sup>43</sup> En el año 1998 un grupo compuesto por catorce grandes empresas europeas creó la European Foundation for Quality Management (EFQM), quien desarrolló el Modelo EFQM de Excelencia y puso en marcha en 1992 el European Quality Award (EQA). Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201882253&DocumentID=GCS22-36>. Consultado 7 de octubre de 2011.

En todas las etapas de la profesión enfermera se ha tratado de mejorar la salud de los pacientes mediante la aplicación de nuevos modelos de práctica enfermera de cuidados. La calidad asistencial ha sido una constante en todos los tiempos. Kitson sostiene que la calidad de los cuidados constituye la esencia de la práctica enfermera a la vez que contribuye a formar una buena percepción de la seguridad por parte de los ciudadanos y de los profesionales de la salud [81].

## **2.5. LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

Ante los numerosos cambios que se están produciendo en las organizaciones sanitarias, los gestores de enfermería deben tener una percepción clara de los escenarios de futuro para anticiparse al cambio, deben convivir con la incertidumbre, y con las nuevas situaciones ante la constante toma de decisiones. El sistema sanitario necesita líderes con pensamiento global y humanista, muy creativos, con capacidad de innovar, de motivar y de extender el liderazgo a todos los miembros de la organización. Los líderes de enfermería tienen una importancia creciente en la organización y contribuyen a un modelo dinámico de gestión. Las Direcciones de Enfermería saben que su especificidad radica en la gestión de los cuidados y que para que esta sea excelente es imprescindible la cooperación y la capacitación de los profesionales de enfermería para el desarrollo profesional. Una Dirección competente tiene que motivar y reconocer a las personas comprometidas en el desarrollo de práctica reflexiva, ha de crear oportunidades y dar soporte al crecimiento individual y colectivo, favorecer la escucha activa y potenciar la dedicación en las prácticas y en la innovación. Se trata de generalizar el sentimiento de que todas las personas son importantes y necesarias para conseguir los retos de unas prácticas humanas y competentes, y de potenciar los equipos [82].

El Coordinador/a de Cuidados de la UGC tiene que centrarse en la gestión de las personas que tiene a su cargo, motivándoles y transmitiéndoles valores que acreciente el compromiso individual y grupal, valores que transformen al grupo y a la Unidad Hospitalaria. Conseguir que el grupo actúe con sinergia supone el principal reto para el Coordinador/a de Cuidados de la Unidad de Gestión así como fomentar la participación del equipo y promover la confianza en los resultados.

Entre las múltiples funciones que el Coordinador/a de Cuidados de la UGC tiene que realizar, se encuentran las funciones docente e investigadora. La función investigadora está estrechamente vinculada con la función docente, pues el desarrollo de una investigación de calidad sólo es posible con una buena formación docente. El Coordinador/a de Cuidados tiene que colaborar e impulsar los proyectos de investigación de Enfermería, tiene que promover la constitución de grupos de investigación, motivando al personal para su participación en estas actividades. Tiene que dirigir los grupos de investigación, facilitando a sus componentes la asistencia a congresos y las publicaciones de los resultados que se obtengan [83].

En la gestión de las organizaciones de cuidados podemos encontrar modelos implícitos o explícitos, que se pueden agrupar para su análisis en función de diferentes variables como el tipo de estructura y organigrama, cómo se distribuyen las responsabilidades profesionales o cuál es el elemento resaltado en la gestión [84]<sup>44</sup>. En la UGC, el Gestor de Enfermería es Gestor de cuidados y de recursos. El enfoque actual del Coordinador/a de Cuidados en la UGC gira en torno a objetivos basados en los cuidados: aumento de la seguridad del paciente, aumento de la calidad asistencial, cumplimiento de la formación continuada, divulgación y promoción de la investigación en enfermería [13].

La gestión del Coordinador/a de Cuidados debe abarcar diferentes dimensiones y para ello necesita partir de estos principios: conocer el Contrato Programa del hospital y de las Unidades de Enfermería que tiene a su cargo, conocer la estructura, coordinación

---

<sup>44</sup> La Profesora Duran en el libro Administración y Gestión, señala que dependiendo de la estructura organizativa se producen los modelos que se definen a continuación:

- Burocrática: organización en la que la autoridad se transmite claramente de forma vertical de arriba abajo y las decisiones se encuentran muy centralizadas. Es muy rígida.

- De staff: organización en la que el reconocimiento se otorga más en función de los conocimientos o especialización y se utiliza para servir de apoyo a las decisiones de los profesionales, no tanto para ejercer una autoridad directa sobre ellos. Es flexible en función de circunstancias.

- Matricial: organización que resulta de una combinación de las dos anteriores. Combina las estructuras verticales con las horizontales y da como resultante un entramado con líneas de autoridad y de experiencia con parte rígida y parte flexible.

- Plana u horizontal: organización que busca acortar al máximo la cadena de mando y que los trabajadores tomen las decisiones y asuman la autonomía y responsabilidad directa de sus propias acciones. Es muy flexible.

y organización de los Servicios y Unidades del hospital, conocer las normas de coordinación asistencial para la derivación de pacientes a otros centros sanitarios, conocer las normas de admisión de enfermos para la hospitalización, consultas externas, pruebas diagnósticas y urgencias y conocer las normas para las situaciones de emergencias, desastres y desalojo del hospital [13].

Las organizaciones sanitarias y sus profesionales tienen que explicitar los valores que comparten para alcanzar sus objetivos. El desafío de la Gestión Clínica consiste en articular los valores de los gestores, los profesionales y los pacientes [85]. La importancia de los valores es fundamental para todos los profesionales, pero resulta ineludible para los profesionales sanitarios, pues desarrollan su actividad profesional en unas circunstancias de gran vulnerabilidad para las personas asistidas. Por esto, los valores humanos y profesionales suponen la base del desarrollo de la actividad profesional en los profesionales sanitarios y en la propia Unidad Clínica de Gestión [75].

## **2.6. EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA**

En las Unidades de gestión Clínica se le otorga un lugar importante a los profesionales responsables de liderar al equipo: el Director/a y el Coordinador/a de cuidados y la valoración que los profesionales tienen de ellos es de interés para nuestro estudio. El papel desempeñado tradicionalmente por el/la supervisor/a de enfermería ha cambiado en la actualidad, ya no sólo se dedica a la gestión de los recursos materiales y humanos sino que debe saber liderar al grupo. Entre las múltiples definiciones de liderazgo destaca la siguiente “capacidad para influir en un grupo con el objeto de alcanzar metas” [86]. Ser líder del equipo de enfermería resulta indispensable para alcanzar los objetivos que debe cumplir la Unidad que coordina. Los líderes de enfermería tienen una importancia creciente en la organización y contribuyen a un modelo dinámico de gestión [87].

El rol tradicional del/la supervisor/a de enfermería está evolucionando hacia la realización de funciones de gestor/a de cuidados, siendo el coordinador/a del equipo quien proporcione cuidados basados en la evidencia científica [88]. Existe una amplia bibliografía sobre la expectativa de los pacientes, pero no existen estudios acerca de las expectativas del coordinador/a de cuidados de enfermería, focalizando siempre la



atención en el paciente [89]. Esto se puede interpretar como una cautela respecto a las consecuencias que pueden originarse cuando se realizan comentarios sobre las expectativas profesionales [90].

Las diferentes formas en las que los líderes estructuran su conducta interactiva para llevar a cabo sus roles dan lugar a distintos tipos de liderazgo. El liderazgo puede estar orientado hacia las tareas y objetivos y hacia la consideración y las relaciones. El liderazgo orientado hacia las tareas conlleva una gran preocupación en poder conseguir los objetivos propuestos, mientras el liderazgo orientado hacia las relaciones implica mucho interés por los aspectos socio-emocionales del grupo de subordinados, por las personas y por sus relaciones dentro del grupo [91]. Lógicamente, una mezcla de ambos supondría el líder ideal ya que los objetivos y las relaciones estarían entrelazados. Un líder muy protector del equipo puede ocasionar actitudes contrarias entre sus componentes, y en su ausencia puede provocar una situación caótica y desordenada por la falta de decisiones responsables. También un líder puede propiciar actitudes hostiles que obstaculicen la consecución de objetivos, el líder que tenga actitudes hostiles hacia los profesionales a su cargo verá reflejada la hostilidad en las actitudes de los profesionales, tanto laborales como personales [92]. Por tanto, el líder debe conseguir un equilibrio en el grupo motivándolo, y logrando que cada uno de los componentes desarrolle su trabajo con responsabilidad pero sabiendo que cuenta con su apoyo y consideración. El liderazgo puede definirse como un proceso natural de influencia que ocurre entre una persona (el líder) y sus seguidores [93].

Shortell y Kaluzny [94] establecieron diferencias entre líderes y gestores. Cuando hay liderazgo, las decisiones se toman tras una valoración crítica y están marcadas por una estrategia, estimula la participación e implicación de los miembros del equipo y da forma a la cultura de la organización. Según Peter Drucker, los gestores hacen las cosas bien y los líderes hacen lo correcto<sup>45</sup>.

La definición de liderazgo ha sido siempre condicionada por su origen contextual. Podría verse como un proceso dinámico de uno mismo y de los demás hacia

---

<sup>45</sup> Peter Drucker investigó el liderazgo y fue autor de numerosos libros de gestión de las organizaciones. Desarrolló conceptos como emprendimiento y dirección por objetivos. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Peter\\_F.\\_Drucker](http://es.wikipedia.org/wiki/Peter_F._Drucker). Consultado 20 enero 2013.

una visión común que se convierte en una realidad compartida. DePree caracteriza el liderazgo como una forma de arte que capacita a las personas para “hacer lo que se requiere de ellas en la forma más humana y efectiva posible” [95].

Para liderar al grupo es necesario tener habilidades de comunicación. En las instituciones sanitarias y concretamente en cada una de las Unidades, es fundamental lograr una buena comunicación interna, ya que todo el equipo debe tener los mismos mensajes para el buen desarrollo de la actividad profesional, para el logro de los objetivos, y para que se produzca el fortalecimiento de las relaciones personales y laborales. La comunicación interna no depende sólo de las personas de la organización, sino que va a estar influida por la cultura de la organización, los estilos de liderazgo, la política de recursos humanos, el clima de los servicios y las infraestructuras de comunicación del centro sanitario. En un centro sanitario la comunicación interna circula en todos los sentidos y emiten y reciben mensajes todos los actores del sistema [96].

El liderazgo y el poder suelen ir unidos, aunque el poder puede manifestarse en distintas dimensiones. El poder es la habilidad de hacer o actuar, y puede hacer referencia al *poder sobre* o al *poder de hacer* algo. El *poder sobre* es la habilidad de influir en el comportamiento y en las decisiones de otros para que obedezcan o den su aprobación. El *poder de hacer* hace referencia a la efectividad incluye la habilidad de alcanzar los objetivos propios, de buscar los recursos necesarios para alcanzarlos y de actuar [97]. El poder y el conocimiento son dos entidades inseparables, y de hecho muchos autores (Foucault, Falk) subrayan la importancia del conocimiento en la generación de poder y viceversa. En el *poder de hacer algo* se puede enfatizar el liderazgo de la UGC. Un líder continuista que no origine transformación del grupo y de la Unidad puede ser efectivo en algunos servicios, pero no resultaría adecuado en la UGC donde los proyectos son dinámicos y transformadores.

El liderazgo representa el instrumento más poderoso para conducir a un equipo dentro de las organizaciones. Un buen equipo realiza un trabajo superior al que pueden hacer la mera suma aritmética de sus componentes individualmente, esto se denomina sinergia. Uno de los instrumentos de aprendizaje más valiosos del líder está en la retroalimentación directa y en la evaluación que otros miembros del equipo hacen de su actuación. El coordinador/a de cuidados es una figura clave dentro de la organización,

se ocupa de integrar las distintas capacidades del equipo que lidera, distribuye el flujo de información y dirige sus acciones, siendo un nexo de unión de todos los profesionales que forman el equipo multidisciplinar [98].

El papel que realiza en la actualidad el supervisor/a de enfermería o equivalente, en las unidades y servicios asistenciales es muy importante, pero realmente ejerce también un liderazgo clínico y enfermero [99]. Los enfermeros han adquirido competencias para liderar la UGC a través de la gestión de cuidados, entendiendo por liderar gestionar voluntades, proveer el marco, los valores, los recursos y la motivación a los miembros de una organización para que sean capaces de conseguir los objetivos acordados [100]. El liderazgo resulta esencial cuando la coordinación de las personas es imprescindible para alcanzar los fines [101]. Cuando hay liderazgo, las decisiones se toman tras una valoración crítica y están marcadas por una estrategia. Los enfermeros serían competentes en asumir el rol de líder para vigilar las oportunidades, estimular la participación e implicación de los miembros del equipo y de los propios usuarios [102].

## **2.7. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN**

La gran desmotivación de los profesionales sanitarios, especialmente los profesionales de enfermería, ha sido analizada recientemente por Goiri [103] donde se muestra que ésta tiene más que ver con razones asistenciales y organizativas que con motivos estrictamente laborales y/o salariales. La UGC necesita profesionales motivados para el logro de los objetivos. La década de los 50 fue un período fructífero para las teorías de la motivación laboral que han permitido conocer los motivos o la forma en que ésta se produce [104]. Cambell y otros autores dividieron estas teorías en dos categorías: las teorías de Contenido y de Proceso [105] [106]. Las primeras tratan de definir las necesidades específicas que motivan a las personas, las teorías de Proceso se centran en el estudio de cómo se produce la motivación y que puede hacerse para inducirla, dirigirla, mantenerla y frenarla[107].

La Jerarquía de las Necesidades de Maslow [108] ha sido y continúa siendo un referente acerca de la satisfacción<sup>46</sup>. La teoría de los Dos Factores o teoría de la Motivación e Higiene de Herzberg [109] publicada en el libro “One More Time, How Do You Motivate Employees” (Una vez más, ¿Cómo motiva usted a sus empleados?) continúa siendo un libro de referencia en la Harvard Business Review y constituye el marco teórico de numerosos estudios realizados en torno a la satisfacción laboral<sup>47</sup>. Según Herzberg, los profesionales están influenciados por dos factores, la satisfacción y la insatisfacción. La satisfacción se produce como resultado de los factores de motivación: el reconocimiento, los logros, la responsabilidad, la independencia laboral y la promoción. En cambio, la insatisfacción es el resultado originado por los factores de higiene: sueldo, ambiente físico, supervisión, relaciones con los compañeros de trabajo, política de la empresa y organización, seguridad laboral, status, crecimiento, madurez y consolidación. Cuando los factores de higiene se encuentran en un nivel inferior del que los empleados consideran aceptable, se produce la insatisfacción laboral, aunque los factores motivacionales no funcionan acordes con los factores de higiene [110]. En esta línea se encuentran las teorías de las Necesidades Básicas de McClelland<sup>48</sup> [111] y de Existencia, Reacción y Crecimiento de Alderfer<sup>49</sup> [112].

Entre las teorías de Proceso destacan la teoría del Refuerzo Positivo de Skinner<sup>50</sup> y la teoría de las Expectativas de Wronn<sup>51</sup> [113].

Hackman y Oldhan elaboraron un modelo donde se describen las características que debe poseer el trabajo para que el individuo obtenga las recompensas internas que le

---

<sup>46</sup> Maslow consideró que a las personas no las motiva principalmente el dinero, sino que se motivan por el deseo de satisfacer una jerarquía de cinco necesidades: necesidades fisiológicas, de seguridad/protección, sociales/pertenencia, de estima y de autorrealización.

<sup>47</sup> Para F Herzberg, si una persona está satisfecha con su trabajo, desarrolla capacidades y mejora su rendimiento. Los factores motivadores son: ascenso, responsabilidad, reconocimiento y el propio trabajo. La insatisfacción aparece cuando las personas perciben que están siendo tratadas injustamente en sueldo, beneficios, categoría, seguridad laboral, supervisión y relaciones interpersonales.

<sup>48</sup> David McClelland identificó 3 necesidades básicas que todas las personas tienen en grado variable: realización, poder y afiliación.

<sup>49</sup> Alderfer redujo a tres los cinco niveles de la Jerarquía de Necesidades de Maslow.

<sup>50</sup> B. F. Skinner señala que la conducta puede debilitarse o consolidarse dependiendo de lo que se sigue: acentuar lo positivo con alabanzas puede aumentar la frecuencia de la conducta deseada y la negación del refuerzo positivo debilita la conducta.

<sup>51</sup> Víctor Vronn sostuvo que la motivación depende de cuantas personas quieren algo y de su estimación de la probabilidad de conseguirlo.

generarán satisfacción, mayor rendimiento, alto grado de motivación y menor absentismo [114]. Según estos autores, las cinco dimensiones laborales que enriquecen la actividad laboral son la autonomía, la variedad, la identidad de la tarea, el significado de la tarea y la retroalimentación.

Porter y Lawler [115] crearon la teoría de las Características del Puesto partiendo de las siguientes hipótesis:

- .Los profesionales se implican en conductas que les puedan aportar resultados valorables.
- Los resultados tienen valor porque satisfacen las necesidades fisiológicas y psicológicas de los profesionales.
- Las necesidades de crecimiento personal fomentan la motivación personal.
- Los profesionales se motivan especialmente para conseguir objetivos de la organización, cuando les resulta satisfactorio para sus necesidades personales.

Kanfer [116] estableció tres grupos de teorías para el estudio de la motivación interna.

El primer grupo está integrado por teorías centradas en motivos-actitudes como la curiosidad, la evitación de la incongruencia o la evitación de la discrepancia. Este conjunto de teorías considera que la conducta exploratoria es el resultado de la necesidad que tiene el individuo de mantener un nivel óptimo de activación.

El segundo grupo lo integran las teorías centradas en motivos profesionales como la competencia, la maestría, la eficacia y el reto. El tercer grupo de las teorías explicativas de la motivación interna lo componen las teorías que consideran los motivos de control personal y de autodeterminación.

Las teorías de la autorregulación fueron catalogadas por Kanfer, destacando entre estas la teoría Social Cognitiva de Bandura [117] y la teoría del Establecimiento de Metas de Locke y Latham [118]. Estas teorías se centran en el proceso que produce el impacto de las metas en la conducta del individuo y remarcan que lo primordial no son las competencias reales del profesional, sino la percepción que tiene de las mismas.

Las nuevas teorías sobre la motivación laboral señalan que la recompensa es más eficiente que el castigo y las motivaciones internas son más efectivas que las externas. Según Argyris, McGregor y Gellerman [119], expertos investigadores de la motivación laboral, las recompensas intrínsecas al trabajo (mayor responsabilidad, identificación con las tareas) proporcionan mejores resultados que las recompensas extrínsecas (aumento de salario). Aunque otros estudios no han determinado que la satisfacción influyera en la productividad o calidad, en otros se ha demostrado que la insatisfacción está relacionada con el puesto laboral, el absentismo y los accidentes laborales [120].

La gestión clínica necesita líderes que coordinen a profesionales motivados, por lo que es necesario realizar un buen encaje organizativo para que se logren sus objetivos [121]

<b>TABLA 2.2. Teorías de la Motivación</b>		
<b>TEORÍAS</b>	<b>MATERIA</b>	<b>AUTOR</b>
<b>Teorías de Contenido</b>	-Jerarquía de las Necesidades	A. Maslow
	-Teoría de los Dos Factores	F. Herzberg
	-Teoría de las Necesidades Aprendidas	D.C. McClelland.
	-Teoría de Existencia, Reacción y Crecimiento	C. Alderfer
<b>Teoría de Proceso</b>	-Teoría del Refuerzo Positivo	B.F. Skinner
	-Teoría de las Expectativas	H.V. Wronn
<b>Teoría de las Características del Puesto</b>	-Teoría de las Características del Puesto	L.W.Porter E.E. Lawler
<b>Teorías Explicativas de la Motivación Interna</b>	-Teorías centradas en motivos–actitudes	R. Kanfer
	-Teorías centradas en motivos profesionales	White
	-Teorías que consideran los motivos de control personal y de autodeterminación.	Charms
<b>Teoría de la Autorregulación</b>	-Teoría Social Cognitiva	A. Bandura
	-Teoría del Establecimiento de Metas	E.A. Locke G.P. Latham

## **2.8. LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

Los profesionales de enfermería sienten satisfacción personal por el trabajo bien hecho, por sentirse útiles en situaciones de vulnerabilidad humana, pero siempre a nivel personal e íntimo, sin embargo, se percibe un escaso reconocimiento de su trabajo a nivel social [122]. El reconocimiento, la satisfacción y la autoestima son esenciales para que los profesionales de enfermería avancen en el desarrollo profesional. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra estimar significa *consideración y aprecio que se hace de una cosa o persona por su calidad y circunstancias*[123]. Estimarse a si mismo es indispensable para llevar a cabo proyectos vitales, ya que las personas sin una mínima autoestima, no pueden realizar tareas que les ilusionen los profesionales de enfermería necesitan tener un buen concepto de su profesión para desarrollarla con entusiasmo, esto se logra dignificando la profesión desde dentro, desde los mismos profesionales, realizando nuevos logros que aporten una visión distinta a la sociedad. Esta tarea no es fácil, pero actualmente se están propiciando las circunstancias para que pueda ser efectivo: el grado de enfermería, la prescripción enfermera, la denominación de Facultad en lugar de Escuela Universitaria, entre otros.

Los profesionales de enfermería se ven afectados por diversos factores entre los que destacan la tensión relacionada con el trabajo, la competencia profesional, la monotonía laboral, la remuneración económica, la carga laboral y las relaciones interpersonales con jefes y compañeros, que influyen en la satisfacción laboral [124]. Las enfermeras tienen que mostrar su relevancia social al ejercerla con mayor calidad, y de esta manera los demás la valorarán más [119].

En las últimas décadas, los profesionales de enfermería han ido perdiendo su capacidad de autovaloración positiva y según los estudios del Consejo General de Enfermería de 1992, un cuarenta por ciento del colectivo manifestó que no volvería a elegir ser enfermera. En 2003, según una encuesta de opinión del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, un sesenta por ciento de las enfermeras opinaron que faltaba prestigio social en la profesión [125]. Al escaso reconocimiento social contribuyen la

invisibilidad de los cuidados, el estrés profesional y las críticas internas en el colectivo profesional. Cuando se les pregunta a los profesionales de enfermería acerca de la valoración de perciben, señalan un escaso reconocimiento social pero de forma contraria, los usuarios valoran positivamente las actividades que realizan en la atención hospitalaria. Esta valoración es manifestada a través de las encuestas de satisfacción que los usuarios y familiares realizan en los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía, después de recibir la atención asistencial (Anexo 6) <sup>52</sup> La autoestima profesional no lleva implícito la satisfacción laboral, aunque pueden generarse enlaces entre ambos conceptos.

Para mejorar los resultados es fundamental motivar a los clínicos y a los gestores, propiciando el crecimiento personal y profesional, dando significado y sentido al trabajo. En el ámbito de las organizaciones, los profesionales motivados se distinguen por el deseo de trabajar, de colaborar con el equipo y por proponerse metas personales. El profesional motivado obtiene mayores rendimientos, aunque el bajo rendimiento también puede deberse a otros motivos como la falta de recursos o a la mala gestión de los superiores [104]. La satisfacción en el trabajo de los profesionales es un fenómeno complejo, pero la identificación de factores relacionados y su análisis posterior de los efectos pueden ayudar a desarrollar las intervenciones de gestión necesarias para mejorar la calidad de los cuidados [126].

## **2.9. LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: UN MODELO DINÁMICO DE GESTIÓN**

En la actualidad, las UGC están implantadas en la práctica totalidad del Sistema Sanitario Público Andaluz y tal como mencionamos en la introducción, existen numerosos estudios acerca de la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería pero no hemos encontrado estudios similares referentes a la satisfacción laboral en la UGC aunque existen estudios relacionados con otros factores de la Unidad de Gestión Clínica [127].

---

<sup>52</sup> En el Anexo 6 se muestran algunos resultados de las Encuestas de Satisfacción del SAS pertenecientes al año 2011 dirigidas a pacientes hospitalizados y familiares de los Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío.



La UGC es una iniciativa de gestión del Sistema Sanitario Público Español, que puede asemejarse a otros modelos organizativos del contexto internacional como los Trust del NHS [128] o los Pôles (Sistema Sanitario Francés) [129], aunque difícilmente extrapolable como modelo de organización, resultando más adecuado realizarlo por iniciativas de gestión ajustando por factores de contexto (integración asistencial, commissioning, compra de servicios, estructura de toma de decisiones, niveles de descentralización, etc). Así la evolución de las organizaciones hospitalarias ha sido diferente en algunos países de Europa ya que en unos se originaron a partir de los Sistemas Nacionales de Salud y en otros fueron debidas a los propios centros asistenciales.

Entre las iniciativas dirigidas por los Sistemas Nacionales de Salud, el National Health Service británico introdujo el concepto de gestión clínica en el libro blanco del Gobierno en 1997 [130] y a partir de las ideas de Scally y Donaldson [131] se constituyó el National Institute of Clinical Excellence, que define recomendaciones en la práctica clínica y promueve el desarrollo del liderazgo en los equipos clínicos mediante el National Health Service Leadership Centre. En 2003 los hospitales tradicionales del NHS pasaron a constituirse de manera progresiva y al principio como incentivo para aquellos que desarrollaban una mejor gestión de sus recursos, en *foundation trusts* [132].

En Francia se organizaron los hospitales en los años noventa, agrupando los servicios en pôles (institutos), siguiendo la lógica de órganos, enfermedades o poblaciones específicas con líderes clínicos a su cargo. En España, las iniciativas acerca de la gestión clínica se han iniciado en centros concretos como el Hospital Clinic de Barcelona, que en 1996 consolidó el modelo de gestión clínica [133].

El modelo de gestión clínica española se produjo a partir de una serie de propuestas: el informe Abril [134] desarrolló varias normas encaminadas a diversificar las formas de gestión orientadas a la mejora de la calidad. En 1997 se desarrolló la ley de nuevas formas de gestión, la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que en su artículo 10 recoge las funciones de gestión clínica [135] El rediseño asistencial realizado por los Institutos de Gestión Clínica pudo contribuir a la introducción de algunas modificaciones cuantitativas y cualitativas en las características de su utilización [136].

Las Unidades de de Gestión Clínica han hecho posible la aparición de nuevas herramientas para poder cuantificar los resultados procedentes de la actividad asistencial. Los cuadros de mando son instrumentos que elaboran automáticamente los resultados de los indicadores de calidad y de otros procedimientos relacionados con este modelo de gestión y que permiten realizar estudios comparativos de diferentes períodos, así como su evolución y que son utilizados por los responsables de las UGC [137]. En los cuidados enfermeros, el seguimiento de los objetivos de calidad y el uso de los indicadores ha supuesto un avance en la gestión, implantándose en las UGC el uso del cuadro de mando [138] El uso de indicadores permite objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora asistencial [139].

Uno de los objetivos de la gestión clínica consiste en lograr un mayor compromiso del profesional en la toma de decisiones, no sólo clínicas sino aquellas en las que se deciden la distribución de los recursos [13], aunque para ello se introduzcan cambios organizativos que contribuyan a mejorar la atención al paciente, como las guías de práctica clínica, que han sido realizadas por los profesionales implicados en su ejecución [140]. Existen estudios en los que se observa una mejora del rendimiento de la actividad clínica e investigadora a través de la introducción de guías de práctica clínica, de la incorporación del instrumento AGREE<sup>53</sup>, de tecnologías con evidencias, de consolidar sesiones clínicas tipo CAT [141], de utilizar los sistemas de información CMBD, INIHOS, INFHOS, COAHN y de mejorar la gestión del conocimiento [142].

Para implantar la gestión clínica es necesario transferir poder y responsabilidad a los profesionales que toman la mayor parte de las decisiones sobre la atención del paciente y los costes que ello genera. La estructura organizativa del hospital moderno debe conseguir acercar la gestión a los médicos y a la enfermería, dotarlas de las herramientas necesarias y disponer de direcciones funcionales que se encarguen de facilitar más que de controlar [143].

---

<sup>53</sup> El instrumento AGREE (Apraisad of Guidelines Reseach and Evaluation) es una herramienta genérica diseñada para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica en la evaluación de la calidad metodológica de éstas. La primera versión del instrumento se publicó en 2003 y la segunda versión se publicó en 2009.

Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/wiki/-/wiki/Principal/Instrumento+AGREE>. Consultado el 3 de octubre de 2012.

La UGC conlleva un sistema de incentivación para los profesionales que la integran derivado del cumplimiento de los objetivos propuestos. Los sistemas de incentivación constituyen una herramienta básica en la gestión de los recursos humanos y deben lograr el mantenimiento o el aumento de los niveles de motivación y del esfuerzo del trabajador en el desempeño de las tareas de interés para la organización y de esta manera mejorar su rendimiento laboral. La incentivación puede ser de diferente índole, pero predominan los incentivos económicos, los que suponen el reconocimiento de una situación profesional superior, los dirigidos a mejorar las condiciones y contenidos del puesto de trabajo, los que favorecen el desarrollo profesional y los que aumentan el nivel de integración del profesional en la institución [144].

La gestión clínica ofrece un estilo de dirección que prioriza el factor humano y ayuda a que cada persona aporte sus mejores cualidades personales y profesionales a la empresa además de considerar al ciudadano como eje de sus actuaciones [145]. Para ello, es necesario gestionar las organizaciones sanitarias con calidad ética lo que obliga a la optimización de los recursos, la toma de decisiones basadas en la evidencia, el buen juicio clínico y las preferencias y valores de los pacientes. Para que una organización proceda éticamente tiene que actuar con calidad, realizando procesos de evaluación, acreditación y certificación [146].

Desde que se elaboró el Borrador del Decreto de las UGC y posteriormente la versión final [147], se ha originado un debate en torno al tema que puede seguirse en la página web de la Consejería de Salud y Bienestar Social en el espacio denominado Gestión Clínica [148] mediante un blog en el que los profesionales expresan su punto de vista acerca de las UGC, unas veces se muestran a favor del modelo y en otras expresan su disconformidad [149]. El acceso puede realizarse a través de las redes sociales on line Facebook, Twitter y por correo electrónico. En este espacio, la Unidad de Gestión Clínica ha propuesto un refuerzo para la actividad investigadora mediante la Resolución SA 0360/12 [150], este hecho constata la misión y los valores de las Unidades de Gestión Clínica, apoyando a aquellos profesionales que están dispuestos a ofrecer la excelencia en todas sus actividades laborales.

Algunos autores argumentan que los beneficios de la Unidad de Gestión Clínica son para todos: para el ciudadano, para los gestores y también para los profesionales que desempeñan su actividad asistencial pues contribuye al desarrollo de la carrera

profesional, posibilita la estandarización de cuidados y la implementación de guías de práctica clínica y permite mayor autonomía en la relación profesional-paciente [151].

Se analizaron varios trabajos relacionados con la Unidad de Gestión Clínica para saber cuales eran el objeto de estudio que perseguían y hemos concluido que todos presentaron la UGC como un activador para la actividad asistencial sanitaria. Autores que compararon la UGC con los servicios tradicionales [152] las presentaron como un modelo que contribuye a elevar la calidad asistencial mejorando la valoración con respecto a los servicios tradicionales. En el mencionado estudio, la UGC alcanzó valores superiores en los indicadores de resultados en comparación con los servicios hospitalarios.

También existen estudios en los cuales se concluye que la UGC mejora la comunicación interna entre los propios profesionales y contribuye positivamente a valorar a los responsables y compañeros ya que en los grupos existe siempre la necesidad de pertenencia e implicación de cada persona como pieza clave en el proceso de adaptación y consolidación de un modelo de gestión funcional [153].

Acerca del futuro de la gestión clínica, gestores responsables de las UGC opinaron que dependerá del progreso científico y técnico que se produzca en los próximos años ya que la evolución y los cambios de la gestión clínica han ido en paralelo con los nuevos conocimientos generados por la investigación biomédica [154].

Aunque más que el futuro, el presente de la profesión de enfermería, al igual que el de la Unidad de Gestión Clínica, sigue estando sujeta a numerosos cambios, podría decirse que es un rasgo característico de nuestra profesión, pero es indudable pensar que los nuevos retos provocaran mejoras en los profesionales y en la sociedad. Ahora es el momento para definir y reformar conceptos y elementos que antes no habían sido contemplados pero que adquieren suma importancia en enfermería. Tal como dijo Watson [155].”Si puedes definir puedes reformar, si puedes redefinir, puedes transformar”.

### **III. OBJETIVOS**



### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer el nivel de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería pertenecientes a las Unidades de Gestión Clínica de las Áreas Hospitalarias Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer el perfil de los profesionales de enfermería pertenecientes a la UGC e identificar las posibles diferencias según sexo, categoría y situación laboral.
- Identificar las variables que influyen en la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en las Unidades de Gestión Clínica.
- Adaptar y validar el cuestionario Font Roja para conocer el nivel de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en la UGC.





## **IV. METODOLOGÍA**



## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio descriptivo y transversal, realizado mediante metodología cuantitativa a través del modelo de cuestionario de Font Roja [156] adaptado a las variables sociodemográficas y laborales del estudio (Anexo 7).

Algunos autores que han investigado la satisfacción laboral de los Profesionales Sanitarios han utilizado otros cuestionarios, como el Maslach Burnout Inventory (MBI) [157], el Cuestionario de Salud General (CHQ-28), utilizados para conocer el bienestar psicológico de los Profesionales Sanitarios [158], el Job Description Index (JDI) y el Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) [159], el cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de salud en equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33) [160], el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) [161], el cuestionario del modelo europeo EFQM [162], el cuestionario de satisfacción S21/26 [163] y el cuestionario S10/12 [164] entre otros.

Otros autores elaboraron nuevos cuestionarios para medir la satisfacción laboral adaptando el cuestionario Font Roja a las necesidades de su estudio, como el Cuestionario de Mejora de la Satisfacción Laboral (CMSL) en profesionales de Atención Primaria [165].

Este cuestionario fue elegido por adaptarse al entorno hospitalario en estudio, por su sencillez en la formulación de las preguntas y por haber sido utilizado en otros estudios relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios [166].

### **4.2. POBLACIÓN**

#### **DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS HOSPITALARIAS: ENTORNO Y CONTEXTO**

El trabajo de campo se realizó en los hospitales de dos Áreas Hospitalarias de Sevilla, el Área Hospitalaria Virgen Macarena y los Hospitales Virgen del Rocío y Área.

### **Hospital Virgen Macarena y Área**

El Área Hospitalaria Virgen Macarena pertenece al Sistema Sanitario Público Andaluz, es un complejo hospitalario de tercer nivel y cuenta con todas las especialidades clínicas. Está integrado por el Hospital Virgen Macarena, el Hospital de San Lázaro, el Centro de Especialidades Esperanza Macarena y el Centro de Especialidades San Jerónimo. Atiende a una población de 551.856 usuarios. Actualmente, su organización horizontal está basada en Unidades de Gestión Clínica que están organizadas en torno a Especialidades Medicas, Quirúrgicas y de Apoyo al Diagnóstico. En el Hospital Virgen Macarena y Área trabajan un total de 5083 profesionales, de los cuales, 2813 son profesionales de enfermería [167].

### **Hospital Virgen del Rocío y Área**

El Hospital Universitario Virgen del Rocío y Área es un complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público Andaluz organismo de gestión sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Como hospital de máximo nivel de prestaciones, cuenta con la cartera de servicios más amplia para una población básica asignada de medio millón de habitantes en la provincia de Sevilla, siendo en algunas de sus especialidades más complejas hospital de referencia para toda la Comunidad Autónoma Andaluza [168].

Un total de 8.005 profesionales conforman la plantilla actual, de los que 3700 corresponden a profesionales de enfermería. Los centros asistenciales que integran el Hospital Universitario Virgen del Rocío son los siguientes: Hospital General, Hospital de Rehabilitación y Traumatología, Hospital de la Mujer, Hospital Infantil, Hospital Duques del Infantado, Centro de Consultas Externas, Edificio de Laboratorios, Centro de Especialidades Virgen de los Reyes y Centro de Especialidades Dr. Fleming. En la actualidad, la gestión clínica se ha consolidado como nuevo modelo de organización del Hospital Universitario Virgen del Rocío y Área [168].

### **Unidades de Gestión Clínica de las Áreas Hospitalarias Virgen del Rocío y Virgen Macarena**

Las Unidades de Gestión Clínica conforman la estructura organizativa médica, quirúrgica y de apoyo al diagnóstico de las dos Áreas Hospitalarias en estudio. Todas

las especialidades pertenecen a una UGC, y algunas son denominadas Intercentros porque comparten sus objetivos y el Acuerdo de Gestión con las UGC de otro centro hospitalario. Las UGC existentes en las Áreas Hospitalarias Virgen del Rocío y Virgen Macarena se muestran en la Tabla 4.1.

<b>Tabla 4.1. UGC Áreas Hospitalarias Virgen del Rocío y Virgen Macarena</b>	
<b>UGC Virgen del Rocío</b>	<b>UGC Virgen Macarena</b>
Anatomía Patológica	Alergología
Angiología y Cirugía Vasculat	Área del Corazón de Sevilla
Área del Corazón	Cuidados Críticos y Urgencias
Bloque Quirúrgico Hospital Infantil	Digestivo
Bloque Quirúrgico Hospital de la Mujer	Endocrinología
Bloque Quirúrgico Hospital de Rehabilitación y	Enfermedades Neumológicas
Traumatología	Enferm. Infecciosas y Microbiol. Clínica
Bloque Quirúrgico Hospital General	Intercentros Neurociencias Roma
Cirugía General	Medicina Interna
Cirugía Máxilofacial	Medicina Preventiva
Cirugía Ortopédica, Traumatología y Reumatología	Nefrología
Cirugía Pediátrica	Neonatología
Cirugía Plástica y Grandes Quemados	Oncología Médica
Cuidados Críticos y Urgencias	Oncología Radioterápica
Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas	Pediatría
Dermatología y Venereología	Rehabilitación
Diagnóstico por la Imagen	Reumatología
Endocrinología y Nutrición	Salud Mental
Enfermedades Digestivas	Anestesiología y Bloque Quirúrgico
Enfermedades Infecciosas, Microbiología y	Cirugía General
Medicina Preventiva	Cirugía Ortopédica y Traumatología
Farmacia Hospitalaria	Cirugía Plástica
Genética, Reproducción y Medicina Fetal	Cirugía Torácica
Ginecología, Obstetricia y Patología Mamaria	Dermatología
Hematología Clínica	Ginecología y Obstetricia
Laboratorios Clínicos	Intercentros Cirugía Oral y Maxilofacial
Medicina Interna: UCAMI	Intercentros Cirugía Pediátrica
Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias	Oftalmología
Neonatología	Otorrinolaringología
Neurociencias	Urología
Oftalmología	Anatomía Patológica
Oncología Integral	Bioquímica Clínica
Otorrinolaringología	Farmacia Hospitalaria
Pediatría y Áreas Específicas	Hematología
Radiofísica	Intervención Endovascular
Rehabilitación	Medicina Nuclear
	Radiodiagnóstico
	Radiofísica Sevilla

## **POBLACIÓN EN ESTUDIO**

La población estuvo formada por 2.250 profesionales de enfermería del Hospital Virgen Macarena y por 3486 profesionales de enfermería del Hospital Virgen del Rocío<sup>54</sup>.

Los profesionales de enfermería susceptibles de pertenecer a la muestra seleccionada debían cumplir los siguientes criterios:

### **Criterio de Inclusión**

– Estar en activo en las Áreas Hospitalarias Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla con categoría de DUE (Diplomado en Enfermería) y/o TCAE (Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería).

### **Criterios de Exclusión**

– Se excluyeron los enfermeros especialistas debido a la especificidad de sus actividades profesionales.

– Encontrarse en situación de Incapacidad Laboral Transitoria y/o Definitiva.

## **DISEÑO DE LA MUESTRA**

### **Cálculo del tamaño muestral**

Para determinar el tamaño muestral se han seguido las recomendaciones de Pedro Morales Vallejo [169], trabajando a un nivel de confianza del 95%, estimándose la muestra poblacional en 357 Profesionales. La tasa de reposición fue del 30% con un error asumido del 0,5. De los 357 cuestionarios entregados a los profesionales de enfermería, 42 fueron eliminados por cumplimentación escasa o incorrecta. De los 333 cuestionarios restantes, 314 cuestionarios fueron cumplimentados en su totalidad y 19 no incluían la Unidad de Gestión Clínica de pertenencia, por lo que no han sido incluidos en la muestra final.

---

<sup>54</sup> Datos facilitados por la Unidad de Atención al Profesional de los Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío. Noviembre 2010.

## **Estrategia de muestreo**

El muestreo ha sido oportunista consecutivo a toda la población elegida. Los profesionales participantes se encontraban trabajando en el tiempo de la cumplimentación del cuestionario. La rotación de turnos le ha proporcionado aleatoriedad al muestreo.

Para la recopilación de los cuestionarios se realizaron dos procedimientos diferentes. El primero consistió en entregar y recoger los cuestionarios de forma individualizada a los profesionales que se encontraban desempeñando su labor profesional en las Unidades en estudio. Los cuestionarios se difundieron por las diferentes Unidades de Gestión Clínica de los Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío. En segundo lugar se realizaron trece Grupos Nominales, donde se debatieron conceptos relacionados con la Unidad de Gestión Clínica. El objetivo principal fue conocer el nivel de satisfacción que tenían acerca de las Unidades de Gestión Clínica. Para ello, se siguió un guión establecido (Anexo 15) y mediante el Brainstorming inicial o torbellino de ideas, se posibilitó la discusión acerca de la UGC. La firma y nombre de todos los Profesionales de Enfermería que han participado en estos grupos han quedado reflejados en las Actas de cada sesión (Anexo 8), que al finalizar la reunión cumplimentaron el cuestionario entregado. Las encuestas se realizaron entre los meses de marzo a junio de 2011.

## **4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO**

En este apartado se muestran las variables sociodemográficas y laborales que han sido utilizadas en este estudio (Tabla 4.2). Se muestra como variable dependiente la Satisfacción laboral y las restantes como variables independientes.

<b>Tabla 4.2. Variables del Perfil del Profesional de Enfermería</b>		
<b>NOMBRE</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES</b>
<b>Satisfacción laboral</b>	Cuantitativa Discreta	Escala Likert 1-5
<b>Edad</b>	Cuantitativa Discreta	Años
<b>Sexo</b>	Nominal	Hombre, Mujer
<b>Área Hospitalaria</b>	Nominal	Virgen Macarena, Virgen del Rocío
<b>Categoría Profesional</b>	Cualitativa Ordinal	DUE, TCAE
<b>Tiempo Trabajado</b>	Cuantitativa Discreta	Meses
<b>Pertenencia a UGC</b>	Nominal	Si, No
<b>Tiempo pertenencia a UGC</b>	Cuantitativa Discreta	Meses
<b>Relación contractual</b>	Cualitativa Ordinal	Contratado/a, Personal de Plantilla
<b>Estado civil</b>	Nominal	Casado/a, Soltero/a, Viudo/a, Separado/a
<b>Número de hijos</b>	Cuantitativa Discreta	Número entero
<b>Nivel de estudios</b>	Cualitativa Ordinal	Doctorado, Máster, Especialista, Licenciado/a, Diplomado/a, Bachillerato, Formación Profesional

### **Variables Sociodemográficas**

Las variables sociodemográficas y las variables laborales han reflejado los datos referentes al perfil del profesional de enfermería encuestado. Las Variables Sociodemográficas utilizadas se detallan a continuación:

La variable **sexo** es importante en la profesión enfermera, ya que tradicionalmente el sexo femenino ha sido imperante en este colectivo y se consideró relevante para este estudio de investigación.

La variable **Estudios realizados** se consideró pertinente para conocer el nivel de estudios de los profesionales de Enfermería y su posible relación con la satisfacción laboral en la UGC.



## **Variables Laborales**

La variable denominada **Área Hospitalaria** ha sido considerada relevante para nuestra investigación y ha reflejado las opiniones de los profesionales de Enfermería de las dos Áreas hospitalarias en estudio que han sido denominadas Hospital A y Hospital B.

La variable **Situación laboral** ha reflejado las opiniones de los profesionales de plantilla y contratados.

La variable **Categoría Profesional** ha sido considerada idónea para nuestra investigación y ha reflejado las opiniones de los profesionales DUE y TCAE.

Tanto los **meses trabajados en el empleo** por los profesionales de Enfermería como los **meses trabajados en la UGC** han sido considerados variables independientes en nuestra investigación.

## **Satisfacción laboral**

Medida a través del cuestionario de Font Roja adaptado que presenta diez dimensiones desglosadas en los siguientes ítems:

- Satisfacción por el trabajo-4 ítems (7, 10, 11, 16).
- Tensión relacionada con el trabajo-5 ítems (2, 3, 4, 5, 6).
- Competencia profesional-3 ítems (22, 23, 24).
- Presión en el trabajo-2 ítems (18,20).
- Promoción profesional-3 ítems (9, 12, 17).
- Relación interpersonal con sus jefes-2 ítems (13,19).
- Relación interpersonal con sus compañeros-1 ítems (14).
- Características extrínsecas del estatus-2 ítems (8,15).
- Monotonía laboral-2 ítems (1,21).
- Características de la Unidad de Gestión Clínica-2 ítems (25, 26).

Al modelo de cuestionario validado Font Roja se le han añadido 2 ítems específicos acerca de la UGC (ítems 25 y 26) y 3 afirmaciones (A1, A2 y A3) para medir la satisfacción que los profesionales de enfermería le otorgan al Supervisor/a, al Director/a así como al hecho de pertenecer a la UGC.

El modelo de cuestionario empleado mide la satisfacción laboral mediante una escala de Likert, en la que el valor 1 representa el mayor grado de acuerdo y el 5 el mayor grado de desacuerdo:

- 1 muy de acuerdo.
- 2 de acuerdo.
- 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 en desacuerdo
- 5 muy en desacuerdo.

#### 4.4. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se planificó siguiendo el procedimiento regulado que determina la Unidad de Investigación del Servicio Andaluz de Salud, solicitando en primer lugar la autorización institucional para pasar posteriormente a realizar el trabajo de campo mediante la utilización del cuestionario validado Font Roja adaptado para este estudio con metodología cuantitativa. Una vez obtenidos el número de cuestionarios necesarios, se analizaron los datos y se procedió a la redacción del estudio.

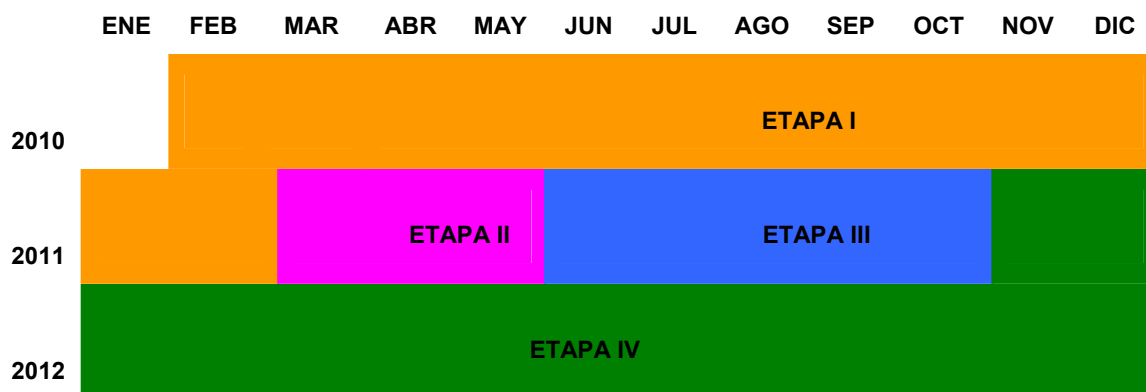


Fig. 4.1. Cronograma del estudio de investigación

#### ETAPA I. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

La Etapa I se inició en abril de 2010 y concluyó en febrero de 2011. La **Fase I** de esta etapa se inició en abril de 2010 y durante este período se realizaron las búsquedas bibliográficas y la Memoria del trabajo de investigación (Anexo 9). La **Fase II** de esta etapa comenzó en diciembre de 2010 cuando se solicitaron formalmente los

permisos a las Unidades de Investigación de los Hospitales en estudio. El informe favorable de la Subcomisión de Ética se obtuvo en febrero de 2011(Anexo 10).

## **ETAPA II. ELABORACIÓN DEL MODELO DE CUESTIONARIO ADAPTADO**

### **Construcción de la versión preliminar del cuestionario en base a la revisión bibliográfica**

La Etapa II se inició en marzo de 2011 y concluyó en mayo del mismo año. En la **Fase I** de esta etapa, se estableció el modelo de cuestionario a utilizar para el estudio de investigación junto con la realización de búsquedas bibliográficas relacionadas con la satisfacción de los profesionales de enfermería en la UGC. Para la realización del trabajo de campo, se tomó como referente el cuestionario validado Font Roja (Anexo7), adaptándolo a los objetivos de nuestro estudio.

El cuestionario Font Roja no presenta puntuaciones referentes y por ello la interpretación de los datos obtenidos se ha realizado mediante el análisis comparativo con otros estudios realizados mediante el mismo modelo de cuestionario. Se procedió a la inversión de los ítems 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 25, y 26 donde el valor 1 aparece como valor 5, el valor 2 como valor 4, el valor 4 como valor 2 y el valor 5 como valor 1.

El cuestionario Font Roja fue ampliado para este trabajo con la dimensión *Características de la UGC*, integrada por dos ítems. De igual modo, algunos autores ampliaron el cuestionario Font Roja añadiendo dos ítems [170], y otros autores añadieron hasta cinco ítems al cuestionario validado [171], mostrándose a continuación algunos de los trabajos donde el cuestionario también ha sido ampliado:

- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales en un hospital comarcal de Murcia* [172] se analizaron 8 dimensiones en un total de 27 ítems.
- En el estudio denominado *Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font Roja de satisfacción laboral* [173] se añadieron 2 ítems al cuestionario validado Font Roja. Se realizaron análisis factoriales para determinar los diversos componentes de la satisfacción laboral.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de*

*Albacete* [174] se ampliaron 2 dimensiones a las 9 existentes en el cuestionario Font Roja que se denominaron: Influencia del entorno físico e Influencia de la supervisión.

- En el estudio denominado *Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis* [175] se añadieron una parte de datos sociodemográficos y otras cuestiones.

Durante la **Fase II** de esta etapa, se elaboró la versión preliminar del cuestionario.

En esta fase se elaboró una versión preliminar del cuestionario adaptado (Anexo 11). El cuestionario consta de 10 dimensiones que miden la satisfacción laboral mediante una escala Likert donde el valor 1 representa *muy de acuerdo*, el valor 2 representa *de acuerdo*, el valor 3 representa *ni de acuerdo ni en desacuerdo* el valor 4 representa *en desacuerdo* y el valor 5 representa *muy en desacuerdo*.

Se le efectuaron cambios en las variables sociodemográficas. El cuestionario adaptado se sombreó en distintos colores para lograr un efecto visual atrayente en los profesionales de enfermería.

Las 9 dimensiones primeras se tomaron del modelo de cuestionario validado Font Roja. La dimensión 10 *Características de la UGC* se agregó atendiendo a los objetivos del estudio de investigación. Al modelo de cuestionario validado Font Roja se le añadieron 2 ítems específicos acerca de la UGC (ítems 25 y 26) y 3 afirmaciones (A1, A2 y A3) para medir la satisfacción que los Profesionales de Enfermería le otorgaban al Supervisor/a, al Director/a así como la satisfacción que tenían por el hecho de pertenecer a la UGC.

### **Elaboración de la versión final del cuestionario**

En esta fase se elaboró la versión final del cuestionario utilizado en este estudio (Anexo 12), incorporando en el apartado relacionado con el nivel de estudios la opción de Master y Doctorado. También se estimó conveniente la medición en meses del tiempo de servicio en el puesto y en la UGC.

Se realizaron cambios en la dimensión 10 *Características de la UGC*, pues inicialmente constaba de 4 ítems, pero se consideró pertinente disminuir el número de

ítems para no interferir en la validez y consistencia interna del cuestionario original. La versión preliminar del cuestionario Font Roja no incluía las 3 afirmaciones en las que se valora la satisfacción del profesional de enfermería con la labor realizada por el Director de la UGC, por el Supervisor/a y con la pertenencia a la UGC.

### **ETAPA III. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO**

Durante la **Fase I** de esta etapa, se realizó el estudio piloto de la versión final del cuestionario, en el mes de junio de 2011. En el mismo mes se inició la **Fase II** de esta etapa con la realización del trabajo de campo que concluyó en octubre de 2011 terminando la **Fase III** con la recopilación y ordenación de datos, realizándose en los meses de noviembre y diciembre de 2011.

#### **Estudio Piloto**

El estudio piloto se realizó con un mes de anterioridad al del trabajo de campo, para detectar posibles errores en la elaboración del cuestionario. Se comprobó que los profesionales entendían las preguntas, que todas eran respondidas y que no se encontraban duplicidades. Se entregó el cuestionario a 30 profesionales de enfermería y se obtuvo una tasa de respuesta del 100%.

Cuando se analizaron los cuestionarios respondidos, se consideró pertinente no realizar modificaciones. Los cuestionarios del estudio piloto fueron desechados en el cómputo del tamaño muestral.

#### **Trabajo de Campo**

Las Direcciones de Enfermería de los hospitales donde se realizó el estudio, colaboraron activamente facilitando las vías para que la investigación pudiera realizarse. El método de distribución del cuestionario lo realizó la investigadora, quién entregó y recogió directa y personalmente a cada uno de los profesionales el cuestionario elaborado. Cuando se llegó a una tasa de respuesta de 268 cuestionarios y aumentaba lentamente, se buscó la posibilidad de utilizar nuevas técnicas que pudieran incrementar el número de cuestionarios respondidos, resolviéndose mediante la formación de trece grupos nominales. De esta manera se obtuvo la tasa de respuesta para la población en estudio [169] (de los 357 cuestionarios entregados se cumplieron 333).

## **Recopilación de datos**

Una vez finalizado el trabajo de campo, los datos se recopilaron, ordenaron y se introdujeron en una base de datos para el análisis de los mismos.

## **ETAPA IV. REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En esta etapa, de enero a marzo de 2012, se efectuó el análisis estadístico. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el Programa Informático IBM SSPS Statistics 19.01.

### **Análisis Descriptivo**

Para el análisis **univariante** de las variables cuantitativas se utilizaron la  $Med \pm DS$  (**media, desviación estándar**) y el **rango** (mínimo y máximo) o P50 [P25-75] (**mediana, rango intercuartílico**). Las variables cualitativas se representaron mediante frecuencias absolutas, **frecuencias** relativas y **porcentajes** junto con sus intervalos de confianza al 95%. Las variables cualitativas ordinales se resumieron como variables cuantitativas o mediante su valor modal. Se calculó la **varianza** o diversidad de opiniones estimadas en la población ya que ésta puede ser diferente según la respuesta de los profesionales encuestados ya que cuando se produce mayor diversidad de opiniones se necesita mayor número de sujetos y viceversa.

En el **análisis bivariante** se calculó la prueba de **Kolmogorov-Smirnov** para comprobar el supuesto de normalidad y la prueba **T-Student** para comparar las medias (en caso de presentar normalidad), la prueba **U de Mann-Whitney** (en caso contrario). En el análisis de regresión se calculó el test de **Kruskal-Wallis** para ver la relación de las dimensiones con la Satisfacción Media Global (SMG).

### **Análisis Clinimétrico**

Todas las mediciones que se efectúan en las Ciencias, sean Físicas o sean Sociales, están sujetas a error, siendo la principal diferencia entre las Ciencias Físicas y las Ciencias Sociales la magnitud de los errores de medición, no la existencia de los mismos. A la cuantificación de los errores de la medida se denomina **análisis de la fiabilidad**. Se entiende que un instrumento de medida es **fiable** cuando en repetidos ensayos con los mismos objetos produce los mismos resultados, por tanto, la fiabilidad

puede definirse como la correlación entre las mediciones efectuadas sobre un número de sujetos en dos o más ocasiones [176]. En cambio, se dice que un instrumento es **válido**, cuando realmente es capaz de medir aquello para lo que ha sido concebido [170].

En el análisis clinimétrico, la **fiabilidad** de la escala indica hasta que punto se obtienen los mismos valores al efectuar la medición en más de una ocasión, bajo condiciones similares se repite el proceso de medida para evaluar la concordancia entre las distintas mediciones [177]. Para el estudio de la coherencia de escalas se realizó el **Alfa de Cronbach**, que evalúa la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, como las escalas tipo Likert [178]. Algunos autores coinciden en que son aceptables los valores iguales o superiores a 0,70 [179]<sup>55</sup> aunque otros autores consideran que debe tener valores en torno a 0.80 [180].

El índice estadístico más utilizado y apropiado para evaluar la *reproductibilidad* en el caso de las variables cuantitativas es el **coeficiente de correlación intraclase**, que según ciertos autores [181]. *”Dicho coeficiente estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones disponibles y, por tanto, evita el problema de la dependencia del orden del coeficiente de correlación”* Combina una prueba de correlación con una prueba de diferencia de medias, de forma que corrige el error sistemático [182].

Para interpretar los valores de CCI, resulta útil disponer de una clasificación ampliamente consensuada, como la propuesta por Fleiss [183] (Tabla 4.3).

---

<sup>55</sup> Campo-Arias A; Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una Escala: la consistencia interna. 2008.

Tabla4.3. Valoración de la concordancia según Fleiss (1986), según coeficiente de correlación intraclassa(CCI)	
Valor del CCI	Fuerza de la concordancia
>0,90	Muy buena
0,71 – 0,90	Buena
0,51 – 0,70	Moderada
0,31 – 0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

La **consistencia interna** es necesaria para ofrecer resultados constantes y veraces en condiciones similares [184]. Según Sánchez y Echeverry [185] “*el proceso de validación de instrumentos es un proceso continuo en constante evaluación que invita a modificaciones que se basen en las investigaciones disponibles*”. La consistencia interna se refiere al grado en que los ítems de una escala se relacionan entre sí, deben mostrar una alta correlación o grado de homogeneidad si miden el mismo constructo.

Para detectar las posibles relaciones de las variables numéricas con la satisfacción laboral se ha realizado el estudio paramétrico de correlaciones (**coeficiente de correlación de Pearson**) contrastado con el estudio no paramétrico de correlaciones (**coeficiente de correlación Rho de Spearman**). La interpretación del coeficiente de Spearman es similar al de Pearson. Valores próximos a 1 indican una correlación fuerte y positiva. Valores próximos a -1 indican una correlación fuerte y negativa. Valores próximos a 0 indican que no hay correlación lineal.

El coeficiente de correlación parcial es un indicador de la fuerza de las relaciones entre dos variables, eliminando la influencia del resto. Si las variables comparten factores comunes, el coeficiente de correlación parcial entre pares de variables deberá ser bajo, puesto que se eliminan los efectos lineales de las otras variables. Las correlaciones parciales son estimaciones de las correlaciones entre los factores únicos y deben ser próximos a cero. La finalidad de este análisis es comprobar si sus características son las más adecuadas para realizar un análisis factorial. Uno de los requisitos que debe cumplirse para que el análisis factorial tenga sentido es que las variables estén altamente correlacionadas.



Para examinar la matriz de correlaciones se utilizó el test de **Esfericidad de Bartlett**, que contrasta si la matriz de correlación de las variables observadas es la identidad, significando que las correlaciones entre las variables son cero. Si se confirma la hipótesis nula, significa que las variables no están correlacionadas. Se utilizó el test de **Hotelling** para contrastar la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales.

El **análisis factorial** es la prueba utilizada para la validez de constructo, ya que puede identificar la cantidad de constructos o factores que existen en el test y la medida en que cada ítem está relacionado con cada factor. El análisis factorial es una técnica estadística multivariante cuya finalidad es analizar las relaciones de interdependencia existentes entre un conjunto de variables, calculando las variables latentes denominadas factores, que explican con un número menor de dimensiones dichas relaciones. Es una técnica de reducción de datos que permite expresar la información contenida en un conjunto de datos con un número menor de variables sin distorsionar dicha información, aumentando el grado de manejabilidad e inteligibilidad de la misma. En nuestro trabajo, se eliminaron los factores que no aportaban consistencia y fiabilidad.

Para evaluar el análisis factorial y comprobar que es adecuado se utiliza la **Medida de Adecuación de la Muestra KMO** propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin, que toma valores entre 0 y 1 y que se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial, de forma que cuanto más pequeño sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes de correlación parciales y por lo tanto, menos deseable realizar un análisis factorial. Kaiser, Meyer y Olkin aconsejan que si KMO 0,75, la idea de realizar un análisis factorial es buena, si KMO es 0,5, sería aceptable y si KMO es menor, sería inaceptable. Para complementar dicha información con otras fuentes, sobre todo si el número de variables consideradas es pequeño, se pueden tener en cuenta las **Comunalidades** de cada variable, los residuos del modelo y la interpretabilidad de los factores obtenidos [186].

Para la rotación de los componentes, se utilizó el **método Varimax** que minimiza el número de variables con cargas altas en un factor, mejorando así la capacidad de interpretación de los factores. Este método considera que si se logra aumentar la varianza de las cargas factoriales al cuadrado de cada factor, consiguiendo que algunas de sus cargas factoriales tiendan a acercarse a 1 mientras que otras se

acerquen a 0, lo que se obtiene es una pertenencia más clara e inteligible de cada variable a ese factor.

La **validez** se define como “*la capacidad de prueba para medir lo que se intenta medir*” o para medir aquello para lo que fue construido [187]. La validez de constructo muestra si el instrumento de medida refleja la naturaleza del concepto o constructo que se pretende medir [188], si es útil para identificar patrones capaces de ver el comportamiento de una variable o para detectar variables latentes en el instrumento [189]. La validez de constructo o de concepto examina hasta que punto el indicador y la definición operativa miden adecuadamente el concepto.

El significado de validez de constructo radica en determinar la relación del instrumento de medida con la teoría y con la conceptualización teórica. Existen varios métodos para investigar la validez de constructo: la técnica de los grupos conocidos, la técnica del contraste de hipótesis, la técnica de las matrices multi-rasgo multi-método y el análisis de factores [190].

### **Regresión Logística Binaria**

Dada una variable dependiente dicotómica y un conjunto de una o más variables independientes cuantitativas o cualitativas, la regresión logística binaria consiste en obtener una función lineal de las variables independientes que permita clasificar a los individuos en uno de los dos niveles o grupos establecidos por los dos valores de la variable dependiente [191]. Otros autores como Visauta, opinan que la regresión logística es un modelo que a partir de los coeficientes estimados para cada una de las variables independientes y fruto de la probabilidad de los individuos en la variable dependiente, va a permitir asignarlos a una u otra categoría u opción de respuesta [192].

La regresión logística es un instrumento estadístico de análisis bivariado o multivariado. Resulta útil su utilización cuando se obtiene una variable dicotómica y un conjunto de variables predictoras o independientes que pueden ser cuantitativas o categóricas. El análisis se realiza para predecir la probabilidad de que a alguien le ocurra cierto evento (por ejemplo: 1=tener satisfacción laboral, 0=no tener satisfacción laboral). También se realiza para determinar que variables pesan más para aumentar o disminuir la probabilidad de que a alguien le suceda el evento en cuestión.

En este estudio se realizó la regresión logística binaria de la satisfacción laboral entre sexo, categoría profesional y relación contractual. La regresión logística consistió en obtener una función lineal de las variables independientes para clasificar a los individuos en una de las dos subpoblaciones o grupos establecidos por los dos valores de la variable dependiente.

Las etapas de la regresión logística son las siguientes:

1. Recodificar la variable dependiente en 0 y 1.
2. Evaluar los efectos de confusión y de interacción del modelo explicativo.
3. Evaluar la bondad de ajuste de los modelos mediante el test de **Hosmer y Lemeshow**, que consiste en un contraste de distribución donde la hipótesis nula es que no hay diferencias entre los valores observados y los valores pronosticados. Este estadístico es un método para evaluar el modelo y es más robusto que el estadístico de bondad de ajuste utilizado tradicionalmente en la regresión logística.
4. Analizar la fuerza, sentido y significación de los coeficientes, sus exponenciales y estadísticos de prueba mediante el método por pasos hacia delante (Wald).

### **Análisis de Conglomerados**

El análisis de conglomerados es una técnica que sirve para clasificar un conjunto de individuos (o de variables) en una serie de grupos, y que a diferencia del análisis discriminante no están definidos a priori.

Existen muchos métodos para combinar objetos o elementos para combinar objetos o elementos en los clusters. El más habitual es el **análisis cluster jerárquico aglomerativo** y el procedimiento consiste en que los conjuntos son formados agrupando los sujetos o variables en los cluster cada vez más grandes hasta que todos ellos forman parte de uno único, de modo que cuando comienza el análisis existen tantos clusters como sujetos y al finalizar habrá un único conglomerado.

## **4.5. ASPECTOS ÉTICOS**

La autorización institucional para desarrollar este estudio se solicitó a las Unidades de Investigación de los Hospital Virgen del Rocío y Virgen Macarena, y se

obtuvo el informe favorable de la Subcomisión de Ética Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío en febrero de 2011(Anexo 10).

Todos los Profesionales que participaron en el estudio recibieron previamente una Hoja de Información (Anexo 13) donde se explica el objetivo del estudio y la voluntariedad de participar y de retirarse en cualquier momento antes de proceder a la firma del Consentimiento Informado (Anexo 14). También fueron informados del título del estudio, de la metodología utilizada y de que no recibirían compensación económica ni les ocasionaría gasto alguno.

La Hoja de Información se entregó antes que el Consentimiento Informado. En la misma se explica que el estudio contará con todas las garantías de confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [193]. También se informó del Título del estudio, de Objetivos y Metodología del estudio, de la no Compensación Económica que implicaba su realización y otros aspectos como la no Financiación y el nombre y teléfono de la investigadora.

El Consentimiento Informado es el documento legal que garantiza la confidencialidad y el tratamiento de los datos. En este estudio, el Consentimiento Informado fue entregado a todos los Profesionales de Enfermería que participaron. En el documento se informa del anonimato de sus participantes y de la protección de datos que tendrán atendiendo a Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. La confidencialidad de los datos obtenidos se mantuvo durante todo el desarrollo del estudio y especialmente durante el análisis de los datos, quedando toda la información protegida por la Ley 12/1989 que regula el secreto estadístico.

## **V. RESULTADOS**



## V. RESULTADOS

En función de los objetivos fijados en nuestro estudio, los resultados obtenidos fueron los descritos a continuación.

### 5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La **tasa de respuesta** de los profesionales de enfermería fue del 87,95% obteniéndose un índice más elevado en el Área Hospitalaria Virgen Macarena que en el Área Hospitalaria Virgen del Rocío (Tabla 5.1), aunque el número de cuestionarios entregados fue similar en ambas Áreas. Este hecho se debió principalmente a un mayor tiempo presencial de la autora del estudio durante la fase del Trabajo de Campo en el Hospital Virgen Macarena, ya que es el centro donde desempeña su actividad profesional.

<b>Tabla 5.1 Tasa de Respuesta</b>		
<b>Área Hospitalaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
V Macarena	184	55,3%
V. Macarena. San Lázaro	27	8,1%
V. Rocío	122	36,6%

En la Tabla 5.2 se muestra la frecuencia y porcentaje de las UGC a la que pertenecen los profesionales que han respondido al cuestionario. La UGC de Medicina Interna ha sido la que mayor número de profesionales han respondido el cuestionario, también es la Unidad con mayoría de usuarios y de profesionales.

<b>Tabla 5.2. Tasa de respuesta de Profesionales de enfermería por Unidades de Gestión Clínica</b>		
<b>UGC/Servicios Hospitalarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Quirófanos	22	6,6%
Rehabilitación	4	1,2%
Traumatología	14	4,2%
Unidad de Día	9	2,7%
U .C. I.	9	2,7%
Urgencias	7	2,1%
Urología	12	3,6%
U. R. P.	3	0,9%
Infecciosos	6	1,8%
Ginecología	6	1,8%
UGC del Corazón	4	1,2%
Cirugía General	27	8,1%
Digestivo	3	0,9%
Dermatología	7	2,1%
Endocrinología	6	1,8%
Nefrología	12	3,6%
M Interna	38	12,6%
Cirugía Máxilofacial	12	3,6%
Neumología	7	2,1%
Alergia	7	2,1%
ORL	13	3,9%
Neurociencias	19	5,7%
Quemados	4	1,2%
Psiquiatría	12	3,6%
Cuestionarios Perdidos	65	19,5%

En este estudio, las **variables independientes** utilizadas fueron sexo, edad, situación laboral, categoría profesional y nivel de estudios realizados. La variable



dependiente utilizada fue la satisfacción laboral. En la Tabla 5.3 se muestran los datos obtenidos del análisis estadístico de las variables independientes. En cuanto al sexo, las mujeres tienen una satisfacción laboral ligeramente más elevada que los varones. Los profesionales contratados están ligeramente más satisfechos que los de plantilla y los TCAE más satisfechos que los DUE. A estas variables se les realizó la prueba **T de Student**, donde los datos no resultaron significativos en la dimensión Satisfacción Global Media., lo cual deduce que las respuestas medias de los Profesionales de Enfermería no difieren entre sí y tienen valoraciones medias parecidas. Se realizó el test de **Kruskal-Wallis** para comprobar la relación de las variables independientes con la satisfacción Media Global, aunque los datos resultantes no fueron significativos.

Tabla 5.3. Resultados de las variables independientes						
Variables y Satisfacción Global Media	Intervalos de confianza al 95%	Media $\pm$ DS( $\sigma$ )	Mediana [P <sub>25</sub> – P <sub>75</sub> ]	Mínimo – Máximo	K Kruskal Wallis	T Student
Sexo M	3,14 – 3,24	3,19 $\pm$ 0,406	3,19 [2,88 – 3,46]	2,08 – 4,23		0,164
Sexo V	2,98 – 3,21	3,10 $\pm$ 0,377	3,03 [2,84 – 3,36]	2,38 – 4,00		0,164
Contratado	3,14 – 3,32	3,23 $\pm$ 0,407	3,23 [2,92 – 3,53]	2,42 – 4,23		0,169
Plantilla	3,10 – 3,21	3,16 $\pm$ 0,401	3,11 [2,88 – 3,42]	2,08 – 4,23		0,169
DUE	3,06 – 3,18	3,12 $\pm$ 0,382	3,11 [2,84 – 3,40]	2,08 – 4,23		0,194
TCAE	3,17 – 3,30	3,23 $\pm$ 0,417	3,23 [2,92 – 3,51]	2,38 – 4,23		0,194
Licenciado	2,87 – 3,51	3,19 $\pm$ 0,259	3,19 [3,03 – 3,46]	2,85 – 3,46	0,295	
Master	2,84 – 3,45	3,14 $\pm$ 0,291	3,17 [3,11 – 3,34]	2,62 – 3,46	0,295	
Diplomado	3,07 – 3,19	3,13 $\pm$ 0,393	3,11 [2,84 – 3,42]	2,08 – 4,23	0,295	
Bachiller	3,00 – 3,30	3,15 $\pm$ 0,399	3,05 [2,84 – 3,46]	2,58 – 4,12	0,295	
F. P.	3,17 – 3,33	3,25 $\pm$ 0,424	3,23 [2,92 – 3,53]	2,38 – 4,23	0,295	

Los datos son representados con media  $\pm$  desviación típica, mediana [p25-p75] y (mínimo –máximo)

## 5.2. CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO FONT ROJA ADAPTADO

En la Tabla 5.4 se refleja la frecuencia y el porcentaje de la moda de cada ítem y de las 3 afirmaciones que componen el cuestionario utilizado.

<b>Tabla 5.4. Ítems y afirmaciones del cuestionario Font Roja adaptado</b>			
<b>Nº de Ítem</b>	<b>Moda Escala Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ítem 1	4.En desacuerdo	129	38,70%
Ítem 2	5.Muy en desacuerdo	171	51,40%
Ítem 3	1.Muy de acuerdo	120	36,00%
Ítem 4	2.De acuerdo	127	38,10%
Ítem 5	4.En desacuerdo	125	37,50%
Ítem 6	4.En desacuerdo	122	36,60%
Ítem 7	2.De acuerdo	111	33,30%
Ítem 8	3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	124	37,20%
Ítem 9	4.En desacuerdo	116	34,80%
Ítem 10	5.Muy en desacuerdo	210	63,10%
Ítem 11	5.Muy en desacuerdo	166	50,00%
Ítem 12	3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	97	29,20%
Ítem 13	2.De acuerdo	140	42,00%
Ítem 14	1.Muy de acuerdo	151	45,30%
Ítem 15	5.Muy en desacuerdo	156	46,80%
Ítem 16	2.De acuerdo	120	36,00%
Ítem 17	3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	123	36,90%
Ítem 18	2.De acuerdo	106	31,80%
Ítem 19	2.De acuerdo	139	41,70%
Ítem 20	3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	123	36,90%
Ítem 21	2.De acuerdo	119	35,70%
Ítem 22	5.Muy en desacuerdo	170	51,10%
Ítem 23	2.De acuerdo	103	30,90%
Ítem 24	4.En desacuerdo	109	32,70%

Ítem 25	2.De acuerdo	113	33,90%
Ítem 26	3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	98	29,40%
A 1	Puntuación 5	96	28,80%
A 2	Puntuación 8	62	18,60%
A 3	Puntuación 5	63	18,90%

### 5.2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIMENSIONES

Se analizaron las diez dimensiones y se calculó la **media, desviación típica, mediana, moda y el coeficiente de correlación de Pearson** de cada dimensión. Las dimensiones más valoradas fueron las siguientes: Relación interpersonal con sus compañeros (4,267), Satisfacción por el trabajo (3,886), Relación interpersonal con sus jefes (3,737), Competencia profesional (3,547), Características de la UGC (3,136) y Promoción profesional (3,017). Las dimensiones menos valoradas fueron Características extrínsecas de estatus (2,523), Tensión relacionada con el trabajo (2,463) y Presión del trabajo (2,463).

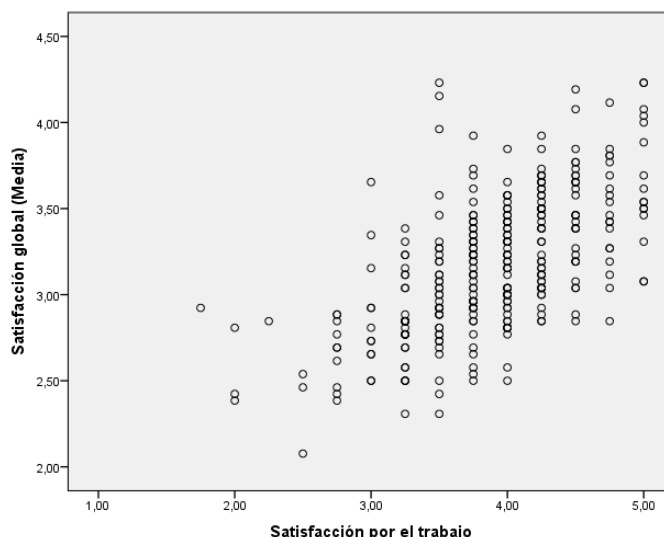
La Tabla 5.5 Dimensiones del cuestionario Font Roja adaptado refleja que la dimensión 7 Relación Interpersonal con sus compañeros compuesta por el ítem 14 (invertido) (*Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales*) fue la opción más elegida en el valor 5 de la escala de Likert. Es la dimensión que presentó la Satisfacción Media más elevada, con un coeficiente de correlación significativo con la Satisfacción Global Media. Le sigue la dimensión 1 Satisfacción por el trabajo, compuesta por el ítem 7 (invertido) (*En mi trabajo me encuentro muy satisfecho*), el ítem 10 (*Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo*), por el ítem 11 (*Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena*) y por el ítem 16 (invertido) (*Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación*) donde el valor 4 de la escala de Likert resultó la opción mayoritariamente elegida, presentando un coeficiente de correlación significativo con la Satisfacción Global Media.

Tabla 5.5. Dimensiones del cuestionario Font Roja adaptado					
Dimensiones	Media $\pm$ DS( $\sigma$ )	Mediana [P <sub>25</sub> – P <sub>75</sub> ]	Mínimo – Máximo	Moda	Correlación de Pearson
Satisfacción por el trabajo	3,88 $\pm$ 0,61	4,00 [3,50 – 4,25]	1,75 – 5	4	0,617
Tensión relacionada con el trabajo	2,67 $\pm$ 0,56	2,60 [2,20 – 3]	1,20 – 4,40	2,6	0,548
Competencia profesional	3,55 $\pm$ 0,73	3,66 [3 – 4]	1,33 – 5	3,67	0,554
Presión en el trabajo	2,46 $\pm$ 0,92	2,50 [2 – 3]	1 – 5	2,5	0,573
Promoción profesional	3,01 $\pm$ 0,80	3,00 [2,33 – 3,66]	1 – 5	3	0,738
Relación interpersonal con sus jefes	3,73 $\pm$ 0,84	4,00 [3,37 – 4,50]	1 – 5	4	0,530
Relación interpersonal con sus compañeros	4,26 $\pm$ 0,82	4,00 [4 – 5]	1 – 5	5	0,341
Características extrínsecas del estatus	2,52 $\pm$ 0,68	2,50 [2 – 3]	1 – 5	2,5	0,441
Monotonía laboral	3,00 $\pm$ 0,79	3,00 [2,50 – 3,50]	1 – 5	3	0,377
Características de las UGC	3,13 $\pm$ 1,05	3,00 [2,50 – 4,00]	1 – 5	3	0,452
Satisfacción Global media	3,17 $\pm$ 0,40	3,15 [2,88 – 3,46]	2,08 – 4,23	3,04	

## 5.2.2. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

### • Entre la Dimensión 1 *Satisfacción por el Trabajo* y la Satisfacción Media Global

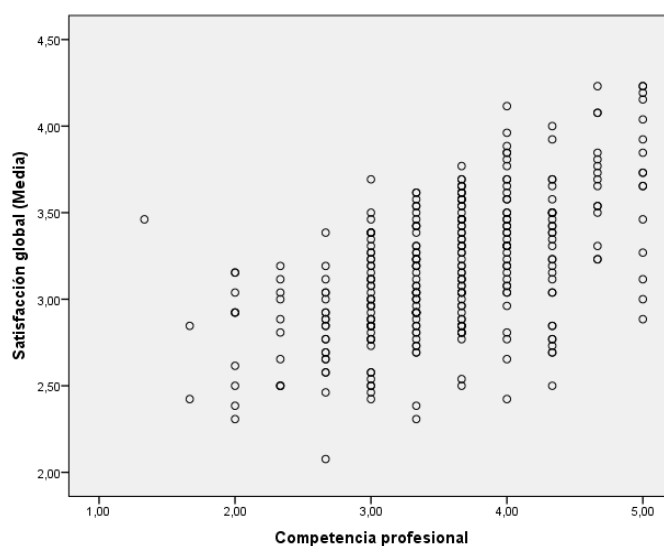
La Satisfacción Media Global tiene relación significativa con las diez dimensiones del cuestionario, mostrando los valores más significativos en las dimensiones referentes a la Promoción Profesional y a la Satisfacción por el trabajo. Cuando analizamos la dimensión denominada *Satisfacción por el trabajo*, (Gráfico 5.1) relacionada con la Satisfacción Global Media, se observó un Coeficiente de Correlación de **0,617**, con un grado de significación de **0,001**. Esta dimensión está compuesta por el ítem 7 (invertido) (*En mi trabajo me encuentro muy satisfecho*), el ítem 10 (*Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo*), por el ítem 11 (*Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena*) y por el ítem 16 (invertido) (*Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación*). De las diez dimensiones que componen el cuestionario, es la segunda dimensión que tiene mayor correlación con la Satisfacción Global Media.



**Gráfico 5.1. Satisfacción por el trabajo**

**•Entre la Dimensión 3 *Competencia Profesional* y la Satisfacción Media Global**

La dimensión denominada *Competencia profesional* presentó un Coeficiente de Correlación de **0,554** con la Satisfacción Global Media (SGM), reflejando la correlación entre SGM y esta dimensión, con un grado de significación de **0,001** (Gráfico 5.2). Esta dimensión está compuesta por el ítem 22 *Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo*, por el ítem 23 *Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable* y por el ítem 24 *Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión*.



**Gráfico 5.2. Competencia Profesional**

●Entre la Dimensión 5 *Promoción Profesional* y la Satisfacción Media Global

La dimensión denominada *Promoción Profesional* presenta un Coeficiente de Correlación del **0,738** con la Satisfacción Global Media, lo cual supone que existe una elevada relación entre esta dimensión y la SGM. con un grado de significación de **0,001** (Gráfico 5.3). Esta dimensión está compuesta por el ítem 9 *Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas*, por el ítem 12 (invertido) *Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy importante*, y por el ítem 17(invertido) *Tengo muchas posibilidades de promoción profesional*.

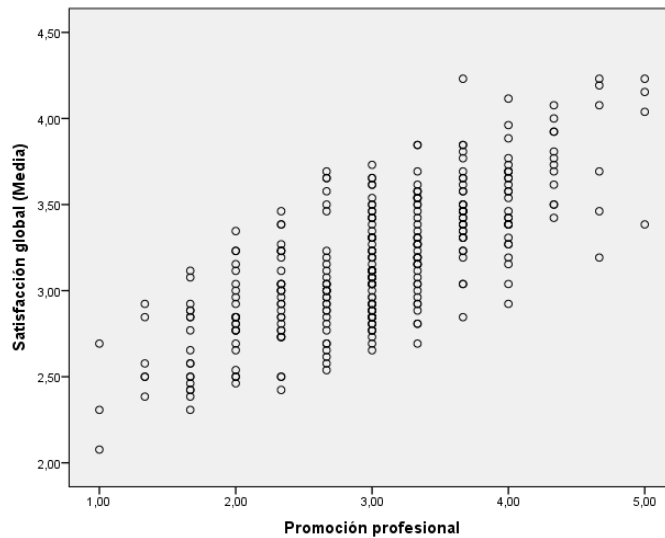
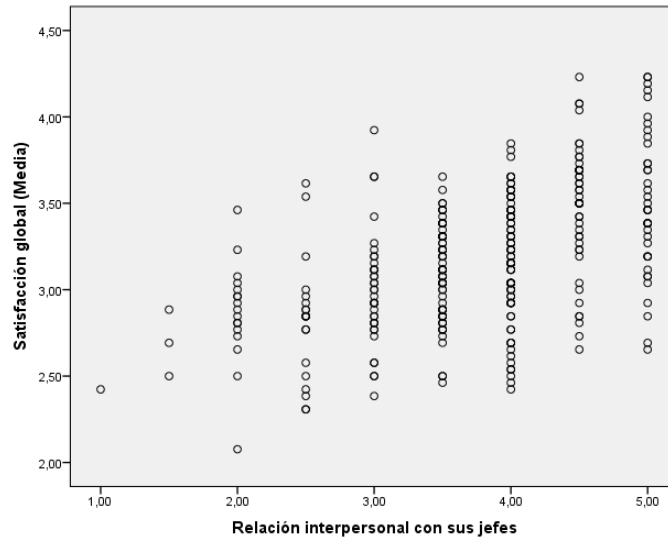


Gráfico 5.3. Promoción Profesional

●Entre la Dimensión 6 *Relación interpersonal con sus jefes* y la Satisfacción Media Global

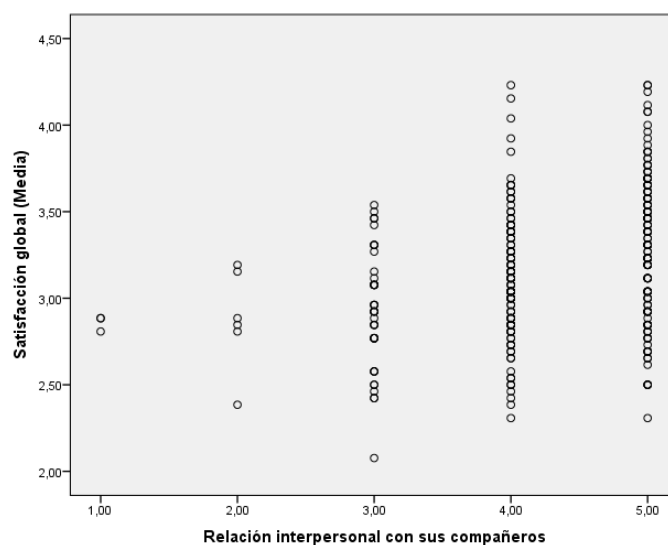
La dimensión denominada *Relación Interpersonal con sus jefes* presenta un Coeficiente de Correlación del **0,530** con la Satisfacción Global Media lo cual refleja que existe una elevada relación entre esta dimensión y la SGM, con un grado de significación de **0,001** (Gráfico 5.4). Esta dimensión está compuesta por el ítem 13 (invertido) *La relación con mis jefes/as es muy cordial*, y por el ítem 19 (invertido) *Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as*.



**Gráfico 5.4. Relación interpersonal con sus jefes**

**•Entre la Dimensión 7 *Relación interpersonal con sus compañeros* y la Satisfacción Media Global**

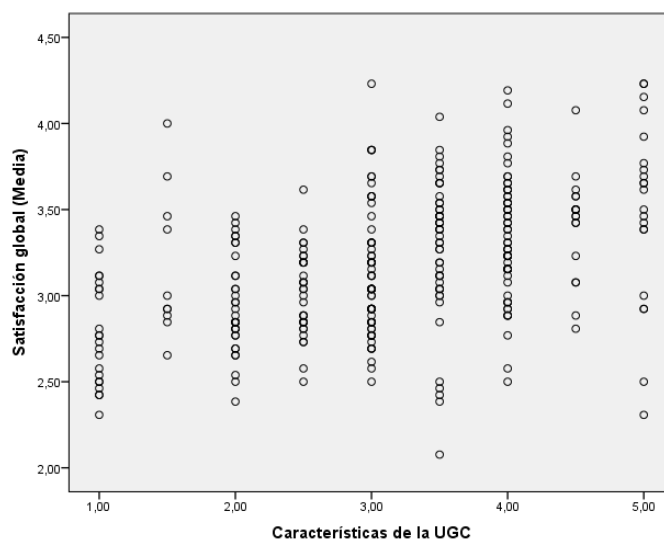
La dimensión denominada *Relación Interpersonal con sus compañeros* presentó un Coeficiente de Correlación del **0,341** con la Satisfacción Global Media lo cual supone que existe correlación entre esta dimensión y la SGM, con un grado de significación de **0,001** (Gráfico 5.5). Esta dimensión está compuesta por el ítem 14 (invertido) *Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales*.



**Gráfico 5.5. Relación interpersonal con sus compañeros**

●Entre la Dimensión 10 *Características de la Unidad de Gestión Clínica* y la Satisfacción Media Global

La dimensión denominada *Características de la UGC* presentó un Coeficiente de Correlación del **0,441** con la Satisfacción Global Media lo cual indica una correlación existente entre esta dimensión y la SGM, con un grado de significación de **0,001** (Gráfico 5.6). Esta dimensión está compuesta por el ítem 25 (invertido) *En la UGC se recibe más salario por la productividad* y por el ítem 26 (invertido) *La UGC fomenta el trabajo en equipo*.



**Gráfico 5.6. Características de la Unidad de Gestión Clínica**

Para detectar las posibles relaciones de las variables numéricas con la satisfacción laboral se ha realizado el **estudio no paramétrico de correlaciones (coeficiente de correlación Rho de Spearman)**. La interpretación del coeficiente de Spearman es la siguiente: los valores próximos a 1 indican una correlación fuerte y positiva y los valores próximos a -1 indican una correlación fuerte y negativa. Valores próximos a 0 indican que no hay correlación lineal. En nuestro caso se produjo una correlación media entre las preguntas A1, A2, A3 y la Satisfacción Global Media:

En la pregunta A1, el coeficiente de correlación Rho de Spearman fue 0,506 para una población de 311.



En la pregunta A2, el coeficiente de correlación Rho de Spearman fue 0,394 para una población de 308.

En la pregunta A3, el coeficiente de correlación Rho de Spearman fue 0,403 para una población de 307.

La correlación entre A1 (Me siento satisfecho/a de pertenecer a la UGC) y la Satisfacción Global Media fue más elevada que entre la A2 (Me siento satisfecho/a con la labor del Supervisor/a en la UGC) y que entre la A3 (Me siento satisfecho/a con la labor del Director/a de la UGC).

### **5.3. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO FONT ROJA ADAPTADO**

#### **5.3.1. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para la medición de la satisfacción profesional, se ha utilizado el cuestionario validado Font Roja [156] adaptado a las necesidades de nuestro estudio<sup>56</sup>, con el objetivo de constatar la importancia que para el control de calidad tiene la satisfacción de los profesionales.

En primer lugar analizamos el constructo amplio de “**satisfacción profesional**” compuesto por los 26 ítems de los que consta nuestra escala, el cual contempla conceptos como: satisfacción en el trabajo, tensión relacionada con el trabajo, competencia profesional, presión en el trabajo, promoción profesional, relación interpersonal con sus jefes, relación interpersonal con sus compañeros, características extrínsecas del estatus, monotonía laboral y características de las Unidades de Gestión Clínica.

La Tabla 5.6 nos ofrece el estadístico **Alfa de Cronbach** del cuestionario Font Roja adaptado. En nuestro caso podemos afirmar que la escala global tiene buena consistencia interna (0,751).

---

<sup>56</sup> 24 ítems que conforman el cuestionario original de Font Roja + 2 *ad hoc* (incluidos en este estudio para valorar específicamente las UGC).

<b>Tabla 5.6. Estadísticos de Fiabilidad cuestionario Font Roja adaptado</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>0,751</b>	0,750	26

La Tabla 5.7 nos ofrece los estadísticos de cada uno de los ítems, los cuales tienen valores que oscilan entre 1 (muy acuerdo) y 5 (muy en desacuerdo), se han recodificado aquellos ítems que originalmente se presentaban con una pregunta negativa (5, 6,7,12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 25 y 26).

<b>Tabla 5.7. Estadísticos de los elementos cuestionario Font Roja adaptado</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_1	3,2866	1,19397	314
Item_2	4,2420	,96522	314
Item_3	2,0478	1,02724	314
Item_4	2,4331	1,14325	314
Item_5_inver	2,2038	1,20297	314
Item_6_inver	2,4363	1,13502	314
Item_7_inver	3,5127	1,09084	314
Item_8	3,2548	,97839	314
Item_9	3,2707	1,13045	314
<b>Item_10</b>	<b>4,4904</b>	<b>,84307</b>	<b>314</b>
Item_11	4,1497	1,06942	314
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_14_inver	4,2675	,82981	314
<b>Item_15_inver</b>	<b>1,7930</b>	<b>,94166</b>	<b>314</b>
Item_16_inver	3,3949	1,07399	314
Item_17_inver	2,6242	1,12998	314
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314
Item_20	2,6497	1,06268	314

Item_21	2,7293	,99197	314
Item_22	4,2803	,93107	314
Item_23	2,7134	1,22044	314
Item_24	3,6497	1,14655	314
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

Cabe destacar, que el valor mínimo se alcanza en el ítem nº 15, que reformulado sería “el sueldo que percibo **no** es muy adecuado”, toma un valor de 1,79 (de acuerdo). El valor máximo se alcanza en el ítem nº 10 “tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”, tomando un valor de 4,49 (muy en desacuerdo).

La Tabla 5.8 recoge los principales estadísticos de los elementos del cuestionario Font Roja adaptado: ítems media, mínimo, máximo, rango, el cociente entre máximo y mínimo, la varianza y el número de elementos. En las filas siguientes, se muestra lo mismo para las varianzas, las covarianzas y las correlaciones de los ítems.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,177	1,793	4,490	2,697	2,504	,577	26
Varianzas de los elementos	1,163	,689	1,571	,883	2,282	,061	26
Covarianzas inter-elementos	,121	-,267	,715	,982	-2,681	,020	26
Correlaciones inter-elementos	,104	-,230	,501	,731	-2,182	,015	26

La matriz factorial puede presentar un número de factores superior al necesario para explicar la estructura de los datos originales. Generalmente, un conjunto reducido de factores son los que contienen toda la información. Uno de los problemas que surgen consiste en determinar el número de factores que conviene conservar para cumplir el

**Principio de Parsimonia o Navaja de Ockan**<sup>57</sup>. En nuestro caso, procedimos a realizar la eliminación de los ítems para cumplir con este Principio.

La Tabla 5.9 en su primera columna refleja la media de las puntuaciones totales de la escala si en la suma de estas puntuaciones eliminamos el ítem correspondiente. La segunda columna muestra la varianza de esta suma (obtenida si se elimina el elemento). La tercera columna muestra el **coeficiente de correlación de Pearson** entre cada ítem y el total de la escala, restada de este total la puntuación del ítem al que hace referencia el coeficiente. La cuarta columna refleja los coeficientes de correlación múltiple al cuadrado entre cada ítem y el resto, obtenidos a través de la regresión múltiple y que nos dan idea de la **capacidad de predicción de la puntuación** de los sujetos en un ítem a partir del resto de ítems de la escala. (Por ejemplo, en el caso del primer ítem, únicamente el 27% de la variabilidad de las puntuaciones de los sujetos en el ítem 1, puede ser explicado por el resto de ítems de la escala). En la última columna se refleja un índice concreto que nos da idea de cuán fiable es la escala con la que estamos trabajando, el **Alfa de Cronbach**, basado en la consistencia interna de la escala, **una vez eliminado** el elemento correspondiente a la fila. En nuestro caso, y considerando que la fiabilidad global de la escala es de 0,751, eliminar por ejemplo el ítem 2 o el ítem 5, supondría un aumento muy leve de la fiabilidad (0,755) con lo que **no** sería de interés eliminar ninguno de los componentes.

---

<sup>57</sup> La Navaja de Ockham o Principio de Economía o Principio de Parsimonia (lex parsimoniae), es un [principio](#) metodológico y filosófico atribuido a [Guillermo de Ockham \(1280-1349\)](#). "En igualdad de condiciones, la explicación más sencilla, suele ser la correcta". Según esto, cuando dos teorías en igualdad de condiciones tienen las mismas consecuencias, la teoría más simple tiene más probabilidades de ser correcta que la compleja\*. En su formulación original del [siglo XV](#), en latín, dice «pluralitas non est ponenda sine necessitate», es decir que las cosas esenciales no se deben multiplicar sin necesidad. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Navaja\\_de\\_Ockham](http://es.wikipedia.org/wiki/Navaja_de_Ockham). Consultado el 11 de octubre de 2012.

\* Audi R. The Cambridge Dictionary of Philosophy. Ed. Ockham's razor (2nd Edition edición). Cambridge University Press.

<b>Tabla 5.9. Estadísticos total elementos cuestionario Font Roja adaptado</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_1	79,3248	103,498	,166	,270	,752
<b>Item_2</b>	<b>78,3694</b>	<b>106,445</b>	<b>,080</b>	<b>,253</b>	<b>,755</b>
Item_3	80,5637	101,288	,320	,335	,742
Item_4	80,1783	104,224	,147	,185	,753
<b>Item_5_inver</b>	<b>80,4076</b>	<b>104,664</b>	<b>,116</b>	<b>,217</b>	<b>,755</b>
Item_6_inver	80,1752	102,145	,241	,196	,747
Item_7_inver	79,0987	99,655	,373	,320	,738
Item_8	79,3567	101,649	,322	,315	,742
Item_9	79,3408	99,446	,366	,265	,738
Item_10	78,1210	104,727	,205	,336	,748
Item_11	78,4618	100,185	,357	,342	,739
Item_12_inver	79,4554	94,281	,556	,461	,724
Item_13_inver	78,6688	100,177	,414	,489	,737
Item_14_inver	78,3439	103,741	,268	,345	,745
Item_15_inver	80,8185	105,574	,130	,198	,752
Item_16_inver	79,2166	103,991	,174	,214	,750
Item_17_inver	79,9873	99,891	,345	,220	,740
Item_18	80,3344	101,642	,276	,353	,744
Item_19_inver	79,0796	101,045	,329	,374	,741
Item_20	79,9618	96,516	,542	,462	,728
Item_21	79,8822	104,373	,178	,214	,750
Item_22	78,3312	105,270	,148	,347	,751
Item_23	79,8981	99,242	,339	,238	,740
Item_24	78,9618	100,733	,301	,210	,743
Item_25_inver	79,3280	101,250	,244	,353	,747
Item_26_inver	79,6210	99,782	,321	,343	,741

La Tabla 5.10 refleja el test de **Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%) [186].

<b>Tabla 5.10. Prueba T cuadrado de Hotelling cuestionario Font Roja adaptado</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
2316,810	85,567	25	289	,000

### 5.3.2. FIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES

#### **Dimensión 1: Satisfacción por el trabajo. Ítems (7, 10, 11 y 16):**

Ítem 7 (inverso): “En mi trabajo **no** me encuentro muy satisfecho”.

Ítem 10: “Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”.

Ítem 11: “Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena”.

Ítem 16 (inverso): “**No** estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación”.

La Tabla 5.11 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, no es muy buena (0,398).

<b>Tabla 5.11. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 1</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>,398</b>	,411	4

La Tabla 5.12 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

Tabla 5.12. Estadísticos de los elementos Dimensión 1			
	Media	Desviación típica	N
Item_7_inver	3,5127	1,09084	314
Item_10	4,4904	,84307	314
Item_11	4,1497	1,06942	314
Item_16_inver	3,3949	1,07399	314

En la Tabla 5.13 aparecen los estadísticos resumen para la media, varianza, covarianza y correlación de los cuatros ítems.

Tabla 5.13. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 1							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,887	3,395	4,490	1,096	1,323	,272	4
Varianzas de los elementos	1,049	,711	1,190	,479	1,674	,051	4
Covarianzas inter-elementos	,149	-,018	,300	,318	-16,896	,013	4
Correlaciones inter-elementos	,149	-,015	,333	,348	-21,524	,014	4

Es interesante destacar en la Tabla 5.14, que si se eliminara el ítem 16, la fiabilidad de la escala aumentaría a 0,478. El aumento no sería algo sustancial, por lo que consideramos mantener todos los ítems.

Tabla 5.14. Estadísticos total elementos Dimensión 1					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_7_inver	12,0350	3,638	,278	,078	,260
Item_10	11,0573	4,240	,298	,131	,266
Item_11	11,3981	3,825	,243	,130	,302
Item_16_inver	12,1529	4,469	,080	,023	<b>,478</b>

La Tabla 5.15 nos ofrece el **Test de Hotelling** En nuestro caso, las medias no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.15. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 1</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
290,414	96,186	3	311	,000

**Dimensión 2: Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (2, 3, 4, 5 y 6):**

Ítem 2: “Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital”.

Ítem 3: “Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado/a”.

Ítem 4: “Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo”.

Ítem 5 (inverso): “**Muchas** veces me he visto obligado/a a emplear “a tope” toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo”.

Ítem 6 (inverso): “Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño”.

La Tabla 5.16 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, no es muy buena (0,291).

<b>Tabla 5.16. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 2</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>,291</b>	,269	5

La Tabla 5.17 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.



	Media	Desviación típica	N
Item_2	4,2420	,96522	314
Item_3	2,0478	1,02724	314
Item_4	2,4331	1,14325	314
Item_5_inver	2,2038	1,20297	314
Item_6_inver	2,4363	1,13502	314

En la Tabla 5.18, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, co-varianza y correlación** de los cuatros ítems.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,673	2,048	4,242	2,194	2,072	,797	5
Varianzas de los elementos	1,206	,932	1,447	,515	1,553	,043	5
Covarianzas inter-elementos	,092	-,267	,363	,629	-1,359	,043	5
Correlaciones inter-elementos	,068	-,230	,309	,539	-1,344	,031	5

Resulta interesante destacar en la Tabla 5.19, que si se eliminara el ítem 2, la fiabilidad de la escala aumentaría a 0,484. A pesar de que aumentaría la consistencia interna, sigue estando lejos del valor deseado, que sería como mínimo de 0,7. Es curioso observar, que se incrementaría la consistencia interna de la escala si se eliminara el ítem 2, que es el que tiene una puntuación media más alta (Tabla 5.17) en comparación con los demás.

<b>Tabla 5.19. Estadísticos total-elementos Dimensión 2</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_2	9,1210	7,998	-,196	,060	<b>,484</b>
Item_3	11,3153	5,181	,347	,150	,053
Item_4	10,9299	5,484	,200	,106	,185
Item_5_inver	11,1592	5,668	,130	,118	,255
Item_6_inver	10,9268	5,282	,247	,094	,137

La Tabla 5.20 nos ofrece el **Test de Hotelling**, que en nuestro caso, no podrían considerar iguales las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.20. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 2</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
773,544	191,532	4	310	,000

### **Dimensión 3: Competencia profesional (22, 23 y 24):**

Ítem 22: “Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo”.

Ítem 23: “Con frecuencia siento no tener no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable”.

Ítem 24: “Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión”.

La Tabla 5.21 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, no es muy buena (0,349).

<b>Tabla 5.21. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 3</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>,349</b>	,357	3

La Tabla 5.22 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos. La media más alta se obtiene en el ítem 22 (4,28).

<b>Tabla 5.22. Estadísticos de los elementos Dimensión 3</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_22	4,2803	,93107	314
Item_23	2,7134	1,22044	314
Item_24	3,6497	1,14655	314

En la Tabla 5.23, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, covarianza y correlación** de los cuatro ítems.

<b>Tabla 5.23. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 3</b>							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,548	2,713	4,280	1,567	1,577	,622	3
Varianzas de los elementos	1,224	,867	1,489	,623	1,718	,103	3
Covarianzas inter-elementos	,186	,049	,281	,232	5,769	,012	3
Correlaciones inter-elementos	,156	,043	,263	,220	6,141	,010	3

Resulta interesante destacar en la Tabla 5.24, que si se eliminara el ítem 23 la fiabilidad de la escala aumentaría a 0,409. El incremento seguiría estando lejos del deseado 0,7. En esta ocasión la mejora la ofrece el ítem 23, que es el que alcanza el valor mínimo medio (Tabla 5.22).

<b>Tabla 5.24. Estadísticos total elementos Dimensión 3</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_22	6,3631	3,261	,196	,069	,280
Item_23	7,9299	2,743	,137	,027	,409
Item_24	6,9936	2,454	,283	,092	,079

La Tabla 5.25 nos ofrece el **Test de Hotelling**, que en nuestro caso, no se podrían considerar iguales las medias, ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.25. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 3</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
343,520	171,211	2	312	,000

#### **Dimensión 4: Presión en el trabajo. Ítems (18 y 20):**

Ítem 18: “Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo”.

Ítem 20: “Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer”.

La Tabla 5.26 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, aumenta considerablemente con respecto a los resultados anteriores, (0,633). Teniendo en cuenta que no alcanza el mínimo de 0,7, se podría considerar que esta dimensión tiene una mejor consistencia interna que las anteriores.

<b>Tabla 5.26. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 4</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>,633</b>	,633	2

La Tabla 5.27 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.27. Estadísticos de los elementos Dimensión 4</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_20	2,6497	1,06268	314

En la Tabla 5.28, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, co-varianza y correlación** de los cuatro ítems.

Tabla 5.28. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 4							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,463	2,277	2,650	,373	1,164	,069	2
Varianzas de los elementos	1,170	1,129	1,211	,081	1,072	,003	2
Covarianzas inter-elementos	,541	,541	,541	,000	1,000	,000	2
Correlaciones inter-elementos	,463	,463	,463	,000	1,000	,000	2

Al tener sólo dos ítems, no se puede calcular cómo mejoraría la consistencia interna o fiabilidad si se eliminara uno de los ítems, ya que nos quedaríamos sólo con uno (Tabla 5.29).

Tabla 5.29. Estadísticos total-elementos Dimensión 4					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_18	2,6497	1,129	,463	,214	(a)
Item_20	2,2771	1,211	,463	,214	(a)

a El valor es negativo debido a una co-varianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

La Tabla 5.30 nos ofrece el **Test de Hotelling** que en nuestro caso, no podría considerar la igualdad de las medias, ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

Tabla 5.30. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 4				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
34,685	34,685	1	313	,000

**Dimensión 5: Promoción profesional. Ítems (9, 12 y 17):**

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

La Tabla 5.31 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, no es muy buena (0,466), a pesar de que es mejor que las primeras dimensiones que hemos analizado.

Tabla 5.31. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 5		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,466	,464	3

La Tabla 5.32 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

Tabla 5.32. Estadísticos de los elementos Dimensión 5			
	Media	Desviación típica	N
Item_9	3,2707	1,13045	314
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_17_inver	2,6242	1,12998	314

En la Tabla 5.33, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, covarianza y correlación** de los cuatros ítems.

Tabla 5.33. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 5							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,017	2,624	3,271	,646	1,246	,119	3
Varianzas de los elementos	1,349	1,277	1,493	,216	1,169	,016	3
Covarianzas inter-elementos	,304	,207	,357	,149	1,721	,006	3
Correlaciones inter-elementos	,224	,162	,258	,096	1,591	,002	3

Interesante destacar en la Tabla 5.34, no mejoraría la consistencia interna o fiabilidad de la escala, a pesar de que se eliminara alguno de los ítems.

Tabla 5.34. Estadísticos total elementos Dimensión 5					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_9	5,7803	3,463	,268	,077	,400
Item_12_inver	5,8949	2,970	,334	,112	,279
Item_17_inver	6,4268	3,485	,263	,073	,410

La Tabla 5.35 nos ofrece el test de **Hotelling** que en nuestro caso, no podrían considerar la igualdad de las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

Tabla 5.35. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 5				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
69,991	34,884	2	312	,000

### **Dimensión 6: Relación interpersonal con sus jefes. Ítems (13 y 19):**

Ítem 13 (inverso): “La relación con mis jefes/as **no** es muy cordial”.

Ítem 19 (inverso): “**No** estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as”.

La Tabla 5.36 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, mejora bastante con respecto a las anteriores (0,615), a pesar de no alcanzar el mínimo recomendable de 0,7.

<b>Tabla 5.36. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 6</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
<b>,615</b>	,617	2

La Tabla 5.37 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.37. Estadísticos de los elementos Dimensión 6</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314

En la Tabla 5.38, aparecen los estadísticos resumen para la media, varianza, covarianza y correlación de los cuatros ítems.

<b>Tabla 5.38. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 6</b>							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,737	3,532	3,943	,411	1,116	,084	2
Varianzas de los elementos	,989	,904	1,074	,170	1,188	,014	2
Covarianzas inter-elementos	,440	,440	,440	,000	1,000	,000	2
Correlaciones inter-elementos	,446	,446	,446	,000	1,000	,000	2



Al tener sólo dos ítems, no se podría calcular la fiabilidad o consistencia interna si se elimina alguno de los ítems (Tabla 5.39).

<b>Tabla 5.39. Estadísticos total elementos Dimensión 6</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_13_inver	3,5318	1,074	,446	,199	(a)
Item_19_inver	3,9427	,904	,446	,199	(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

La Tabla 5.40 nos ofrece el **Test de Hotelling**, que en nuestro caso no podría considerar la igualdad de las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.40. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 6</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	Gl1	gl2	Sig.
48,220	48,220	1	313	,000

### **Dimensión 7: Relación interpersonal con sus compañeros. Ítem (14):**

Ítem 14 (inverso): “Las relaciones con mis compañeros/as **no** son muy cordiales”.

Al tener una sola dimensión no se podría calcular la consistencia interna, solamente podemos analizar los estadísticos para esta única componente.

La Tabla 5.41, nos recoge los principales estadísticos para ítem 14. Interesante destacar que el valor más veces seleccionado (moda) es el 5 (muy en desacuerdo).

Tabla 5.41. Estadísticos ítem 14 (inverso) Dimensión 7		
N	Válidos	314
	Perdidos	0
Media		4,2675
Error típico de la media		,04683
Mediana		4,0000
Moda		5,00
Desviación típica.		,82981
Varianza		,689
Rango		4,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00

La Tabla 5.42, recoge las frecuencias en las puntuaciones del ítem nº 14. La mayoría de ellas se encuentran en los valores 4 y 5 (en desacuerdo, muy en desacuerdo).

Tabla 5.42. Tabla de frecuencias ítem 14 (inverso) Dimensión 7					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	3	1,0	1,0	1,0
	2,00	6	1,9	1,9	2,9
	3,00	41	13,1	13,1	15,9
	4,00	118	37,6	37,6	53,5
	5,00	146	46,5	46,5	100,0
	Total	314	100,0	100,0	

### **Dimensión 8: Características extrínsecas del estatus. Ítems (8 y 15):**

Ítem 8: “Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia”.

Ítem 15 (inverso): “El sueldo que percibo **no** es muy adecuado”.

La Tabla 5.43 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.43. Estadísticos de los elementos Dimensión 8</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_8	3,2548	,97839	314
Item_15_inver	1,7930	,94166	314

En la Tabla 5.44, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, covarianza y correlación** de los cuatros ítems.

<b>Tabla 5.44. Estadísticos de resumen de los elementos Dimensión 8</b>							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,524	1,793	3,255	1,462	1,815	1,068	2
Varianzas de los elementos	,922	,887	,957	,071	1,080	,002	2
Covarianzas inter-elementos	,008	,008	,008	,000	1,000	,000	2
Correlaciones inter-elementos	,009	,009	,009	,000	1,000	,000	2

Al tener sólo dos ítems, no se podría calcular la fiabilidad o consistencia interna si se elimina alguno de los ítems (Tabla 5.45).

<b>Tabla 5.45. Estadísticos total elementos Dimensión 8</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_8	1,7930	,887	,009	7,88E-005	(a)
Item_15_inver	3,2548	,957	,009	7,88E-005	(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

La Tabla 5.46 nos ofrece el **Test de Hotelling** que en nuestro caso no podría considerar la igualdad de las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.46. Prueba T cuadrado de Hotelling Dimensión 8</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
367,124	367,124	1	313	,000

### **Dimensión 9: Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (1 y 21):**

Ítem 1: “Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca”.

Ítem 21: “Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar”

La Tabla 5.47 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.47. Estadísticos de los elementos Dimensión 9</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_1	3,2866	1,19397	314
Item_21	2,7293	,99197	314

En la Tabla 5.48, aparecen los estadísticos resumen para la media, varianza, covarianza y correlación de los cuatros ítems.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,008	2,729	3,287	,557	1,204	,155	2
Varianzas de los elementos	1,205	,984	1,426	,442	1,449	,097	2
Covarianzas inter-elementos	,052	,052	,052	,000	1,000	,000	2
Correlaciones inter-elementos	,044	,044	,044	,000	1,000	,000	2

Al tener sólo dos ítems, no se podría calcular la fiabilidad o consistencia interna si se elimina alguno de los ítems (Tabla 5.49).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_1	2,7293	,984	,044	,002	(a)
Item_21	3,2866	1,426	,044	,002	(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

La Tabla 5.50 nos ofrece el **Test de Hotelling** que en nuestro caso, no podría considerar la igualdad de las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
42,313	42,313	1	313	,000

**Dimensión 10: Características de las unidades de gestión clínica. Ítems (25 y 26):**

Ítem 25 (inverso): “En la UGC se recibe mas salario por la productividad”.

Ítem 26 (inverso): “La UGC fomenta el trabajo en equipo”.

La Tabla 5.51 nos muestra que la medida de consistencia interna o fiabilidad, en comparación con el resto de dimensiones, la consistencia interna de estos ítems es buena (0,642).

<b>Tabla 5.51. Estadísticos de Fiabilidad Dimensión 10</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,642	,642	2

La Tabla 5.52 nos indica los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.52. Estadísticos de los elementos Dimensión 10</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

En la Tabla 5.53, aparecen los estadísticos resumen para la **media, varianza, covarianza y correlación** de los cuatros ítems.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,137	2,990	3,283	,293	1,098	,043	2
Varianzas de los elementos	1,512	1,454	1,571	,118	1,081	,007	2
Covarianzas inter-elementos	,715	,715	,715	,000	1,000	,000	2
Correlaciones inter-elementos	,473	,473	,473	,000	1,000	,000	2

Al tener sólo dos ítems, no se podría calcular la fiabilidad o consistencia interna si se elimina alguno de los ítems (Tabla 5.54).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_25_inver	2,9904	1,454	,473	,224	(a)
Item_26_inver	3,2834	1,571	,473	,224	(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

La Tabla 5.55 nos ofrece el **test de Hotelling** que en nuestro caso, no podría considerar la igualdad de las medias ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
16,906	16,906	1	313	,000

### 5.3.3. ANÁLISIS FACTORIAL

La versión definitiva del cuestionario Font Roja fue construida para medir la satisfacción de los profesionales del medio hospitalario y para ello las respuestas de 169 sujetos fueron sometidas a análisis factorial, con el objeto de determinar los factores *a posteriori* que conforman el cuestionario definitivo. Al no ofrecer hipótesis de trabajo claras, se le efectuó la rotación la matriz resultante mediante el método Varimax y se obtuvieron 9 factores o dimensiones que explicaban el 69,12% de la varianza. Este cuestionario fue elegido por haber sido muy utilizado en este contexto laboral [174].

En nuestro estudio se incluyeron dos nuevos ítems (25 y 26), que conforman una nueva Dimensión para valorar las Características de las Unidades de Gestión Clínica. Estos ítems son los siguientes:

- Ítem 25: En la UGC se recibe más salario por la productividad.
- Ítem 26: la UGC fomenta el trabajo en equipo.

Uno de los objetivos de Unidades de Gestión Clínica consiste en fomentar el equipo, conseguir que todos sus integrantes se identifiquen con la Unidad, promocionar los valores que permitan la excelencia profesional y la calidad asistencial. Otra finalidad de la UGC consiste en que los profesionales implicados en el cumplimiento de los objetivos formulados sean recompensados económicamente dependiendo del logro de los resultados. Estas razones han servido para incluir estos nuevos ítems, que pretenden conocer niveles de satisfacción laboral en este modelo de gestión. Las 3 preguntas relacionadas directamente con la satisfacción de los profesionales por pertenecer a la UGC, por la labor realizada por el supervisor/a y por el director/a, no forman parte del nuevo cuestionario adaptado del modelo Font Roja y por ello siguen otra cuantificación y tratamiento diferentes.

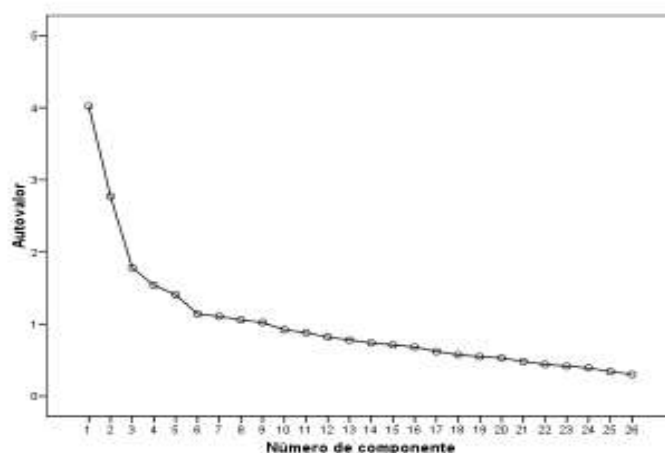
En la Tabla 5.56, aparece en primer lugar, **la media, la desviación típica** y las **etiquetas** de cada una de las 26 variables entradas en el análisis factorial y para los 314 sujetos que han participado en la investigación.



<b>Tabla 5.56. Estadísticos descriptivos cuestionario Font Roja adaptado</b>			
	Media	Desviación típica	N del análisis
Item_1	3,2866	1,19397	314
Item_2	4,2420	,96522	314
Item_3	2,0478	1,02724	314
Item_4	2,4331	1,14325	314
Item_5_inver	2,2038	1,20297	314
Item_6_inver	2,4363	1,13502	314
Item_7_inver	3,5127	1,09084	314
Item_8	3,2548	,97839	314
Item_9	3,2707	1,13045	314
Item_10	4,4904	,84307	314
Item_11	4,1497	1,06942	314
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_14_inver	4,2675	,82981	314
Item_15_inver	1,7930	,94166	314
Item_16_inver	3,3949	1,07399	314
Item_17_inver	2,6242	1,12998	314
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314
Item_20	2,6497	1,06268	314
Item_21	2,7293	,99197	314
Item_22	4,2803	,93107	314
Item_23	2,7134	1,22044	314
Item_24	3,6497	1,14655	314
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

El Gráfico 5.7 o **Gráfico de sedimentación** consiste en una representación gráfica donde los factores están en el eje de abscisas y los valores propios en el eje de ordenadas. Los factores con varianzas altas suelen distinguirse de los factores con

varianzas bajas por un punto de inflexión en el gráfico. Se pueden conservar los factores situados antes de ese punto de inflexión. El Gráfico de Sedimentación resultó útil para determinar el número de factores óptimos a seleccionar. Generalmente se seleccionan aquellas componentes que se encuentran por encima de “la sedimentación”. En nuestro caso, obtener 10 componentes principales suponía una buena elección.



### 5.7. Gráfico de Sedimentación

Para evaluar el análisis factorial y comprobar que es adecuado se utiliza la **Medida de Adecuación de la Muestra KMO** propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin, que toma valores entre 0 y 1 y que se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial, de forma que cuanto más pequeño sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes de correlación parciales y por lo tanto, menos deseable realizar un análisis factorial. Para complementar dicha información con otras fuentes, sobre todo si el número de variables consideradas es pequeño, se pueden tener en cuenta las **Comunalidades** de cada variable, los residuos del modelo y la interpretación de los factores obtenidos [186].

La Tabla 5.57, recoge el **Test KMO** y la **Prueba de esfericidad de Bartlett**. Si valores de KMO están próximos a la unidad, se considera que el análisis factorial es un procedimiento adecuado. En nuestro caso el Test KMO = 0,727, quiere decir que se puede aplicar el análisis factorial en nuestras variables.

Se utilizó el Test de Esfericidad de Bartlett para examinar la matriz de correlaciones. En nuestro caso rechazaríamos la hipótesis de que el modelo factorial no es el adecuado ya que el Test de Bartlett es significativo ( $p = 0,000 < 0,05$ ).

<b>Tabla 5.57. KMO y prueba de Bartlett cuestionario Font Roja adaptado</b>		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,727
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1685,963
	Gl	325
	Sig.	,000

En la primera columna de la Tabla 5.58 están reflejadas las **Comunalidades** iniciales que son iguales a la unidad, lo que supone que con todas las componentes se explica toda la varianza de cada una de las variables originales. En la segunda columna se observa la Comunalidad correspondiente a cada variable después de la extracción de los factores. Podemos comprobar que en casi todos los ítems las Comunalidades son bastante altas.

<b>Tabla 5.58. Comunalidades cuestionario Font Roja adaptado</b>		
	Inicial	Extracción
Item_1	1,000	,708
Item_2	1,000	,679
Item_3	1,000	,655
Item_4	1,000	,764
Item_5_inver	1,000	,508
Item_6_inver	1,000	,463
Item_7_inver	1,000	,639
Item_8	1,000	,612
Item_9	1,000	,641
Item_10	1,000	,604
Item_11	1,000	,629
Item_12_inver	1,000	,649
Item_13_inver	1,000	,767
Item_14_inver	1,000	,622
Item_15_inver	1,000	,567
Item_16_inver	1,000	,737
Item_17_inver	1,000	,618
Item_18	1,000	,674
Item_19_inver	1,000	,634
Item_20	1,000	,677
Item_21	1,000	,666
Item_22	1,000	,726
Item_23	1,000	,488
Item_24	1,000	,638
Item_25_inver	1,000	,735
Item_26_inver	1,000	,663

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El **Criterio del Porcentaje de la varianza**, consiste en tomar como número de factores el número mínimo necesario para que el porcentaje acumulado de la varianza alcance un nivel satisfactorio (del 75% al 80%). La Tabla 5.59 nos proporciona la **varianza total explicada** por los 10 factores extraídos (64,46%), es un porcentaje bastante adecuado y por cada uno de los factores individualmente. Se puede comprobar que los primeros factores son los que explican más cantidad de varianza, como es habitual en el método de componentes principales.

<b>Tabla 5.59. Varianza total explicada cuestionario Font Roja adaptado</b>						
Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,021	15,467	15,467	2,472	9,507	9,507
2	2,771	10,657	26,124	2,091	8,041	17,548
3	1,780	6,847	32,971	2,004	7,706	25,254
4	1,538	5,916	38,887	1,651	6,350	31,603
5	1,405	5,404	44,291	1,621	6,236	37,840
6	1,141	4,389	48,680	1,601	6,159	43,999
7	1,105	4,251	52,931	1,392	5,355	49,354
8	1,057	4,067	56,998	1,387	5,336	54,690
9	1,021	3,926	60,924	1,283	4,935	59,625
10	,921	3,541	64,465	1,259	4,841	64,465

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La Tabla 5.60 o **matriz de componentes**, nos permite determinar sobre qué factores cargan cada uno de los ítems. Es decir, cuáles son aquellos ítems que determinan cada uno de los constructos.

Tabla 5.60. Matriz de componentes rotados(a) cuestionario Font Roja adaptado										
	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item_1	,018	,056	,025	,085	<b>,800</b>	-,022	-,031	,209	,042	-,102
Item_2	-,082	,025	,085	-,048	<b>,746</b>	-,001	-,021	-,190	-,001	,263
Item_3	<b>,600</b>	,092	-,194	,001	,102	,175	,415	-,177	,020	-,063
Item_4	,082	-,125	,014	-,068	-,083	,174	<b>,834</b>	,007	,042	,053
Item_5_inver	<b>,369</b>	,120	-,343	-,107	-,233	,083	-,122	,332	-,183	,094
Item_6_inver	<b>,397</b>	,086	-,100	-,019	-,173	,017	,179	,127	-,285	,357
Item_7_inver	,096	,220	,100	-,018	-,064	<b>,731</b>	,114	,054	,112	,066
Item_8	,085	,108	,260	-,287	,346	,305	,059	,232	<b>,409</b>	,072
Item_9	,047	,047	,270	-,007	,220	,330	,047	<b>,627</b>	-,068	,079
Item_10	-,104	,189	<b>,619</b>	,188	,216	,218	-,078	-,007	-,113	-,160
Item_11	,182	,026	<b>,662</b>	,108	,041	,277	,054	-,079	-,093	,221
Item_12_inver	,281	,366	,064	,186	,061	<b>,567</b>	,035	,115	-,071	,229
Item_13_inver	,077	<b>,830</b>	,066	,116	-,004	,182	-,011	,125	,043	-,054
Item_14_inver	-,003	<b>,724</b>	,144	,082	,092	,084	,002	-,234	,015	-,002
Item_15_inver	,098	-,150	-,229	,189	-,087	-,059	,057	<b>,595</b>	,247	,133
Item_16_inver	,004	,136	-,038	,181	,011	,030	-,014	,033	<b>,822</b>	,082
Item_17_inver	,034	,030	-,004	,278	,175	,179	-,020	,102	,131	<b>,670</b>
Item_18	<b>,780</b>	-,102	,031	,099	-,167	,053	-,004	,027	,029	-,110
Item_19_inver	-,054	<b>,586</b>	,065	-,071	,020	,152	-,136	,092	,239	,414
Item_20	<b>,742</b>	,140	,093	,043	,063	,105	,170	,147	,174	-,001
Item_21	,194	,119	-,056	,148	,089	-,259	<b>,530</b>	,393	-,233	-,156
Item_22	,039	,137	<b>,798</b>	-,152	-,042	-,145	-,040	,049	,136	-,022
Item_23	<b>,612</b>	-,010	,125	,110	,065	-,028	-,047	,053	-,126	,244
Item_24	,215	<b>,361</b>	,309	-,134	-,040	-,345	,320	,053	,060	,344
Item_25_inver	,140	,038	,091	<b>,806</b>	,063	-,079	-,077	-,074	,040	,179
Item_26_inver	,067	,129	-,036	<b>,743</b>	-,032	,152	,052	,214	,125	,003

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 13 iteraciones.

## Componente 1

La Componente 1 está determinada por los ítems (3, 5, 6, 18, 20 y 23):

Ítem 3: “Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado/a”.

Ítem 5 (inverso): “**Muchas** veces me he visto obligado/a a emplear “a tope” toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo”.

Ítem 6 (inverso): “Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño”.

Ítem 18: “Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo”.

Ítem 20: “Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer”.

Ítem 23: “Con frecuencia siento no tener no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable”.

Esta componente puede definirse como **Tensión en el trabajo** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

### **Dimensión 2: Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (2, 3, 4, 5 y 6):**

Ítem 2: “Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital”.

Ítem 3: “Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado/a”.

Ítem 4: “Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo”.

Ítem 5 (inverso): “**Muchas** veces me he visto obligado/a a emplear “a tope” toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo”.

Ítem 6 (inverso): “Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño”.

## Componente 2

La Componente 2 está determinada por los ítems (13, 14, 19 y 24):

Ítem 13 (inverso): “La relación con mis jefes/as **no** es muy cordial”.

Ítem 14 (inverso): “Las relaciones con mis compañeros/as **no** son muy cordiales”.

Ítem 19 (inverso): “**No** estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as”.

Ítem 24: “Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión”.

Esta componente puede definirse como **Relaciones con jefes y compañeros** y puede ser la equivalente a las siguientes dimensiones:

**Dimensión 6: Relación interpersonal con sus jefes. Ítems (13 y 19):**

Ítem 13 (inverso): “La relación con mis jefes/as **no** es muy cordial”.

Ítem 19 (inverso): “**No** estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as”.

**Dimensión 7: Relación interpersonal con sus compañeros. Ítem (14):**

Ítem 14 (inverso): “Las relaciones con mis compañeros/as **no** son muy cordiales”.

**Componente 3**

La Componente 3 está determinada por los ítems (10, 11 y 22):

Ítem 10: “Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”.

Ítem 11: “Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena”.

Ítem 22: “Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo”.

Esta componente puede definirse como **Satisfacción por el trabajo** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

**Dimensión 1: Satisfacción por el trabajo. Ítems (7, 10, 11 y 16):**

Ítem 7 (inverso): “En mi trabajo **no** me encuentro muy satisfecho”.

Ítem 10: “Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”.

Ítem 11: “Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena”.



Ítem 16 (inverso): “**No** estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupó es el que me corresponde por capacidad y preparación”.

#### **Componente 4**

La Componente 4 está determinada por los ítems (25 y 26):

Ítem 25 (inverso): “En la UGC se recibe mas salario por la productividad”.

Ítem 26 (inverso): “La UGC fomenta el trabajo en equipo”.

Esta componente conforma un nuevo constructo, ya que es la dimensión introducida para este estudio y es similar a la siguiente dimensión:

#### **Dimensión 10: Características de las unidades de gestión clínica. Ítems (25 y 26):**

Ítem 25 (inverso): “En la UGC se recibe mas salario por la productividad”.

Ítem 26 (inverso): “La UGC fomenta el trabajo en equipo”.

#### **Componente 5**

La Componente 5 está determinada por los ítems (1 y 2):

Ítem 1: “Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca”.

Ítem 2: “Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital”.

Esta componente puede definirse como **Competencia profesional** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

#### **Dimensión 3: Competencia profesional (22, 23 y 24):**

Ítem 22: “Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo”.

Ítem 23: “Con frecuencia siento no tener no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable”.

Ítem 24: “Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión”.

#### **Componente 6**

La Componente 6 está determinada por los ítems (7 y 12):

Ítem 7 (inverso): “En mi trabajo **no** me encuentro muy satisfecho”.

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante”.

Esta componente puede definirse como **Presión en el trabajo** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

**Dimensión 4: Presión en el trabajo. Ítems (18 y 20):**

Ítem 18: “Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo”.

Ítem 20: “Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer”.

**Componente 7**

La Componente 7 vendría determinada por los ítems (4 y 21):

Ítem 4: “Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo”.

Ítem 21: “Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar”

Esta componente puede definirse como **Tensión relacionada con el trabajo** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

**Dimensión 9: Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (1 y 21):**

Ítem 1: “Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca”.

Ítem 21: “Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar”.

**Componente 8**

La Componente 8 está determinada por los ítems (9 y 15):

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Ítem 15 (inverso): “El sueldo que percibo **no** es muy adecuado”.

Esta componente puede definirse como **Características extrínsecas del estatus** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

**Dimensión 8: Características extrínsecas del estatus. Ítems (8 y 15):**

Ítem 8: “Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia”.

Ítem 15 (inverso): “El sueldo que percibo **no** es muy adecuado”.

**Componente 9**

La Componente 9 está determinada por los ítems (8 y 16):

Ítem 8: “Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia”.

Ítem 16 (inverso): “**No** estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación”.

Esta componente puede definirse como **Organización del trabajo**.

**Componente 10**

La Componente 10 está determinada por el ítem (17):

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

Esta componente puede definirse como **Promoción profesional** y puede ser la equivalente a la siguiente dimensión:

**Dimensión 5: Promoción profesional. Ítems (9, 12 y 17):**

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

Con estos resultados podemos establecer una comparación entre las nueve dimensiones que forman el cuestionario validado Font Roja y las diez componentes del cuestionario Font Roja adaptado para este estudio de investigación. Es necesario destacar la Componente 4 determinada por los ítems 25 y 26, dimensión que se ha introducido nueva en el cuestionario Font Roja y que conforma un nuevo constructo:

“Características de las Unidades de Gestión Clínica”. El resto de componentes forman constructos con preguntas que pueden tener similitudes con las dimensiones del cuestionario validado y que se exponen a continuación en la Tabla 5.61.

<b>Tabla 5.61 Similitudes y Diferencias entre Dimensiones y Componentes Cuestionario Font Roja adaptado</b>			
<b>DIMENSIONES</b> Cuestionario Font Roja adaptado (26 ítems)	<b>COMPONENTES</b> Cuestionario Font Roja adaptado (22 ítems)	<b>FIABILIDAD DIMENSIONES</b> Cuestionario Font Roja adaptado Alfa de Cronbach 0,751	<b>FIABILIDAD NUEVO COMPONENTE</b> Cuestionario Font Roja adaptado
<b>Dimensión 1:</b> Satisfacción por el trabajo. Ítems (7, 10, 11 y 16)	<b>Componente 3:</b> Satisfacción por el trabajo. Ítems (10, 11 y 22)	<b>0,398</b>	
<b>Dimensión 2:</b> Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (2, 3, 4, 5 y 6)	<b>Componente 1:</b> Tensión en el trabajo. Ítems (3, 5, 6, 18, 20 y 23)	<b>0,291</b>	
<b>Dimensión 3:</b> Competencia profesional (22, 23 y 24)	<b>Componente 5:</b> Competencia profesional: Ítems (1 y 2)	<b>0,349</b>	
<b>Dimensión 4:</b> Presión en el trabajo. Ítems (18 y 20)	<b>Componente 6:</b> Presión en el trabajo Ítems (7 y 12)	<b>0,633</b>	
<b>Dimensión 5:</b> Promoción profesional. Ítems (9, 12 y 17)	<b>Componente 10:</b> Promoción profesional Ítem (17)	<b>0,466</b>	
<b>Dimensión 6:</b> Relación interpersonal con sus jefes. Ítems (13 y 19)	<b>Componente 2:</b> Relaciones con jefes y compañeros	<b>0,615</b>	
<b>Dimensión 7:</b> Relación interpersonal con sus compañeros. Ítem (14)	<b>Componente 7:</b> Presión relacionada con el trabajo Ítems (4 y 21)	No puede medirse con 1 ítem	
<b>Dimensión 8:</b> Características extrínsecas del estatus. Ítems (8 y 15)	<b>Componente 8:</b> Características extrínsecas del estatus. Ítems (9 y 15)	<b>0,018</b>	
<b>Dimensión 9:</b> Monotonía laboral. Ítems (1 y 21)	<b>Componente 9:</b> Organización del trabajo. Ítems (8 y 16)	<b>0,083</b>	
<b>Dimensión 10:</b> Características de las Unidades de Gestión Clínica. Ítems (25 y 26)	<b>Componente 4:</b> Características de las Unidades de Gestión Clínica. Ítems (25 y 26)	<b>0,642</b>	<b>Componente 4:</b> Características de las Unidades de Gestión Clínica. Alfa de Cronbach: <b>0,642</b>

## 5.4. MODELO PREDICTIVO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

### Variable Dependiente

**Variable dependiente (A1): “Me siento satisfecho/a de pertenecer a la UGC”.** Esta variable toma valores entre 1 y 10, siendo 1 “nada satisfecho” y 10 “muy satisfecho”. La Tabla 5.62 recoge las frecuencias de esta variable original.

Tabla 5.62. Satisfacción global con la UGC Variable A1					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	22	7,0	7,1	7,1
	2,00	13	4,1	4,2	11,3
	3,00	23	7,3	7,4	18,6
	4,00	8	2,5	2,6	21,2
	5,00	94	29,9	30,2	51,4
	6,00	21	6,7	6,8	58,2
	7,00	37	11,8	11,9	70,1
	8,00	42	13,4	13,5	83,6
	9,00	25	8,0	8,0	91,6
	10,00	26	8,3	8,4	100,0
		Total	311	99,0	100,0
Perdidos	Sistema	3	1,0		
	Total	314	100,0		

Para poder realizar la regresión logística, tuvimos que recodificar esta variable y transformarla en una dicotómica, asignando el valor 0 a “ausencia de satisfacción” y el valor 1 a “satisfacción total”.

Para ello le asignamos los valores del 1 - 4 a la primera categoría (0 = “ausencia de satisfacción”) y los valores 5 - 10 a la segunda categoría (1 = “satisfacción”).

Consideramos que el valor 5, representa aquellas respuestas de individuos que a pesar de estar en un punto intermedio, se consideran satisfechos, de esta manera, se consideraría el criterio similar a la puntuación de un examen, a partir de 5, se considera “aprobado”. En nuestro caso, a partir del 5 se consideró “satisfecho”. La distribución de frecuencias obtenida con la nueva variable se refleja en la Tabla 5.63.

Tabla 5.63. Satisfacción con la UGC Variable A1					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada satisfecho	66	21,0	21,2	21,2
	Muy satisfecho	245	78,0	78,8	100,0
	Total	311	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
	Total	314	100,0		

### VARIABLES INDEPENDIENTES

Las **variables independientes** serían las siguientes:

- **Sexo:** distribución de frecuencias en Tabla 5.64.

Tabla 5.64. Satisfacción con la UGC. Variable Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	44	14,0	14,4	14,4
	Mujer	261	83,1	85,6	100,0
	Total	305	97,1	100,0	
Perdidos		9	2,9		
	Total	314	100,0		

- **Categoría profesional** (Tabla 5.65):

<b>Tabla 5.65. Satisfacción con la UGC. Variable Categoría Profesional</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TCAE	144	45,9	46,2	46,2
	DUE	168	53,5	53,8	100,0
	Total	312	99,4	100,0	
Perdidos		2	,6		
Total		314	100,0		

- **Relación contractual** (Tabla 5.66):

<b>Tabla 5.66. Satisfacción con la UGC. Relación Contractual</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Contratado	81	25,8	26,5	26,5
	Plantilla	225	71,7	73,5	100,0
	Total	306	97,5	100,0	
Perdidos		8	2,5		
Total		314	100,0		

El modelo que queríamos estimar es el siguiente:

Satisfacción UGC = B<sub>1</sub> Sexo + B<sub>2</sub> Categoría profesional + B<sub>3</sub> Relación contractual

Considerando la terminología de la regresión logística sería:

$$P(\text{SATISFACCIÓN UGC}) = \frac{1}{1 + \exp(B_1 \times \text{SEXO} + B_2 \times \text{CAT PROF} + B_3 \times \text{SIT LABORAL})}$$

Al tratarse de un modelo logístico binario, en realidad lo que estuvimos testando fue la probabilidad de que el profesional esté satisfecho con la UGC en función de si es hombre o mujer, de si es contratado/a o de plantilla o de si es TCAE o DUE.

La primera salida que nos ofreció el análisis fue un resumen de las codificaciones de las variables categóricas (Tabla 5.67):

<b>Tabla 5.67. Codificaciones de las Variables Categóricas</b>			
		Frecuencia	Codificación de parámetros (1)
Relación contractual	Contratado	77	1,000
	Plantilla	220	,000
Categoría profesional	TCAE	136	1,000
	DUE	161	,000
Sexo	Hombre	44	1,000
	Mujer	253	,000

Es muy importante a la hora de interpretar los resultados, que la categoría que toma de referencia el programa en cada una de las variables, es la marcada con el (1). Es decir, en la variable relación contractual, se toma de referencia los contratados, en la categoría profesional, los TCAE y en el sexo, la categoría masculina.

#### **BLOQUE O: BLOQUE INICIAL**

En el primer bloque del modelo, se partió de una tabla de clasificación inicial (Tabla 5.68), en las que todos los individuos pertenecían a la categoría 1 (muy satisfecho) de la variable dependiente, y no se tuvieron en cuenta dentro del modelo algunas de las variables independientes. Se incorporaron al modelo en función de la puntuación en el Estadístico de Rao (Tabla 5.69).



Tabla 5.68. Tabla de Clasificación(a, b, c)					
Observado			Pronosticado		
			Satisfacción UGC		Porcentaje correcto
			Nada satisfecho	Muy satisfecho	
Paso 0	Satisfacción UGC	Nada satisfecho	0	63	,0
		Muy satisfecho	0	234	100,0
Porcentaje global					78,8

a Sin términos en el modelo

b Función de logaritmo de la verosimilitud inicial:  $-2 \log$  de la verosimilitud = 411,729

c El valor de corte es ,500

Tabla 5.69. Variables que no están en la ecuación					
			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	B1 SEXO(1)	20,455	1	,000
		B2 CATEGORÍA PROFESIONAL(1)	47,059	1	,000
		B3 SITUACIÓN LABORAL(1)	33,779	1	,000
		Estadísticos globales	69,611	3	,000

Se seleccionaron variables para que formaran parte del modelo, en función de que tuvieran el mínimo p-valor asociado al estadístico Puntuación Eficiente de Rao (primera columna de la Tabla 5.69) o bien que alcanzara el máximo valor en dicho estadístico. En nuestro caso, la variable que entró en primer lugar fue **Categoría Profesional**.

### BLOQUE 1: MÉTODO=POR PASOS HACÍA ADELANTE (WALD)

La primera columna de la Tabla 5.70, nos ofrece el estadístico  $-2\text{Log}$  de la verosimilitud que mide hasta qué punto un modelo se ajusta bien a los datos. El resultado de esta medición recibe también el nombre de "desviación". Cuanto más pequeño sea el valor, mejor será el ajuste. Podemos comprobar que a lo largo de las

iteraciones de los distintos pasos, el valor va disminuyendo. Las siguientes columnas nos determina el valor de los coeficientes de la ecuación de regresión.

Tabla 5.70. Historial de Iteraciones(a, b, c)					
Iteración		-2 log de la verosimilitud B2 CATEGORÍA PROFESIONAL (1)	Coeficientes		
			B3 SITUACIÓN LABORAL (1)	B1 SEXO (1)	B2 CATEGORÍA PROFESIONAL (1)
Paso 1	1	362,183	1,176		
	2	361,493	1,342		
	3	361,492	1,350		
	4	361,492	1,350		
Paso 2	1	345,637	,954	,916	
	2	343,654	1,119	1,178	
	3	343,637	1,132	1,210	
	4	343,637	1,132	1,210	
Paso 3	1	336,771	,952	,706	,902
	2	334,295	1,108	,931	1,155
	3	334,267	1,120	,963	1,193
	4	334,267	1,120	,963	1,194

a Método: Por pasos hacia adelante (Wald)

b -2 log de la verosimilitud inicial: 411,729

c La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

En la Tabla 5.71, tenemos los resultados de la prueba **Ómnibus** sobre los coeficientes del modelo, que consiste en una prueba Chi Cuadrado que evalúa la hipótesis nula de que los coeficientes (B) de todos los términos incluidos en el modelo son cero. Si los coeficientes fueran cero, esto querría decir que ninguna de las variables independientes, influirían sobre la satisfacción. En nuestro caso se rechaza esta hipótesis para todas las variables (p- valor = 0 < 0,05) a un nivel de confianza del 95%. Esto quiere decir que nuestras variables fueron significativas.

Tabla 5.71. Pruebas Ómnibus sobre los coeficientes del modelo				
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	50,238	1	,000
	Bloque	50,238	1	,000
	Modelo	50,238	1	,000
Paso 2	Paso	17,855	1	,000
	Bloque	68,092	2	,000
	Modelo	68,092	2	,000
Paso 3	Paso	9,370	1	,002
	Bloque	77,463	3	,000
	Modelo	77,463	3	,000

En la Tabla 5.72 se aportan tres medidas resumen de los modelos, complementarias a la anterior, para evaluar de forma global su validez: la primera es el valor del  $-2\text{Log}$  de la verosimilitud ( $-2\text{LL}$ ) y las otras dos son Coeficientes de Determinación ( $R^2$ ), parecidos al que se obtiene en Regresión Lineal, que expresan la proporción (en tanto por uno) de la variación explicada por el modelo. Un modelo perfecto tendría un valor de  $-2\text{LL}$  muy pequeño y un  $R^2$  cercano a uno. En nuestro modelo, se puede apreciar que solo el 23% (Cox y Snell) o el 30% (Nagelkerke) de la variación de la variable dependiente fue explicada por las variables incluidas en el modelo.

Tabla 5 72. Resumen de los modelos			
Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	361,492(a)	,156	,207
2	343,637(a)	,205	,273
3	334,267(a)	,230	,306

a La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Las Tablas 5.73 y 5.74, nos ofrecen otra prueba para evaluar la bondad del ajuste de un modelo de regresión logística. En la Tabla 5.99 se recoge el test de **Hosmer y Lemeshow**. Con este test, lo interesante sería aceptar  $H_0$ , que supondría que el ajuste es bueno, ya que no habría diferencia entre el valor observado y el valor pronosticado. En nuestro caso, no podríamos afirmar que se da esta bondad de ajuste ya que el  $p\text{-value} = 0,00 < 0,05$ , con lo cual no podemos afirmar a un nivel de confianza del 95 % que los valores observados se asemejen a los pronosticados.

Tabla 5.73. Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	,000	0	.
2	38,374	2	,000
3	32,876	4	,000

No obstante, es sabido que esta prueba de bondad de ajuste, no se computa cuando, para algunos grupos,  $E_i$  (valores esperados) ó  $E_i^*$  ( $n_i - E_i$ ) son nulos o muy pequeños (menores que 5). Es posible que esto pudiera ocurrir en nuestro caso.

La Tabla 5.74 refleja la clasificación de los valores esperados y observados en las distintas iteraciones.

Tabla 5.74. Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow						
		Satisfacción UGC = Nada satisfecho		Satisfacción UGC = Muy satisfecho		Total
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Paso 1	1	35	80,500	126	80,500	161
	2	28	28,000	108	108,000	136
Paso 2	1	25	58,500	92	58,500	117
	2	25	25,106	78	77,894	103
	3	10	10,106	34	33,894	44
	4	3	2,894	30	30,106	33
Paso 3	1	23	48,000	73	48,000	96
	2	7	8,011	22	20,989	29
	3	23	24,117	75	73,883	98
	4	2	4,885	19	16,115	21
	5	3	3,324	27	26,676	30
	6	5	2,115	18	20,885	23

En la Tabla de Clasificación (Tabla 5.75) podemos comprobar que nuestro modelo tiene una **especificidad** alta (100%) y una **sensibilidad** nula (0%). Con las variables predictoras seleccionadas: sexo, categoría profesional y relación contractual, no se clasifican correctamente a los individuos que no están satisfechos de pertenecer a la UGC.

Tabla 5.75. Tabla de clasificación(a)					
Observado			Pronosticado		
			Satisfacción UGC		Porcentaje correcto
			Nada satisfecho	Muy satisfecho	Nada satisfecho
Paso 1	Satisfacción UGC	Nada satisfecho	0	63	,0
		Muy satisfecho	0	234	100,0
	Porcentaje global				78,8
Paso 2	Satisfacción UGC	Nada satisfecho	0	63	,0
		Muy satisfecho	0	234	100,0
	Porcentaje global				78,8
Paso 3	Satisfacción UGC	<b>Nada satisfecho</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>,0</b>
		<b>Muy satisfecho</b>	<b>0</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>
	Porcentaje global				78,8

a El valor de corte es ,500

La Tabla 5.76, recoge las variables que estarán en la ecuación, sus coeficientes de regresión (B) con sus correspondientes errores estándar, el valor del estadístico de Wald para evaluar la hipótesis nula ( $B_i=0$ ), la significación estadística asociada, y el valor de la Odds Ratio o razón de ventajas ( $\exp(B)$ ) con sus intervalos de confianza.

Tabla 5.76. Variables en la ecuación									
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 3 (c)	B1_SEXO(1)	1,194	,429	7,748	1	,005	3,299	1,424	7,645
	B2_CATEGORÍA_PROFESIONAL(1)	1,120	,220	25,994	1	,000	3,064	1,992	4,711
	B3_SITUACIÓN_LABORAL(1)	,963	,325	8,775	1	,003	2,620	1,385	4,955

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: B2\_CAT\_PROFESIONAL.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: B3\_SIT\_LABORAL.

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: B1\_SEXO.

Con estos datos podemos construir la **ecuación de regresión logística**:

$$P(\text{SATISFACCIÓN UGC}) = \frac{1}{1 + \exp(1,194 \times \text{SEXO} + 1,120 \times \text{CAT PROF} + 0,963 \times \text{SIT LABORAL})}$$

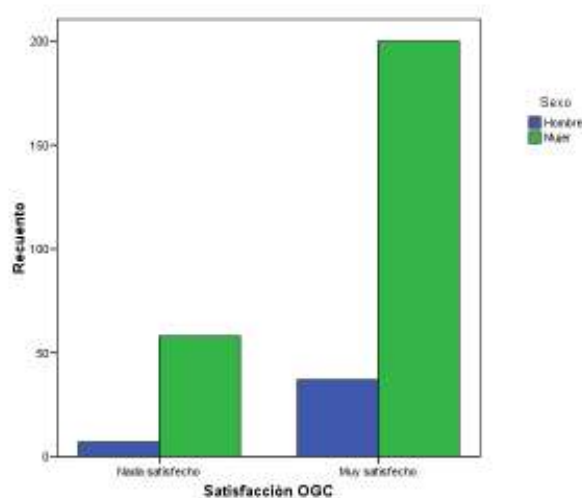
- **Interpretación de la ecuación de regresión logística**

La ecuación de regresión logística puede servirnos para predecir la probabilidad de que un profesional esté satisfecho con la UGC en función de su sexo, de la categoría profesional y de la situación laboral.

Se rechaza la hipótesis nula de que alguno de los parámetros B1, B2 o B3, sean iguales a cero, ya que  $p \text{ value} = 0,000 < 0,05$  (prueba de Wald). Esto quiere decir que las variables son **significativas** y que **tienen influencia** en la satisfacción con la UGC.

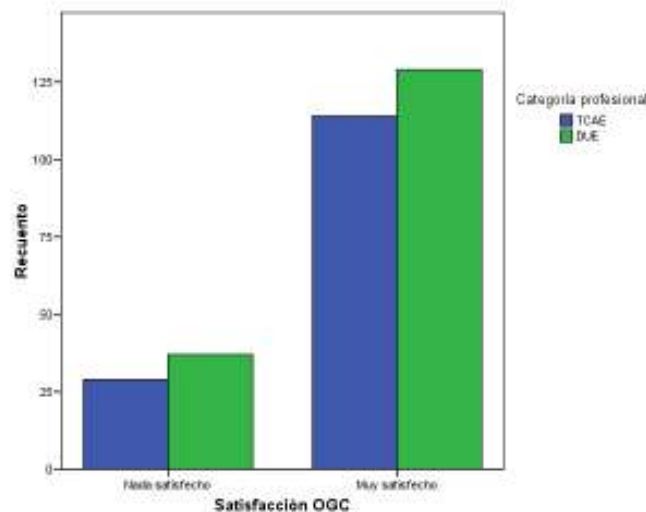
- **Interpretación de los coeficientes**

El coeficiente B1 de la variable **sexo** es 1,194, lo cual refleja que una variación unitaria en la variable sexo, incrementará la probabilidad de que la persona se encuentre satisfecha en la UGC. Teniendo en cuenta que la variable sexo toma valores 0 para hombres y 1 para mujeres, podemos afirmar que el acercarse al valor 1, es decir, ser mujer, aumenta la probabilidad de estar satisfecho/a en la UGC (Gráfico 5.8).



**Gráfico 5.8. Coeficiente B1 (Sexo)**

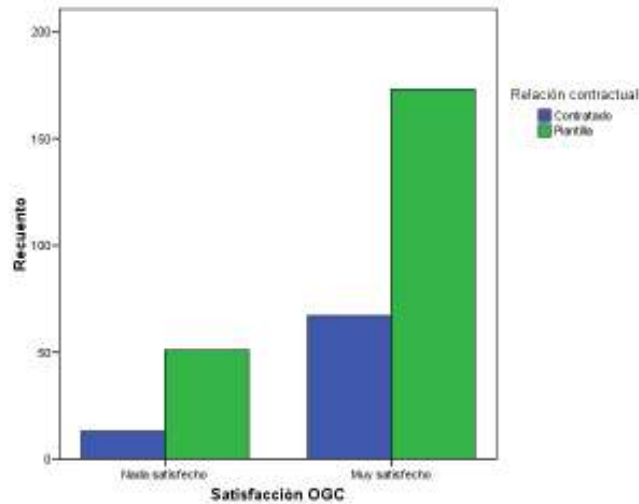
El coeficiente B2 de la variable **Categoría Profesional** es 1,120, esto demuestra que una variación unitaria en la variable categoría profesional, incrementará la probabilidad de que la persona se encuentre satisfecha en la UGC. Teniendo en cuenta que la variable categoría profesional toma valores 0 para TCAE y 1 para DUE, podemos afirmar que el acercarse al valor 1, es decir, ser Enfermero/a, aumenta la probabilidad de estar satisfecho/a en la UGC (Gráfico 5.9).



**Gráfico 5.9. Coeficiente B2 (Categoría Profesional)**

El coeficiente B3 de la variable **Situación Laboral** es 0,963, reflejando que una variación unitaria en la variable situación laboral, incrementará la probabilidad de que la persona se encuentre satisfecha en la UGC. Teniendo en cuenta que la variable situación laboral toma valores 0 para contratado y 1 para plantilla, podemos afirmar que el acercarse al valor 1, es decir, ser personal de plantilla, aumenta la probabilidad de estar satisfecho/a en la UGC (Gráfico 5.10).





**Gráfico 5.10 Coeficiente B3 (Situación Laboral)**

• **Interpretación de los Odds Ratio (Exp(B))**

El Odds Ratio o razón de ventajas para la variable **sexo** es de 3,299, esto se puede interpretar como la probabilidad de que una persona esté satisfecha trabajando en la UGC, es tres veces mayor en mujeres que en hombres.

El Odds Ratio o razón de ventajas para la variable **categoría profesional** es de 3,064, esto quiere decir que la probabilidad de que una persona esté satisfecha trabajando en la UGC, es tres veces mayor siendo DUE que siendo TCAE.

El Odds Ratio o razón de ventajas para la variable **situación laboral** es de 2,620, esto se puede interpretar como la probabilidad de que una persona esté satisfecha trabajando en la UGC, es dos veces y media mayor si es de plantilla, en comparación a si es contratado.

La Tabla 5.77 refleja la Matriz de Correlaciones de las variables. Es positivo que no aparezcan correlaciones altas entre las variables.

Tabla 5.77. Matriz de Correlaciones					
		B2_CATEGORIA PROFESIONAL(1)	B3_SITUACION LABORAL(1)	B1_SEXO(1)	
Paso 2	B2_CATEGORIA PROFESIONAL(1)	1,000	-,176		
	B3_SITUACION LABORAL(1)	-,176	1,000		
Paso 3	B1_SEXO(1)	-,006	-,192	1,000	
	B2_CATEGORIA PROFESIONAL(1)	1,000	-,200	-,006	
	B3_SITUACION LABORAL(1)	-,200	1,000	-,192	

Por último, la Tabla 5.78 muestra un listado de 8 unidades muestrales que es posible que hayan sido mal clasificados. Son aquellos que en los valores observados aparecen como “No satisfechos” y en la predicción se hallan en el grupo de “satisfechos”.

Tabla 5.78. Listado por casos (b)						
Caso	Estado de selección(a)	Observado	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
	Satisfacción UGC	Resid	ZResid	Satisfacción UGC	Resid	ZResid
3	S	N**	,896	M	-,896	-2,940
11	S	N**	,896	M	-,896	-2,940
188	S	N**	,910	M	-,910	-3,179
212	S	N**	,896	M	-,896	-2,940
224	S	N**	,889	M	-,889	-2,833
227	S	N**	,889	M	-,889	-2,833
235	S	N**	,889	M	-,889	-2,833
295	S	N**	,910	M	-,910	-3,179

a S = Seleccionados, N = Casos no seleccionados y \*\* = Casos mal clasificados.

b Se listan los casos con residuos estudentizados mayores que 2,000.

c Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

## 5.5. PERFILES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

El objetivo de nuestro análisis es formar grupos de individuos lo más **homogéneos** posible dentro de cada grupo y lo más **heterogéneo** posible entre los diferentes **conglomerados**, en función de las siguientes variables:

- N° de meses en el empleo.
- Edad.
- Hospital.
- Área Hospitalaria.
- Pertenece a UGC.
- Servicio.
- Grupo profesional.
- Situación laboral.
- Sexo.
- Estado civil.
- Estudios realizados.
- N° de hijos.
- Satisfacción con la UGC.
- Satisfacción con el/la supervisor/a.
- Satisfacción con el director/a.

Estas tres últimas variables de satisfacción, las hemos recodificado en dos niveles: “nada satisfecho” que engloba las puntuaciones de 1 al 4 y “satisfecho” que recoge las puntuaciones de 5 en adelante. La lógica seguida es la misma que utilizamos en el análisis de regresión logística.

En las Tablas 5.79, 5.80 y 5.81 se refleja la distribución de frecuencias de estas tres variables recodificadas

Tabla 5.79. Satisfacción con la UGC					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada satisfecho/a UGC	66	21,0	21,2	21,2
	Muy satisfecho/a UGC	245	78,0	78,8	100,0
	Total	311	99,0	100,0	
Perdidos	99	3	1,0		
Total		314	100,0		

Tabla 5.80. Satisfacción con el supervisor/a					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada satisfecho/a supervisor	42	13,4	13,6	13,6
	Muy satisfecho/a supervisor	266	84,7	86,4	100,0
	Total	308	98,1	100,0	
Perdidos	99	6	1,9		
Total		314	100,0		

Tabla 5.81. Satisfacción con el director/a					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada satisfecho/a director	119	37,9	38,8	38,8
	Muy satisfecho/a director	188	59,9	61,2	100,0
	Total	307	97,8	100,0	
Perdidos	99	7	2,2		
Total		314	100,0		

Para determinar el número de grupos, analizamos el **dendograma**, y “cortando” el gráfico en el punto 20, se obtienen 6 ramas, pero dos de ellas con un solo individuo. Vamos a analizar la composición de estos grupos (Anexo 16). Existen dos ramas del dendograma, que la conforman un solo individuo (caso 306, cuestionario 208 y caso 135, cuestionario 321). Estos casos no se agrupan con ninguna otra observación,

siempre estarían solos. Tendríamos que o bien, analizar las características que hacen que estos individuos sean únicos, o bien no tenerlo en cuenta en el análisis.

La Tabla 5.82 nos muestra el número de elementos de cada uno de los conglomerados. Podemos observar como el grupo 3 está formado por un único elemento (caso 135, cuestionario 321) al igual que el grupo 6 (caso 306, cuestionario 208).

Tabla 5.82. Número de elementos en cada Conglomerado				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	115	36,6	59,9	59,9
2	18	5,7	9,4	69,3
3	1	,3	,5	69,8
Válidos 4	7	2,2	3,6	73,4
5	50	15,9	26,0	99,5
6	1	,3	,5	100,0
Total	192	61,1	100,0	
Perdidos Sistema	122	38,9		
Total	314	100,0		

Exceptuando estos dos grupos, vamos a detallar las características que tendrían cada uno de los Clusters.

La variable “Servicio” tiene demasiados niveles, a pesar de que se ha incluido para formar los conglomerados, resulta confusa para describir los grupos.

#### • Conglomerado 1

Este grupo lo conforman 115 individuos, es el más numeroso en comparación con el resto de grupos.

- El 86,1% trabaja en el Hospital Virgen Macarena.
- Todos pertenecen al Área Hospitalaria B.
- Todos pertenecen a UGC.
- Un 50,4% es DUE y un 49,6% es TCAE.

- El 80% es de plantilla.
- El 87,8% son mujeres.
- El 67,8% están casados/as.
- El 51,3% tienen una diplomatura universitaria.
- El 88,7% están muy satisfechos/as con la UGC.
- El 97,4% están muy satisfechos/as con el supervisor/a.
- El 71,3% están muy satisfechos/as con el director/a.
- Tienen una media de 257 meses en el empleo (más de 20 años trabajando).
- La edad media es de 47 años.
- Tienen una media de (0,63) un hijo.

### ● Conglomerado 2

Este Conglomerado lo conforman 18 personas.

- El 61,1% trabaja en el Hospital V. Macarena.
- El 72,2% en el Área Hospitalaria B.
- Todos (100%) pertenecen a UGC.
- El 72,2% es DUE.
- El 66,7% es de plantilla.
- El 77,8% son mujeres.
- El 72,2% están casados/as.
- El 72,2% tiene una diplomatura universitaria.
- El 94,4% no están nada satisfechos/as con la UGC.
- Todos (100%) no están nada satisfechos/as con el supervisor/a.
- Todos (100%) no están nada satisfechos/as con el director/a.
- Llevan trabajando una media de 199 meses (16 años).
- Tienen una edad media de 56 años.
- No tienen hijos o tienen 1 (0,5).

### ● Conglomerado 3

Este Conglomerado está formado por un único individuo, vamos a analizar sus características aunque una sola observación no proporciona relevancia a los datos.

- Trabaja en el Hospital V. Macarena.
- En el Área Hospitalaria B.
- Pertenece a UGC.

- Es DUE.
- Es de plantilla.
- Es mujer.
- Es separada.
- Tiene realizado estudios de master.
- Está muy satisfecha con la UGC.
- Está muy satisfecha con el supervisor/a.
- No está nada satisfecha con el director/a.
- Tiene una antigüedad en el empleo de 420 meses (35 años).
- Tiene 55 años de edad.
- Tiene 2 hijos.

#### ● **Conglomerado 4**

Este grupo lo conforman 7 individuos.

- El 57,1% trabaja en los Hospitales V. Macarena-San Lázaro.
- El 71,4% pertenece al Área Hospitalaria B.
- Todos (100%) pertenecen a la UGC.
- El 71,4% son TCAE.
- Todos (100%) son de plantilla.
- El 85,7% son mujeres.
- Todos (100%) están casados/as.
- El 42,9% tienen realizados estudios de bachiller.
- El 71,4% no está nada satisfecho/a con la UGC.
- El 57,1% no está nada satisfecho con el supervisor/a.
- El 85,7% no está nada satisfecho con el director/a.
- Tienen una antigüedad media de 361 meses (30 años).
- La edad media es de 53 años.
- Tienen de media 3 hijos (2,86).

#### ● **Conglomerado 5**

Este conglomerado está formado por 50 personas, junto con el primero es el que tienen más elementos.

- Todos (100%) trabajan en el Hospital Virgen del Rocío.

- Todos (100%) pertenecen al área Hospitalaria A.
- Todos (100%) pertenecen a la UGC
- El 64% son DUE.
- El 74% son de plantilla.
- El 78% son mujeres.
- El 62% están casados/as.
- El 62% son diplomados universitarios.
- El 92% están muy satisfechos/as con la UGC.
- El 98% están muy satisfechos/as con el supervisor/a.
- El 76% está muy satisfecho/a con el director/a.
- Tienen una antigüedad media de 241,6 meses (20 años).
- La edad media es de 46 años.
- Tienen un hijo de media (0,62).

#### • Conglomerado 6

Este conglomerado está formado por un único individuo, resulta igual que el Conglomerado 3. Vamos a analizar sus características aunque una sola observación no proporciona relevancia a los datos.

- Trabaja en el Hospital Virgen del Rocío.
- Es del área Hospitalaria A.
- Pertenece a la UGC.
- Es TCAE.
- Es contratado.
- Es mujer.
- Está casada.
- Tiene titulación de FP.
- No está nada satisfecha con la UGC.
- Está muy satisfecha con el supervisor/a.
- No está nada satisfecha con el director/a.
- Tiene una antigüedad de 36 meses en el trabajo (3 años).
- Tiene 57 años.
- No tiene hijos.



Los resultados que se obtuvieron del análisis de conglomerados se clasificaron en cuatro tipos:

**Conglomerado 1** denominado **Satisfechos con la UGC**. Este grupo estuvo formado por 115 profesionales del Hospital Virgen Macarena, la mayoría son mujeres de plantilla, con una media de edad de 47 años, 257 meses en el empleo y de más de la mitad tienen la categoría profesional de DUE y el resto son TCAE. La mayoría se encontró satisfecha con la UGC y con la labor que realiza el/la supervisor/a.

**Conglomerado 2** denominado **DUE Insatisfechos con la UGC**. Este grupo estuvo formado por 18 profesionales que trabajan en ambas Áreas Hospitalarias aunque la mayoría realiza su actividad profesional en el Área Hospitalaria B, también la mayoría son DUE. Prácticamente todos los profesionales de este grupo se encontraron insatisfechos con la UGC, con la labor del supervisor/a y del director/a. Una gran parte que la conforman mujeres de plantilla que tenían una edad media de 56 años.

**Conglomerado 4** denominado **TCAE Insatisfechos con la UGC**. Este grupo estuvo integrado por 7 profesionales que trabajan en ambas Áreas Hospitalarias aunque la mayoría realiza su actividad profesional en el Área Hospitalaria B, con una mayoría de profesionales TCAE que no se encontraron satisfechos con la UGC y con la labor del director/a. La mitad de estos profesionales se encontraron insatisfechos con la labor del supervisor/a. La mayoría son mujeres con más de 30 años en el empleo.

**Conglomerado 5** denominado **Satisfechos con la UGC y descontentos con la labor del director/a**. Este grupo estuvo integrado por 50 profesionales que desarrollan su actividad profesional en el Hospital Virgen del Rocío donde la mayoría son mujeres, Diplomados de Enfermería de plantilla y tienen una media de edad de 46 años. Estos profesionales se encontraron satisfechos de pertenecer a la UCC y de la labor del supervisor/a, aunque no se encontraron tan satisfechos con la labor del director/a (Tabla 5.83).

<b>Tabla 5.83. Comparación de Conglomerados (exceptuando el Conglomerado 3 y 6)</b>			
<b>Conglomerado 1 n=115</b>	<b>Conglomerado 2 n=18</b>	<b>Conglomerado 4 n=7</b>	<b>Conglomerado 5 n=50</b>
86,1% trabaja en H. V. Macarena	61,1% trabaja en H. V. Macarena	57,1% trabaja en H. V. Macarena-San Lázaro	100% trabaja en H. V. Rocío
100% pertenece Área Hospitalaria B	72,2% pertenece Área Hospitalaria B	71,4% pertenece Área Hospitalaria B	100% pertenece Área Hospitalaria A
50,4% DUE 49,6% TCAE	72,2% DUE	71,4% TCAE	64% DUE
80% plantilla	66,7% plantilla	100% plantilla	74% plantilla
87,8% mujeres	77,8% mujeres	85,7% mujeres	78% mujeres
67,8% casados/as	72,2% casados/as	100% casados/as	62% casados/as
51,3% diplomatura universitaria	72,2% diplomatura universitaria	42,9% bachiller	62% diplomatura universitaria
88,7% muy satisfecho/a con la UGC	94,4% nada satisfecho/a con la UGC	71,4% nada satisfecho/a con la UGC	92% muy satisfecho/a con la UGC
97,4% muy satisfecho/a con el supervisor/a	100% nada satisfecho/a con el supervisor/a	57,1% nada satisfecho con el supervisor/a	98% muy satisfecho/a con el supervisor/a
71,3% muy satisfecho/a con el director/a	100% nada satisfecho/a con el director/a	85,7% nada satisfecho con el director/a	76% muy satisfecho/a con el director/a
antigüedad media 257 meses (20 años)	antigüedad media 199 meses (16 años)	antigüedad media 361 meses (30 años)	antigüedad media 241,6 meses (20 años)
edad media 47 años	edad media 56 años.	edad media 53 años	edad media 46 años

## **5.6 NUEVO MODELO DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL g-CLinic**

En este estudio hemos obtenido una nueva propuesta de cuestionario para medir la satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería en las UGC, que ha sido denominado **g\_CLinic**. En este nuevo cuestionario se han seleccionado diez componentes o dimensiones y está formado por 17 ítems (9 ítems menos que el cuestionario utilizado para este estudio, el cuestionario Font Roja adaptado), cumpliendo de esta manera el Principio de Parsimonia o Navaja de Ockan.

### 5.6.1 ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

En primer lugar, se le efectuó el análisis de fiabilidad de la escala global mediante el estadístico **Alfa de Cronbach** (Tabla 5.84). En nuestro caso, la consistencia interna de la escala global es aceptable (0,739).

Tabla 5.84. Estadísticos de Fiabilidad del cuestionario g_CLinic		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,739	,740	17

Los estadísticos de cada uno de los ítems alcanzan valores entre 1(muy de acuerdo) y 5 (muy en desacuerdo) y se han recodificado los ítems que originalmente se presentaban con una pregunta negativa (6, 12, 13,14,17,19,25 y 26) aunque la media de estos ítems se sitúa entre 2,0478 (“Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansado”) y 4,4904 (“Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”) (Tabla 5.85).

<b>Tabla 5.85. Estadísticos de los elementos del cuestionario g_CLinic</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_10	<b>4,4904</b>	,84307	314
Item_11	4,1497	1,06942	314
Item_3	<b>2,0478</b>	1,02724	314
Item_6_inver	2,4363	1,13502	314
Item_22	4,2803	,93107	314
Item_24	3,6497	1,14655	314
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_20	2,6497	1,06268	314
Item_9	3,2707	1,13045	314
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_17_inver	2,6242	1,12998	314
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314
Item_14_inver	4,2675	,82981	314
Item_8	3,2548	,97839	314
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

La Tabla 5.86 y 5.87 reflejan los estadísticos de los ítems: media, mínimo, máximo, rango, cociente entre máximo y mínimo, la varianza y el número de elementos.

<b>Tabla 5.86. Estadísticos de resumen de los elementos del cuestionario g_CLinic</b>						
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / mínimo	Varianza
Medias de los elementos	3,312	2,048	4,490	2,443	2,193	,561

<b>Tabla 5.87. Estadísticos del cuestionario g_CLinic</b>			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
56,3025	63,694	7,98086	17

La Tabla 5.88 refleja en su primera columna en su primera columna refleja la media de las puntuaciones totales de la escala si en la suma de estas puntuaciones eliminamos el ítem correspondiente. La segunda sería la **varianza** de esta suma (obtenida si se elimina el elemento). La tercera columna muestra el **coeficiente de correlación de Pearson** entre cada ítem y el total de la escala, restada de este total la puntuación del ítem al que hace referencia el coeficiente. La cuarta columna son los **coeficientes de correlación múltiple al cuadrado** entre cada ítem y el resto, obtenidos a través de la regresión múltiple y que nos dan idea de la capacidad de predicción de la puntuación de los sujetos en un ítem a partir del resto de ítems de la escala. (Por ejemplo, en el caso del ítem 10, únicamente el 26,2% de la variabilidad de las puntuaciones de los sujetos en el ítem 10, puede ser explicado por el resto de ítems de la escala). En la última columna tenemos un índice concreto que nos da idea de cuán fiable es la escala con la que estamos trabajando, el **Alfa de Cronbach**, basado en la consistencia interna de la escala, una vez eliminado el elemento correspondiente a la fila. En nuestro caso, y considerando que la fiabilidad global de la escala es de 0,739 no conviene eliminar algún ítem ya que esto no supondría un aumento de la fiabilidad.

<b>Tabla 5.88. Estadísticos total elementos del cuestionario g_CLinic</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_10	51,8121	59,795	,245	,262	,733
Item_11	52,1529	55,830	,421	,320	,718
Item_3	54,2548	58,721	,249	,266	,733
Item_6_inver	53,8662	58,826	,206	,163	,738
Item_22	52,0223	59,875	,205	,341	,736
Item_24	52,6529	57,186	,300	,176	,729
Item_18	54,0255	58,351	,246	,300	,734
Item_20	53,6529	54,911	,486	,424	,711
Item_9	53,0318	56,830	,328	,215	,726
Item_12_inver	53,1465	52,560	,544	,397	,703
Item_17_inver	53,6783	57,203	,305	,181	,728
Item_13_inver	52,3599	56,218	,461	,451	,715
Item_19_inver	52,7707	57,002	,359	,305	,723
Item_14_inver	52,0350	58,903	,322	,335	,728
Item_8	53,0478	58,544	,280	,213	,730
Item_25_inver	53,0191	57,271	,256	,310	,734
Item_26_inver	53,3121	56,803	,299	,299	,729

La Tabla 5.89 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.89. Prueba T cuadrado de Hotelling del cuestionario g_CLinic</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
1752,947	104,309	16	298	,000

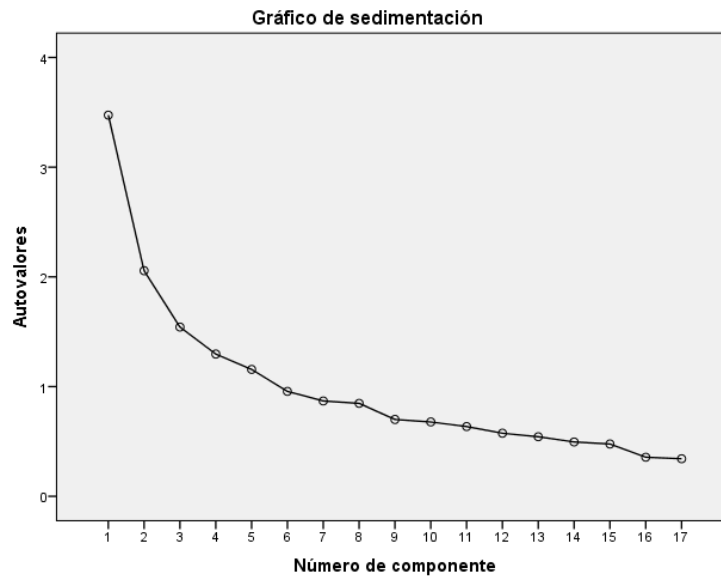
## 5.6.2 ANÁLISIS FACTORIAL DEL INSTRUMENTO

Como se explico anteriormente, el análisis factorial permite identificar un número relativamente pequeño de factores que pueden ser utilizados para representar la relación existente entre un conjunto de variables correlacionadas. En la Tabla 5.90 se refleja la media, la desviación típica y las etiquetas de cada una de las 17 variables entradas en el análisis factorial para los 314 sujetos que han participado en la investigación.

<b>Tabla 5.90. Estadísticos Descriptivos del cuestionario g_CLinic</b>			
	Media	Desviación típica	N del análisis
Item_10	4,4904	,84307	314
Item_11	4,1497	1,06942	314
Item_3	2,0478	1,02724	314
Item_6_inver	2,4363	1,13502	314
Item_22	4,2803	,93107	314
Item_24	3,6497	1,14655	314
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_20	2,6497	1,06268	314
Item_9	3,2707	1,13045	314
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_17_inver	2,6242	1,12998	314
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314
Item_14_inver	4,2675	,82981	314
Item_8	3,2548	,97839	314
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

El Gráfico de Sedimentación (Gráfico 5.11) resulta útil para determinar el número de factores óptimos que se pueden seleccionar y que corresponderían a las

componentes que se encuentran por encima de la sedimentación y que en nuestro caso serían 10 componentes seleccionadas.



**Gráfico 5.11. Gráfico de Sedimentación**

La Tabla 5.91 refleja el **Test KMO** y la **Prueba de Bartlett**. Si los valores de KMO son próximos a 1, se considera que el análisis factorial es un procedimiento adecuado [174]. En este caso la medida de adecuación muestral  $KMO=0,717$ , pudiéndose aplicar el análisis muestral en estas variables.

Para examinar la matriz de correlaciones se utiliza el **Test de Esfericidad de Bartlett**, que contrasta si la matriz de correlación de las variables observadas es la identidad, significando que las intercorrelaciones entre las variables son cero. Si se confirma la hipótesis nula, significa que las variables no están correlacionadas. En nuestro caso rechazaríamos la hipótesis de que el modelo factorial no es el adecuado ya que el test de Bartlett es significativo ( $p = 0,000 < 0,05$ ).

<b>Tabla 5.91. Test KMO y Prueba de Bartlett del cuestionario g_CLinic</b>		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,717
	Chi-cuadrado aproximado	1059,855
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	136
	Sig.	,000



En la primera columna de la Tabla 5.92 están reflejadas las **Comunalidades** iniciales que son iguales a la unidad, lo que supone que con todas las componentes se explica toda la varianza de cada una de las variables originales. En la segunda columna tenemos la Comunalidad correspondiente a cada variable después de la extracción de los factores.

Tabla 5.92. Comunalidades del cuestionario g_CLinic		
	Inicial	Extracción
Item_10	1,000	,543
Item_11	1,000	,557
Item_3	1,000	,508
Item_6_inver	1,000	,346
Item_22	1,000	,696
Item_24	1,000	,332
Item_18	1,000	,581
Item_20	1,000	,641
Item_9	1,000	,616
Item_12_inver	1,000	,544
Item_17_inver	1,000	,377
Item_13_inver	1,000	,686
Item_19_inver	1,000	,566
Item_14_inver	1,000	,653
Item_8	1,000	,539
Item_25_inver	1,000	,725
Item_26_inver	1,000	,617

La Tabla 5.93 nos proporciona la **Varianza total explicada** por los 10 factores extraídos (79,863%), es un porcentaje bastante adecuado y por cada uno de los factores individualmente. Se puede comprobar que los primeros factores son los que explican más cantidad de varianza, como es habitual en el método de componentes principales.

Tabla 5.93. Varianza total explicada del cuestionario g_CLinic				
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	3,475	20,439	20,439	3,475
2	2,056	12,095	32,534	2,056
3	1,543	9,074	41,608	1,543
4	1,297	7,627	49,235	1,297
5	1,157	6,803	56,038	1,157
6	,956	5,623	61,661	
7	,869	5,111	66,772	
8	,847	4,984	71,756	
9	,701	4,121	75,877	
10	,678	3,986	<b>79,863</b>	
11	,636	3,738	83,601	
12	,575	3,381	86,982	
13	,543	3,192	90,175	
14	,495	2,913	93,087	
15	,477	2,803	95,891	
16	,356	2,095	97,986	
17	,342	2,014	100,000	

La Tabla 5.94 nos permite determinar los ítems que determinan cada constructo.

Tabla 5.94. Matriz de Componentes rotados										
	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item_10	-,078	<b>,589</b>	,058	,347	-,090	-,011	,505	-,134	-,221	,055
Item_11	,136	<b>,822</b>	,057	-,003	,231	-,037	-,015	,121	,117	,108
Item_3	,821	-,141	-,078	,167	-,071	,040	,032	,015	-,068	,188
Item_6_inver	,199	-,030	,009	,015	,009	,113	,052	<b>,929</b>	-,051	,040
Item_22	-,040	<b>,666</b>	-,081	,128	-,091	,431	,085	-,179	,151	-,069
Item_24	,132	,088	,050	,062	,118	<b>,882</b>	-,012	,141	,073	,006
Item_18	<b>,739</b>	,123	,182	-,199	,100	-,007	-,112	,077	,009	-,212
Item_20	<b>,735</b>	,123	,083	,055	,108	,120	,134	,191	,136	,046
Item_9	,075	,065	,068	-,088	,202	,005	<b>,834</b>	,093	,263	,044
Item_12_inver	,264	,215	,212	,192	<b>,622</b>	-,194	,080	,225	,197	,054
Item_17_inver	,046	,073	,190	,010	,166	-,005	,045	,047	,087	<b>,904</b>
Item_13_inver	,081	-,008	,134	<b>,656</b>	,501	,098	,178	,081	,064	-,104
Item_19_inver	-,051	,028	-,050	,209	<b>,774</b>	,273	,126	-,132	-,036	,245
Item_14_inver	,012	,144	,042	<b>,868</b>	,128	,044	-,114	-,013	,100	,067
Item_8	,044	,117	-,050	,124	,060	,097	,182	-,056	<b>,907</b>	,085
Item_25_inver	,026	,119	<b>,841</b>	,095	-,073	,027	-,066	,076	-,075	,178
Item_26_inver	,103	-,092	<b>,831</b>	,015	,161	,008	,144	-,054	,028	,015

### Componente 1

Estaría determinada por los ítems 18 y 20 y podría denominarse **Presión en el trabajo**:

Ítem 18: “Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo”.

Ítem 20: “Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer”.

Es equivalente a la Dimensión 4 **Presión en el trabajo** compuesta por los ítems 18 y 20.

Aunque el Alfa de Cronbach no supera la media estipulada como válida, se acerca bastante a esta medida (Tabla 5.95).

<b>Tabla 5.95. Estadísticos de Fiabilidad Componente 1 cuestionario g_CLinic</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,633	,633	2

La tabla 5.96 nos muestra los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.96. Estadísticos de los elementos Componente 1 cuestionario g_CLinic</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_18	2,2771	1,10024	314
Item_20	2,6497	1,06268	314

En las Tablas 5.97 y 5.98 se reflejan los estadísticos de resumen para la media, varianza, co-varianza y correlación de los dos ítems.

<b>Tabla 5.97. Estadísticos de resumen de los elementos Componente 1 cuestionario g_CLinic</b>						
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza
Medias de los elementos	2,463	2,277	2,650	,373	1,164	,069

<b>Tabla 5.98. Estadísticos total elementos Componente 1 cuestionario g_CLinic</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_18	2,6497	1,129	,463	,214	.
Item_20	2,2771	1,211	,463	,214	.

La Tabla 5.99 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
34,685	34,685	1	313	,000

## **Componente 2**

Estaría determinada por los ítems 10 y 22 y podría denominarse **Satisfacción por el trabajo**:

Ítem 10: “Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”.

Ítem 22: “Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo”.

Esta componente es la equivalente a la Dimensión1 **Satisfacción por el trabajo**, compuesta por los ítems7, 10, 11 y 16(inverso):

Ítem 7 (inverso): “En mi trabajo **no** me encuentro muy satisfecho”.

Ítem 10: “Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo”.

Ítem 11: “Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena”.

Ítem 16 (inverso): “**No** estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación”.

Aunque el Alfa de Cronbach no supera la media estipulada como válida, se acerca bastante a esta medida (Tabla 5.100).

Tabla 5.100. Estadísticos de Fiabilidad Componente 2 cuestionario g_CLinic		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,534	,536	2

La Tabla 5.101 nos muestra los estadísticos de cada uno de los elementos.

Tabla 5.101. Estadísticos de los elementos Componente 2 cuestionario g_CLinic			
	Media	Desviación típica	N
Item_10	4,4904	,84307	314
Item_22	4,2803	,93107	314

En las Tablas 5.102 y 5.103 se reflejan los estadísticos de resumen para la media, varianza, co-varianza y correlación de los dos ítems.

Tabla 5.102. Estadísticos de resumen de los elementos Componente 2 cuestionario g_CLinic						
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza
Medias de los elementos	4,385	4,280	4,490	,210	1,049	,022

Tabla 5.103. Estadísticos total elementos Componente 2 cuestionario g_CLinic					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_10	4,2803	,867	,366	,134	.
Item_22	4,4904	,711	,366	,134	.

La Tabla 5.104 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían

considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
13,823	13,823	1	313	,000

### **Componente 3**

Estaría determinada por los ítems 25 y 26 (inversos) y podría denominarse **Características de las Unidades de Gestión Clínica:**

Ítem 25 (inverso): “En la UGC se recibe mas salario por la productividad”.

Ítem 26 (inverso): “La UGC fomenta el trabajo en equipo”.

Esta componente conforma un nuevo constructo, ya que es la dimensión introducida para este estudio y es similar a la Dimensión: 10: **Características de las Unidades de Gestión Clínica. Ítems (25 y 26).**

Aunque el Alfa de Cronbach no supera la media estipulada como válida, se acerca bastante a esta a esta medida (Tabla 5.105).

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,642	,642	2

La tabla 5.106 nos muestra los estadísticos de cada uno de los elementos.

	Media	Desviación típica	N
Item_25_inver	3,2834	1,25346	314
Item_26_inver	2,9904	1,20565	314

En las Tablas 5.107 y 5.108 se reflejan los estadísticos de resumen para la media, varianza, co-varianza y correlación de los dos ítems.

<b>Tabla 5.107. Estadísticos de resumen de los elementos Componente 3 cuestionario g_CLinic</b>						
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza
Medias de los elementos	3,137	2,990	3,283	,293	1,098	,043

<b>Tabla 5.108. Estadísticos total elementos Componente 3 cuestionario g_CLinic</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_25_inver	2,9904	1,454	,473	,224	.
Item_26_inver	3,2834	1,571	,473	,224	.

La Tabla 5.109 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.109. Prueba T cuadrado de Hotelling Componente 3 cuestionario g_CLinic</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
16,906	16,906	1	313	,000

#### **Componente 4**

Estaría determinada por los ítems (13, 14 inversos) y podría denominarse **Relaciones con jefes y compañeros**

Ítem 13 (inverso): “La relación con mis jefes/as **no** es muy cordial”.

Ítem 14 (inverso): “Las relaciones con mis compañeros/as **no** son muy cordiales”.



Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión 6 **Relación interpersonal con sus jefes** (Ítems 13 y 19 inversos):

Ítem 13 (inverso): “La relación con mis jefes/as **no** es muy cordial”.

Ítem 19 (inverso): “**No** estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as”.

También puede quedar incluida la Dimensión 7 **Relación interpersonal con sus compañeros** (Ítem 14 inverso):

Ítem 14 (inverso): “Las relaciones con mis compañeros/as **no** son muy cordiales”.

En esta componente el Alfa de Cronbach no supera la media estipulada como válida, aunque se acerca bastante a esta a esta medida (Tabla 5.110).

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,664	,668	2

La Tabla 5.111 nos muestra los estadísticos de cada uno de los elementos.

	Media	Desviación típica	N
Item_13_inver	3,9427	,95082	314
Item_14_inver	4,2675	,82981	314

En las Tablas 5.112 y 5.113 se reflejan los estadísticos de resumen para la media, varianza, co-varianza y correlación de los dos ítems.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza
Medias de los elementos	4,105	3,943	4,268	,325	1,082	,053

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_13_inver	4,2675	,689	,501	,251	.
Item_14_inver	3,9427	,904	,501	,251	.

La Tabla 5.114 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
41,340	41,340	1	313	,000

## Componente 5

Estaría determinada por los ítems (12 y 19 inversos) y podría denominarse **Promoción Profesional**

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante

Ítem 19 (inverso): “**No** estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as”.

Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión **5 Promoción profesional. Ítems (9, 12 y 17):**

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

En esta componente el Alfa de Cronbach no supera la media estipulada como válida (Tabla 5.115).

<b>Tabla 5.115. Estadísticos de Fiabilidad Componente 5 cuestionario g_CLinic</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,486	,491	2

La tabla 5.116 nos muestra los estadísticos de cada uno de los elementos.

<b>Tabla 5.116. Estadísticos de los elementos Componente 5 cuestionario g_CLinic</b>			
	Media	Desviación típica	N
Item_12_inver	3,1561	1,22194	314
Item_19_inver	3,5318	1,03637	314

En las Tablas 5.117 y 5.118 se reflejan los estadísticos de resumen para la media, varianza, co-varianza y correlación de los dos ítems.

<b>Tabla 5.117. Estadísticos de resumen de los elementos Componente 5 cuestionario g_CLinic</b>						
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza
Medias de los elementos	3,344	3,156	3,532	,376	1,119	,071

<b>Tabla 5.118. Estadísticos total elementos Componente 5 cuestionario g_CLinic</b>					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item_12_inver	3,5318	1,074	,325	,106	.
Item_19_inver	3,1561	1,493	,325	,106	.

La Tabla 5.119 refleja el **Test de Hotelling** que contrasta la hipótesis de si las medias de los ítems son estadísticamente iguales. En nuestro caso, no se podrían considerar iguales ya que el  $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$  (se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%).

<b>Tabla 5.119. Prueba T cuadrado de Hotelling Componente 5 cuestionario g_CLinic</b>				
T-cuadrado de Hotelling	F	gl1	gl2	Sig.
25,437	25,437	1	313	,000

### **Componente 6**

Esta componente estaría determinada por el ítem 24 y podría denominarse **Presión en el trabajo**:

Ítem 24: “Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión”.

Puede ser la equivalente a la Dimensión 4 **Presión en el trabajo** formada por los Ítems (18 y 20):

Ítem 18: “Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo”.

Ítem 20: “Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer”.

### **Componente 7**

Esta componente estaría determinada por el ítem 9 y podría denominarse **Monotonía laboral**:

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión 9 **Monotonía laboral** formada por los Ítems (1 y 21):

Ítem 1: “Mi actual trabajo en el Hospital es el mismo todos los días, no varía nunca”

Ítem 21: “Los problemas personales de mis compañeras/os de trabajo, habitualmente me suelen afectar.

### **Componente 8**

Esta componente estaría determinada por el ítem 6 inverso y podría denominarse **Tensión relacionada con el trabajo:**

Ítem 6 (inverso): “Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño”

Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión 2 **Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (2, 3, 4, 5 y 6):**

Ítem 2: “Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital”.

Ítem 3: “Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado/a”.

Ítem 4: “Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo”.

Ítem 5 (inverso): “**Muchas** veces me he visto obligado/a a emplear “a tope” toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo”.

Ítem 6 (inverso): “Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño”.

### **Componente 9**

Esta componente estaría determinada por el ítem 8 y podría denominarse **Características extrínsecas del estatus:**

Ítem 8: “Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia”.

Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión 8 **Características extrínsecas del estatus** formada por los Ítems 8 y 15 (inverso):

Ítem 15 (inverso): “El sueldo que percibo **no** es muy adecuado”.

## Componente 10

Esta componente estaría determinada por el ítem 17 invertido y podría denominarse

### Promoción profesional:

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

Esta componente puede ser la equivalente a la Dimensión **5: Promoción profesional** formada por los Ítems 9, 12 (inverso) y 17 (inverso):

Ítem 9: “Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas”.

Ítem 12 (inverso): “Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo **no** es muy reconfortante

Ítem 17 (inverso): “**No** Tengo muchas posibilidades de promoción profesional”.

En la tabla 5.120 se muestra el análisis comparativo entre los cuestionarios Font Roja adaptado y g\_CLinic.

<b>Cuestionarios</b>	<b>Cuestionario Font Roja adaptado</b>	<b>Cuestionario g_CLinic</b>
Número de ítems	<b>26</b>	<b>17</b>
Número de dimensiones	<b>10</b>	<b>10</b>
Dimensión 1	Satisfacción por el trabajo. Ítems (7, 10, 11 y 16)	Presión en el trabajo. Ítems (18 y 20)
Fiabilidad Dimensión 1	<b>0,398</b>	<b>0,633</b>
Dimensión 2	Tensión relacionada con el trabajo. Ítems (2, 3, 4, 5 y 6)	Satisfacción por el trabajo. Ítems (10 y 22)
Fiabilidad Dimensión 2	<b>0,291</b>	<b>0,534</b>
Dimensión3	Competencia profesional. Ítems (22, 23 y 24)	Características de las Unidades de Gestión Clínica. Ítems (25 y 26)
Fiabilidad Dimensión 3	<b>0,349</b>	<b>0,642</b>
Dimensión 4	Presión en el trabajo. Ítems (18 y 20)	Relaciones con jefes y compañeros. Ítems (13 y 14)
Fiabilidad Dimensión 4	<b>0,633</b>	<b>0,664</b>
Dimensión 5	Promoción profesional. Ítems (9, 12 y 17)	Dimensión 5: Promoción profesional. Ítems (12 y 19)
Fiabilidad Dimensión 5	Alfa de Cronbach: <b>0,466</b>	Alfa de Cronbach: <b>0,486</b>

Dimensión 6	Relación interpersonal con sus jefes. Ítems (13 y 19)	Presión en el trabajo. Ítem (24).
Fiabilidad Dimensión 6	<b>0,615</b>	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>
Dimensión 7	Relación interpersonal con sus compañeros. Ítem (14).	Monotonía laboral. Ítem (9)
Fiabilidad Dimensión 7	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>
Dimensión 8	Características extrínsecas del estatus. Ítems (8 y 15)	Dimensión 2: Tensión relacionada con el trabajo. Ítem (6).
Fiabilidad Dimensión 8	<b>0,018</b>	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>
Dimensión 9	Monotonía laboral. Ítems (1 y 21).	Características extrínsecas del estatus. Ítem (8)
Fiabilidad Dimensión 9	<b>0,083</b>	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>
Dimensión10	Características de las Unidades de Gestión Clínica. Ítems (25 y 26)	Promoción profesional. Ítem (17)
Fiabilidad Dimensión 10	<b>0,642</b>	<b>No puede medirse con 1 ítem</b>
Fiabilidad total	<b>0,751</b>	<b>0,739</b>
%Explicativo de la Varianza	<b>64,465%</b>	<b>79,863%</b>





## **VI. DISCUSIÓN**



## VI. DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto que los profesionales de enfermería de las Unidades de Gestión Clínica de las Áreas Hospitalarias Virgen Macarena y Virgen del Rocío se encuentran satisfechos con este modelo de gestión. Aunque el instrumento de medida, el cuestionario adaptado Font Roja, ha servido para cuantificar el nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería que realizan su actividad asistencial en las Unidades de Gestión Clínica, proponemos el cuestionario g\_CLinic como el instrumento más adecuado para valorar la satisfacción laboral en las UGC, ya que está enfocado hacia este modelo de gestión pública, tiene una buena fiabilidad global, mejor consistencia por dimensiones, y mejor poder explicativo con menor número de ítems.

### 6.1. ACERCA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL

La Satisfacción Media Global (SMG) obtenida de los profesionales de enfermería de las Unidades de Gestión Clínica fue de 3,17 puntos en una escala de Likert de 1 a 5, siendo 1 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor grado de satisfacción, considerándose que estos profesionales se encontraron satisfechos en su trabajo. En este estudio, los niveles de satisfacción alcanzados en cada dimensión se situaron en valores parecidos a otros estudios relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios que fueron medidos con el cuestionario Font Roja.

- En el estudio *Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas* [195] se obtuvo un índice global de satisfacción de 2,84 puntos. Aunque este contexto no es comparable al entorno hospitalario de nuestro estudio, la satisfacción laboral de estos profesionales es inferior a la de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en centros asistenciales. El grado de satisfacción es menor en profesionales con mayor experiencia, más edad y mayor antigüedad, podría ser porque en este ámbito no existe promoción o reconocimiento del trabajo. En la dimensión relacionadas con la Presión en el trabajo presenta unos índices bajos de satisfacción (2,15 puntos) así como en la dimensión Variedad de la tarea (1,66 puntos). Los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad laboral en las prisiones tienen escasa autonomía en su trabajo. En general, existe una cierta indiferencia por el salario o por la competitividad entre los compañeros. Si

establecemos similitudes con nuestro estudio, podemos decir que las buenas relaciones entre compañeros es un rasgo común en ambos trabajos (más elevado en el nuestro con 4,26 puntos y 3,48 puntos para su estudio).

- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid* [196] la Satisfacción Media Global fue 3,12 puntos, siendo muy parecida a la de nuestro estudio (3,17 puntos). En Atención Primaria, el rol de autonomía prevalece ante el rol de colaboración y esto se traduce en las encuestas ya que la dimensión más valorada fue Competencia Profesional con 4,01 puntos. En nuestro estudio esta dimensión fue valorada con 3,55 puntos, lo cual nos lleva a establecer ciertos paralelismos entre el trabajo percibido por los profesionales del centro de salud y por los profesionales de las UGC de los centros de atención hospitalaria. En la dimensión que analiza la tensión asistencial, los resultados también fueron parecidos en ambos estudios (2,30 puntos para el citado estudio y 2,67 puntos para el nuestro).
- En el estudio denominado *Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis* [152] la valoración de la SMG fue 3,10 puntos, parecida a la de nuestro estudio (3,17 puntos). También coincidieron entre las dimensiones más valoradas se encuentran la Relación interpersonal entre los compañeros con 3,67 puntos (en nuestro estudio obtuvo 4,26 puntos) y la dimensión Satisfacción por el trabajo en 3,62 puntos (en nuestro estudio obtuvo la puntuación 3,88). La dimensión Promoción Profesional (2,43 puntos) fue una de las menos valoradas aunque en nuestro estudio esta dimensión obtuvo una puntuación media más elevada (3,01 puntos), lo cual traduce que en un Servicio tradicional como este, el nivel de satisfacción y el rol de autonomía es menor que en la UGC.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencias* [194] la valoración de la SMG fue 3,42 puntos, más elevada que en nuestro estudio (3,17 puntos). Las dimensiones más valoradas fueron Relación con los compañeros (4,13), en nuestro estudio fue valorada con 4,26 puntos y Satisfacción con el puesto de trabajo (3,87 puntos), denominada en nuestro estudio Satisfacción por el trabajo (3,88 puntos), puntuaciones muy similares a nuestro trabajo, aunque la muestra no es comparable ya que en este estudio sólo participaron 39 profesionales y todos pertenecían al mismo Servicio. Las puntuaciones más bajas se registraron en las Características extrínsecas de estatus o

reconocimiento profesional (2,64 puntos), muy similares a las de nuestro estudio (2,52 puntos).

- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses* la SMG fue valorada en 2,87 puntos [153], con menor valoración que en de nuestro estudio (3,17 puntos). La dimensión más valorada fue Relación interpersonal con sus compañeros (3,96 puntos según el grado profesional, 3,59 puntos según el nivel de inglés, 3,71 puntos según el tipo de jornada laboral, 3,97 puntos según el Servicio o Unidad Hospitalaria y 3,84 puntos según el tiempo de experiencia profesional en Inglaterra), menos valorada por los profesionales si la comparamos con nuestro estudio (4,26 puntos). En cambio, la dimensión menos valorada fue Satisfacción por el trabajo (2,40 puntos según el grado profesional, 2,09 puntos según el nivel de inglés, 2,39 puntos según el tipo de jornada laboral, 2,42 puntos según el Servicio o Unidad Hospitalaria y 2,37 puntos según el tiempo de experiencia profesional en Inglaterra), muy distinta a la de nuestro estudio, ya que esta dimensión fue la segunda dimensión mejor valorada en nuestro estudio (3,88 puntos).
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* [197] la SMG fue valorada en 3,35 puntos, más elevada que en nuestro estudio. En este estudio, el mayor nivel de satisfacción se obtuvo en Competencia profesional (4,06) seguida por Relación interprofesional con los jefes (3,85) y el menor nivel de satisfacción fue para la dimensión Promoción profesional (2,29). Si establecemos comparaciones de estas dimensiones con las de nuestro estudio, podemos decir la valoración que han realizado los profesionales no coincide con las de nuestro estudio en ninguna de las dimensiones, aunque especifica que cuando se refiere a Relación interprofesional con los jefes se referían a los mandos superiores, no a los intermedios.

El contexto de estos estudios es muy diverso, por los resultados obtenidos se puede deducir que la satisfacción de los profesionales tiende a ser más elevada cuando el entorno profesional propicia más el rol de autonomía que el rol de colaboración. En la UGC, el nivel de satisfacción percibido por los profesionales es más parecido al de los Centros de Salud donde el profesional desarrolla sus competencias profesionales con mayor autonomía que en los Servicios tradicionales de la Atención Hospitalaria, aunque no hemos podido establecer semejanzas con ningún estudio.

<b>Tabla 6.1. Comparativa de SGM por Dimensiones de los estudios de investigación analizados</b>			
<b>Estudios de investigación</b>	<b>Satisfacción Global Media</b>	<b>Dimensión más valorada</b>	<b>Dimensión menos valorada</b>
Satisfacción de los profesionales de enfermería en la UGC	<b>3,17</b>	Relación interpersonal con sus compañeros(4,26)	Presión en el trabajo (2,46)
Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas	<b>2,84</b>	Relación interpersonal con sus compañeros(3,48)	Variedad de la tarea (1,66)
Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid	<b>3,12</b>	Competencia Profesional (4,01)	Tensión asistencial(2,30)
Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis	<b>3,10</b>	Relación interpersonal entre los compañeros (3,67)	Promoción Profesional (2,43)
Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencias	<b>3,42</b>	Relación con los compañeros (4,13)	Características extrínsecas de estatus o reconocimiento profesional (2,64)
Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses	<b>2,87</b>	Relación interpersonal con sus compañeros (3,969)	Satisfacción por el trabajo (2,40)
Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	<b>3,35</b>	Competencia profesional (4,06)	Promoción profesional (2,29).

Para la elaboración del cuestionario de esta tesis, se analizaron diferentes modelos de cuestionarios adaptados al modelo de cuestionario Font Roja en los que se describe el perfil del profesional en estudio y otras cuestiones relacionadas con la satisfacción laboral. Entre estos estudios y nuestro trabajo de investigación hemos realizado un análisis de semejanzas y diferencias.

- En el estudio denominado *Factores relacionados con la satisfacción laboral de Enfermería en un hospital médico-quirúrgico* [166] se analizaron las 9 dimensiones del cuestionario Font Roja que explicaron el 69,12% del total de la varianza de la satisfacción. Se invirtieron 5 ítems correspondientes a la dimensión Tensión en el Trabajo, 2 ítems correspondientes a la Presión del Trabajo y 2 ítems correspondientes a la Monotonía Laboral. La población en estudio fue de 510 profesionales, de los cuales 75 se seleccionaron

aleatoriamente. El sistema de medición fue diferente al resto de estudios, ya que se obtuvo una Satisfacción Media Global de 69,92 (en un rango de 24 a 120). Si comparamos este estudio con esta investigación, en nuestro estudio se aumentaron las dimensiones (10) y el número de ítems (26). Se invirtieron los ítems con respuestas positivas, de igual modo a los realizados en otros estudios que utilizaron el cuestionario Font Roja. Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de resultados, así como un análisis de Regresión Lineal Múltiple y de Conglomerados, análisis similares a los realizados en esta investigación

- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales en un hospital comarcal de Murcia* [172] se describieron 8 dimensiones en un total de 27 ítems. Se utilizó el cuestionario Font Roja adaptado de la versión española del Tecumseh Community Health Study. La Satisfacción Global Media resultante en este estudio fue 3,21 en una escala de Likert de 1 a 5, siendo 1 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor grado de satisfacción. Las dimensiones más valoradas correspondieron a Competencia Profesional (3,92) y Relación con los superiores (4,02). Se compararon las puntuaciones de cada dimensión con la variable independiente mediante los métodos estadísticos no paramétricos U de Mann-Whitney y test de Kruskal Wallis, debido a que la Escala de Likert fue ordinal y las dimensiones de calidad no se ajustaban a una distribución normal [198]. Las dimensiones más valoradas difieren de las de nuestro estudio, aunque la Satisfacción Media Global es muy parecida a la obtenida en nuestro trabajo (3,17). Es importante señalar que el perfil del profesional de este estudio tiene una media de edad de 37,5 años y de 12,6 años de antigüedad, es un hospital con escasa antigüedad (11 años cuando se realizó el estudio) con profesionales pertenecientes a distintos estamentos: médicos, enfermeras, matronas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, radiología y anatomía patológica y personal no sanitario. A diferencia del perfil del profesional de nuestro estudio, con edad media de 46,12 años, mujer, DUE de plantilla, casada, con 254,43 meses de media en el empleo y 29,42 meses de media en la UGC. Las dimensiones menos valoradas fueron Promoción profesional (1,60) y Presión en el trabajo (2,06), en nuestro

estudio obtuvieron una puntuación de 3,01 puntos Promoción profesional y 2,46 puntos Presión en el trabajo.

- En el estudio denominado *Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font Roja de satisfacción laboral* [173] se añadieron 2 ítems al cuestionario validado Font Roja. Se realizaron análisis factoriales para determinar los diversos componentes de la satisfacción laboral. La varianza explicada fue de 61,81%. El estudio fue realizado para construir una versión definitiva del cuestionario Font Roja, versión que fue utilizada en nuestra investigación.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* [197] se ampliaron 2 dimensiones a las 9 existentes en el cuestionario Font Roja que se denominaron: Influencia del entorno físico e Influencia de la Supervisión con 2 ítems cada nueva dimensión. Se recodificaron los ítems 6, 7, 8, 11, 17, 24, 26, 28, 30, 31 y 32. El nivel medio de satisfacción fue 3,53 en una escala de Likert de 1 a 5 siendo 1 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor grado de satisfacción. Las dimensiones más valoradas fueron Competencia Profesional (4,06) y Relación interprofesional con los Jefes (3,85). Las dimensiones menos valoradas corresponden a Tensión relacionada con el trabajo (2,60), Presión del trabajo (2,53), Promoción Profesional (2,29), Influencia del entorno (2,56). Se realizó el Test de Kruskal-Wallis para comprobar la relación de las dimensiones con la Satisfacción Media Global (SMG) y se estableció que la SMG tuvo relación estadística con todas las dimensiones excepto con la 7 (relación interpersonal con los compañeros). Las dimensiones que más influyeron en el nivel de satisfacción correspondieron a Presión del trabajo (2,53), Monotonía laboral (3,59) y Satisfacción por el trabajo (3,53). La influencia de las dimensiones 1 y 6 (satisfacción por el trabajo y relación interpersonal con sus jefes) fue importante en la Satisfacción Media Global (SMG) según el coeficiente de Spearman. Las dimensiones más valoradas fueron diferentes a la de nuestro estudio y la Satisfacción Global Media fue más elevada. La satisfacción laboral de profesionales que pertenecían al mismo Servicio hospitalario no se ha determinado en nuestro estudio, con lo cual las comparaciones están limitadas por este hecho.



- En el estudio denominado *Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas* [195] se obtuvo un índice global de satisfacción de 2,84 puntos, medidos en 7 factores o dimensiones integradas por 24 ítems. Las dimensiones más valoradas fueron Satisfacción en el trabajo (3,52 puntos) y Relaciones personales (3,48 puntos). El índice de satisfacción global fue menor que en nuestro trabajo: 2,88 en mujeres, 2,80 en hombres, 2,85 en los profesionales que tenían experiencia laboral previa, 2,73 en los profesionales que no la tenían, 2,90 para los que recibían Formación continuada y 2,77 para los profesionales que no la habían recibido. El contexto del estudio no estableció comparaciones adecuadas con el de nuestro trabajo aunque es evidente que estos profesionales no se encuentran laboralmente muy satisfechos.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid* [196] la satisfacción global media fue 3,12 puntos. Al cuestionario Font Roja se le añadieron 5 ítems en 8 dimensiones que explicaron el 58% de la varianza. La dimensión más valorada correspondió a Competencia profesional (4,01), y las menos valoradas correspondieron a Tensión relacionada con el trabajo (2,30) y Promoción profesional (2,42). Al cuestionario Font Roja se le añadieron cinco ítems. Estos resultados han sido muy similares a los de nuestro trabajo, la dimensión más valorada obtuvo valores cercanos a la de nuestro estudio (3,55). Podemos decir que los profesionales de Atención Primaria poseen un índice de satisfacción laboral muy similar al de los profesionales de las UGC. El perfil de profesionales de este estudio tiene una media de edad de 37 años y pertenece al género femenino.
- En el estudio denominado *Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis* [152] dentro del grupo profesional de enfermeras, se obtuvo una valoración de la SMG de 3,09 puntos. El cuestionario utilizado fue el modelo Font Roja validado, integrado por 24 ítems en 9 dimensiones. Las dimensiones más valoradas fueron Satisfacción por el trabajo (3,62) y Relaciones con los compañeros (3,57). Las dimensiones menos valoradas fueron Promoción profesional (2,43), Estatus Profesional (2,43) y Monotonía laboral (2,77). Se realizó un estudio descriptivo transversal multicéntrico, en el que se concluyó que los enfermeros con mayor SMG

son los que trabajan en una unidad confortable donde se cuidan las condiciones físicas del ambiente y le otorgan mayor valoración a las relaciones con los compañeros. El perfil de estos profesionales tiene una media de edad de 38,4 años, la mayoría (86,4%) pertenece al género femenino y lleva en el empleo una media de 15,4 años. La valoración de los profesionales fue muy similar a la de nuestro estudio en las dimensiones más valoradas aunque se trata de un contexto laboral muy específico, con profesionales muy especializados, si lo comparamos con la variedad de Unidades a las que pertenecen los profesionales de enfermería de este estudio.

- En el estudio denominado *Determinantes de la Satisfacción Laboral en Centros Geriátricos* [199] se añadieron dos ítems al cuestionario original Font Roja con objeto de evaluar el entorno físico. Debido a la existencia de afirmaciones en sentido positivo y negativo, se invirtieron los ítems 5,6, 7, 12, 13 14, 15, 16, 17 y 19. Se obtuvieron nueve dimensiones que explicaron el 61,81% de la varianza. La Satisfacción Global Media fue de 3,188 puntos, muy similar a la de nuestro estudio. En los resultados obtenidos, las variables demográficas no fueron incluidas en ningún modelo explicativo de la satisfacción laboral, debido a su reducido o nulo impacto en ellas, con la excepción de la variable Tiempo en la profesión, pues a medida que aumenta el tiempo en el ejercicio profesional disminuye la satisfacción laboral, aunque otros trabajos publicados indican lo contrario [200]. En este estudio se analizaron las respuestas por Categoría Profesional y los Diplomados en Enfermería obtuvieron un nivel más elevado (3,31 puntos) que los Auxiliares de Enfermería (3,13 puntos) porque según los autores del estudio [199], se puede deber a que éstos son los que realizan el trabajo más duro de forma habitual y probablemente no reciben el adecuado reconocimiento por parte de las instituciones o de los propios usuarios.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencias* [194] la valoración de la SMG fue de 3,42 puntos, medida en el modelo de cuestionario Font Roja validado de 9 dimensiones y formado por 24 ítems. Las dimensiones más valoradas correspondieron a Relación con los compañeros (4,23), Satisfacción con el puesto de trabajo (3,87) y Satisfacción con la competencia profesional (3,86). La dimensión

menos valorada correspondió a Satisfacción con el reconocimiento profesional (2,64). De los 42 cuestionarios repartidos, contestaron 39 Profesionales. La edad media de los profesionales fue de 33,49 años. Al igual que en nuestro trabajo, la tasa de respuesta fue elevada, pero con una escasa muestra poblacional. El índice de satisfacción alcanzó un nivel más elevado que nuestra investigación y las dimensiones más valoradas coincidieron con las de nuestro estudio.

- El estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses* [153] fue medido a través del cuestionario validado Font Roja, compuesto por 9 dimensiones que integraron 24 ítems. Las dimensiones más valoradas correspondieron a Relación con los compañeros (3,96) y Relación interpersonal con sus jefes (3,58). Las menos valoradas fueron Satisfacción por el trabajo (2,40) y Competencia profesional (2,65). La Satisfacción Media Global fue 3,05. La edad media de los encuestados fue 24,4 años.

Como ya hemos apuntado anteriormente, el perfil profesional de Enfermería que respondió el cuestionario de nuestro estudio de investigación tiene una media de edad de 46,12 años, es mujer, DUE de plantilla, casada, lleva en el empleo una media de 254,43 meses y una media de 29,42 meses en la UGC. Estos datos se muestran conformes al perfil general de los profesionales de enfermería en cuanto al sexo ya que según las encuestas del Instituto de Estadística de Andalucía [201] y del Instituto Nacional de Estadística [202] están colegiadas cinco enfermeras frente a un enfermero, aproximadamente. También se corresponde con los datos referentes al sexo de los profesionales de igual categoría de los centros elegidos<sup>58</sup>. No se ha considerado relevante la variable edad y su relación con la satisfacción laboral en los datos obtenidos en este estudio, aunque para algunos autores la encuentran significativa y correlacionada con la satisfacción laboral [194].

---

<sup>58</sup> Profesionales de Enfermería del Hospital Virgen Macarena. Disponible en: <http://www.hospital-macarena.com/es/profesionales/cuantos-somos>. Consultado el 10 de agosto de 2012.

<b>Tabla 6.2. Comparativa de estudios con utilización de cuestionario Font Roja adaptado</b>			
<b>Estudios de investigación</b>	<b>Número de dimensiones</b>	<b>% Varianza explicada</b>	<b>Numero de ítems</b>
Satisfacción de los profesionales de enfermería en la UGC	10	64,465%	26
Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas	7	No está reflejada	24
Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid	8	No está reflejada	29
Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis	9	No está reflejada	24
Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencias	9	No está reflejada	24
Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses	9	No está reflejada	24
Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	11	No está reflejada	28
Factores relacionados con la satisfacción laboral de Enfermería en un hospital médico-quirúrgico	9	69,12%	24
Satisfacción laboral de los Profesionales en un hospital comarcal de Murcia	8	No está reflejada	27
Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font Roja de satisfacción laboral	9	61,81%.	26
Determinantes de la Satisfacción Laboral en Centros Geriátricos	9	61,81%	26

## **6.2. ACERCA DEL INSTRUMENTO**

La tasa de respuesta obtenida en este estudio fue del 93.27% ya que 333 cuestionarios fueron respondidos aunque parcialmente cumplimentados. Se consideró que sólo se realizaría el análisis de los datos a los 314 cuestionarios respondidos en su totalidad (Tabla 5.1), por lo que la tasa de respuesta obtenida fue del 87,95%.

La tasa de respuesta de los profesionales de Enfermería fue más elevada en el Área Hospitalaria Virgen Macarena que en el Área Hospitalaria Virgen del Rocío, aunque como se menciona en el apartado Resultados, el número de cuestionarios entregados fue similar en ambas Áreas. Este hecho pudo deberse principalmente al mayor tiempo presencial de la

autora del estudio durante la fase del trabajo de campo en el Hospital Virgen Macarena, ya que es el centro donde desempeña su actividad profesional.

En otros estudios relacionados con la satisfacción laboral, se han obtenido tasas de respuesta menos elevadas que en el nuestro:

- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales en un hospital comarcal de Murcia* [172] la tasa de respuesta fue del 49,6% de la población en estudio, muy por debajo de obtenida en nuestro estudio (87,95%).
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* [197] la tasa de respuesta fue del 57,78% de la población en estudio.
- En el estudio denominado *Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas* [195] la tasa de respuesta obtenida fue del 62,7% de la población en estudio.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid* [171] la tasa de respuesta alcanzada fue del 80% de la población en estudio.
- En el estudio denominado *Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis* [152] la tasa de respuesta obtenida fue del 51,5% de la población en estudio.
- En el estudio denominado *Determinantes de la Satisfacción Laboral en Centros Geriátricos* [199] la tasa de respuesta correspondió al 43,6% de la población en estudio, muy por debajo de la alcanzada en nuestro trabajo.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses* [153] la tasa de respuesta fue del 78,6% de la población en estudio.

El análisis sobre la fiabilidad que mide la consistencia interna del cuestionario adaptado Font Roja muestra un Alfa de Cronbach bueno (0,751), aunque medido por dimensiones desciende sensiblemente. Un coeficiente de fiabilidad bajo no indica necesariamente que el instrumento es malo y que no es posible utilizar [203]. También puede suceder que haya una razonable homogeneidad conceptual en la formulación de los ítems, esto se procura siempre, y que esta homogeneidad no se refleje en un coeficiente alto de fiabilidad. Podemos encontrarnos con una homogeneidad conceptual clara y una

fiabilidad muy baja, y una causa importante puede estar en que apenas hay diferencias entre los sujetos. Si no hay diferencias tampoco habrá relación clara y verificada entre las respuestas (sin diferencias entre los sujetos los coeficientes de correlación entre los ítems son muy bajos). Por eso la fiabilidad es mayor con muestras heterogéneas, en las que hay mayores diferencias en las respuestas. Con una muestra más variada (o simplemente mayor, donde es más probable que haya sujetos muy diferentes) podemos encontrar una fiabilidad alta [203].

Resultó destacable la medida de consistencia interna o fiabilidad de estos ítems, en comparación con el resto de dimensiones de la Dimensión 10, Características de las Unidades de Gestión Clínica, (0,642), integrada por los ítems 25 y 26:

Ítem 25 (inverso): “En la UGC se recibe mas salario por la productividad”.

Ítem 26 (inverso): “La UGC fomenta el trabajo en equipo”.

Si establecemos una comparación con otros estudios que utilizaron el cuestionario Font Roja, el índice de Alfa de Cronbach resultante en nuestro trabajo se mantuvo en niveles similares a los de estos, aunque también reflejamos estudios que no mostraron estos datos en sus resultados:

- En el estudio denominado *Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font Roja de satisfacción laboral* [173], el índice de Alfa de Cronbach resultante fue 0,773(clásico) y 0,791(ampliado).
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* [197] el índice de Alfa de Cronbach resultante fue 0,784.
- En el estudio denominado *Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas* [195] no muestra el índice de Alfa de Cronbach que se obtuvo.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid* [196] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.
- En el estudio denominado *Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis* [152] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.

- En el estudio denominado *Determinantes de la Satisfacción Laboral en Centros Geriátricos* [199] el índice de Alfa de Cronbach fue 0,791.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencia* [194] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses* [153] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.
- En el estudio denominado *Factores relacionados con la satisfacción laboral de Enfermería en un hospital médico-quirúrgico* [166] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.
- En el estudio denominado *Satisfacción laboral de los Profesionales en un hospital comarcal de Murcia* [172] no se muestra el índice de Alfa de Cronbach.

La propuesta acerca de un nuevo instrumento para medir la satisfacción laboral en la UGC, cuestionario que hemos denominado g\_CLinic, surgió después de analizar el Gráfico de Sedimentación, ya que esto determinó el número de factores óptimos a seleccionar. Se seleccionaron aquellas componentes que se encontraban por encima de la sedimentación. En nuestro caso, obtuvimos 10 componentes principales a los que se les realizó el test KMO y la prueba de Barlett. No se ha perdido ningún Componente respecto al cuestionario validado Font Roja y a la nueva dimensión creada para el estudio de la Unidad de Gestión Clínica, que sigue con los ítems que se habían establecido inicialmente. El cuestionario g\_CLinic favorece el Principio de Parsimonia o Navaja de Ockan, ya que puede medir las mismas dimensiones con un número menor de ítems y podrá cumplimentarse de forma más rápida, lo cual supondrá una mejora tanto para el investigador/a como para el profesional encuestado.

Acerca de las correlaciones, en nuestro estudio, la Satisfacción Media Global tuvo relación significativa en las diez dimensiones del cuestionario adaptado para este estudio. Las dimensiones que presentaron mayor correlación fueron *Satisfacción por el trabajo* (0,617) y *Promoción Profesional* (0,738). En estudios relacionados con la satisfacción laboral también se obtuvieron resultados significativos en el estudio no paramétrico de correlaciones [152], [153], [166], [194] [197], [199], aunque otros trabajos similares no refieren este tipo de correlación en sus resultados [172], [196].

Según algunos autores, las profesionales de sexo femenino muestran mayor satisfacción laboral que los masculinos [172], [204] y los profesionales eventuales y con menos experiencia laboral, muestran mayor nivel de satisfacción laboral que los de plantilla [172], [204], [205]. Esto supone un cambio respecto al modelo predictivo del profesional satisfecho en la UGC en la variable situación laboral, ya que en nuestro estudio el Odds Ratio para esta variable se sitúa en 2,620, dos veces y media mayor si el personal es de plantilla que si es contratado.

Con respecto al análisis de Conglomerados, la tipología resultante nos muestra que los profesionales más satisfechos con la UGC son una mayoría de Diplomados en Enfermería, mujeres y con la relación contractual de plantilla. En esa línea, hay autores que señalan que la satisfacción laboral se encuentra influida por las variables sexo y nivel educativo, ya que han observado que las mujeres y los profesionales con mayor nivel de estudios, refieren niveles más elevados de satisfacción laboral [206]. Con respecto a la cualificación de las enfermeras, existen evidencias positivas entre la calidad del cuidado y el nivel académico [207]. Hay que destacar que en el análisis de Conglomerados, los profesionales más satisfechos con la UGC desarrollan su actividad profesional en el Área Hospitalaria Virgen Macarena, aunque hay grupos de insatisfechos y de satisfechos en ambas Áreas Hospitalarias. En la actualidad, estas dos Áreas se han fusionado en una única Área Hospitalaria, con una sola Dirección-Gerencia, por lo que esta variable no aportaría datos concluyentes.

Consideramos discutible el nivel de satisfacción que ha generado la labor del director/a de la Unidad de Gestión Clínica, tal como lo reflejan los resultados obtenidos en el Conglomerado 5, denominado Satisfechos con la UGC y descontentos con la labor del director/a. Estos profesionales se encuentran satisfechos de pertenecer a la UGC y de la labor del supervisor/a, pero no se encuentran tan satisfechos con la labor del director/a, aunque no hemos encontrado estudios con los que podamos realizar análisis comparativos al respecto.

La satisfacción laboral como constructo, se asocia con multitud de variables de índole personal y profesional que están relacionadas con las condiciones de trabajo, con el absentismo, la rotación del puesto, compromiso organizacional y síndrome de burnout [208]. Con respecto a este último, existen estudios en los que se concluye que la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se asocia con una mejor salud mental y



ausencia de burnout [209]. En nuestro estudio, no hemos relacionado la satisfacción laboral con el síndrome bournout debido al instrumento de medida, ya que éste puede medirse mejor mediante el cuestionario Maslach [157].

Algunos autores consideran necesario conocer la satisfacción laboral de los profesionales para enmarcarla en la relevancia actual de los modelos de calidad total dentro del contexto sanitario asistencial [194], aunque si bien estamos de acuerdo con este hecho, consideramos que la satisfacción laboral trasciende cualquier modelo de gestión y es imprescindible analizarla para poder mejorar los aspectos que supongan amenazas o debilidades en el desempeño de la actividad asistencial.

Otros estudios han analizado la satisfacción laboral en base a las características de los hospitales, tomando como modelo los denominados “hospitales imán”, que son los que poseen determinadas características organizativas que atraen o retienen a su personal [210]. En nuestro trabajo consideramos que la satisfacción de los profesionales en Unidad de Gestión Clínica se adecua mejor al modelo actual de gestión del Sistema Sanitario Público Andaluz y puede ser igualmente significativa en cualquier hospital o centro de atención sanitaria.

### **6.3. LIMITACIONES**

En este estudio de investigación, nos hemos encontrado con limitaciones de diferentes tipos, entre las que destacamos las limitaciones metodológicas del estudio, debidas al diseño, las limitaciones asistenciales, debidas a las características asistenciales y las limitaciones de la herramienta que ha posibilitado el trabajo de investigación.

Una limitación que encontramos fue la escasa obtención de respuesta de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario (durante el horario de trabajo) para colaborar en el estudio. Este hecho, según los propios profesionales, es debido fundamentalmente a la presión asistencial que tienen durante el desempeño de la actividad. De igual modo, entregar el cuestionario al profesional para que sea devuelto cumplimentado fuera del horario laboral, no ofrece garantías en la cumplimentación del mismo y por ello se estimó conveniente la creación de Grupos Nominales de profesionales de enfermería del mismo turno y de la misma Unidad de Hospitalización durante el horario laboral para poder incrementar la tasa de respuesta. Por otro lado, la tasa de respuesta de los profesionales de enfermería en las dos áreas hospitalarias ha sido diferente, lo cual

puede suponer un sesgo en los resultados, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas áreas. Así mismo, no se comprobó si la presión asistencial puede influir o no en la satisfacción laboral de los profesionales.

En cuanto a las limitaciones metodológicas, hay que tener en cuenta que nuestro estudio ha sido de corte transversal y no hemos podido obtener resultados acerca de la estabilidad de la medida, la sensibilidad al cambio y la validez predictiva que hubiese requerido un enfoque longitudinal. Tampoco hemos ampliado nuestro estudio a las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria para poder realizar un análisis comparativo interniveles, aunque en nuestro estudio ha sido realizado un análisis intercentros. Hubiese sido interesante comprobar si se muestran diferencias entre las Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza y las que todavía no se encuentran en esa situación.

Con respecto al instrumento utilizado, observamos una limitación en la medición de las respuestas ya que el cuestionario validado Font Roja no ofrece unos resultados de referencia, y por tanto, hemos seguido el mismo patrón de medición de otros trabajos donde había sido utilizado.

#### **6.4. PROSPECTIVA**

En función de los resultados obtenidos con este estudio, consideramos más adecuado la utilización del cuestionario g\_Clinic (Anexo 17) para realizar análisis descriptivos y exploratorios relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería de las UGC , pudiendo ser utilizado en otros contextos organizativos sanitarios, como en los centros donde se presta la Atención Primaria, y de esta forma poder realizar trabajos comparativos en los distintos niveles de atención sanitaria.

La insatisfacción laboral, según diversos estudios, tiene importantes repercusiones en las instituciones, ya que contribuye al aumento del absentismo, la tasa de rotación o el riesgo de accidente entre los trabajadores [211]. Además, la actividad asistencial puede verse afectada por la insatisfacción laboral de los profesionales, perjudicando el bienestar de los pacientes [212]. Por esto motivos, la satisfacción laboral supone un excelente indicador de bienestar y de calidad de vida laboral [213]. La satisfacción laboral de los profesionales de enfermería puede determinar una de las dimensiones de la calidad sanitaria en las Unidades de Gestión Clínica. Disponer de un instrumento de medida más

manejable y útil para valorar la satisfacción laboral en las Unidades de Gestión Clínica, puede aportarnos nuevas evidencias científicas que amplíen el enfoque enfermero en este modelo de gestión sanitaria.



## **VII. CONCLUSIONES**



## VII. CONCLUSIONES

1. El cuestionario adaptado Font Roja ha servido para determinar el nivel de Satisfacción Media Global de los profesionales de enfermería de las Unidades de Gestión Clínica de las Áreas Hospitalarias Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla.
2. Las dimensiones del cuestionario utilizado que han resultado más valoradas son las correspondientes a Satisfacción con el trabajo (dimensión 1), Relación interpersonal con los jefes (dimensión 6) y Relación interpersonal con los compañeros (dimensión 7). Mientras que los profesionales de enfermería refirieron tener menor satisfacción laboral en las dimensiones Tensión relacionada con el trabajo (dimensión 2), Presión del trabajo (dimensión 4) y Características extrínsecas de estatus (dimensión 8).
3. Las diferencias encontradas en las variables sexo, edad, situación laboral, categoría profesional y nivel de estudios, no resultaron ser estadísticamente significativas para establecer el perfil del profesional satisfecho con la UGC.
4. El perfil del profesional de enfermería que tiene más probabilidad de estar satisfecho laboralmente en la Unidades de Gestión Clínica es ser mujer, universitaria y de plantilla.
5. El liderazgo del director y/o supervisor es un elemento que influye en el nivel de satisfacción media global en las Unidades de Gestión Clínica.
6. Se ha construido y validado el cuestionario g\_Clinic como instrumento de medida de la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería de las Unidades de Gestión Clínica.
7. El cuestionario g\_Clinic mejora los valores clinimétricos ya que disminuye el número de ítems, mejora la fiabilidad total, de cada una de las dimensiones y aumenta el valor de la varianza explicada.





## **VIII. BIBLIOGRAFÍA**



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Lorenzo S. La gestión de la calidad: de los modelos a la excelencia. Biblioteca Cochrane Plus 2010 nº 4. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201882253&DocumentID=GCS22-36>. Consultado 7 de octubre de 2011.
- [2] Una guía para profesionales. Disponible en <http://www.globalreporting.org> . Consultado el 23 de abril de 2012.
- [3] Lorenzo S. Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. Rev Calidad Asistencial 2000, 15:129-130.
- [4] Guía de Diseño y Mejora Continua de los Procesos Asistenciales. Consejería de Salud Sevilla: Junta de Andalucía. 2001. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/guia\\_diseno/guia\\_diseno\\_primera.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/guia_diseno/guia_diseno_primera.pdf). Consultado 23 de abril de 2012.
- [5] Ley General de Sanidad 14/1986 25 de abril. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/114-1986.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html). Consultado 20 febrero 2012.
- [6] Ministerio de Sanidad y Política Social. Catálogo Nacional de Hospitales. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm> Consultado 18 de abril de 2011.
- [7] Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz. Ciudadanía. 2010-2014. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Access.asp?pagina=gr\\_planes\\_plnmarco](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Access.asp?pagina=gr_planes_plnmarco). Consultado 25 mayo de 2012.
- [8] Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2011.pdf>. Consultado 25 de mayo de 2012.
- [9] Estrategia de Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Access.asp?pagina=gr\\_estratcuidados\\_4\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Access.asp?pagina=gr_estratcuidados_4_2). Consultado 25 mayo de 2012.
- [10] III Plan de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/III\\_plan\\_andaluz\\_salud/III\\_plan\\_andaluz\\_salud.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf) Consultado 10 de mayo de 2011.
- [11] Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/10/pdf/PlanSAS.pdf>. Consultado 10 de mayo de 2011.
- [12] Frenk J. Avedis Donabedian. Salud Pública Mex 2000, vol 42, nº6, pp556-57.
- [13] Guía para la elaboración del Acuerdo de Gestión Clínica de Atención Hospitalaria 2007. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXOVIII.pdf>. Consultado 25 de abril de 2012.

- [14] Matesanz R. Gestión Clínica ¿Por Qué y Para Qué? Med Clin. (Barc) 2001; 117: 222-226.
- [15] Colomer Mascaró J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del Presente. Biblioteca Cochrane Plus. 2010. nº1 [www.update-software.com/BCP](http://www.update-software.com/BCP).
- [16] Tejedor Fernández M.; Pérez JJ; García Alegría J. Gestión Clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). Rev Calidad Asistencial. 2003; 18:125-1.
- [17] Resola García AE. Análisis cuantitativo del rendimiento de un Servicio de Cirugía sin y con Unidad de Gestión Clínica durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2005.
- [18] Rogero Anaya. P. Aplicación del Modelo de las características del puesto a través del SNJCI (Índice de características del trabajo de Enfermería) y JDS (Cuestionario de análisis y rediseño de puestos) en Profesionales de Enfermería. (Tesis Doctoral) Universidad de Málaga. 2005.
- [19] Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunette (ed.). Handbook Organizational Psychology. New York: John Wiley & Sons: 1297-1349.1976.
- [20] Herzberg F. Una vez más, ¿Cómo motiva usted a sus empleados? Mass. Harvard Business Review. Boston.1969.
- [21] Berrios Martos MP; Augusto Landa JM; Aguilar Luzón C. Índex Enferm 2006; [21]54:30-34.
- [22] Goleman D. Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairos 1996.
- [23] Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 1990, 9: 185-211.
- [24] Plan de Calidad 2010-2014. SSPA. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_calidad\\_2010/plan\\_calidad\\_2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf). Consultado 10 de junio de 2012.
- [25] II Plan de Calidad de la Consejería de Salud de Andalucía. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/II\\_plan\\_calidad/II\\_plan\\_calidad\\_profesionales.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad_profesionales.pdf). Consultado 10 de junio de 2012.
- [26] Organismos dependientes del SSPA. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_4\\_Organismos\\_Dependientes/organismos\\_responsables?idioma=es&perfil=gen&tema=/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_4\\_Organismos\\_Dependientes/&contenido=/channels/temas/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_4\\_Organismos\\_Dependientes/organismos\\_responsables&desplegar=/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_4_Organismos_Dependientes/organismos_responsables?idioma=es&perfil=gen&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_4_Organismos_Dependientes/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_4_Organismos_Dependientes/organismos_responsables&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/). Consultado 10 de febrero de 2012.
- [27] Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Organismos dependientes. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_4\\_](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_4_). Consultado 30 mayo de 2012.

- [28] Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [29] Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa Del Sol. Disponible en: <http://www.hcs.es/content/presentaci%C3%B3n-0>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [30] Hospital Costa del Sol .Disponible en: <http://www.hcs.es/content/costa-del-sol-marbella?centro=542>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [31] Empresa Pública Hospital de Poniente. Disponible en: <http://www.ephpo.es/>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [32] Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Disponible en: <http://www.ephag.es>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [33] Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <http://www.easp.es>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [34] Fundación Progreso y Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial/consejeria/adscritos/fps.html>. Consultado 10 de enero de 2013.
- [35] Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la\\_agencia/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la_agencia/). Consultado 10 de enero de 2012.
- [36] IAVANTE. Su creación, objetivos y funciones vienen recogidos en el Decreto 318/1996 de 2 de Julio. Disponible en: <http://www.iavantefundacion.com/>. Consultado 30 de mayo de 2012.
- [37] Modelo de Gestión por Competencias. Consejería de Salud. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/P\\_5\\_INVESTIGACION\\_DESARROLLO\\_INNOVACION/modelo\\_gestion/modelo\\_gestion?idioma=es&perfil=org&tema=/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_5_INVESTIGACION_DESARROLLO_INNOVACION/modelo_gestion/modelo_gestion?idioma=es&perfil=org&tema=/). Consultado 2 de junio de 2012.
- [38] Gestión por Competencias. Servicio Andaluz de Salud Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_5\\_p\\_2\\_organizacion\\_de\\_la\\_investigacion/modelo\\_gestion/1\\_modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/1_modelo_de_gestion.pdf). Consultado 16 de julio de 2012.
- [39] Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/). Consultado el 13 de junio de 2012.
- [40]. Plan estratégico 1999. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=10>. Consultado el 2 de junio 2012.
- [41] Plan estratégico 2010-2013. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/GestionConocimiento/Plan\\_Estrategico\\_2010-2013.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/GestionConocimiento/Plan_Estrategico_2010-2013.pdf). Consultado 2 de junio 2012.
- [42] Gestión por Procesos SESCAM. Disponible en: [http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/GESTION\\_PROCESOS\\_SESCAM.pdf](http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/GESTION_PROCESOS_SESCAM.pdf). Consultado 24 de marzo de 2012.

- [43] Proceso Asistencial Integrado Amigdalectomía. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/amigdalectomia/00\\_indice\\_amigdalectomia.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/amigdalectomia/00_indice_amigdalectomia.pdf). Consultado 24 de marzo de 2012.
- [44] Sistemas de Información. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=9>. Consultado 22 de abril de 2012.
- [45] Pérez Lázaro JJ. Proyecto de Gestión Clínica. Asesoría para la elaboración del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en Biblioteca de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 1998.
- [46] Pérez Lázaro JJ, García J, Tejedor M. Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(5):305-311.
- [47]. Misión de la Estrategia de Cuidados en Andalucía. Disponible en Estrategia de Cuidados [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr\\_planes\\_strat](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_planes_strat). Consultado de 25 mayo de 2012.
- [48] Contrato-Programa. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=1>. Consultado 20 febrero 2012.
- [49] Memoria 2002. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/135/pdf/MEMOSAS\\_2002.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/135/pdf/MEMOSAS_2002.pdf) .. Consultado 3 de mayo 2011.
- [50] Gálvez Toro A, Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Hederle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E. Enfermería basada en Evidencias: aportaciones y propuestas. Index de Enfermería. N°40-41 p 47-50.
- [51] Pastor y Aldeguer V; Sanz Sebastian C. Unidades de Gestión Clínica. Capítulo 17. Gestión Sanitaria. Calidad y Seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. Ed. Díaz de Santos.2008.
- [52] Servicio Andaluz de Salud 2011. Información básica. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/517/pdf/SASMEMO11-7completa.pdf>. Consultado 2 de junio de 2012.
- [53] Acuerdo de Gestión Clínica SAS. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXOVIII.pdf>. Consultado 20 de febrero de 2012.
- [54] Contrato-Programa. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=1>. Consultado 20 febrero 2012.
- [55] a) Ley 3/84 de Archivos Históricos de Andalucía. Art. 19; b) Orden del Ministerio de Sanidad de 14-19-1984. Informe de Alta; c) Ley General de Sanidad 14/1986. Art. 9, 10.11 y 61 (derogados parcial o totalmente al entrar en vigor la Ley 41/2002); d) Ley 1/91 de Patrimonio Histórico de Andalucía. Art. 69; e) Orden del SAS de creación del CMBDA (1993); f) Decreto 63/1995, de ordenación de prestaciones sanitarias del SNS; g) Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal.

- Título XIX. Capítulo IV. Art. 413-418 y 197; h) Ley de Salud de Andalucía (1998); i) Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales.
- [56] BOE 298 de 14/12/1999 Sec 1 pg 43088 a 43099. Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal.
- [57] BOE 274 de 15/11/2002 Sec 1 pg 40126 a 40132. Ley 41/ 2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente.
- [58] Diagnósticos Enfermeros (NANDA) definiciones y clasificación 2009-2011. Edit. T. Heather Herdman Amsterdam; Barcelona. Elsevier, 2010.
- [59] Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Edit. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Amsterdam, Barcelona. Elsevier, 2009.
- [60] Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) / editoras, Sue Moorhead et al. Amsterdam; Barcelona. Elsevier, 2009.
- [61] Ugalde M. Excelencia en la Gestión ¿Existen resultados o es sólo un acto de fe? Rev. Calidad Asistencial 2003; 18: 338-4.
- [62] Joint Commission on Accreditation of Hospital. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/>. Consultado 20 septiembre de 2012.
- [63] Euskalit. Calidad Total. Ed. Euskalit. Bilbao 2000.
- [64] Comité Editorial. Una cartografía de la Gestión de la Calidad en España. Rev. Calidad Asistencial 2004; 19:103.
- [65] Tejero González JM; Leal García A. Manual de Calidad Asistencial. Ed SESCAM 2009. Área Temática 2. pag 121. Disponible en: [http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual\\_Calidad\\_Assistencial-SESCAM\\_SCLM.pdf](http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual_Calidad_Assistencial-SESCAM_SCLM.pdf). Consultado 5 de mayo de 2012.
- [66] Estrategia para la seguridad del paciente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud 2006. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_para\\_la\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente.pdf). Consultado 20 de febrero de 2012.
- [67] Estudio Nacional de Eventos Adversos (Estudio ENEAS) 2005. Disponible en: [http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43\\_Estudio\\_ENEAS.pdf](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf). Consultado 21 de febrero de 2012.
- [68] March Cerdá JC, Bilbao Acedos I, Prieto Rodríguez MA. Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en atención primaria. Revista Española de Salud Pública. Vol 76, nº5, 2002.
- [69] García Sánchez IM. La nueva gestión pública: evolución y tendencias. Presupuesto y Gasto Público 47/2007: 37-64.
- [70] Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>. Consultado 20 de octubre de 2012.
- [71] Vitaller Burillo J; Aranaz Andrés JM. En: Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad de los pacientes. Capítulo 23: Acreditación Sanitaria. Fundación MAPFRE. Ed. Díaz de Santos. 2008.

- [72] Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas\\_Acreditacion/pcp\\_es.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas_Acreditacion/pcp_es.pdf). Consultado 10 febrero 2012.
- [73] Agencia de la Calidad Sanitaria Andaluza. Mejora P. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa\\_profesionales/inicio.asp](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_profesionales/inicio.asp). Consultado 20 de octubre de 2012.
- [74] García Suárez MB. De la Gestión de la Calidad a la Calidad de la Gestión. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18: 379-404.
- [75] Mira Solves JJ, Aranaz Andrés JM, Álvarez Ortiz NJ. En: Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad de los pacientes. Capítulo 20: La Calidad Asistencial. Componentes. Evolución del concepto de calidad asistencial. Fundación MAPFRE. Ed. Díaz de Santos. 2008.
- [76] Connelly Kudzma E. Florence Nightingale and Healthcare Reform. Nurs Sci Q 2006; 19; 61.
- [77] Evidencia Enfermera. Sociedad Científica Española de Enfermería. Disponible en: [http://www.scele.org/web\\_scele/evidenc\\_enfermer.htm](http://www.scele.org/web_scele/evidenc_enfermer.htm). Consultado 18 enero 2013.
- [78] Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/publicaciones\\_enfermeria/manual\\_protocolos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/manual_protocolos.pdf). Consultado 18 enero 2013.
- [79] Davins Miralles J. El modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM) como herramienta para la mejora de los Equipos de Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial 2003; 18 (6), 369-78.
- [80] Información Relativa a la Salud para Pacientes y Consumidores. Consejo Internacional de Enfermeras. Proyecto de los pacientes informados. Disponible en <http://www.patienttalk.info/spanish.htm>. Ayudarle a desempeñar un papel más activo en su propia salud. Consultado 30 de abril de 2012.
- [81] Altarribas Bolsa E, Castán Ruíz S, Rubio Soriano C, Aibar Remón C. En: Gestión Sanitaria. Calidad y Seguridad de los pacientes. Capítulo 47: Cuidados de enfermería y seguridad del paciente. Fundación MAPFRE. Ed. Díaz de Santos. 2008.
- [82] Teixidor i Freixa M. Ya en el siglo XXI... Un nuevo liderazgo en Ciencias de la Salud. Rev ROL Enf 2004; 27:70-72.
- [83] Martínez Lara C. Memoria de Supervisión .Hospital Virgen Macarena. Sevilla 2007.
- [84] Duran M, Mompert MP. Administración y gestión. Enfermería S21, Ed. DAE SL, Madrid 2001.
- [85] Colomer Mascaró J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del Presente. Disponible en Biblioteca Cochrane Plus. 2010. nº1 [www.update-software.com/BCP](http://www.update-software.com/BCP). Consultado 3 de marzo de 2011.
- [86] Robbins S. Comportamiento Organizacional. Prentice Hall, México 1993.



- [87] Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Marzo Martínez A, Sánchez Vicario F. Liderazgo en grupos de trabajos enfermeros. Percepciones. *Enferm Clin* 2009; 19(4):206-209.
- [88] Prieto Rodríguez MA, Suess A, March Cerdá J.C. De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. *Enfermería Clínica*. 2005; 15 (6):314-20.
- [89] Lynn S. Introduction to Management and Leadership for nurse managers. *AORN Journal*. 2003; 78:312.
- [90] Kermodé-Scott B. Alberta minister aims to fix MD-health board relations. *Medical Post*. 2000; 76:531-543.
- [91] Blake RR, Mouton J.S. *The Managerial Grid*. Houston Gulf 1964.
- [92] Aguilar Luzón MC, Calvo Salguero A, García Hita MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública de México* 2007; 49 (6):401-407.
- [93] Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Marzo Martínez A, Sánchez Vicario F. Liderazgo en grupos de trabajos enfermeros. Percepciones. *Enferm Clin*. 2009; 19(4):206-209.
- [94] Shortell M, Kaluzny A. *Health Care Management a text in Organization Theory and Behavior*. 2 Edit. Dellmar. 1988
- \*Del Llano Señaris J, Rodríguez Roldán JM, Jiménez Martín MJ. El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico. *Biblioteca Cochrane Plus* 2010, n°1. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203880997&DocumentID=GCS21-x>. Consultado 15 de julio de 2012.
- [95] DePree M. *Leadership is an art*. New York: Doubleday/Currency, 1989.
- [96] March J.C. Prieto MA. *La comunicación interna en las organizaciones sanitarias*. Ed Díaz de Santos. 2006.
- [97]. Foucault M. *The subject and power*. Dreyfuss HL, Rabinow P, editors. Michel Foucault: *Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press. 1982.
- [98] Segarra Cañamares ML, Montoya M. *Fedd-back 360º: evaluación a la supervisión*. *Gestión Hospitalaria* 2002; 13(03):111-116.
- [99] Peya Gascón M, *Supervisión de enfermería y liderazgo*. *Nursing* 2003; 21(09):6-6.
- [100] Ferrer Arnedo C. *La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria*. *Rev Adm Sanit* 2009; 07(02):261-74.
- [101] Shortell M, Kaluzny A. *Health care Management: a text in organization theory and behavior*. 2ªed. New York: Delmar Publishers 1998.
- [102] Del Llano Señaris J, Rodríguez Roldán JM, Jiménez Martín MJ. El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico. *Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria*. 2004; 6(3):87-9.
- [103] Goiri F. El 89% de los profesionales sanitarios confiesan estar desmotivados. *En Diario Médico* 31, Jan 2012:6. Disponible en:

[http://static.diariomedico.com/docs/2012/04/16/dm-17\\_04\\_2012-n4550.pdf](http://static.diariomedico.com/docs/2012/04/16/dm-17_04_2012-n4550.pdf).  
Consultado 30 enero 2013.

- [104] Álvarez Baza MC. Motivación laboral en un Servicio de Urgencias. *Enferm Clin* 2003, 13:16-25.
- [105] Saavedra I. Motivación y Satisfacción. En: *Motivación y comunicación en las relaciones laborales*. Ed. Pirámide. Madrid. 1998.
- [106]. Heller R. Analizar la motivación En: *Como motivar*. Barcelona. Grijalbo. 1998.
- [107] Robbins SP. Conceptos básicos de la motivación. En: *Conceptos, controversias y aplicaciones*. Cap 7. México: Prentice Hall Hispanoamericano. 1993.
- [108] Maslow A. Una teoría de la motivación humana. *Motivación y personalidad*. Sagitario. Barcelona 1975.
- [109] Herzberg FI. One more time: How do you motivate employees?. *Harvard Business Review*, Sep/Oct 1987, Vol 65 Issue 5, p 109-120.
- [110]. Herzberg FI, Mausner B, Snyderman B. *The Motivation to work*. 2 ed. New York: Wiley, 1967.
- [111] McClelland DC. *The achieving Society*. New York: Van Nostrand and Company. 1961.
- [112] Aldelfer C. An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142-175. 1969.
- [113]. Vroom HV, Deci LE. ¿Por qué trabaja el hombre? La satisfacción. *Motivación y desempeño*. Teorías de la Motivación. Motivación y Alta Dirección. México: Trillas, Biblioteca de Ciencias de la Administración. 1979.
- [114] Hackman JR, Oldham GR. *Work Redesign*. Massachusetts: Addison-Wesley Reading. 1980.
- [115] Porter LW, Lawler EE. *Managerial Attitudes and Performances*. Homewood: Dorsey Press. 1968.
- [116] Kanfer R. *Work motivation: new directions in theory and research for practice*. New York: John Wiley and sons. 1994.
- [117] Bandura A. *Pensamiento y acción*. Ed Martínez Roca, S.A. Barcelona 1986.
- [118] Locke, EA, Latham GP(1990): *Work Motivation: The high performance cycle*. En U.kleinbec, H Quast; H. Thierry y H. Häcker (Eds.): *Work Motivation*. London: Lawrence Erlbaum Associates Pub.
- [119] Urcola Tellería JL. *La motivación empieza en uno mismo*. Ed. ESIC Madrid 2008.
- [120] Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Gamo MF, Vázquez Gallego J, Cruz Cañas E, Aguirre Trigo MV, Andrade Aragonés V. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pub* 1995; 69(6):487-497.
- [121] Ortún V. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Edit Masson. Barcelona 2003.
- [122] Fortea Bagán MA. Fuertes Martínez F. *Autoeficacia y Rediseño de Puestos de Trabajo*. Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del

Comportamiento (ABA Colombia). Disponible en: Biblioteca Virtual [www.abacolombia.org.co](http://www.abacolombia.org.co). Consultado 12 enero 2012.

- [123] Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=estimar>. Consultado 2 febrero 2012.
- [124] Hernández Plazas NE, Rondón Medina RF, Ariza NE, Manrique FG. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la ESE Hospital San Antonio de Soatá. *Rev Salud Hist Sanid* 2004; 5(3):145-155.
- [125] Ramió Jofre, A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2005.
- [126] Peya Gascón M. Satisfacción laboral, una breve revisión bibliográfica. *Nursing* 2008; 26:62-65.
- [127] Tejedor Fernández M, Pérez JJ, García Alegría J. Gestión Clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:125-31.
- [128] NHS: National Health Service. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>. Consultado 15 febrero 2013.
- [129] CHU de Toulouse. Project d'établissement du CHU de Toulouse. Toulouse: Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse; 2004.
- [130] Secretary of State of Health. The News NHS. London: Stationery office;1997.
- [131] Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 317:61-5.
- [132] Rey del Castillo J. Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 173/2011.
- [133] Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodes J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130(9):351-6.
- [134]. Navarro V. Comentarios sobre el Informe de la Comisión de análisis y evaluación del SNS o Comisión Abril Martorell. *Quadern CAPS*. 1991; 16:31-32.
- [135] Echevarría Ruíz de Vargas C, Del Pino Algarrada R. Gestión Clínica en Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)*. 2009; 43(3):92-95.
- [136] Prat A, Bertrán MJ, Santiñá M, Vilella A, Asenjo MA, Trilla A. Organización en Institutos de Gestión Clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*.2008; 23(1):21-25.
- [137]. Ortiz Berrocal J, Martínez JR, Alonso M, Millán I, Ayuso B, Sainz A. Cuadro de mando para la Gestión Clínica en un servicio de Medicina Nuclear. *Rev Calidad Asistencial* 2005, 20(5):239-245.
- [138] Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*, 2006; 21(3):143-149.
- [139] Blumenthal D, Epstein A. Quality of health care. Part 6. *N Engl Journ Med*. 1996; 335:1328-31.

- [140] Santiñá M, Combalía A, Prat A, Suso S, Baños M, Trilla A. Contribución de un programa de calidad asistencial al desarrollo de un Instituto de Gestión Clínica del Aparato Locomotor. *Rev esp.cir.ortop.traumatolog.* 2008; 52:233-7.
- [141] Critically Appraised Topics(CAT) se utiliza como herramienta de búsqueda de evidencias científicas. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=3759&idsec=2>. Consultado el 3 de octubre de 2012.
- [142] Echevarría Ruíz de Vargas C et al. Unidad de Gestión Clínica: Rehabilitación. Hospitales Virgen del Rocío de Sevilla Resultados del primer año. *Rehabilitación (Madr)*. 2008; 42(4):173-181.
- [143] Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A, Prat A, Arbués MT, Ballesta AM et al. En: *Gestión diaria del hospital. Cap 23 Organización General del hospital moderno.* Masson. Barcelona. 1998.
- [144] Sanz G, Bruguera M, Salmerón JM. En: *Gestión diaria del hospital. Cap 10 Organización médica y sistemas de incentivación.* Masson. Barcelona. 1998.
- [145] Román Cereto M, Siering F. Argumentos para la gestión clínica. *Enferm Clin*. 2005; 15(4):237-41.
- [146] Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias:el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(4):247-59.
- [147] Borrador Decreto UGC versión final. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es/wp-content/uploads/2011/06/decreto-gestic3b3n-cle3adnical.Consultado> el 10 octubre de 2011.
- [148] Gestión Clínica. Consejería de Consejería de Salud y Bienestar Social. SAS. Junta de Andalucía. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_gestionClinica](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica). Consultado el 3 de octubre de 2012.
- [149] Del Pino Algarrada, Rogelio. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es/2012/06/04/de-nuevo-aqui-abriendo-espacios-de-debate/#comments>. No obstante creo que a Gestión Clínica esta dañada (<http://www.liderazgoenrehabilitacion.blogspot.com.es/2012/06/rejonazo-de-muerte-la-gestion-clinica.html>) y necesita una refundación. (<http://www.liderazgoenrehabilitacion.blogspot.com.es/2012/06/de-esta-salimos-con-mas-gestion-clinica.html>). Consultado 4 de junio de 2011.
- [150] Gestión Clínica. Refuerzo de la actividad investigadora. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_gestionClinica\\_rai](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica_rai). Consultado 29 de noviembre 2012.
- [151] Román Cereto M, Siering F. Argumentos para las Unidades de Gestión Clínica. *Enfermería Clínica* 2005;15(4):237-41.
- [152] Garrido López MV Sesmero Ramos C, Pórtolos Pérez JM, Velayos González MP, Martínez Gómez S. Valoración del grado de Satisfacción Laboral en Equipos de Diálisis Fundación Hospital Alcorcón de Madrid.
- [153] Ruzafa Martínez M, Madrigal Torres M, Velandrino Nicolás A, López Iborra L. Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac. Sanit.* 2008, 22, 434-442.

- [154] Rodes J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. El futuro de la gestión clínica. *Med Clin (Barc)* 2008; 130:553-6.
- [155] Watson J. Advanced nursing practice and what might be. *Nurs & Health Care: Perspect on Community* 1995; 16:78-83.
- [156] Aranaz J, Mira J. Cuestionario FONT ROJA. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario, *Todo Hospital*, Dic. 1988, Vol. 52, p. 63-66.
- [157] Maslach C. Understanding burnout. En: *Job stress and burnout*. Payne S, editor. Deary I, Agius R, Sadler A. *Personality and stress in consultant psychiatrists*. Londres: Sage;1982 p 20.
- [158] Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Jiménez Aznarez A, Sancho MA. Emotional disturbances in endocrine patients. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28). *Br J Psychiatry* 1988;152:807-812.
- [159] Peiró J, Silla I, Sanz T, Rodríguez J, García J. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. *Psiquis* 2004; 25:129-140.
- [160] Peiró J, González V, Zurriaga R, Ramos J, Bravo M. Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de salud en equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33). *Rev Psicol Salud* 1989; 1:135-174.
- [161]. Martín J, Cortés J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 2004;18:129-136.
- [162] Robles M, Dierssen T, Martínez E, Herrera P, Díaz A, Llorca J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19:127-134.
- [163]. Meliá J, Pradilla J, Martí N, Sancerni M, Oliver A, Tomás J. Estructura factorial, fiabilidad y validez del cuestionario de satisfacción S21/26: un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Rev Psicol Univ Tarracon* 1990; 12:25-39.
- [164] Meliá J, Peiró J. El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Rev Psicol Trab Org* 1989; 4:179-187.
- [165] Guillén Grima F, Brugos A, Fernández Martínez C, Aguinaga I. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35(3):413-423.
- [166] Molina Lindo JM Ávalos Martínez F, Valderrama Orbegoza LJ, Uribe Rodríguez AF. Factores relacionados con la satisfacción laboral de Enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Invest Educ Enferm* 2009; 27(2):218-225.
- [167] Hospital Virgen Macarena y Área. Disponible en <http://www.hospital-macarena.com/>. Consultado el 5 de mayo de 2012.
- [168] Hospital Universitario Virgen del Rocío y Área. SAS. Disponible en <http://www.huvr.es/>. Consultado 5 de mayo de 2012.
- [169] Morales Vallejo P. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas. Facultad de Ciencias Sociales Madrid. 2009. p 10.
- [170] Visauta B, Martori JC. *Análisis Estadístico con SPSS, Vol II*. Ed. Mc Graw Hill, Madrid 2003. p. 290.

- [171] Fernández MI, Omínelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, Parrilla O. Satisfacción laboral de los Profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 139-147.
- [172] López-Soriano F, Bernal L, Cánovas A. Satisfacción laboral de los Profesionales en un Hospital Comarcal de Murcia. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 243-246.
- [173] Núñez González E, Estévez Guerra G, Hernández Marrero P, Marrero Medina CD. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font Roja de satisfacción laboral Univ Gran Canaria. *Gac. Sanit.* 2007; 21(2):136-141.
- [174] Ríos Risque MI, Godoy Fernández C. Satisfacción laboral en un colectivo de enfermería de Urgencias. *Ciberrevista enfermeriadeurgencias.com*. Cuiden Plus nº 0 julio y agosto 2008.
- [175] Cáceres FM, Cañón W, Rodríguez AL, Rodríguez MS, Maldonado. Prevalencia de Diagnósticos Enfermeros del adulto hospitalizado en Unidades de Cuidados Intensivo. *Metas de Enfermería* 2005, 8(7):27-31.
- [176] Salgado JF, Moscoso S, Lado M. Test-retest reliability of ratings of job performance dimensions in managers. *International Journal of Selection and Assessment* (2003), 11, 96-99.
- [177] Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Análisis de concordancia para variables numéricas. *Atención Primaria en la red* 2003. Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc\\_numerica/conc\\_numerica.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.pdf). Consultado 3 de septiembre de 2012.
- [178] Bland JM; Altman DG. *Statistics notes: Crombach's Alfa*. 1997.
- [179] Campo-Arias A; Oviedo HC. *Propiedades psicométricas de una Escala: la consistencia interna*. 2008.
- [180] Roberts P, Priets H; Traynor M. Reliability and validity in research. *Nurs Stand*. 2006. 20:41-45.
- [181] Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin*. 1998. 110(4):142-145.
- [182] Sánchez Fernández P, Aguilar de Armas I, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas MT, Hidalgo García R. Fiabilidad de los instrumentos de medición en Ciencias de la Salud. *Enfermería Clínica*. 2005.15(4):227-236.
- [183] Fleiss JL. *The design and análisis of clinnical experiments*. New York: Wiley. 1986.
- [184] Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*(5) 17.2004. Disponible en: <http://www.enferpro.com/documentos/validacioncuestionarios.pdf> Consultado 14 de mayo de 2012.
- [185] Sánchez R. Echeverri, J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004. 6:302-318.
- [186] KMO. Disponible en: <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/factorial/FACTORIALEC.pdf>. Consultado 20 de octubre de 2012.

- [187] Vieytes R. Metodología de la Investigación en Organizaciones: Epistemología y Técnicas. Buenos Aires: Ed. de las Ciencias. 2004.
- [188] Cronbach L.J. Essentials of psychological testing. 5ed. Harper. New York. 1990.
- [189] Porcel Gálvez AM. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2011.
- [190] Corral Y. Validez y Confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la educación, segunda etapa. 2009. 19(33):229-247.
- [191] Ferrán M. SPSS para Windows. Análisis Estadístico Edic MC Graw-Hills. Madrid 2001 p 232.
- [192] Rodríguez Sabiote C, Gutiérrez Pérez J. Empleo de modelos de regresión logística binomial para el estudio de variables determinantes en la inserción laboral de egresados universitarios. Investigación y Postgrado. Vol. 22, nº1. 2007.
- [193] Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>. Consultado 10 noviembre 2010.
- [194] Ríos Risque MI, Godoy Fernández C. Satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de Urgencias. Ciberrevista 2008, Julio-Agosto página 6, [www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html). Consultado 8 de septiembre de 2012.
- [195] Vera Remartínez EJ, Mora Parra LM, González Gómez JA, García Jiménez J, Garcés Pina E, Domínguez Zamorano JA et al. Satisfacción Laboral de la Enfermería en las prisiones españolas. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol 11, nº 3, 2009.
- [196] Fernández San Martín MI, Moinelo Camporro A, Villanueva Guerra A, Andrade Rosa C, Rivera Teijido M, Gómez Ocaña JM. Satisfacción laboral de los Profesionales de Atención Primaria del área 10 del INSALUD de Madrid Revista Española de Salud Pública, marzo-abril 2000, nº 002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid p 139-147.
- [197] Bustos López R, Carrizosa Villegas MD. Satisfacción laboral de Enfermería en Unidades de Hospitalización Médico-quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Rev de Administración Sanitaria siglo XXI. Originales e-RAS 2010; 1:3.
- [198] Doménech J.M. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. Barcelona. Ed Signo 1998.
- [199] Estévez Guerra GJ, Núñez González E, Fariña López E, Marrero Medina CD, Hernández Marrero P. Determinantes de la Satisfacción Laboral en Centros Geriátricos Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2007, 42, 285-292.
- [200] Campbell SL, Fowles ER, Weber B. Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. Public Health Nurs. 2004;21:564-71.



- [201] Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía Datos Básicos 2010. Perspectiva de género. Disponible en:<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica>. Consultado 10 de agosto de 2012.
- [202] Instituto Nacional de Estadística. Estadística de profesionales Sanitarios Colegiados año 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np714.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2012.
- [203] Morales P. La fiabilidad de los test y las escalas, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2007, p.23. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>. Consultado el 3 abril 2011.
- [204] Sáez MC. Burnout en equipos de atención primaria de salud: Relaciones con clima, satisfacción y compromiso organizacional en el marco de la calidad asistencia. Universidad de Murcia. Tesis Doctoral. 1997.
- [205] García Izquierdo M, Sáez Navarro MC, LLor Esteban B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en el personal sanitario. Rev Psicol. Trab Organ. 2000; 16(2):215-218.
- [206] Piko BF. Burnout, role conflicto, job satisfaction and psicosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire Surrey. Int J Nurs Stud, 2006; 43(3):311-8.
- [207] Lanskear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse Staffing and Healthcare Outcomes: a Systematic Review of the International Research Evidencia. Adv Nurs Sci. 28(2): 163-174.
- [208] Sáez Navarro MC. Satisfacción laboral. En: Marín D. Psicología del trabajo y de las Organizaciones. Cap. 8:131-136. 1999.
- [209] Fernández O. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. 1998.
- [210] Zabala Blanco J, Ruano Gómez N. Satisfacción en el trabajo de enfermería. Enfermería Científica. 1992; 119: 13-7.
- [211] a) Karsh B, Booske BC, Saintfort F. Job and organizacional determinants of nursing home employée commitment, job satisfaction and intent to turnover. Ergonomics. 2005; 48: 1260-81.
- b) Mryayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. J Nurs Manag. 2005;13: 40-50.
- [212] Cantera FJ. Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. Notas Técnicas de Prevención. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Diciembre 2006. Disponible en:[http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp/\\_212.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp/_212.htm). Consultado 2 febrero 2013.
- [213] Cantera FJ. Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. Notas Técnicas de Prevención. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>. Consultado el 23 de noviembre de 2012.





## **IX. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS**



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Estrategia de gestión del SSPA.....	4
Figura 2 1. Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa Del Sol.....	14
Figura 2.2. Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.....	15
Figura 2.3. Distribución geográfica de Hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir.....	16
Figura 2.4. Distribución geográfica de Hospitales de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir.....	17
Figura 2.5. Organismos instrumentales del SSPA.....	18
Figura 2.6. Modelo de Gestión por Competencias en el SSPA.....	22
Figura 2.7. Mapa de Criterios del Modelo EFQM de Excelencia.....	23
Figura 2.8. Modelo de Gestión por Procesos en el SSPA.....	25
Figura 2.9. Modelo de gestión en las UGC.....	26
Figura 2.10. Participación ciudadana en las UGC.....	29
Figura 2.11. Ejemplo de UGC en Atención Primaria de Salud: UGC Palma del Río (Córdoba).....	30
Figura 2.12. Mapa UGC en 2010.....	31
Figura 2.13. Actividades para la ciudadanía de la UGC de Palma del Río.....	33
Figura 2.14. Modelo de gestión en las UGC.....	35
Figura 2.15. Implantación DIRAYA en el SSPA, 2008.....	36
Figura 2.16. Acreditación en el SSPA.....	44
Figura 2.17. Fases del proceso de acreditación de las Unidades de Gestión Clínica.....	44
Figura 2.18. Programa de Acreditación de UGC en el SSPA.....	46
Figura 2.19. Florence Nightingale.....	47
Figura 2.20. Plan de Calidad del SSPA.....	49
Figura 4.1. Cronograma del estudio de investigación.....	78



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Criterios Básicos para la elaboración del plan de cuidados .....	38
Tabla 2.2. Teorías de la Motivación .....	58
Tabla 4.1. UGC Áreas Hospitalarias Virgen del Rocío y Virgen Macarena.....	73
Tabla 4.2. Variables del perfil del profesional de enfermería .....	76
Tabla 4.3. Valoración de la concordancia según Fleiss (1986), según Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) .....	84
Tabla 5.1. Tasa de respuesta.....	91
Tabla 5.2. Tasa de respuesta de profesionales de enfermería por Unidades de Gestión Clínica.....	92
Tabla 5.3. Resultados de las variables independientes .....	93
Tabla 5.4. Ítems y afirmaciones del cuestionario Font Roja adaptado.....	94
Tabla 5.5. Dimensiones del cuestionario Font Roja adaptado .....	96
Tabla 5.6. Estadísticos de fiabilidad del cuestionario Font Roja adaptado .....	102
Tabla 5.7. Estadísticos de los elementos del cuestionario Font Roja adaptado.....	102
Tabla 5.8. Estadísticos de resumen de los elementos del cuestionario Font Roja adaptado.....	103
Tabla 5.9. Estadísticos total elementos del cuestionario Font Roja adaptado.....	105
Tabla 5.10. Prueba T cuadrado de Hotelling del cuestionario Font Roja adaptado .....	106
Tabla 5.11. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 1 .....	106
Tabla 5.12. Estadísticos de los elementos. Dimensión 1 .....	107
Tabla 5.13. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 1 .....	107
Tabla 5.14. Estadísticos total elementos. Dimensión 1 .....	107
Tabla 5.15. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 1 .....	108
Tabla 5.16. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 2 .....	108
Tabla 5.17. Estadísticos de los elementos. Dimensión 2.....	109
Tabla 5.18. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 2 .....	109
Tabla 5.19. Estadísticos total elementos. Dimensión 2 .....	110

Tabla 5.20. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 2 .....	110
Tabla 5.21. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 3 .....	110
Tabla 5.22. Estadísticos de los elementos. Dimensión 3 .....	111
Tabla 5.23. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 3 .....	111
Tabla 5.24. Estadísticos total elementos. Dimensión 3 .....	111
Tabla 5.25. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 3 .....	112
Tabla 5.26. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 4 .....	112
Tabla 5.27. Estadísticos de los elementos. Dimensión 4.....	112
Tabla 5.28. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 4 .....	113
Tabla 5.29. Estadísticos total elementos. Dimensión 4 .....	113
Tabla 5.30. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 4 .....	114
Tabla 5.31. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 5 .....	114
Tabla 5.32. Estadísticos de los elementos. Dimensión 5.....	114
Tabla 5.33. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 5 .....	115
Tabla 5.34. Estadísticos total elementos. Dimensión 5 .....	115
Tabla 5.35. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 5 .....	115
Tabla 5.36. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 6 .....	116
Tabla 5.37. Estadísticos de los elementos. Dimensión 6.....	116
Tabla 5.38. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 6 .....	116
Tabla 5.39. Estadísticos total elementos. Dimensión 6 .....	117
Tabla 5.40. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 6 .....	117
Tabla 5.41. Estadísticos ítem 14 (inverso). Dimensión 7.....	118
Tabla 5.42. Tabla de frecuencias ítem 14 (inverso). Dimensión 7.....	118
Tabla 5.43. Estadísticos de los elementos. Dimensión 8.....	119
Tabla 5.44. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 8 .....	119
Tabla 5.45. Estadísticos total elementos. Dimensión 8 .....	119
Tabla 5.46. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 8 .....	120

Tabla 5.47. Estadísticos de los elementos. Dimensión 9.....	120
Tabla 5.48. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 9 .....	121
Tabla 5.49. Estadísticos total elementos. Dimensión 9 .....	121
Tabla 5.50. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 9 .....	121
Tabla 5.51. Estadísticos de fiabilidad. Dimensión 10 .....	122
Tabla 5.52. Estadísticos de los elementos. Dimensión 10.....	122
Tabla 5.53. Estadísticos de resumen de los elementos. Dimensión 10 .....	123
Tabla 5.54: Estadísticos total elementos. Dimensión 10.....	123
Tabla 5.55. Prueba T cuadrado de Hotelling. Dimensión 10 .....	123
Tabla 5.56. Estadísticos descriptivos cuestionario Font Roja adaptado.....	125
Tabla 5.57. KMO y prueba de Bartlett cuestionario Font Roja adaptado .....	127
Tabla 5.58. Comunalidades cuestionario Font Roja adaptado .....	128
Tabla 5.59. Varianza total explicada cuestionario Font Roja adaptado .....	129
Tabla 5.60. Matriz de componentes rotados(a) cuestionario Font Roja adaptado .....	130
Tabla 5.61. Similitudes y Diferencias entre dimensiones y componentes cuestionario Font Roja adaptado.....	136
Tabla 5.62. Satisfacción global con la UGC. Variable A1 .....	137
Tabla 5.63. Satisfacción con la UGC. Variable A1 .....	138
Tabla 5.64. Satisfacción con la UGC. Variable Sexo.....	138
Tabla 5.65. Satisfacción con la UGC. Variable Categoría Profesional.....	139
Tabla 5.66. Satisfacción con la UGC. Relación Contractual.....	139
Tabla 5.67. Codificaciones de las Variables Categóricas.....	140
Tabla 5.68. Tabla de Clasificación (a, b, c).....	141
Tabla 5.69. Variables que no están en la ecuación.....	141
Tabla 5.70. Historial de Iteraciones (a, b, c).....	142
Tabla 5.71. Pruebas Ómnibus sobre los coeficientes del modelo .....	143
Tabla 5 72. Resumen de los modelos .....	143
Tabla 5.73. Prueba de Hosmer y Lemeshow .....	144



Tabla 5.74. Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow.....	145
Tabla 5.75. Tabla de clasificación (a).....	146
Tabla 5.76. Variables en la ecuación.....	146
Tabla 5.77. Matriz de Correlaciones .....	150
Tabla 5.78. Listado por casos (b) .....	150
Tabla 5.79. Satisfacción con la UGC .....	152
Tabla 5.80. Satisfacción con el supervisor/a .....	152
Tabla 5.81. Satisfacción con el director/a.....	152
Tabla 5.82. Número de elementos en cada Conglomerado .....	153
Tabla 5.83. Comparación de Conglomerados (exceptuando el Conglomerado 3 y 6). 158	
Tabla 5.84. Estadísticos de fiabilidad del cuestionario g_CLinic .....	159
Tabla 5.85. Estadísticos de los elementos del cuestionario g_CLinic.....	160
Tabla 5.86. Estadísticos de resumen de los elementos del cuestionario g_CLinic .....	160
Tabla 5.87. Estadísticos del cuestionario g_CLinic .....	160
Tabla 5.88. Estadísticos total elementos del cuestionario g_CLinic .....	162
Tabla 5.89. Prueba T cuadrado de Hotelling del cuestionario g_CLinic .....	162
Tabla 5.90. Estadísticos descriptivos del cuestionario g_CLinic .....	163
Tabla 5.91. Test KMO y Prueba de Bartlett del cuestionario g_CLinic .....	164
Tabla 5.92. Comunalidades del cuestionario g_CLinic.....	165
Tabla 5.93. Varianza total explicada del cuestionario g_CLinic.....	166
Tabla 5.94. Matriz de Componentes rotados del cuestionario g_CLinic .....	167
Tabla 5.95. Estadísticos de fiabilidad. Componente 1 del cuestionario g_CLinic.....	168
Tabla 5.96. Estadísticos de los elementos. Componente 1 del cuestionario g_CLinic	168
Tabla 5.97. Estadísticos de resumen de los elementos. Componente 1 del cuestionario g_CLinic.....	168
Tabla 5.98. Estadísticos total elementos. Componente 1 del cuestionario g_CLinic...	168
Tabla 5.99. Prueba T cuadrado de Hotelling. Componente 1 del cuestionario g_CLinic .....	169

Tabla 5.100. Estadísticos de fiabilidad. Componente 2 del cuestionario g_CLinic.....	170
Tabla 5.101. Estadísticos de los elementos. Componente 2 del cuestionario g_CLinic .....	170
Tabla 5.102. Estadísticos de resumen de los elementos. Componente 2 del cuestionario g_CLinic.....	170
Tabla 5.103. Estadísticos total elementos. Componente 2 del cuestionario g_CLinic	170
Tabla 5.104. Prueba T cuadrado de Hotelling. Componente 2 del cuestionario g_CLinic .....	171
Tabla 5.105. Estadísticos de fiabilidad. Componente 3 del cuestionario g_CLinic.....	171
Tabla 5.106. Estadísticos de los elementos. Componente 3 del cuestionario g_CLinic .....	171
Tabla 5.107. Estadísticos de resumen de los elementos. Componente 3 del cuestionario g_CLinic.....	172
Tabla 5.108. Estadísticos total elementos. Componente 3 del cuestionario g_CLinic	172
Tabla 5.109. Prueba T cuadrado de Hotelling. Componente 3 del cuestionario g_CLinic .....	172
Tabla 5.110. Estadísticos de fiabilidad. Componente 4 del cuestionario g_CLinic.....	173
Tabla 5.111. Estadísticos de los elementos. Componente 4 del cuestionario g_CLinic .....	173
Tabla 5.112. Estadísticos de resumen de los elementos. Componente 4 del cuestionario g_CLinic.....	173
Tabla 5.113. Estadísticos total elementos. Componente 4 del cuestionario g_CLinic	174
Tabla 5.114. Prueba T cuadrado de Hotelling. Componente 4 del cuestionario g_CLinic .....	174
Tabla 5.115. Estadísticos de fiabilidad. Componente 5 del cuestionario g_CLinic.....	175
Tabla 5.116. Estadísticos de los elementos. Componente 5 del cuestionario g_CLinic .....	175
Tabla 5.117. Estadísticos de resumen de los elementos. Componente 5 del cuestionario g_CLinic.....	175
Tabla 5.118. Estadísticos total elementos. Componente 5 del cuestionario g_CLinic	175
Tabla 5.119. Prueba T cuadrado de Hotelling. Componente 5 del cuestionario g_CLinic .....	176
Tabla 5.120. Comparativa de los cuestionarios Font Roja y g_CLinic.....	178

Tabla 6.1. Comparativa de satisfacción global media por dimensiones de los estudios de investigación analizados .....	186
Tabla 6.2. Comparativa por validación del cuestionario de los estudios de investigación analizados .....	192

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1. Satisfacción por el trabajo .....	97
Gráfico 5.2. Competencia Profesional.....	97
Gráfico 5.3. Promoción Profesional .....	98
Gráfico 5.4. Relación interpersonal con sus jefes .....	99
Gráfico 5.5. Relación interpersonal con sus compañeros.....	99
Gráfico 5.6. Características de la Unidad de Gestión Clínica .....	100
Gráfico 5.7. Gráfico de sedimentación.....	126
Gráfico 5.8. Coeficiente B1 (Sexo) .....	147
Gráfico 5.9. Coeficiente B2 (Categoría Profesional) .....	148
Gráfico 5.10 Coeficiente B3 (Situación Laboral).....	149
Gráfico 5.11. Gráfico de Sedimentación .....	164



## **X. ANEXOS**



**ANEXO 1**





## ACUERDO DE GESTIÓN DE LA UGC DE CIRUGIA MAXILOFACIAL 2011

Prospectiva	Dimensiones	Objetivo	Formulación	Indicador	Fuente	Método	Responsabilidad Técnica	Observaciones Dirección Médica/Subdirectores	Objetivo tal como está en Contrato Programa																					
FINANCIERA	CAPÍTULO I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado CAPÍTULO I	1	0,5	0	31 de octubre basta tener la fórmula nueva. Presupuesto se negociará en Nov-Dic (Se tratará con el Director Económico). Antes de octubre lo que debe estar es la fórmula acordada y acumulado al período.	Cumplimiento del presupuesto asignado CAPÍTULO I; Diferencia entre el gasto acumulado del período y el C.P. mensualizado y acumulado al período.																						
DEL CLIENTE	ACCESIBILIDAD	3	1	Cumplimiento del decreto de garantía quirúrgica (AGD)	12,5	10,5	Común	10,5	Común	1	0,5	0	0	Cumplido																
DEL CLIENTE	USUARIOS	4	1	Plan para la resolución de fuentes de insatisfacción ciudadana en la Unidad.	10	10	Común	10	Común	1	0	0	0	Cumplido																
DEL CLIENTE	ACTIVIDAD ASISTENCIAL	5	2	Profesional de referencia por paciente	6,0	6,0	Común	6,0	Común	1	0	0	0	Cumplido																
					1	Incremento del Case Mix	6,0	6,0	Común	6,0	Común	1	0	0	0	Cumplido														
					3	Mejora de los tiempos de inicio de quirófano	6,0	6,0	Común	6,0	Común	1	0	0	0	Cumplido														
INTERNA	ACREDITACION	6	2	Se acreditarán el 100% de actividades y programas de formación continuada del personal sanitario	6,0	6,0	Común	6,0	Común	1	0	0	0	Cumplido																
					1	% de profesionales acreditados por la ACSA.	3,0	3,0	Común	3,0	Común	1	0	0	0	Cumplido	Informe previo de situación (acreditados y acreditables)- Dir. Médica pedirá información a Antonio Almuedo ACSA.													
<b>PESO TOTAL DE OBJETIVOS COMUNES</b>			<b>60</b>																											
Formación y crecimiento	DOGENIA E INVESTIGACION	8	1	Aumento número total de publicaciones, proyectos de investigación, patentes e innovaciones tecnológicas, grupos de investigación, ensayos clínicos, investigadores de carrera y redes	5	5	Específico	5	Común	1	0	0	0	Cumplido																
DEL CLIENTE	SALUD PÚBLICA	9	2	Realización del Listado de Verificación Quirúrgica	2,5	2,5	Específico	2,5	Común	1	0	0	0	Cumplido																
					1	Realización, aplicación y desarrollo de un programa multidisciplinar de formación continuada y innovación de los profesionales sanitarios en el área de enfermería, incluido sistema de registro mensual para evaluación del cumplimiento	2,5	2,5	Específico	2,5	Común	1	0	0	0	Cumplido														
					3	Tasa de infección Nosocomial	15	15	Específico	15	Común	1	0	0	0	Cumplido														
DEL CLIENTE	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GARANTÍAS DE RESULTADOS EN SALUD	10	2	Prevención de enfermedad tromboembólica	2,5	2,5	Específico	2,5	Común	1	0	0	0	Cumplido																
					3	Montarización y registro de UPR, ITU, caídas y flebitis	2,5	2,5	Específico	2,5	Común	1	0	0	0	Cumplido														
					1	Utilización de Aplicación Informática Implantada en pacientes hospitalizados	5	5	Específico	5	Común	1	0	0	0	Cumplido														
					11	En relación al uso del módulo clínico de urgencias de Diraya. La Unidad realizará los informes de alta de pacientes atendidos en Urgencias.	5	5	Específico	5	Común	1	0	0	0	Cumplido														
INTERNA	GESTIÓN CRÍTICA	12	1	% de pacientes con reducción de la demora máxima de intervención para pacientes de AGD en 30 días con respecto al Decreto y Anexos correspondientes.	10	10	Específico	10	Común	1	0	0	0	Cumplido																
					0	% de pacientes con reducción de la demora máxima de intervención para pacientes de AGD en 30 días con respecto al Decreto y Anexos correspondientes.	10	10	Específico	10	Común	1	0	0	0	Cumplido														
<b>PESO TOTAL DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>			<b>40</b>																											
OBJETIVO CRÍTICO	1	4	Disminución del número de URV en comparación con 2010	5	Común	100	Común	100	Común	1	0	0	0	0	95%	Se establecerá límite inferior en 50% solo para aquellos UGCs para las que conseguir este límite supone incremento respecto al año anterior. La formulación será la observaciones para aplicar.	Porcentaje de recetas prescritas por principio activo													
																		1	Cumplimiento del presupuesto asignado CAPÍTULO II (PROFESIS/IMPLANTES)	40	40	Común	40	Común	1	0,5	0,5	0	0	
																		2	Cumplimiento del presupuesto asignado CAPÍTULO II (FUNGIBLES)	20	20	Común	20	Común	1	0,5	0,5	0	0	0
																		3	Cumplimiento del presupuesto asignado CAPÍTULO II (FARMACIA)	15	15	Común	15	Común	1	0,5	0,5	0	0	0
																		4	Porcentaje de recetas prescritas por principio activo	20	20	Común	20	Común	1	80	80	0	0	0



**ANEXO 2**



## Anexo 2

# CARTERA DE SERVICIOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UGC DE CIRUGÍA MÁXILOFACIAL 2011

El Personal de Enfermería es el nexo de unión entre los distintos profesionales de la salud y el usuario y como parte del equipo, su misión es la de aportar **cuidados**, identificando la capacidad de respuesta de los usuarios y planificando las intervenciones, con el fin de obtener niveles óptimos de autonomía e independencia y por tanto, también, de calidad de vida.

**La distribución del personal de enfermería se refleja a continuación**

CALENDARIO	Sábados y festivos									
	Enfermeras			TCAEs			Enfermeras		TCAEs	
PROFESIONAL	M	D1	D2	M	D1	D2	D1	D2	D1	D2
Hospitalización	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Consultas	2			4						

El personal de Enfermería emplea el método científico para la identificación y tratamiento de las respuestas humanas, utilizando el Modelo enfermero de Virginia Henderson y empleando los patrones funcionales de M. Gordon tanto en la valoración inicial (HOVI), como en el informe de continuidad de cuidados.

Para la identificación de problemas / diagnósticos utiliza la taxonomía internacional NANDA, existiendo en la unidad una clasificación de los Diagnósticos de Enfermería más usuales en la hospitalización médica.

En lo que se refiere a la planificación de los cuidados, nuestra unidad está trabajando en la estandarización de los planes de cuidados con los diagnósticos más prevalentes.

### **Principios básicos de los cuidados:**

1. **Impulsar la personalización de la atención y servicios enfermeros;** en nuestra unidad, el modelo organizativo se basa en la *asignación primaria*, asegurando que durante la estancia hospitalaria el paciente y sus acompañantes tengan asignada una enfermera y TCAE de referencia durante todo su proceso.

**2. Garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes, especialmente a los más frágiles:**

- Identificando a la población más frágil para realizar su seguimiento a través del plan de telecontinuidad de cuidados, que engloba:
  - El plan de temperaturas extremas.
  - El plan de seguimiento telefónico al alta.

**3. Informes de continuidad de cuidados:**

- Informes prediseñados que contienen la información precisa para que los profesionales puedan llevar a cabo la continuidad de los cuidados. Constituyen un documento de carácter bidireccional, especialmente necesario al alta hospitalaria.

**OFERTA ASISTENCIAL DE LA UGC DE CIRUGÍA MÁXILOFACIAL:**

**La oferta se divide en:**

1. Hospitalización
2. Consultas Externas
3. Relación con Atención Primaria y Asociaciones de Usuarios.

**1.- HOSPITALIZACIÓN**

A. Hospitalización convencional de Cirugía Máxilofacial. Se lleva a cabo en el Ala 5ª A, Los ingresos proceden de:

- Área de Urgencias
- Ingresos ordinarios
- Traslados de otros Servicios (Intrahospitalarios)
- Traslados de otros Centros (Extrahospitalarios)

B. Atención a pacientes ingresados en otros Servicios Médicos del Hospital (Interconsultas)

C. Atención a pacientes ingresados en Servicios Quirúrgicos del Hospital (Interconsultas)

Los ingresos y traslados se harán a través del Servicio de Admisión. Las Interconsultas se dirigirán al despacho del Jefe de Servicio de la 5ª A de Cirugía Máxilofacial o, en su caso, directamente al Cirujano/a Máxilofacial de referencia designado para atender el Área o Servicio de procedencia.

**Los Recursos Humanos de enfermería en hospitalización** son 76 profesionales

- 13 enfermeras
- 13 Técnicos de cuidados auxiliares enfermeros (TCAEs).
- 1 supervisora.

**La cartera de servicios de enfermería en Hospitalización:**

✿ **Rol Independiente.**

- Gestión de casos y altas conjuntas.
- Gestión del conocimiento.
- Cuidados compartidos en pacientes vulnerables.
- Captación de cuidadoras de pacientes dependientes.
- Participación en Comisiones y grupos de trabajo compartidos.
- Actividad docente de pregrado ( enfermeras y TCAEs).
- Actividad de participación institucional:
  - Comisiones hospitalarias.
  - Comisiones y grupos de trabajo.
- Instrucción y asesoría al paciente en el manejo de dispositivos.
- Educación para la salud, hábitos y dietética.
- Recomendaciones al alta a pacientes y familiares.
- Valoración al Ingreso
- Planes de Cuidados estandarizados

✿ **Ejecución de acciones derivadas de los diagnósticos y tratamientos médicos:**

- Aplicación de Enema de Limpieza.
- Procedimiento General para la Ejecución de Técnicas y Cuidados Enfermeros.
- Administración de Medicación Oral.
- Administración de Medicamentos Tópicos.
- Cuidado y mantenimiento de accesos venosos.
- Administración Intramuscular.
- Administración Intravenosa.
- Administración Subcutánea.
- Administración Medicación Rectal.
- Oxigenoterapia.



- Administración de Sangre y Componentes Sanguíneos.
- Alta al Paciente Trasladado Intra y Extra Hospitalario.
- Aspiración de Secreciones Orofaríngeas.
- Caminar con Muletas o Bastones.
- Acompañamiento al servicio.
- Cuidados de la incontinencia.
- Promoción del reposo y el sueño.
- Baño en cama.
- Arreglo cama ocupada.
- Arreglo cama desocupada.
- Determinación de dietas.
- Peso de pacientes.
- Cuidado del Enfermo Portador de Sonda Vesical.
- Cuidados Post Mortem.
- Extracción Cultivo a Paciente Portador Sonda Vesical.
- Atención a parada cardiorrespiratoria.
- Extracción de Sangre para Cultivo.
- Aplicación de vendajes.
- Cura de heridas.
- Frecuencia Respiratoria.
- Gases Arteriales.
- Gases Venosos.
- Glucemia Capilar.
- Higiene General.
- Acogida del Paciente al ingreso en la Unidad .
- Inserción de Sonda Nasogástrica.
- Lavado de Cabeza en Paciente Encamado
- Manejo del Catéter de la Unidad del Dolor.
- Manejo de las Convulsiones.
- Manejo del Dolor.
- Cambios Posturales.
- Manejo de Hipo e Hiperglucemia.
- Medición de la Tensión Arterial.
- Medición de la Frecuencia Cardíaca.

- Nutrición Enteral por Sonda Nasogástrica.
- Obtención Cultivo de Orina en Paciente Continente, Autónomos y no Autónomos.
- Obtención de Esputo para Cultivo.
- Obtención de Heces para Cultivo.
- Obtención de Orina en 24 horas.
- Prevención de Úlceras por Presión.
- Tratamiento de Úlceras por Presión.
- Preparación para Biopsia Hepática.
- Preparación Historia de Enfermería
- Preparación para Punción Lumbar.
- Protección de los Derechos del Paciente.
- Registros de ECG.
- Retirada de Suturas.
- Sondaje Rectal.
- Toma de Muestra con Sistema de Vacío.
- Toma de Temperatura.
- Protocolos de aislamiento. Cambio de Dispositivo a Pacientes Portadores de Ostomía.
- Acogida y preparación del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

## 2.- CONSULTAS EXTERNAS

### A. Consultas de Estomatología y Cirugía Máxilofacial

Localizadas en en la 1ª planta del Hospital Virgen Macarena. Son atendidas por los facultativos y las Profesionales de Enfermería del Servicio de Estomatología, de lunes a viernes, con las siguientes prestaciones:

- Primeras Consultas procedentes de Atención Primaria ( *citas a través del programa **DIRAYA** con los médicos del Servicio*)
- Primeras Consultas - Interconsultas de otros Servicios y Unidades
- Consulta de revisión tras el alta hospitalaria
- Consultas sucesivas
- Consulta de recogida de resultados
- Elaboración de Informes, cuidados y diagnósticos y enfermeros.

Las citas se realizan a través del módulo de citación de DIRAYA.

### **3.- RELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA**

#### **A. Reuniones de Coordinación y Consultoría en Centros de Salud y Asociaciones de usuarios.**

Reuniones periódicas en los Centros de Salud y Asociaciones de Usuarios para abordar cuestiones asistenciales y organizativas en relación con los Procesos Asistenciales y a la atención especializada de los pacientes que necesitan la atención sanitaria en la UGC de Cirugía Máxilofacial.

**ANEXO 3**



**Anexo 3**  
**ACUERDO OBJETIVOS 2010.**

El abajo firmante D/Dña..... con la categoría profesional de....Diplomado/a en Enfermería..... perteneciente a la UGC/Servicio ...ORL..... ha sido informado de los objetivos individuales asignados al pertenecer a dicha UGC/Servicio. El grado de cumplimentación de los mismos y su contribución a la consecución de los objetivos de la UGC/Servicio, determinarán la percepción del CRP específico.

OBJETIVOS	FORMULA	PONDERACION
Mejora de la satisfacción del usuario: reclamaciones	1 reclamación personalizada por trato inadecuado= 0%	15%
Participación y seguimiento de los indicadores de calidad/seguridad	Si -no	10%
Mejora de las competencias profesionales mediante la formación en servicio	> =24h anuales x profesional	12%
Sesiones clínicas como docente, actividades externas como ponente, participación en proyectos de investigación o publicación en revistas de impacto (tres primeros autores)	Si -no Acta de la sesión o certificado de la actividad	9%
Identificación, uniformidad y puntualidad de los profesionales	Adecuada identificación, uniformidad del profesional y cumplimiento del horario laboral mediante pase de sala del supervisor	12%
Acreditación profesional mediante la ACSA	Acreditación en proceso o finalizada ( informe ACSA)	6%
Valoración enfermera del paciente mediante el registro de VI	> = 80% pacientes admitidos/ nº enfermeras	9%
Realización del plan de cuidados mediante registro de PC	> = 40% pacientes admitidos/ nº enfermeras	9%
Favorecer la continuidad de cuidados mediante registro ICC/RA	> = 90% pacientes admitidos/nº enfermeras	9%
Mejora de la calidad/seguridad en los cuidados mediante cumplimentación del listado de verificación quirúrgica/ Registro de curas	>= 80% Nº pacintes admitidos/ nº enfermeras	9%

En Sevilla,..... de ..... de 2010.

Fdo: (profesional)

Fdo: (Gestor de Cuidados)



**ANEXO 4**







ÁREA HOSPITALARIA  
**VIRGEN MACARENA**  
 CÁNCER DE LARINGE UCADE v1.1 10/06

NOMBRE: .....  
 APELLIDOS: .....  
 EDAD: .....  
 Nº Hª: .....

Etiqueta  
 identificativa

Enfermera/o:

**Diagnóstico de enfermería**

**PLAN DE CUIDADOS**

0032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ  
 r / c vía aérea artificial  
 m/p disnea, agitación

r / c i retención de secreciones

**Evolución y fecha**

RESULTADO		Valores	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
<b>Etiqu.</b>	0410 Estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas	(c / 24h)							
<b>Ind.</b>	041009 Facilidad respiratoria	( )							
<b>INT Y ACTIVIDADES</b>	<b>3160 Aspiración</b>								
	aspirar la nasofaringe con el aspirador								
	utilizar equipo desechable estéril para la aspiración traqueal								
	enseñar al paciente a respirar durante la aspiración								
	<b>2311 Cambio de posición</b>								
	colocar en posición de semi -Fowler para aliviar la disnea								
colocar en posición que facilite la ventilación									
<b>Escala</b>	1101 gravemente comprometida 1, sustancialmente c. 2, moderadamente c. 3, levemente c.4, no compromet. 5								

**Diagnóstico de enfermería**

**PLAN DE CUIDADOS**

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA  
 r / c alteración de la piel circundante al estoma por secreciones y excreciones  
 m/p humedad, productos irritantes de la piel(secreciones, medicamentos )

**Evolución y fecha**

RESULTADO		Valores	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
<b>Etiqu.</b>	1103 Curación de la herida por segunda intención	(c / 24h)							
<b>Ind.</b>	110307 eritema cutáneo circundante	( )							
<b>Ind.</b>	110301 tejido de granulación	( )							
<b>Ind.</b>	11314 fistulización	( )							
<b>INT Y ACTIVIDADES</b>	<b>3660 Cuidados herida quirúrgica</b>								
	controlar las características de la herida								
	comparar y registrar los cambios								
	cambiar el apósito según exudado y drenaje								
	<b>0480 Cuidados de la ostomía</b>								
	vigilar la curación del estoma y tejido circundante								
aplicar dispositivos de ostomías									
explicar al paciente /familia los cuidados de la ostomía									
ayudar al paciente a practicar los autocuidados									
<b>Escala</b>	0703 grave 1, sustancial. 2, moderado 3, leve 4, ninguno. 5								

**Diagnóstico de enfermería**

**PLAN DE CUIDADOS**

0051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

r/c secundario a barrera física

m/p hablar o verbalizar con dificultad

**Evolución y fecha**

RESULTADO		Valores	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
<b>Etiqu.</b>	0903 comunicación expresiva y receptiva adecuada																
<b>Ind.</b>	090301 Utilización del lenguaje escrito	( )															
<b>Ind.</b>	090307 Utilización del lenguaje no verbal	( )															
4976	<b>Mejorar la comunicación: deficit de habla</b>																
	Escuchar con atención																
	Utilizar paneles de comunicación , si es preciso																
	Utilizar gestos con las manos , si procede																
	Seguir las conversaciones en un sentido según corresponda																
<b>Escala</b>	1813 ninguno 1,escaso 2, moderado 3, sustancial 4,extenso 5																

**ANEXO 5**

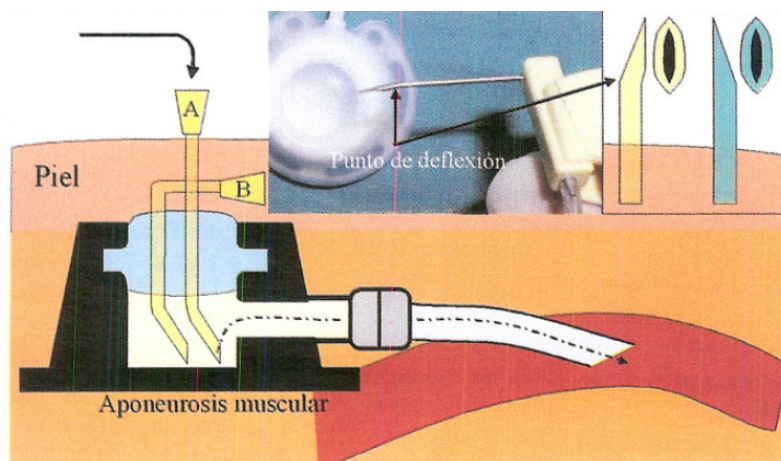




# **USO Y CUIDADO DE RESERVORIO VENOSO**

## DESCRIPCIÓN

El reservorio vascular subcutáneo es un catéter central tunelizado de implantación preferentemente torácica, muy utilizado en pacientes oncológicos por estar sometidos a tratamientos prolongados en el tiempo de forma intermitente. Consta de un cuerpo o portal y un catéter, con o sin válvula antirreflujo.



## RECURSOS HUMANOS

- Enfermera/o
- Auxiliar de enfermería

## RECURSOS MATERIALES

- Paño estéril
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Solución antiséptica: clorhexidina al 2% en solución alcohólica
- Jeringas de 10 ml
- Agujas intravenosas
- Solución salina fisiológica (SSF)
- Heparina sódica 20 ui/ml
- Agujas tipo Gripper
- Apósito estéril
- Bioconectores
- Llave de tres pasos
- Sistemas de suero
- Suero para infusión
- Contenedor para material punzante

## **EJECUCIÓN**

1. Identificación del paciente y presentación.
2. Informar al paciente y familia sobre el proceso a realizar preservando su intimidad.
3. Colocar al paciente en posición cómoda.
4. Realizar higiene de manos.
5. Preparación del material necesario.
6. Inspección de la zona de punción evaluando integridad de la piel y signos o síntomas de infección local, tales como eritemas, edemas, inflamación, sensibilidad excesiva, dolor, etcétera.
7. Higiene de manos.
8. Colocarse guantes estériles.
9. Lavado del equipo de punción con jeringa de 10 ml y solución salina fisiológica, comprobar la integridad del mismo y cerrar clamp.
10. Desinfección de la zona de punción con antiséptico mediante movimientos circulares desde dentro hacia fuera (hay que dejar secar el antiséptico para que actúe).
11. Localización de la zona de punción mediante palpación del portal.
12. Fijación e inmovilización del portal con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, para que no se mueva bajo la piel.
13. Pedir al paciente que inspire para que el portal se acerque más a la superficie.
14. Sujetar el equipo de punción e insertar la aguja en el centro con un ángulo de 90º, hasta notar que se ha tocado plano duro correspondiente a la base del portal.
15. Comprobar la permeabilidad del catéter. Abrir clamp e introducir unos 2 ml de solución salina fisiológica para abrir la válvula antirreflujo y aspirar para comprobar el retorno venoso.
16. Lavar con solución salina fisiológica y conectar el sistema de infusión.
17. Colocar una torunda bajo la aguja para estabilizarla (opcional) y cubrir con apósito transparente.
18. Retirar guantes y realizar higiene de manos.

## **MANTENIMIENTO**

1. Identificar al paciente y presentación.
2. Informar al paciente del procedimiento preservando su intimidad.
3. Colocar al paciente en posición cómoda.
4. Higiene de manos.
5. Usar guantes no estériles para retirar apósitos y torunda.
6. Retirar los guantes no estériles y realizar higiene de manos.
7. Usar guantes estériles y realizar cura con técnica estéril.



8. Limpiar con solución salina fisiológica desde el punto de punción hacia fuera con movimientos circulares.
9. Proceder de igual forma con antiséptico.
10. Colocar torunda bajo la aguja para estabilizarla y cubrir con apósito transparente.
11. Retirar guantes y realizar higiene de manos.
12. Los apósitos transparentes semipermeables pueden mantenerse siete días si no están manchados, enrollados o deteriorados.
13. Realizar cambios de aguja cada 10 días.
14. Vigilar punto de punción cada 24 horas, observando que no haya signos de infección.
15. Cambiar sistemas y tapones cada 72 horas (como cualquier vía central) si se administra sueroterapia y cada 24 horas si se trata de nutrición parenteral y anotar en los registros de enfermería la fecha y hora en que fueron cambiados.
16. No mantener las soluciones de infusión más de 24 horas.
17. Lavar el catéter con 10 ml de solución salina fisiológica tras administrar medicación y 20 ml de solución salina fisiológica tras extracción sanguínea.

## **RETIRADA DEL EQUIPO DE PUNCIÓN**

1. Identificar al paciente y presentación.
2. Informar al paciente sobre el procedimiento preservando su intimidad.
3. Colocar al paciente en posición cómoda.
4. Higiene de manos.
5. Utilizar guantes estériles y realizar técnica estéril.
6. Lavar equipo de punción con solución salina fisiológica previo a la introducción de heparina (ya que muchos fármacos precipitan con ésta y pueden producir obstrucción permanente).
  - Si el catéter no tiene válvula antirreflujo, hay que lavarlo con 5 ml de heparina sódica 20 ui/ml o en su defecto con 4 o 4,5 ml de dilución compuesta por 9 ml de solución salina fisiológica y 1 ml de heparina sódica al 5%.
7. Clampar el sistema manteniendo la presión positiva.
8. Sujetar los bordes del portal y extraer la aguja.
9. Hacer presión durante unos minutos sobre el punto de punción para evitar sangrado o formación de hematomas sobre la zona de punción.
10. Colocar apósito estéril durante 24 horas.
11. Retirada de guantes y lavado de manos.

## RECOMENDACIONES

- Tras la implantación del reservorio es conveniente esperar 48 ó 72 horas antes de su utilización (para que baje un poco la inflamación y las molestias), si fuese necesario su utilización inmediata, debe dejarse la aguja insertada en quirófano evitando así manipulaciones innecesarias.
- Observación frecuente de la zona del implante para la detección precoz de problemas infecciosos.
- Seguir las normas de asepsia cada vez que se utilicen o manipulen.
- Preparar el material necesario antes de proceder a su uso.
- Utilizar siempre jeringas de 10 ml para no ejercer presión en exceso, que pueda dar rotura de membrana o desconexión del catéter.
- Usar siempre agujas especiales (Gripper).
- No inclinar, ni desplazar o manipular la aguja una vez introducida en el portal, ya que podría dañar la membrana.
- Cerrar siempre los sistemas de clampado cuando no se esté infundiendo algún fluido
- Purgar siempre los sistemas de punción para evitar embolismos aéreos.
- Limpiar y sellar siempre que no se use el dispositivo (cada cuatro semanas si no tiene válvula antirreflujo y cada seis meses si la tiene).
- En caso de obstrucción del reservorio, retirar aguja y volver a canalizar.
- Si el reservorio presenta cualquier problema o anomalía a la hora de canalizar, durante su uso, etc., avisar al Servicio de Anestesiología y Reanimación (Unidad del Dolor).
- Evitar en la medida de lo posible puncionar siempre el mismo punto.
- **Unidad de Día. Recomendaciones sobre pacientes con infusión continua ambulatoria:**  
Instruir al paciente en la observación de los siguientes puntos:
  - Signos y síntomas de infección.
  - Vigilancia de apósitos en zona de punción.
  - Mantenimiento de clamps abiertos.
  - Evitar desconexión entre la alargadera y el sistema de infusión.
  - Evitar pinzamientos o acodamientos del sistema.
  - En caso de salida de la aguja del reservorio, cerrar las llaves (clamps), introducir todo en una bolsa cerrada teniendo precaución especial con la aguja y entregarlo en la Unidad de Día para su destrucción.
  - Limpiar la zona de punción con antiséptico y tapar con apósito estéril.
  - Remitir al paciente a su enfermera referente de la unidad de día.
  - Facilitar teléfono de contacto.

Título del Documento:	
<b>USO Y CUIDADO DE RESERVORIO VENOSO</b>	
Responsable de su elaboración	• Grupo de trabajo identificado
Responsable de su aprobación	• Comisión de Procesos, Protocolos y Normalización
Fecha de la aprobación	• Noviembre 2009 - Abril 2010
Fecha de la Implantación	• Mayo 2010
Fecha prevista para su revisión y actualización	• Año 2012

**ANEXO 6**



### Anexo 6

Hospitales. Encuestas de satisfacción (2011)

Sevilla					
Hospital Virgen Macarena					
Código	Indicador de Satisfacción	% satisfechos en el Hospital (Intervalo de Confianza)	Tasa de respuesta de esta pregunta en el Hospital	Símbolo	% satisfechos en Andalucía (media)
HP28.2	Valoración de los enfermeros/as	83,3% - 87,9%	99,5%		88,1%
HP28.5	Valoración auxiliares de enfermería	83,3% - 88,0%	98,0%		88,8%

Hospitales. Encuestas de satisfacción (2011)

Sevilla					
Hospital Virgen del Rocío					
Código	Indicador de Satisfacción	% satisfechos en el Hospital (Intervalo de Confianza)	Tasa de respuesta de esta pregunta en el Hospital	Símbolo	% satisfechos en Andalucía (media)
HP28.2	Valoración de los enfermeros/as	86,9% - 90,4%	99,7%		88,1%
HP28.5	Valoración auxiliares de enfermería	87,4% - 90,8%	98,7%		88,8%



**ANEXO 7**





# CUESTIONARIO FONT ROJA.

## Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario\*

J. Aranaz  
*Hospital Virgen de los Lirios. Servei Valencià de Salut Alcoi*  
J. Mira  
*Universidad de Alicante*

*Desde hace aproximadamente tres años que en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante, venimos desarrollando en el Hospital «Virgen de los Lirios» del Servicio Valenciano de Salud, un programa de control de calidad que incluye aquellos aspectos que podríamos llamar subjetivos, puesto que se basan en las opiniones individuales y no en resultados más fácilmente objetivables.*

En un principio, orientamos nuestro esfuerzo hacia la medición de la satisfacción de los usuarios, intentado medirla mediante una encuesta de post-hospitalización válida y fiable. En una segunda aproximación, incorporamos la opinión de los médicos

de Atención Primaria sobre los servicios que presta el Hospital, como otro indicador de la calidad. En una fase posterior, comenzamos a trabajar en la hipótesis de que la satisfacción de los profesionales era también un aspecto importante del control de calidad.

En el artículo anterior publicado en esta misma revista, planteábamos la importancia que para el control de calidad tiene la satisfacción de los profesionales. En el mismo trabajo, apuntábamos un modelo teórico que explica como interrelacionan entre

---

\* Este artículo complementa otro anterior: Aranaz, J, Mira J y Rodríguez J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *TODO HOSPITAL*, 1988; 47: 53-60. Y se basa en los resultados presentados en el V Simposio Internacional de Control de Calidad. Madrid. 1988.



sí satisfacción del usuario y satisfacción de los profesionales y qué importancia tenían ambos para el control de calidad. Al mismo tiempo, presentamos un cuestionario (que denominamos FONT ROJA) con el que habíamos procedido a medir la satisfacción de los profesionales de nuestro centro y detallábamos los factores, que definidos *a priori*, enmarcan el concepto de satisfacción de los profesionales de un centro hospitalario.

Sin embargo, para poder utilizar el cuestionario FONT ROJA era preciso someterlo a un análisis más riguroso, que nos permitiera conocer qué estábamos midiendo realmente, qué items eran los que mejor exploraban el concepto, qué factores definían realmente la satisfacción y qué proporción de la varianza explicaba cada uno.

Con el propósito de construir una versión definitiva del cuestionario FONT ROJA para que pudiera ser utilizado como instrumento de medida de la satisfacción de los profesionales del medio hospitalario, sometimos a análisis factorial las contestaciones de los 169 sujetos encuestados con el formato original del cuestionario, con el objeto de determinar los factores *a posteriori* que conforman el cuestionario definitivo, y su adecuación para medir la satisfacción.

El análisis factorial de componentes principales no ofreció hipótesis de trabajo claras, por lo que procedimos a someter a rotación la matriz resultante, eligiendo el método de la rotación varimax (tabla I). Siguiendo este procedimiento, obtuvimos 9 factores que explican el 69,12% del total de la varianza. Los resultados de este análisis aconsejaron eliminar siete items puesto que no discriminaban adecuadamente las respuestas de los sujetos.

El formato definitivo de la encuesta de satisfacción FONT ROJA, consta de 24 items con cinco opciones de respuesta cada uno. Explora nueve factores, definidos *a posteriori*, que determinan la satisfacción de los profesionales en centros hospitalarios:

Factor n.º 1: *Satisfacción por el trabajo*. Grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo. Items nos. 7, 10, 11, 16.

Factor n.º 2: *Tensión relacionada con el trabajo*. Grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral. Items nos. 2, 3, 4, 5, 6.

Factor n.º 3: *Competencia Profesional*. Grado en que cree que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda. Items nos. 22, 23, 24.

Factor n.º 4: *Presión del Trabajo*. Grado en que el

Tabla I. Análisis factorial (Rotación Varimax)

ITEM/FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	,78	,27	-	-	-	-	-	-	-
9	,76	-	-	-	-	-	-	-	-
10	,74	-	-	-	-	-	-	-	-
16	,65	-	-	-,30	-	-	-	-	-
21	,62	-	-	-	-	-	-	-	-
14	,62	-	-	-	-	-	,29	-	-
15	,57	-	-	-	,26	,44	-	-	-
3	-	,67	-	,32	-	-	-	-	-
7	-	,67	-	,47	-	-	-	-	-
4	-	,67	,29	-	-	-	,26	-	-
5	-	,64	-	,37	-	-	,33	-	-
8	-	,63	-	-	-	-	-	-,30	-
2	,35	,52	-	-	-	,32	-	-	-,26
31	-	-	,71	-	,28	-	-	-	-
28	-	-	,70	-	-	-	-	,27	-
30	-	,25	,52	-	-	-	-	-,33	-
26	-	-	-	,79	-	-	-	-	-
24	-	-	,38	,70	-	-	-	-	-
23	-	-	,43	,55	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	,66	-	,25	-	-
17	,40	-	-	-	,64	-	-	-	-
22	,26	-	-	-	,62	-	-	-	-
25	-	-	-	-	-	,74	-	-	-
19	-	-	-	-	-	-	,67	-	-
20	-	-	-	-	-	-	-	,74	-
27	-	-	-	-	-	-	-	-	,70
1	-	-	-	-	-	,42	-	,26	,66
18	,27	-	-	-	-	,45	,42	-	,27
29	-	,47	,48	-	-	-	-	-	-
12	,42	-	-	-	-	-	-	,45	-
6	,44	,45	,39	-	,34	-,34	-	-	-
Eigenvalue	4,49	3,40	2,33	2,26	1,85	1,68	1,42	1,41	1,30
Porción acumulativa de varianza explicada	21,74	35,40	41,73	46,73	51,27	55,13	58,50	61,80	65,12

\* valores no significativos ( $p > 0,05$ )

individuo percibe una carga de trabajo para sí mismo. Items nos. 18, 20.

Factor n.º 5: *Promoción Profesional*. Grado en que el individuo cree que puede mejorar, tanto en cuanto a su nivel profesional, como a nivel de reconocimiento por su trabajo. Items nos. 9, 12, 17.

Factor n.º 6: *Relación Interpersonal con sus jefes/as*. Grado en que el individuo considera que sabe lo que se espera de él por parte de sus jefes/as. Items nos. 13, 19.

Factor n.º 7: *Relación Interpersonal con los compañeros*. Grado de satisfacción que provocan las relaciones con los compañeros de trabajo. Item no. 14.

Factor n.º 8: *Características extrínsecas de estatus*. Grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo, como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo. Items nos. 8, 15.

Factor n.º 9: *Monotonía Laboral*. Grado en que afectan al individuo la rutina de las relaciones con los compañeros y la escasa variedad del trabajo. Items nos. 1, 21.

En el anexo I, se presenta la redacción definitiva del cuestionario FONT ROJA.





- 14.- Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 15.- El sueldo que percibo es muy adecuado.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 16.- Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 17.- Tengo muchas posibilidades de promoción profesional.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 18.- Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 19.- Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo, por parte de mis jefes/as.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 20.- Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 21.- Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 22.- Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 23.- Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO
- 24.- Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión.  
 MUY DE ACUERDO  DE ACUERDO  NI DE ACUERDO  NI EN DESACUERDO  EN DESACUERDO  MUY EN DESACUERDO

**ANEXO 8**



## Anexo 8

### DIRECCIÓN DE ENFERMERIA

### PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SERVICIOS

### REGISTRO DE ACTIVIDAD FORMATIVA

UNIDAD/SERVICIO: 7ªB UGC M. INTERNA FECHA DE LA SESIÓN: 16 mayo 2011

HORARIO: 13 a 15 horas HORAS IMPARTIDAS: 2H

TEMA IMPARTIDO: Unidad de Gestión Clínica.

DOCENTE: CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LARA  
CATEGORIA: DUE Supervisora 5ªA y 5ªB

#### CONTENIDOS DEL TEMA:

Fundamentos de la Unidad de Gestión Clínica. Modelo de Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales de Enfermería en la UGC.

#### COMPETENCIAS QUE PROMUEVE LA ACTIVIDAD:

**DE CONOCIMIENTOS:** Conocer los conceptos fundamentales en los que se basa la existencia de la UGC

**DE HABILIDADES:** Formar a los Profesionales adecuadamente en torno a un tema ambiguo y que despierta muchas dudas y que actualmente suscita mucho interés.

**DE ACTITUDES:** Formar e informar a los Profesionales de Enfermería en los fundamentos de la UGC. Crear un grupo de discusión en torno al tema. Realizar el debate en Unidades de Gestión Clínicas con experiencia y en UGC de nueva creación.

SUPERVISOR/A: CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LARA



**DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SERVICIOS**

	<b>NOMBRE</b>	<b>D.N.I.</b>	<b>CATEGORÍA</b>
1. D/D <sup>a</sup>			
2. D/D <sup>a</sup>			
3. D/D <sup>a</sup>			
4. D/D <sup>a</sup>			
5. D/D <sup>a</sup>			
6. D/D <sup>a</sup>			
7. D/D <sup>a</sup>			
8. D/D <sup>a</sup>			
9. D/D <sup>a</sup>			
10. D/D <sup>a</sup>			
11. D/D <sup>a</sup>			
12. D/D <sup>a</sup>			
13. D/D <sup>a</sup>			
14. D/D <sup>a</sup>			
15. D/D <sup>a</sup>			
16. D/D <sup>a</sup>			
17. D/D <sup>a</sup>			
18. D/D <sup>a</sup>			
19. D/D <sup>a</sup>			
20. D/D <sup>a</sup>			
21. D/D <sup>a</sup>			
22. D/D <sup>a</sup>			
23. D/D <sup>a</sup>			
24. D/D <sup>a</sup>			
25. D/D <sup>a</sup>			
26. D/D <sup>a</sup>			
27. D/D <sup>a</sup>			
28. D/D <sup>a</sup>			
29. D/D <sup>a</sup>			
30. D/D <sup>a</sup>			

**TOTAL DE ASISTENTES:**

6

**TOTAL DE HORAS IMPARTIDAS:**

6X2=12H

**ANEXO 9**



Anexo 9

**MEMORIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA  
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA:  
OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA**

Concepción Martínez Lara

# MEMORIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

## **LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

### INTRODUCCIÓN

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) se ha establecido actualmente en las instituciones sanitarias como el modelo de gestión de referencia. Este modelo de gestión pretende instaurar en los profesionales sanitarios una idea-fuerza: el mayor rendimiento de los recursos sanitarios se realiza impulsando la práctica clínica que utilice el menor número de recursos diagnósticos y terapéuticos. Aunque no sólo tiene como objetivo el ahorro económico, en el Acuerdo de Gestión Clínica<sup>1</sup> se valoran todas las dimensiones que integran la UGC: la investigación, la formación, el proceso clínico, la cartera de servicios, los objetivos, la gestión económica y los indicadores de control y de seguridad. En la UGC se pretende transferir más responsabilidades a los Profesionales Sanitarios, implicándolos en la gestión de la Unidad.

La UGC establece nuevos enfoques que afectan directamente a los Profesionales Sanitarios y plantea ventajas e inconvenientes para los Facultativos y los Profesionales de Enfermería, implicados en la consecución de la excelencia en la labor asistencial. Los Profesionales de Enfermería se muestran expectantes ante los cambios que se van generando en las instituciones sanitarias y aparece un debate acerca de las competencias profesionales que se derivan de la UGC. Algunos Profesionales de Enfermería consideran que la presión asistencial a la que se ven sometidos en las instituciones públicas ha aumentado desde la aparición de la UGC y sin embargo otros consideran que se sienten motivados y recompensados por los resultados que obtienen con este modelo de gestión. En las instituciones sanitarias algunos profesionales se sienten más motivados que otros y esto se constata en el resultado de la actividad asistencial<sup>2</sup>.

Ante las percepciones positivas y negativas que la UGC plantea en los Profesionales Enfermeros, considero pertinente centrar el objetivo de este trabajo en la búsqueda de

los factores que influyen en la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería de la UGC. Son escasos los estudios realizados acerca de la UGC<sup>3</sup> pero resultan inexistentes si lo vinculamos con la Enfermería, por tanto la búsqueda del conocimiento científico de Enfermería relacionado con el modelo de Gestión Clínica y fundamentado en la Calidad Asistencial puede llevarnos a establecer nuevos conceptos en torno a la profesión enfermera, profesión en la que se vislumbran importantes cambios cuando el Grado sea efectivo.

En la profesión enfermera, la satisfacción laboral ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones<sup>4</sup> aunque fundamentalmente ha servido para argumentar algunas conductas negativas de los enfermeros/as. En esta ocasión, la satisfacción laboral ha sido percibida como un factor positivo en el desarrollo de la UGC. La definición que Locke realizó acerca de la motivación laboral en la Teoría de la Fijación de Objetivos<sup>5</sup> sirve de marco teórico para comprender las actitudes e ideas que la relacionan con la UGC, donde la consecución de los objetivos supone el éxito de todos (profesionales sanitarios, institución sanitaria y usuarios). Otros autores han relacionado la motivación laboral con la Inteligencia Emocional<sup>6</sup>, este concepto lo expuso Daniel Goleman en su libro (1996)<sup>7</sup> partiendo de la definición de Salovey y Mayer (1990)<sup>8</sup> aplicándose a la profesión enfermera como una variable a tener en cuenta en el rendimiento del trabajo. Mcqueen (2004)<sup>9</sup> ha realizado un estudio donde señala que las enfermeras se muestran sensibles ante las emociones de los pacientes cuando valoran sus necesidades. La teoría de los dos factores de Herzberg acerca de la motivación laboral, sirve de marco para encuadrar algunas actitudes de los Profesionales.

Para entender la visión que los Profesionales de la Enfermería tienen de la UGC debemos partir del conocimiento de los fundamentos en los que la UGC está basada. El funcionamiento de la UGC se basa en la Calidad Asistencial, concepto definido por Avedis Donabedian<sup>10</sup> que en los años sesenta analizó la estructura, los procesos y los resultados asistenciales valorando los costes y los resultados. La Medicina Gestionada (Managed Care)<sup>11</sup> propone la gestión asistencial recortando costes y limitando la libertad de elección.

En este estudio se analizarán los factores intrínsecos más valorados por los Profesionales de Enfermería de la UGC como la motivación y el reconocimiento y también otros factores que son extrínsecos a los Profesionales, destacando entre estos el liderazgo enfermero y la incentivación económica derivada de la consecución de los objetivos propuestos en el Acuerdo de Gestión.

La importancia que las Instituciones Públicas le otorgan a las Unidades de Gestión Clínicas queda manifiesta en el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud<sup>12</sup>. El Tercer Plan Andaluz de Salud<sup>13</sup> considera la Gestión Clínica como una herramienta de innovación destinada a incrementar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los Servicios Sanitarios. Los centros asistenciales de la Comunidad Andaluza fomentan la aparición de la UGC en todos los procesos asistenciales y los profesionales sanitarios estamos implicados en alcanzar nuevas cotas en el desarrollo profesional. La acreditación de las UGC por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza es un mecanismo de mejora continua, así como la acreditación de los Profesionales Sanitarios. La aparición de protocolos de actuación en la UGC<sup>3</sup> ha supuesto un punto de inflexión en la actividad asistencial, ordenando de forma clara y concisa las actividades que los profesionales deben realizar en cada procedimiento.

La implantación de este modelo de gestión en el Servicio Sanitario Público Andaluz es ya un hecho constatable y el objetivo primordial que persigue en un futuro próximo es el recorte en el gasto sanitario de una manera ordenada, generando un aumento de la calidad asistencial y de la satisfacción del usuario.<sup>14</sup> El número de Profesionales de Enfermería en la Atención Primaria y Especializada es muy superior al número de Facultativos y al ser el grupo mayoritario producen numerosas incidencias que van a repercutir en los resultados de la UGC, de ahí la importancia que tiene el colectivo enfermero en esta forma de gestión. Para que el modelo de gestión clínica sea efectivo, es necesario que los Profesionales Sanitarios estén motivados y realicen un cambio de actitudes en sus hábitos laborales.<sup>15</sup> Aunque no se pueden imponer estos cambios, los gestores deben convencer a los Profesionales<sup>16</sup> y facilitarles los recursos disponibles para obtener la consecución de los objetivos fijados.

## **HIPÓTESIS**

La hipótesis que este estudio plantea es que la UGC influye en los factores que determinan la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería que desarrollan su labor profesional en la Asistencia Especializada de las organizaciones sanitarias.

## **OBJETIVOS**

En este trabajo se establece como objetivo general analizar los principales factores que influyen en la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería de la UGC. También se pretende conocer los siguientes objetivos específicos:

-Identificar las UGC que cuentan con los Profesionales de Enfermería con mayor índice de satisfacción laboral.

-Conocer los perfiles de los Profesionales de Enfermería que tienen más satisfacción laboral

-Analizar el tiempo de desarrollo laboral de los Profesionales de Enfermería y la relación con el nivel de satisfacción.

## **METODOLOGÍA**

Este estudio de investigación es de tipo descriptivo y transversal, y para su realización se utilizará la metodología cuantitativa mediante el modelo de cuestionario elaborado para este estudio, adaptado del cuestionario Font Roja<sup>17</sup>, que mide la satisfacción laboral.

La captación y selección de los participantes se realizará mediante la formación de varios grupos nominales en los que debatirán conceptos relacionados con la Unidad de Gestión Clínica. Estos grupos estarán formados por Profesionales de Enfermería (DUEs y TCAEs) de la misma Unidad y el objetivo que se pretende conseguir con esta técnica es conocer la opinión y el conocimiento que los Profesionales tienen acerca de las Unidades de Gestión Clínicas mediante el Brainstorming inicial o tormenta de ideas que posibilitará la discusión sobre el tema. Al finalizar la reunión, se invitará a los participantes a participar en la cumplimentación del cuestionario.

El modelo de cuestionario empleado en este estudio mide la satisfacción laboral mediante una escala de Likert, en la que el valor 1 representa el menor grado de satisfacción y el valor 5 representa el mayor grado de satisfacción. Las nueve dimensiones del cuestionario se encuentran desglosadas en los siguientes ítems:

- satisfacción por el trabajo-4 ítems
- tensión relacionada con el trabajo-5 ítems
- competencia profesional-3 ítems
- presión en el trabajo-2 ítems
- promoción profesional-3 ítems
- relación interpersonal con sus jefes-2 ítems
- relación interpersonal con sus compañeros-1 ítems
- características extrínsecas del estatus-2 ítems
- monotonía laboral-2 ítems.



Al modelo de cuestionario se le ha añadido 2 ítems específicos acerca de la UGC y 3 afirmaciones para cuantificar la satisfacción de los Profesionales de Enfermería.

### **Variables**

– Variable Dependiente: satisfacción laboral.

\_.Variables Independientes: tipo de contrato, años de ejercicio profesional, tiempo en su actual puesto de trabajo, tipo de turno, categoría profesional, forma de asignación al puesto, edad, sexo, estado civil, tener hijos.

### **Población y Muestra.**

La población está integrada por 2.250 Profesionales de Enfermería del Hospital Virgen Macarena y por 3486 Profesionales de Enfermería del Hospital Virgen del Rocío. Para determinar el tamaño de la muestra, se ha tenido en cuenta el nivel de confianza o nivel de seguridad, la varianza y el margen de error de la misma.

Se ha estimado la muestra poblacional en 357 Profesionales a los que se les entregará el cuestionario siguiendo la aplicación de la fórmula para detectar el tamaño de la población basada en el estudio de Pedro Morales Vallejo<sup>18</sup> Se realizará con anterioridad un pilotaje a 30 Profesionales de Enfermería a los que se les entregará el cuestionario, para detectar si los hubiese, posibles errores que serían subsanados.

Para el análisis de los datos estadísticos se utilizará el Programa Informático SSPS 18 para el cálculo de la media, la mediana, la varianza, los intervalos de confianza y la desviación típica. Para la comparación de las medias se utilizará la t de Student, Chi cuadrado y la Correlación de Pearson, estimándose la muestra poblacional en 357 Profesionales basándonos en el estudio de Pedro Morales Vallejo<sup>18</sup> para cuantificar el tamaño de la muestra a los que se les entregará el cuestionario.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Acuerdos de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud 2007. Hospital Virgen Macarena. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hvm/visual/phpcmun/mapadefinitivo.php>
2. Álvarez Baza, M<sup>a</sup> C. Motivación Laboral en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Enferm Clin.* 2003; 13: 16-25.
3. Resola García, A. E. Análisis cuantitativo del rendimiento de un Servicio de Cirugía sin y con Unidad de Gestión Clínica durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003 (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla. 2005.

4. Rogero Anaya. P. Aplicación del Modelo de las características del puesto a través del SNJCI(Índice de características del trabajo de Enfermería) y JDS(Cuestionario de análisis y rediseño de puestos) en Profesionales de Enfermería.(Tesis Doctoral) Universidad de Málaga. 2005.
5. Locke E A(1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunette (ed.). Handbook Organizational Psychology. New York : Jonh Wiley & Sons : 1297-1349.
6. Berrios Martos, M<sup>a</sup>P; Augusto Landa; JM; Aguilar Luzón, C. Índex Enferm 2006; 54: 30-34.
7. Goleman D. Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairos 1996
8. Salovey P y Mayer J D(1990). Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 9: 185-211.
9. McQueen A(2004). Emotional intelligence in nursing work. Journal of Advanced Nursing, 47: 101-108.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203.
11. Health Maintenance Organizations; requeriments. Fed Regist 1979; 44 (122 Pt 2): 36864-5.
12. Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, 2006–2010. Consejería de Salud. Junta de Andalucía  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_estrategico\\_investigacion\\_desarrollo\\_innovacion/plan\\_estrategico\\_investigacion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_estrategico_investigacion_desarrollo_innovacion/plan_estrategico_investigacion.pdf)
13. 3<sup>er</sup> Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003.<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especiales/pas3/introduccion.pdf>
14. Matesanz, R. Gestión Clínica ¿Por Qué y Para Qué? Med Clin. (Barc) 2001; 117: 222-226.
15. Colomer Mascaró, J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del Presente. Biblioteca Cochrane Plus. 2010. n°1 [www.update-software.com/BCP](http://www.update-software.com/BCP).
16. Tejedor Fernández, M.; Pérez, J.J.; García Alegría, J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). Rev Calidad Asistencial. 2003; 18:125-1.
17. Aranaz J,Mira J. Cuestionario Font Roja, un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 1988; 52; 63-66.
18. Morales P. Tamaño necesario de la muestra:¿Cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas. Facultad de Ciencias Sociales. Madrid 2009.pag 10.  
<http://www.upcomillas.es/peronal/peter/investigación/Tama%FloMuestra.pdf>



**ANEXO 10**





## **INFORME DE LA SUBCOMISIÓN DE ÉTICA SANITARIA**

La Subcomisión de Ética Sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, según consta en el acta nº 3/11, ha valorado el proyecto de investigación presentado por **Dña. Concepción Martínez Lara** titulado:

**“SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA  
EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS.”**

Se emite **INFORME FAVORABLE**.

En Sevilla, a veintiuno de febrero de dos mil once

EL PRESIDENTE

Fdo. Alfonso Soto Moreno



**ANEXO 11**





## Anexo 11

### CUESTIONARIO

EDAD: años

SEXO: Varón  Mujer

ESTADO CIVIL: Casado/a

Soltero/a

Viudo/a

Separado/a

Nº DE HIJOS:

ESTUDIOS: Bachillerato

Formación Profesional

Diplomado

Licenciado

Especialidad

SITUACIÓN LABORAL: Contratado/a

Personal de plantilla

GRUPO PROFESIONAL: DUE

TCAE

SERVICIO EN EL QUE TRABAJA:

TIEMPO EN EL EMPLEO: años

PERTENECE A UNA UGC: Si  No

TIEMPO TRABAJADO EN LA UGC:

años

Este cuestionario pretende medir, de manera anónima, la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería que pertenecen a las Unidades de Gestión Clínicas. Para ello, hay que señalar el número acorde con la siguiente escala:

**1:** Muy de acuerdo. **2:** De acuerdo. **3:** Ni de acuerdo ni en desacuerdo. **4:** En desacuerdo. **5:** Muy en desacuerdo.

1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	1	2	3	4	5
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital	1	2	3	4	5
3. Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansado/a	1	2	3	4	5
4. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	1	2	3	4	5
5. Muy pocas veces me he visto obligado/a a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
6. Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud o a mis horas de sueño	1	2	3	4	5
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho/a	1	2	3	4	5
8. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	1	2	3	4	5
9. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	1	2	3	4	5
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1	2	3	4	5
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	1	2	3	4	5

12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	1	2	3	4	5
13. La relación con mis jefes/as es muy cordial	1	2	3	4	5
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	1	2	3	4	5
15. El sueldo que percibo es muy adecuado	1	2	3	4	5
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	1	2	3	4	5
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	1	2	3	4	5
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as	1	2	3	4	5
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	1	2	3	4	5
21. Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar	1	2	3	4	5
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	1	2	3	4	5
24. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión	1	2	3	4	5

25. En la UGC se recibe mas salario por la productividad	1	2	3	4	5
26. La UGC fomenta el trabajo en equipo	1	2	3	4	5
27. El Director de la UGC lidera el equipo	1	2	3	4	5
28. El Supervisor/a de la UGC realiza un buen proyecto	1	2	3	4	5

**ANEXO 12**



## Anexo 12

### CUESTIONARIO

EDAD: años

SEXO: Varón  Mujer

ESTADO CIVIL: Casado/a

Soltero/a

Viudo/a

Separado/a

Nº DE HIJOS:

ESTUDIOS: Bachillerato

Formación Profesional

Diplomado

Licenciado

Especialidad

Máster

Doctorado

SITUACIÓN LABORAL: Contratado/a

Personal de plantilla

GRUPO PROFESIONAL: DUE

TCAE

SERVICIO EN EL QUE TRABAJA:

TIEMPO EN EL EMPLEO: años meses

PERTENECE A UNA UGC: Si  No

años meses

TIEMPO TRABAJADO EN LA UGC:

Este cuestionario pretende medir, de manera anónima, la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería que pertenecen a las Unidades de Gestión Clínicas. Para ello, hay que señalar el número acorde con la siguiente escala:

**1:** Muy de acuerdo. **2:** De acuerdo. **3:** Ni de acuerdo ni en desacuerdo. **4:** En desacuerdo. **5:** Muy en desacuerdo.

1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	1	2	3	4	5
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital	1	2	3	4	5
3. Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansado/a	1	2	3	4	5
4. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	1	2	3	4	5
5. Muy pocas veces me he visto obligado/a a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
6. Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud o a mis horas de sueño	1	2	3	4	5
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho/a	1	2	3	4	5
8. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	1	2	3	4	5
9. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	1	2	3	4	5
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1	2	3	4	5
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	1	2	3	4	5

12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	1	2	3	4	5
13. La relación con mis jefes/as es muy cordial	1	2	3	4	5
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	1	2	3	4	5
15. El sueldo que percibo es muy adecuado	1	2	3	4	5
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	1	2	3	4	5
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	1	2	3	4	5
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as	1	2	3	4	5
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	1	2	3	4	5
21. Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar	1	2	3	4	5
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	1	2	3	4	5
24. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión	1	2	3	4	5
25. En la UGC se recibe mas salario por la productividad	1	2	3	4	5
26. La UGC fomenta el trabajo en equipo	1	2	3	4	5

Para terminar este cuestionario y si pertenece a una Unidad de Gestión Clínica, valore de 1(nada) a 10(mucho) las siguientes afirmaciones:

ME SIENTO SATISFECHO/A DE PERTENECER A LA UGC:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ME SIENTO SATISFECHO/A CON LA LABOR DEL SUPERVISOR/A EN LA UGC:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ME SIENTO SATISFECHO/A CON LA LABOR DEL DIRECTOR/A DE LA UGC:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**ANEXO 13**





## **HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (DUE Y TCAE)**

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, le rogamos lea atentamente la siguiente información. Es importante que usted entienda los principios generales que se aplican a todos los Profesionales de Enfermería que toman parte en el estudio:

- La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- Los objetivos del estudio o cualquier otra información sobre el estudio que usted requiera, le será facilitada por la investigadora responsable del estudio.

### **Título del estudio**

La Satisfacción Laboral de los Profesionales de Enfermería en las Unidades de Gestión Clínicas.

### **Objetivos y Metodología del estudio**

Se trata de un estudio promovido por el Departamento de Enfermería de la Escuela de Enfermería (Universidad de Sevilla), para la realización de una Tesis Doctoral. Es un estudio descriptivo y transversal y para su realización se utilizará la metodología cuantitativa

En este trabajo se establece como objetivo general analizar los factores que influyen en la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Gestión Clínicas.

Su participación en este estudio se basa en cumplimentar un cuestionario.

### **Compensación Económica**

La participación en el estudio no implica compensación económica ni le ocasionará gasto alguno.

### **Confidencialidad**

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Si se publican los datos del estudio, su identidad permanecerá anónima. Los datos obtenidos en

este estudio serán utilizados exclusivamente para obtener conclusiones científicas.

## **Financiación**

Este estudio no está financiado.

## **Investigadora Principal**

Si necesita alguna información adicional puede ponerse en contacto con la investigadora principal del proyecto:

Concepción Martínez Lara.....Teléfono de contacto xxxxxxx

**ANEXO 14**



Anexo 14

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Don/Doña.....con  
DNI....., manifiesta haber participado en el estudio de  
la Satisfacción Laboral de los Profesionales de Enfermería en las  
Unidades de Gestión Clínica voluntariamente, aceptando el anonimato  
y la confidencialidad de las respuestas. La única persona que tendrá  
acceso a la base de datos completa es la investigadora principal, siendo  
la responsable del cumplimiento de la confidencialidad de los datos  
según la Ley 15/99 de Protección de Datos.

Sevilla de de 2011

Firma del participante



**ANEXO 15**





## **Anexo 15**

### **GUIÓN DE LA SESIÓN DE LOS GRUPOS NOMINALES INFORMALES**

El guión de la sesión de los Grupos Nominales Informales consta de los siguientes apartados:

1. Presentación
2. Dar a conocer el objetivo de la sesión.
3. Entregar la Hoja de Información, Consentimiento Informado y Cuestionario.
4. Iniciar la sesión con el Brainstorming o torbellino de ideas acerca del concepto que cada participante tiene de la UGC.
5. Moderar el debate establecido en torno a la UGC fomentando la participación de todos sus integrantes.
6. Recogida de las firmas de los Participantes en actas.
7. Complimentación de los Cuestionarios.
8. Recogida de Consentimientos Informados y Cuestionarios.
9. Agradecimientos.



**ANEXO 16**

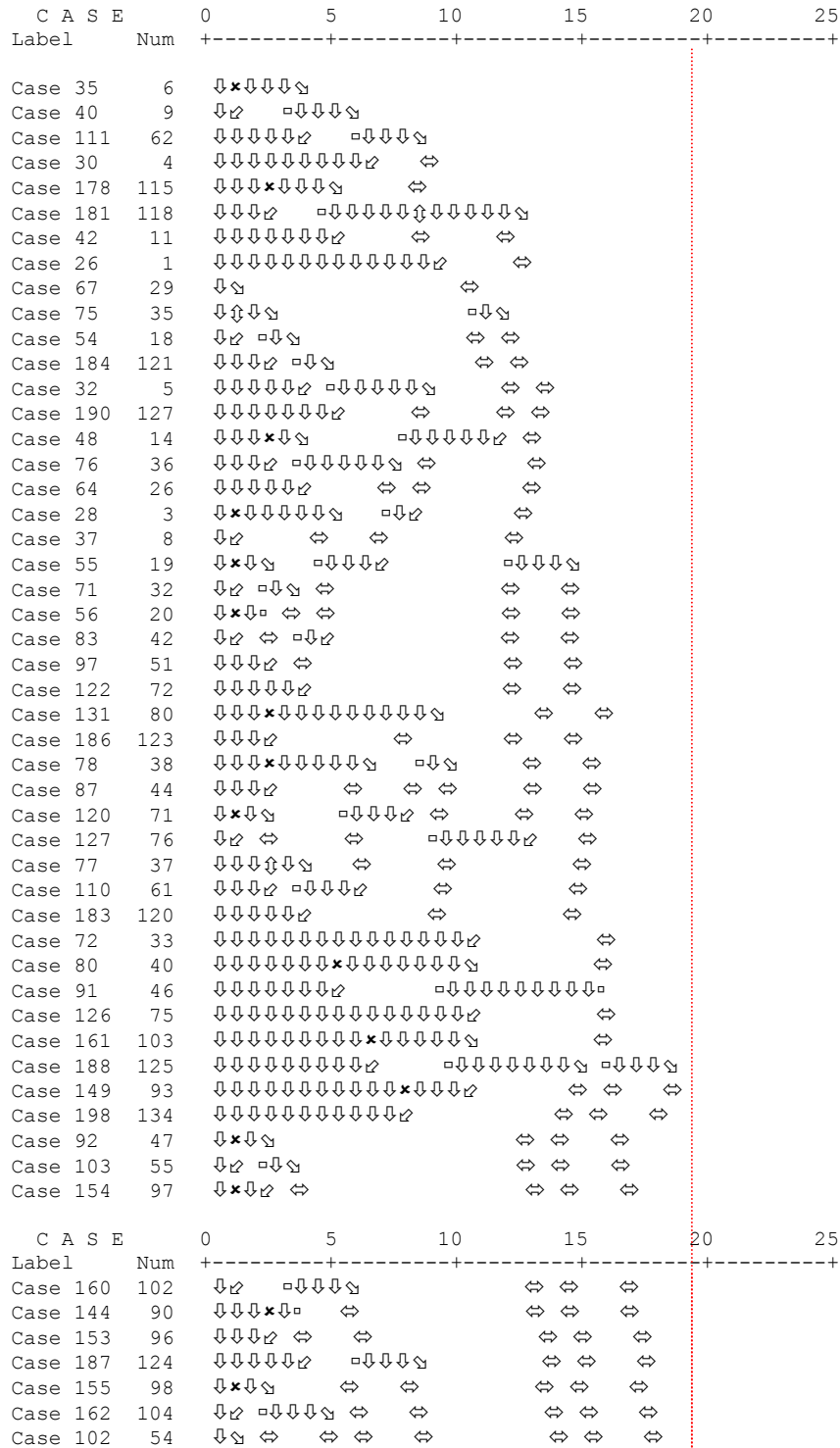


## Anexo 16. Dendograma

\* \* \* \* \* H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S \* \* \* \* \*

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)

Rescaled Distance Cluster Combine



Case 113	64	↓↑↓↓	□↓	⇔		□↓	⇔
Case 134	82	↓	⇔	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔
Case 166	108	↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 119	70	↓↓↓×↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 136	84	↓↓↓↓	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 128	77	↓×↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 130	79	↓	⇔	□↓↓↓	⇔	⇔	□↓
Case 142	88	↓×↓↓↓	⇔	□↓	⇔	⇔	⇔
Case 164	106	↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 158	100	↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 129	78	↓×↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 143	89	↓	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 195	131	↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 165	107	↓×↓	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 168	110	↓	□↓↓↓↓	⇔	□↓↓↓	⇔	⇔
Case 139	86	↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 140	87	↓×↓↓↓	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 150	94	↓	□↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 104	56	↓↓↓×↓	□↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 125	74	↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 114	65	↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 112	63	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 95	49	↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 156	99	↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 185	122	↓↓↓↓↓×↓	□↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 192	128	↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 109	60	↓↓↓↓↓↓↓↓	□↓	⇔	□↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔
Case 84	43	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 53	17	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 68	30	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 57	21	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 133	81	↓×↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 163	105	↓	□↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 171	112	↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 138	85	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 93	48	↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	□↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔
Case 101	53	↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 73	34	↓↓↓×↓	□↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 116	67	↓↓↓	□↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 81	41	↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 96	50	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 105	57	↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 167	109	↓↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 118	69	↓↓↓×↓	□↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔
Case 151	95	↓↓↓	□↓↓↓↓↓↓	⇔	⇔	⇔	⇔

C A S E		0	5	10	15	20	25
Label	Num	+-----+-----+-----+-----+-----+					
Case 159	101	↓↓↓↓↓		□↓↓↓↓↓↓		⇔	⇔
Case 170	111	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓				⇔	⇔
Case 46	12	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓				⇔	⇔
Case 176	113	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓		⇔		⇔	⇔
Case 107	58	↓↓↓×↓↓↓↓↓		□↓↓↓↓↓↓		⇔	⇔
Case 108	59	↓↓↓	□↓↓↓↓		⇔	⇔	⇔
Case 79	39	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	□↓	⇔		⇔	⇔
Case 61	24	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓		⇔	⇔	⇔
Case 177	114	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓		⇔		⇔	⇔
Case 193	129	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓				⇔	⇔
Case 47	13	↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓				⇔	⇔
Case 52	16	↓↓↓↓↓	□↓↓↓↓↓			⇔	⇔
Case 100	52	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓		□↓↓↓↓↓↓		⇔	⇔
Case 59	22	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓	⇔			⇔	⇔
Case 182	119	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	□↓			⇔	⇔
Case 36	7	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓	⇔			⇔	⇔
Case 50	15	↓↓↓↓↓↓↓↓↓	□↓			⇔	⇔
Case 27	2	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓				⇔	⇔
Case 135	83	↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓				⇔	⇔





Case 180 117 ↓↓↓↓↵ □↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      □↓↓↓↓↵      ⇔  
Case 65 27 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵      □↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      ⇔      ⇔  
Case 60 23 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      ⇔      ⇔  
Case 62 25 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      □↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵      ⇔  
Case 124 73 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵      ⇔      ⇔      ⇔  
Case 41 10 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓×↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      □↓↓↵      ⇔  
Case 66 28 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵      ⇔      ⇔      ⇔  
Case 117 68 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      ⇔      ⇔      ⇔  
Case 148 92 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵↓↓↓↓↓↓↓↓↵      ⇔  
Case 70 31 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↵      ⇔      ⇔  
Case 89 45 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ ↵      ⇔  
Case 306 185 ↓↓ ↵

**ANEXO 17**



## Anexo 17. Cuestionario G\_Clinic

### CUESTIONARIO

EDAD: años

SEXO: Varón  Mujer

ESTADO CIVIL: Casado/a

Soltero/a

Viudo/a

Separado/a

Nº DE HIJOS:

ESTUDIOS: Bachillerato

Formación Profesional

Diplomado

Licenciado

Especialidad

Máster

Doctorado

SITUACIÓN LABORAL: Contratado/a

Personal de plantilla

GRUPO PROFESIONAL: DUE

TCAE

SERVICIO EN EL QUE TRABAJA:

TIEMPO EN EL EMPLEO: años meses

TIEMPO TRABAJADO EN LA UGC: años meses

Este cuestionario pretende medir, de manera anónima, la satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería que pertenecen a las Unidades de Gestión Clínicas. Para ello, hay que señalar el número acorde con la siguiente escala:

**1:** Muy de acuerdo. **2:** De acuerdo. **3:** Ni de acuerdo ni en desacuerdo. **4:** En desacuerdo.

**5:** Muy en desacuerdo.

1. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
2. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	1	2	3	4	5
3. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado/a para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
5. En la UGC <b>no</b> se recibe mas salario por la productividad	1	2	3	4	5
6. La UGC <b>no</b> fomenta el trabajo en equipo	1	2	3	4	5
7. La relación con mis jefes/as <b>no</b> es muy cordial	1	2	3	4	5
8. Las relaciones con mis compañeros/as <b>no</b> son muy cordiales	1	2	3	4	5
9. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo <b>no</b> es muy reconfortante	1	2	3	4	5

10. <b>No</b> estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as	1	2	3	4	5
11. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión	1	2	3	4	5
12. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	1	2	3	4	5
13. <b>Muchas</b> veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño	1	2	3	4	5
14. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	1	2	3	4	5
15. <b>No</b> Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	1	2	3	4	5
16. Al final de la jornada me suelo encontrar muy cansado/a	1	2	3	4	5
17. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no merece la pena	1	2	3	4	5