

# DIFERENCIAS EN EFICACIA PROFESIONAL Y EN LA SATISFACCIÓN LABORAL EN MÉDICOS DE SERVICIOS DE URGENCIAS EN HOSPITALES ESPAÑOLES\*

## DIFFERENCES IN PROFESSIONAL EFFICACY AND SATISFACTION IN EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN REGIONAL HOSPITALS

DOI: 10.22199/S07187475.2014.0002.00003

Recibido: 21 de Marzo del 2014 | Aceptado: 12 de Agosto del 2014

MIGUEL BERNABÉ<sup>1</sup>; MAITE MARTÍN-ARAGÓN<sup>2</sup>; MARÍA CARMEN TEROL<sup>2</sup>  
(UNIVERSIDAD DE TALCA, Maule, Chile)

### RESUMEN

El objetivo del trabajo fue analizar las diferencias en Eficacia Profesional y Satisfacción Laboral percibida en facultativos en base a determinadas características de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Método: 84 facultativos de los SUH de ocho hospitales públicos de España, cumplimentaron la batería de cuestionarios para evaluar las variables de estudio (tasa de respuesta: 71,8%). Los análisis fueron tratados con el paquete estadístico SPSS, donde se realizaron análisis descriptivos, ANOVA y t-Student. Resultados: Los facultativos de los SUH informaron altas demandas y escasos recursos tanto funcionales como amortiguadores o recursos de crecimiento profesional en sus servicios. Las puntuaciones en satisfacción laboral y la percepción de eficacia profesional fueron asimismo media-bajas. Por otro lado, los profesionales más satisfechos eran aquellos que tenían menos demandas relacionadas con el tiempo de descanso tras una guardia, y presentaban más recursos funcionales y amortiguadores en sus servicios. Conclusiones: la existencia de recursos que favorecen el desarrollo profesional del médico contribuye a resolver los problemas que surgen en el ámbito laboral. Sin embargo estos recursos a su vez pueden ser percibidos como un sistema de control externo más que como un instrumento de mejora afectando a la satisfacción laboral del facultativo.

**PALABRAS CLAVE:** Demandas, Eficacia Profesional, Recursos, Satisfacción, Urgencias.

### ABSTRACT

The aim of this study was to analyze differences in Professional Effectiveness and perceived job satisfaction in physicians based on certain characteristics of Hospital Emergency Department. Method: 84 ED physicians from eight public hospitals in Spain, completed the battery of questionnaires to assess the study variables (response rate: 71.8 %). Analyses were made with the statistical package SPSS where descriptive analyzes were performed, ANOVA and t - Student. Results: The physicians in the ED reported high demands and scarce resources both functional as buffers or resources for professional growth in their services. Scores on job satisfaction and perceptions of professional efficacy were also medium to low. On the other hand, the more satisfied professionals were those who had fewer demands related time off after a guard, and had more functional resources and dampers in their services. Conclusions: the existence of resources supporting the professional development of medical help to solve the problems that arise in the workplace. However these resources in turn can be perceived as an external control rather than as a tool for improving job satisfaction affecting the practitioner.

**KEY WORDS:** Demands, Professional Efficacy, Resources, Satisfaction.

1. Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Campus Lircay s/n CP 3460000, Chile. E-mail: mbernabe@utalca.cl. Fax: +5671 2201519.

2. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

\* Fuente de Financiación: Proyectos Precompetitivos Consellería Investigación Comunidad Valenciana Convocatoria 2008.

## INTRODUCCIÓN

En la última década se ha generado un interés por el estudio de la calidad de los servicios como principal indicador de la eficiencia y eficacia de los mismos, y de este modo mejorar su gestión. La mayoría de los trabajos centran su atención en los Estándares de Calidad o en la Calidad Percibida por los clientes externos, si bien empiezan a encontrarse también estudios que analizan las relaciones entre ciertos aspectos ambientales y la salud laboral de los trabajadores (Escribà-Agüir, Artazcoz, y Pérez-Hoyos, 2008; Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002; Grau, Suñer y García, 2005). En el contexto de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), la Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Urgencias Sanitarias (SEMES), trabajó en la elaboración de un conjunto mínimo de indicadores de actividad y calidad para evaluar estos servicios (ver SEMES, 2009). Fruto de este trabajo fue la edición del Manual de Acreditación para los Servicios de Urgencias Hospitalarios, donde se recogen los estándares y donde se evalúa la existencia de elementos organizacionales y recursos con los que debe contar un servicio para ser acreditado por esta sociedad (López-Andújar, Tejedor, Fernández y Benito, 2008). Entre los aspectos que se evalúan se encuentran aquellos relacionados con los recursos disponibles, una organización funcional, un programa de calidad o los resultados del servicio (López-Andújar, Tejedor, Fernández y Benito, 2008)<sup>5</sup>. Sin embargo no encontramos estudios que analicen las relaciones que puedan establecerse entre dichos estándares de calidad en un servicio y la satisfacción y percepción de eficacia laborales de sus trabajadores.

En este sentido, desde la Psicología Organizacional se plantean modelos que establecen que las Demandas y los Recursos disponibles en una organización van a determinar el agotamiento o motivación de sus trabajadores, con consecuencias tanto individuales como organizacionales (Demerouti, Bakker, Janssen, y Schaufeli,

2001). Así, entre las consecuencias individuales negativas para el trabajador los estudios encuentran un empeoramiento de la salud y, entre las consecuencias negativas organizacionales, se identifican la insatisfacción laboral, la una baja calidad del servicio prestado y la insatisfacción del cliente, entre otros (Loria-Castellanos, Rocha-Luna y Márquez-Ávila, 2010; González *et al*, 2012 Robles *et al*, 2005). Según dicho modelo las *Demandas* de un servicio son aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales que requieren de un importante esfuerzo físico y/o psicológico o de habilidades y que están asociados con ciertos costes fisiológicos y psicológicos (Demerouti, Bakker, Janssen, y Schaufeli, 2001). Por su parte, los *recursos* son definidos como “aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales que son funcionales para la consecución de los objetivos de la organización, reducen las *demandas laborales* y su asociación con los costes físicos y psicológicos, y estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo” (Demerouti, Bakker, Janssen, y Schaufeli, 2001).

Entre las demandas laborales de los SUH podemos encontrar la presión asistencial, los turnos de trabajo, las guardias de 24 horas, los escasos tiempos de recuperación de descanso tras la guardia, y las dificultades para cubrir las bajas o las vacaciones, todas ellas asociadas a un coste físico y psicológico, y por tanto a una posible fuente de estrés. En concreto, se han identificado la sobrecarga y la falta de personal como exigencias laborales psicológicas en médicos de diferentes especialidades<sup>2</sup>. Entre los *recursos* laborales de los SUH podemos agrupar aquellos aspectos relativos a la existencia de facilitadores para la consecución de objetivos del servicio (planes funcionales, programas de calidad, sistema de triaje, etc.); o también aquellos aspectos que amortiguan las *demandas laborales* (zonas de descanso para profesionales, protocolos y guías clínicas que faciliten la toma de decisiones con el mejor resultado),

así como aquellos *recursos* que estimulan el crecimiento y desarrollo profesional del facultativo, como puede ser su formación continua, su desarrollo investigador y su participación en la formación de Médicos Residentes. Estos últimos *recursos*, ligados al desarrollo profesional, son variables que se han relacionado con la Satisfacción Laboral en sanitarios (Pera y Serrat-Prat, 2002).

El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias en Eficacia Profesional y valoración de Satisfacción Laboral en facultativos de SUH de la provincia de Alicante, en base a demandas (guardias, presión asistencia, descanso, falta de personal) y recursos laborales (estándares de calidad).

## MÉTODOS

### Participantes

Para el estudio se pidió la participación voluntaria de todos los facultativos de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (N=116), de los ocho hospitales públicos de la provincia de Alicante. La tasa de respuesta fue del 71,8% (n=84). La edad media de la muestra de estudio fue de 40,45 años (DT = 7,79), el 54,8% (n = 46) de los participantes eran hombres, y el 53,6% estaban casados o vivían en pareja. El tiempo medio de trabajo en los servicios de urgencias fue de 9,48 años (DT = 6,84). Respecto al tipo de contrato, la mayoría de los facultativos tenía estabilidad laboral, esto es, el 25% (n=21) de los facultativos era funcionario y el 36,9% (n=31) ocupaba una plaza de interinidad. El resto tenía contratos por acumulación de tareas (23,8%; n=20) o estaban realizando una sustitución (14,3%; n=12).

### Procedimiento y recogida de datos

Se contactó con todos los jefes de servicio de los ocho hospitales de gestión pública de la Provincia de Alicante. Durante las

reuniones para sesiones clínicas, el jefe de servicio presentaba al investigador, el cual solicitaba la participación voluntaria en el estudio de los facultativos. Para la recogida de datos, se informó previamente a todos los participantes de la confidencialidad de la información recogida en el cuadernillo, de acuerdo a las normas deontológicas del ejercicio profesional del psicólogo que obligan a la guarda y custodia de los datos y el estudio fue aprobado por Comité Ético. El investigador distribuía los cuadernillos de cuestiones que eran contestados in situ, resolviendo las posibles dudas que surgieran durante su aplicación. Posteriormente se mecanizaron los datos asegurando en todo momento la confidencialidad de los mismos.

### Variables e instrumentos

*Demandas Laborales.* El instrumento de demandas laborales fue elaborado *ad hoc* y recoge *Guardias de 24h*. Variable cuantitativa definida como número de guardias de 24 horas realizadas durante el mes anterior al pase de pruebas.

*Presión asistencial.* Se elaboró un índice de presión de acuerdo a la propuesta de López-Andujar (2001). Se tuvo en cuenta el número de profesionales del servicio y el número de pacientes atendido en un tramo.

*Descanso.* Índice extraído del promedio transcurrido desde la finalización de la guardia hasta la reincorporación al trabajo.

*Sustituciones.* Se elaboró un ítem dicotómico cumplimentado por el Jefe de Servicio respecto a las dificultades para cubrir puestos en los últimos seis meses.

*Recursos Laborales.* Se extrajeron del Manual de Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarios (2008) todos aquellos *recursos* que cumplieran con la Definición del Modelo de Recursos y Demandas Laborales de Demerouti *et al.* (2001), clasificándolos en Funcionales, Amortiguadores y de

Crecimiento. Se evaluó su presencia en el servicio mediante entrevista al Jefe de Servicio que informaba de la existencia de los mismos.

- *Recursos Funcionales:* se extraen 5 indicadores que hacen referencia a elementos del servicio que facilitan y organizaban la tarea asistencial. La escala de respuesta es dicotómica.
- *Recursos Amortiguadores:* se extraen 4 indicadores relativos la existencia de elementos del servicio que reducen la carga física y facilita la toma de decisiones asociadas al estrés en los servicios de urgencias. La escala de respuesta es dicotómica.
- *Recursos de Crecimiento:* se extraen 5 indicadores que reflejan la existencia de procesos en el servicio relativos al desarrollo profesional y la mejora continua. La escala de respuesta es dicotómica.

#### *Satisfacción y Eficacia profesional*

- *Satisfacción Laboral* se elaboró 1 ítem, donde se solicitaba al médico del SUH que valorara en qué medida se sentía satisfecho con su trabajo en el momento de la administración del cuestionario. La escala de respuesta se presentaba en un rango de 0 a 10, desde 0 (nula satisfacción con el trabajo) a 10 (máxima satisfacción con el trabajo).
- *Eficacia Profesional* se evaluó mediante la escala del cuestionario *Maslach Burnout*

*Inventory General Survey* de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) adaptado a población española por Salanova et al. (2000). Este cuestionario consta de 5 ítems que recogen la frecuencia de percepción de eficacia profesional experimentada por el facultativo respecto a su puesto de trabajo. Cada ítem se valora sobre una escala de respuesta de 7 puntos.

#### Análisis Estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0. Se realizaron análisis descriptivos, se calcularon la media, desviación típica y frecuencia de las variables de estudio. Para la comparación entre medias, una vez verificados los supuestos de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad (Prueba Levene), se utilizó la t-Test como prueba paramétrica para pares de muestras independientes y ANOVA de un factor como prueba paramétrica para k muestras independientes. Se utilizaron pruebas Bonferroni (ET) como pruebas post-hoc de ANOVA en el análisis de diferencias intragrupos. Para la formación de los grupos de análisis se tuvo en cuenta el número mínimo de guardias establecidas por Decreto, la ponderación del criterio de presión asistencial realizada por López-Andujar, las categorías de respuesta del ítem en cuanto al descanso y la categoría de respuesta del ítem de dificultades para cubrir ausencias.

#### RESULTADOS

El número medio de guardias realizadas durante el mes anterior al pase de pruebas fue de 5,70 (DT = 2,20; sobre un rango de 0 a 10). El tiempo medio de descanso desde la finalización de la guardia hasta la reincorporación al trabajo se situó en 32,98 horas (DT= 12,01). La tabla 1 recoge la distribución de frecuencias por tipo de recurso disponible en el SUH.

TABLA 1.  
Distribución de frecuencias por tipo de recurso funcional amortiguador y de crecimiento.

Indicador	Recursos Funcionales	% de SI	n
C1.100	Existe un plan funcional escrito. Misión, carta de servicios, etc.	62	44
C3.000	Tiene el servicio un sistema de clasificación de paciente	100	71
D1.000	Existe un programa de Calidad escrito	31	22
D2.000	Hay un responsable del mantenimiento del programa de calidad	31	22
E1.000	Dispone el servicio de un sistema de autoevaluación de resultados	11'3	8
Indicador	Recursos Amortiguadores	% de SI	n
B2.600a	Dispone de sala de descanso del personal	73'2	52
B2.600b	Dispone de áreas confortables para el descanso, si el turno es superior a 12h	100	71
C3.500	El sistema de clasificación queda asignado nominalmente un médico a cada paciente	45'1	32
C5.800	Existen en el servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la actuación ante complicaciones graves o previsibles	85'9	61
Indicador	Recursos de Crecimiento	% de SI	n
B3.100	Dispone el servicio de biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático	87'3	62
C6.100	Se realiza en el servicio docencia de pregrado	39'4	28
C6.200	Se realiza en el servicio docencia de postgrado	87'3	62
C6.300	Se realizan periódicamente sesiones de formación continuada en el servicio	100%	71
C6.400	Existe documentación de las actividades de investigación	56'3%	10

El número del indicador corresponde al recogido en el manual Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales<sup>5</sup>

Con respecto a la Satisfacción y la Eficacia Profesional las medias obtenidas por los facultativos son de  $6,40 \pm 1,71$  en un rango de 0 a 9 y de  $2,94 \pm 0,96$  en un rango de 1 a 5 respectivamente. La tabla 2 recoge los análisis de diferencias entre grupos

realizados con todas las variables de demandas evaluadas. Como puede observarse, ningún resultado fue estadísticamente significativo excepto para la relación entre el Tiempo de Descanso y la Satisfacción Laboral ( $F = 4,00$ ;  $p = ,00$ ).

TABLA 2.  
Diferencias en Eficacia Profesional y Satisfacción Laboral en función de las Demandas en los SUH.

DEMANDAS				
	Guardias mensuales	N	M (DT)	p
Eficacia Profesional	[0-3]	11	2,72 (1,10)	0,34
	[4-6]	37	3,00 (0,97)	
	[7-10]	23	2,91 (0,90)	
	Total	71	2,92 (0,96)	
Satisfacción Laboral	[0-3]	13	6,3 (1,2)	0,28
	[4-6]	42	6,7 (1,5)	
	[7-10]	26	6,0 (2,1)	
	Total	81	6,4 (1,7)	
Presión Asistencial				
	Baja Presión	N	M (DT)	p
Eficacia Profesional	Baja Presión	31	2,90 (1,07)	0,92
	Alta Presión	27	3,11 (0,80)	
Satisfacción Laboral	Baja Presión	52	6,5 (1,7)	0,62
	Alta Presión	29	6,3 (1,7)	
Descanso				
	24 horas	N	M (DT)	p
Eficacia Profesional	24 horas	39	2,76 (1,01)	0,09
	32 horas	14	2,85 (0,77)	
	> 48 horas	18	3,33 (0,90)	
	Total	71	2,92 (0,96)	
Satisfacción Laboral	24 horas	42	5,9 (1,9)	0,02
	32 horas	17	7,0 (0,8)	
	> 48 horas	22	6,9 (1,5)	
	Total	81	6,4 (1,7)	
Dificultades para cubrir ausencias				
	Si	N	M (DT)	p
Eficacia Profesional	Si	62	2,87 (0,91)	0,35
	No	9	3,33 (1,22)	
Satisfacción Laboral	Si	68	6,3 (1,7)	0,28
	No	13	6,8 (1,6)	

M= media; DT=Desviación Típica; p= p-valor

La Tabla 3 recoge los resultados en Satisfacción y Eficacia Profesional en función de la cantidad de indicadores recogidos en los estándares del Manual de Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarios. Se observa que 8 de los encuestados cuentan en su servicio con los 5 recursos que se catalogaron como Funcionales, 35 de los encuestados dispone de los 4 denominados recursos Amortiguadores en su servicio, y 18 médicos dispone de los 5 recursos de Crecimiento. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en

Satisfacción Laboral en función del número de Recursos Funcionales ( $F = 5,7$ ;  $p = ,00$ ) y Recursos Amortiguadores ( $F = 5,08$ ;  $p = ,01$ ). Por una parte, los médicos con 4 Recursos Funcionales mostraron menores puntuaciones en Satisfacción Laboral frente a los que contaban con 1 Recurso ( $ET = 0,43$ ;  $p = ,00$ ). Por otra parte, los médicos con más Recursos Amortiguadores en sus Servicios, mostraron una menor Satisfacción Laboral respecto a los que tenían 3 Recursos ( $ET = 0,41$ ;  $p = ,00$ ) y 2 Recursos ( $ET = 0,47$ ;  $p = ,04$ ).

TABLA 3.  
Diferencias en satisfacción laboral y eficacia profesional.

	Satisfacción Laboral			Eficacia Profesional		
	G	N	M (DT)	p	M (DT)	p
Recursos Funcionales	1	27	<b>6,9 (1,1)</b>	0,01	3,9 (0,8)	0,41
	2	22	<b>6,7 (1,5)</b>		4,3 (0,6)	
	3	0	-		-	
	4	27	<b>5,3 (2,1)</b>		4,1 (0,8)	
	5	8	7,0 (0,8)		4,3 (0,9)	
Recursos Amortiguadores	1	0	-	0,01	-	0,60
	2	19	<b>6,9 (1,5)</b>		4,2 (0,5)	
	3	30	<b>6,8 (1,4)</b>		4,1 (0,9)	
	4	35	5,7 (2,1)		4,1 (0,8)	
Recursos de crecimiento	1	0	-	0,06	-	0,45
	2	9	6,9 (1,1)		4,4 (0,4)	
	3	21	6,1 (1,0)		4,2 (0,7)	
	4	36	6,3 (1,2)		4,1 (0,8)	
	5	18	6,8 (1,2)		3,9 (0,9)	

G: Grupos; 1: Al menos 1 Recursos en SUH; 2: Al menos 2 Recursos en el SUH; 3: Al menos 3 Recursos en el SUH; 4: Al menos 4 Recursos en el SUH; 5: Al menos 5 Recursos en el SUH. M= media; DT=Desviación Típica; \*p-valor < .05 // \*\*p-valor < .001 n.s.: no significativo

En la Tabla 4 pueden consultarse todos los resultados de los análisis de diferencias en Satisfacción Laboral y Eficacia Profesional en función del tipo de indicador o estándar de calidad ligado a uno de los recursos planteados por la definición de Demerouti *et al.* (2001). Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de

Satisfacción Laboral en los médicos en cuanto al Indicador C3500 ( $t = 2,14$ ;  $p = ,04$ ). En cuanto a Eficacia Profesional, existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en cuanto al indicador C1000 ( $t = -2,16$ ;  $p = ,003$ ), B3100 ( $t = 2,21$ ;  $p = ,04$ ) y C6200 ( $t = 2,21$ ;  $p = ,04$ ).

TABLA 4.

Análisis de diferencias en satisfacción laboral y eficacia profesional en función del tipo de indicador de calidad.

	Indicador	Satisfacción Laboral			Eficacia Profesional		
		No Sí	M (DT)	p	No Sí	M (DT)	p
Recursos Funcionales	C1.000	27 44	6,87 (1,07) 6,54 (1,64)	0,24	35 36	2,68 (0,96) 3,16 (0,91)	0,03
	C3.000	0 71	-		-	-	
	D1.000	49 22	6,86 (1,26) 6,00 (1,71)	0,19	40 31	3,00 (0,93) 2,83 (1,00)	0,57
	D2.000	49 22	6,86 (1,26) 6,00 (1,71)		40 31	3,00 (0,93) 2,83 (1,00)	
	E1.000	63 8	6,57 (1,50) 7,00 (0,81)	0,26	52 19	3,00 (0,91) 2,73 (1,10)	0,76
	Recursos Amortiguadores	B2.600a	19 52	6,74 (1,41) 6,57 (1,47)	0,66	17 54	2,94 (0,90) 2,92 (0,98)
B2.600b		0 71	-	-		-	-
C3.500		39 30	6,93 (1,22) 6,20 (1,62)	0,04	32 39	3,12 (0,87) 2,76 (1,01)	0,29
C5.800		10 61	6,90 (0,57) 6,56 (1,54)		9 62	2,89 (0,78) 2,93 (0,98)	
Recursos De crecimiento		B3.100	9 62	6,88 (1,45) 6,57 (1,46)	0,55	9 62	3,33(0,50) 2,87(0,99)
	C6.100	43 28	6,49 (1,67) 6,81 (1,00)	48 23		3,00 (0,96) 2,78 (0,95)	0,08
	C6.200	9 60	6,89 (1,45) 6,57 (1,46)	0,55	9 62	3,33 (0,50) 2,87 (0,99)	0,04
	C6.300	0 71	-		-	-	
	C6.400	31 40	6,35 (1,55) 6,82 (1,35)	0,18	26 45	2,92 (0,79) 2,93 (1,05)	0,97

M= media; DT=Desviación Típica;

## DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la mayoría de los facultativos (el 85,4%) realiza más guardias mensuales de las mínimas estipuladas por normativa (1999). Esto puede deberse a la opción de asumir más guardias voluntariamente e incrementar así sus ingresos económicos, en servicios donde hay dificultades para cubrir guardias, suelen hacer un número mayor aquellas personas que desean incrementar sus ingresos. Respecto a esta última posibilidad, nuestros resultados mostraron que el 77% de los médicos encuestados trabajaba en servicios donde existen problemas en ese sentido. Asimismo, y en cuanto a la descripción de las *demandas*, cabe destacar el escaso tiempo de descanso tras la realización de una guardia de los facultativos de SUH. Aunque con prudencia y teniendo en cuenta las peculiaridades de

cada trabajo, es llamativa la comparación de tiempo de descanso en relación con el impuesto en otros servicios de atención urgente donde los tiempos de descanso mínimos siempre son superiores a las 72 horas (bomberos, urgencias extrahospitalarias, entre otros).

Las puntuaciones de los médicos de Urgencias Hospitalarias de la Provincia de Alicante en Eficacia Profesional resultaron indicativas de muy baja o baja percepción de Eficacia Profesional cuando se comparan con otros profesionales o especialistas (Grau, Suñer y García, 2005; Bresó, Salanova y Schaufeli, 2008). Sin embargo se puede decir que la Satisfacción Laboral media de dichos facultativos, aunque no es notable, es superior a la mostrada en otros trabajos con profesionales sanitarios del ámbito hospitalario (Robles-García *et al*, 2005).

Por otra parte se quiso estudiar las posibles diferencias en la percepción que los facultativos tienen de su Eficacia Profesional en función del número de guardias, o del tiempo de descanso entre una guardia y la siguiente, o en función de la presión asistencial del centro de trabajo, sin encontrar resultados estadísticamente significativos. Es decir, según el estudio no hay diferencias en la percepción de eficacia profesional en los facultativos que realizan más guardias respecto a los que realizan menos, en los que tienen menos tiempo de descanso entre una guardia y su siguiente día de trabajo respecto a los que tienen más descanso, en los que trabajan en servicios de alta presión respecto a los que lo hacen en los de presión media o baja, en los que trabajan en servicios en lo que resulta difícil cubrir ausencias respecto aquellos en los que se cubren más fácilmente. Estos resultados parecen estar en la línea de otros trabajos previos en médicos, donde la sobrecarga laboral no se relacionaba con la percepción de Eficacia Profesional (Garnés, 1999). Una posible explicación a estos resultados puede ser que el uso de un indicador objetivo para valorar la sobrecarga no recoja en realidad la asociación con el coste subjetivo que puede suponer dicha demanda (Escribà-Agür, Martín-Baena y Pérez-Hoyos, 2006; Schaufeli y Bakker, 2004). De igual forma se observa en las relaciones con la Satisfacción Laboral; excepto en el caso de los facultativos que sólo disponen de 24 horas de descanso tras una guardia, que presentaron una menor Satisfacción Laboral que aquellos que tenían 32, 48 o más horas de descanso. Sin embargo, los resultados señalan que sería el grupo intermedio los que mayor Satisfacción informan. En esta línea, Taylor (2004), mostraron que los médicos que disponían de más control sobre las horas de trabajo y mayor tiempo de descanso experimentaban más Satisfacción Laboral, confirmándose esto entre el grupo de 24 y 32 horas.

Respecto al número de *recursos* extraídos de los indicadores de Calidad de SUH, cabe destacar que en ningún caso el porcentaje de facultativos que cuenta en su servicio con el mayor número de *recursos*, imprescindibles para ser considerado de excelencia, supera el 42%. Encontramos que los *recursos* más escasos o que no están disponibles para más de la mitad de los facultativos encuestados fueron relacionados directamente con la existencia de un programa y un responsable de Calidad, y una autoevaluación de los resultados en sus SUH en el caso de los *recursos* Funcionales; la carencia de la asignación nominal de los pacientes a un médico, en el caso de los *recursos* Amortiguadores; o la inexistencia de participación en los planes de formación para estudiantes de pregrado en el caso de *recursos* de Crecimiento.

En cuanto a las relaciones entre el número de *recursos* y la Satisfacción Laboral, encontramos que aquellos profesionales con mayor número de *recursos* Funcionales y Amortiguadores en sus servicios percibían una Satisfacción Laboral estadísticamente menor que aquellos que disponían de menos *recursos* en su servicio. Por otro lado, cuando el análisis se realizó en función del tipo de *recursos*, sólo encontramos que los médicos que no disponen en sus servicios de un sistema de clasificación nominal perciben más Satisfacción Laboral que aquellos que tienen implantado ese sistema. Los resultados siguen en la línea del trabajo de Nylenna y colaboradores (2005), donde establecer un determinado método o procedimiento de trabajo se ha relacionado negativamente con la Satisfacción Laboral en médicos.

En el caso de las relaciones de los *recursos* con la Eficacia Profesional, los análisis realizados no fueron estadísticamente significativos. Sólo en el caso de los facultativos que disponían en su SUH de un plan funcional escrito, una



biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático, y colaboración en docencia postgrado, la percepción de Eficacia Profesional fue mayor. Es decir, disponer de estos *recursos* en el servicio puede facilitar la percepción de contribución del médico al servicio y que esta contribución es efectiva.

En su conjunto, estos datos muestran que la existencia de *recursos* que son funcionales para el médico o que favorecen el desarrollo profesional pueden contribuir a resolver los problemas que surgen en su trabajo. Sin embargo, estos *recursos* también pueden ser percibidos como un sistema de control externo, más que como un instrumento de mejora asociada al servicio, lo que disminuiría la Satisfacción Laboral del médico.

Este trabajo es una aproximación exploratoria al estudio de las relaciones entre los *recursos* y *demandas* laborales, y la satisfacción y eficacia profesionales en los SUH. Esa aproximación aun contando con una alta tasa de respuesta que le confiere mayor representatividad, limita las conclusiones y hace necesaria la continuación de este tipo de estudios que analicen los efectos que determinados sistemas de calidad de los servicios pueden tener sobre la percepción directa de sus trabajadores en su eficacia y satisfacción; más aun teniendo en cuenta que los datos fueron recogidos antes de la entrada en vigor de los recortes económicos que están sufriendo tanto los servicios como sus profesionales. En este sentido es importante recordar que el concepto de calidad incluye no sólo al cliente externo y a los recursos técnicos, sino también la apreciación y participación del cliente interno, en nuestro caso el personal sanitario, sin éstas no se debería hablar de calidad total. Los resultados nos invitan por tanto a reflexionar sobre la necesidad de mejorar los sistemas comunicación interna, de ofrecer *recursos* que favorezcan la reducción de las *demandas* laborales tales como disponer de más tiempo de descanso tras la realización

de guardias, y sobre todo la importancia de incluir indicadores de bienestar laboral del facultativo valorando también de esta forma al cliente interno en los sistemas de control de calidad de los Servicios de Urgencias Hospitalarias para una mejor prestación de servicios.

## REFERENCIAS

- Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. (2008). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición., 2008, from <http://www.insht.es>
- Conselleria Sanitat (1999). Decreto de Guardia. Gobierno Valenciano.
- Demerouti, E., Bakker, A., Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27, 279-286.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22, 300-308.
- Escribà-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*, 80, 127-133.
- Escribà-Agüir, V., & Y, B.-M. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16, 487-496.
- Garnés, A. (1999). *Desgaste Laboral (Burnout) en médicos de urgencias de hospitales.*, Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- González, J., Fernández, M., Molina, R., Blázquez, A., Guillén, J., & Peinado, J. (2012). Riesgo psicosocial en el trabajo, estrés autopercebido y cortisol en saliva en una muestra de urgenciólogos de Granada. *Emergencias*, 24, 101-110.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- López Andújar, L., Tejedor, M., Fernández, J., & Benito, J. (2008). *Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales.* Madrid: Grupo SANED.
- López-Andújar, L. (2001). *Factores asociados a la demora en la asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.*, Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Loría-Castellanos, J., Rocha-Luna, J., & Márquez-Ávila, G. (2010). Patrón y calidad subjetiva del sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias*, 22, 33-39.
- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., & Forde, R. (2005). Job Satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 23, 198-202.
- Pera, G., & Serra, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480-486.
- Robles, M., Dierssen, T., & Martínez, E. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19, 127-134.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., & Grau, R. (2000). Desde el "Burnout" al "engagement": ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- SEMES (2009). *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales.* Madrid: SANED.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal Organizational Behaviour*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., & Jackson, S. (1996). *The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS).* . Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Taylor, D., Pallant, J., & Crook, H. (2004). The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emergency Medical Australasia*, 16, 21-27.