

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA LABOR PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

José Joaquín Mira Solves¹

INTRODUCCIÓN

La labor profesional del psicólogo podría decirse que consiste, básicamente, en poner en práctica conocimientos y habilidades basados en evidencias científicas del ámbito de su profesión, que permiten lograr los mejores resultados posibles buscando, además, maximizar la utilidad de dichos resultados desde la perspectiva de los clientes (Mira, en prensa).

Diríamos, entonces, que a la hora de definir la calidad de la práctica profesional del psicólogo debiéramos considerar los siguientes parámetros:

- *Cómo se adoptan decisiones sobre la intervención psicológica a realizar y si ésta está basada en evidencias empíricas (práctica basada en evidencia) (Sackett et al, 1996)*
- *Si la puesta en práctica de esa intervención psicológica decidida se realiza de la forma más rigurosa posible.*
- *Si se logran unos resultados aceptables para el paciente y que puedan ser valorados como apropiados, para los medios disponibles, por sus colegas.*

La relación entre el profesional de la psicología y su cliente se produce en un entorno familiar para el primero y, en parte hostil, para el segundo. Se trata de una relación donde la asimetría de la información es la característica esencial que condiciona las valoraciones que puede efectuar el cliente de la labor del psicólogo. De ahí que sean otros profesionales los que pueden juzgar la labor científico-técnica y que se hable en términos de calidad percibida por parte del cliente de la actividad del psicólogo; sin olvidar la posibilidad de que exista una cierta calidad “no reconocida” por el cliente cuando juzga como inapropiada la intervención ajustada a la práctica del profesional.

Tradicionalmente la calidad de la intervención psicológica ha sido una cuestión de ética profesional, en la que ha primado, fundamentalmente, la capacidad técnica del psicólogo. Sin embargo, la evolución de la profesión, su inserción en equipos de trabajo multidisciplinares, y el desarro-

llo del concepto de calidad en los últimos años, aconsejan un replanteamiento de esta visión simplista a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la labor del psicólogo, especialmente porque al incorporarse al mundo sociosanitario, al sector educativo o en su práctica privada profesional, surgen cuestiones que trascienden al ejercicio de la profesión pero que, sin embargo, plantean retos y demandas a los que debe responderse.

Algunas características de la labor profesional

Los servicios profesionales que presta el psicólogo, en sus diferentes campos de trabajo, comparten una serie de características. Se trata de servicios profesionales en los que cabe, y de hecho así sucede en la práctica, observar una gran variabilidad en la forma de abordar la práctica y en los resultados obtenidos. Variabilidad que se aprecia tanto entre profesionales como en un mismo profesional entre actuaciones diferentes (Delgado, 1996; Mira et al, 1999a). Se trata de servicios, y como tales, cuya característica fundamental es su intangibilidad, donde resulta más complejo que en otros ámbitos realizar una evaluación de los mismos.

Se trata de servicios en los que intrínsecamente resulta imposible separar producción de consumo y, donde la heterogeneidad es la característica relevante, puesto que cada proveedor que facilita el servicio es único. Hablar de calidad, aseguramiento de la calidad o de evaluación de la calidad requiere de un enfoque sensiblemente distinto al enfoque clásico utilizado en el sector industrial de bienes de producción.

Ahondando más aún sobre esta cuestión, nos encontramos ante actuaciones profesionales muy cualificadas en los que se dan ciertas circunstancias que favorecen una clara asimetría de información con el cliente y de ahí que éste se vea forzado a realizar “actos de fe” sobre la labor del psicólogo, ya que no dispone de la información suficiente para juzgar su labor como

¹Universidad Miguel Hernández. Elche, (Alicante).

profesional. Esta asimetría de la información da origen a la denominada “relación de agencia” que caracteriza al trabajo profesional, por la que el cliente participa de las decisiones sobre aquello que le atañe guiado por las explicaciones que le ofrece el profesional (Maynard, 1987).

La labor profesional que se realiza da origen a hablar de “estilos de práctica”, como la forma particular en que los profesionales ponen en práctica sus conocimientos y habilidades y que son, normalmente, uno de los orígenes de variabilidad innecesaria (Mira et al., 1998a). Estos estilos dependen, entre otras cosas, de: la formación recibida por el psicólogo, de cómo entiende y qué considera es más relevante de los modelos y teorías psicológicas, factores de personalidad, sistema organizativo en el que trabaja, motivación y satisfacción laboral, incentivos personales y económicos de los que puede disfrutar, satisfacción general con su modo de vida y un largo etc.

Concepto de Calidad

A la hora de abordar la evaluación y mejora de la calidad cabe hablar en términos de calidad de la estructura, calidad del proceso y calidad del resultado (Donabedian, 1966). Dicho de otra forma, asegurar la calidad pasa por saber si disponemos de los recursos mínimos necesarios para la actividad a la que nos dedicamos, si estamos suficiente organizados para responder a las demandas de nuestros clientes y saber si estamos informados de si se alcanzan resultados lógicos, razonables, acordes a lo que cabe esperar.

En el primer caso, hablamos en términos de acreditación para asegurar que un dispositivo cuenta con los recursos mínimos necesarios. En el segundo, definimos protocolos, procesos de trabajo en los que se definen objetivos a satisfacer a partir de la información sobre los grupos de interés (clientes externos e internos) y auditamos que se siguen efectivamente (Murillo, 1994; Saura, 1997). La denominada práctica basada en la evidencia facilita información contrastada sobre qué alternativas son las que han demostrado mayor efectividad y, por tanto, resultan más recomendables. En el tercero, basándonos en la información disponible, comprobamos que efectivamente alcanzamos con nuestra práctica los resultados esperados.

En la práctica conviene hablar en términos de calidad técnica, calidad funcional y calidad corporativa (Grönroos, 1983).

La calidad técnica hace referencia a correcta aplicación de los conocimientos y técnicas profesionales y debe ser valorada por los profesionales. Los sistemas de revisión por pares que siguen las revistas científicas para seleccionar los trabajos que se publican, las sesiones clínicas en los centros sanitarios o los seminarios y congresos donde se debaten formas y alternativas de trabajo constituyen ejemplos válidos del método seguido para evaluar y mejorar la calidad técnica en sus respectivos ámbitos.

La calidad funcional hace referencia al contacto entre profesionales y clientes. Es valorada por los clientes y nos informa sobre cómo nos ven. Por nuestra parte (Mira et al., 1999b), hemos encontrado que los clientes valoran fundamentalmente, por este orden: la atención que brindan los profesionales, el interés que demuestran por resolver sus problemas, si el trato es personalizado y la competencia profesional de la que se hace gala.

La calidad corporativa tiene que ver con la imagen que de nosotros, de nuestro centro o de nuestra profesión tienen los diferentes públicos. Se forja merced a muy diversos canales de información y condiciona las valoraciones que se realizan del trabajo profesional por los diferentes colectivos que acceden a su labor profesional.

Trabajar en calidad implica trabajar con hechos y datos objetivos. El término calidad puede ser entendido por diversos agentes con diversas acepciones. En la práctica es habitual encontrarse con que utilizando el mismo concepto de calidad varios interlocutores se estén refiriendo a aspectos diferentes de la labor profesional. Para unos será importante la calidad de vida (utilidad), para otros el coste (eficiencia), para otros el resultado (efectividad). Siempre es necesario recurrir a datos objetivos para poder ponerse de acuerdo con facilidad. Por esta razón, se trabaja en calidad con indicadores y, por la misma razón, se definen estándares de lo que se entiende como una práctica profesional aceptable para que no haya espacio para la duda (Antoñanzas y Magallón, 1997).

Un indicador permite determinar si se alcanzan determinados criterios (objetivos de calidad). La manera más habitual de trabajar en calidad pasa por definir qué se considera una práctica profesional aceptable y, a partir de ahí, definir la manera (indicador) de evaluar la práctica que realizamos a fin de determinar cuánto se asemeja al criterio.

Los indicadores son, por tanto, la forma, normalmente numérica, en que medimos la actuación profesional. Normalmente se trata de tasas y porcentajes. Los términos usados en el indicador que puedan inducir a dudas o sean susceptibles de diferentes interpretaciones deben ser definidos para que todos los profesionales midan lo mismo y de idéntica forma. Cada práctica requiere de unos indicadores diferentes.

Cuando trabajamos con indicadores es necesario identificar los factores que pueden explicar las posibles variaciones del indicador. Estos factores, como sucede con los sesgos durante un estudio experimental, debe controlarse o aislarse para asegurar que la medida responde al objetivo que se persigue, es decir, que nos debemos asegurar que es válida. Los indicadores deben ser, a la vez, fiables y pertinentes.

Hablamos de indicadores índice y de indicadores centinela. Los indicadores índice son los más habituales y dan cuenta de resultados alcanzados sobre diversos factores. Los indicadores centinela, en cambio, se refieren a un suceso grave o indeseable cuya ocurrencia nos debe sobresaltar y hacernos replantear nuestra actuación profesional. Un error terapéutico con consecuencias para el paciente es un ejemplo de este tipo de indicador centinela.

Los estándares fijan los límites dentro de los cuales la práctica que realiza el profesional es aceptable y los límites fuera de los cuales hay que replantearse qué se está haciendo. Los estándares deben basarse en datos objetivos de resultados derivados de la experiencia o de la investigación en cada uno de los campos.

Modelos de Calidad

El concepto actual de calidad se relaciona con la idea de la mejora continua o ciclo PDCA. Lo que se busca es introducir sistemáticamente mejoras ya sea en los procesos de trabajo o en los resultados alcanzados. Las técnicas de evaluación y de mejora de la calidad que se utilizan habitualmente han demostrado su utilidad y han abierto la posibilidad de aplicar modelos de Calidad Total, por ejemplo ISO o EFQM en el ámbito de las organizaciones sociosanitarias y en las educativas.

La Norma ISO 9000 es uno de los referentes para trabajar en calidad más utilizado y más extendido entre los países occidentales. La Norma ISO permite a las organizaciones que recurren a ella mejorar su funcionamiento y coordinación, prevenir y detectar erro-

res e incrementar la satisfacción de sus clientes y realizar un mejor aprovechamiento de sus recursos. Esta Norma es aplicable por todas las organizaciones y sectores, existiendo experiencia en el ámbito sociosanitario y educativo en nuestro país que sugieren y hablan de la utilidad de esta Norma.

La norma ISO ayuda a racionalizar algunas tareas, a ser más exigentes en aquello que es estratégico, a revisar los motivos de error más frecuentes, a ser más conscientes de la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de otros grupos de interés, a promover mejoras en procesos de trabajo y resultados y, lo que es más importante, sentir que se hace un trabajo útil.

Al recurrir a la Norma ISO 9001:2000 la organización se obliga a poner en marcha un sistema de calidad, a implicar a las personas en procesos y resultados, a dejar evidencias de lo que se hace, a asegurar la trazabilidad, a conocer más concretamente las necesidades de nuestros clientes, a promover el conocimiento entre las personas de la organización y a aprovechar los recursos.

Las ventajas que aporta, en nuestra opinión, se resumen fundamentalmente en (Mira et al, 1998b; Lorenzo et al, 2002):

- Su enfoque hacia el cliente.
- Procesos integrados en donde se busca la mayor interrelación como beneficio añadido.
- Sistema de Calidad que integra la mejora continua como una parte esencial.
- Decisiones basadas en hechos y datos para asegurar estas mejoras.

La figura recoge los documentos que permiten documentar qué cómo y por qué se hace qué en la organización.



El Modelo Europeo de Excelencia, más conocido por sus siglas EFQM, surge como consecuencia de la pérdida de competitividad de las empresas europeas ante los premios Deming a la Calidad en Japón o Malcolm Baldrige en EE.UU. EFQM son las siglas de Premio Europeo a la Calidad que han dinamizado el mundo de la calidad en el Viejo Continente. Se trata de un modelo global para valorar la calidad de la gestión en el marco de las organizaciones. En esencia, el modelo EFQM es un conjunto de normas (recomendaciones o principios) para la gestión para aquellas organizaciones que desean ser “excelentes”, elaboradas mediante consenso de un nutrido número de expertos en diferentes materias ligadas al mundo de la calidad.

El modelo de la EFQM se basa en la siguiente premisa: la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales (EFQM, 2000). Aunque habitualmente se describe el modelo en base a cada uno de sus criterios de agentes y de resultados, lo cierto es que se trata de un modelo interactivo.

El primero de los agentes del modelo es el denominado liderazgo. En este caso las cuestiones clave hacen referencia a cómo los directivos y el staff de la organización facilitan que se logre la misión y los objetivos y cómo se implican personalmente en dichos logros. El criterio de estrategia hace referencia a cómo se implanta la misión mediante una estrategia claramente definida. El tercer criterio hace referencia a las personas (RRHH) de la organización. En concreto se abarca la gestión, desarrollo y aprovechamiento de las capacidades y del “conocimiento” de las personas. El criterio de recursos y alianzas tiene que ver con cómo se planifican y gestionan las alianzas con partners y cómo se aprovechan los recursos propios. El criterio de procesos es, sin dudar, clave y hace referencia a cómo se diseña, gestiona y mejoran los procesos para apoyar la estrategia.

En el caso del criterio de resultados de satisfacción de los clientes se trata de evaluar el éxito en satisfacer aspectos significativos para los clientes como son: expectativas y necesidades que se correspondan con áreas relevantes. El criterio de satisfacción del personal hace referencia a que la gestión, desarrollo y aprovecha-

miento de los RR.HH. de la que se hace gala en la organización debe lograr resultados tangibles medidos en forma directa, mediante encuestas, o en forma indirecta, como por ejemplo, tasas de absentismo, rotación, etc. Los resultados en la sociedad (entorno) se incluyen en el tercer criterio de resultados. Se valora aquí el impacto en el entorno más allá de sus obligaciones y responsabilidades con sus productos o servicios (por ejemplo, impacto en prensa, implicación con agentes sociales, organizaciones de pacientes, etc.), sin olvidar el impacto medioambiental de las actividades que se realizan. Por último, los resultados que son clave para la organización deben monitorizarse sistemáticamente. Estos resultados se refieren a si los logros que se alcanzan son los previstos conforme al rendimiento planificado (esperado). Pueden ser tanto económicos como asistenciales y se valora especialmente el logro de dichos resultados en función de los objetivos establecidos.

El modelo de la EFQM se basa en la autoevaluación y, solo para aquellas empresas que desean optar al premio europeo a la calidad, en una auditoría externa. La autoevaluación es entendida como un examen global y sistemático de las actividades y resultados de una organización que se compara con un modelo de excelencia empresarial (normalmente una organización puntera). La autoevaluación permite a las organizaciones identificar claramente sus puntos fuertes y sus áreas de mejora y, a su equipo directivo, reconocer las carencias más significativas, de tal modo que estén capacitados para sugerir planes de acción con los que fortalecerse. La auditoría externa, indicada solo en aquellos casos en que se requiere un reconocimiento por tercera parte, se realiza por auditores especializados en la aplicación del modelo que valoran cada uno de sus criterios en base a un sistema protocolizado de puntuaciones ponderadas.

Ideas para empezar a trabajar en Calidad

Quienes afrontan la tarea de implantar un Plan de Calidad o, sencillamente, de introducirse en el mundo de la Calidad, se encuentran ante un abanico de sugerentes propuestas que, aunque en esencia comparten una misma preocupación, presentan matices las unas respecto de las otras. Existen diferentes autores, diferentes modelos, diferentes ideas para implantar la Calidad en las organizaciones (Rosander, 1991; López y Gadea, 1995; Rodríguez-Marín et al, 1998).

Conocer las ideas de Juran, las propuestas de Deming, Crosby, o Hosin es una sencilla forma de empezar. Familiarizarse con la ISO o con EFQM recomendable. Conocer métodos de investigación cuantitativa y cualitativa ayudará a planificar el trabajo.

Algunas cuestiones clave sobre las que es conveniente reflexionar son: quiénes son nuestros clientes, cuáles son nuestros servicios; y si realmente ¿es nuestro servicio actual lo que necesitan nuestros clientes?

Es imprescindible que tengamos una idea clara de cuáles son las necesidades y expectativas de nuestros clientes y, a partir de aquí, pensar si nuestros servicios serán capaces de satisfacerlas (Maqueda y Llaguno, 1995).

Las necesidades y expectativas de los distintos tipos de clientes (¡ojo! también de los clientes internos) tendremos que traducirlas a un lenguaje que en nuestra organización sea fácilmente comprendido de tal modo que, con mínimo esfuerzo, se pueda posteriormente diseñar (o rediseñar) los procesos de trabajo para lograr satisfacer estos requerimientos.

Llegados a este punto es muy recomendable analizar el entorno, analizar la literatura especializada, otras experiencias. Qué han hecho otros. Qué resultó. Qué fracasó. En qué nos parecemos. En qué somos distintos. Quiénes son líderes en nuestro sector y por qué.

Definir entonces los criterios, identificar los indicadores más pertinentes, fiables y válidos y fijar estándares nos ayudará en nuestro enfoque hacia la calidad.

La labor profesional requiere de conocimientos y habilidades pero, también, de un método riguroso para aplicarlos. Reducir la variabilidad innecesaria y asegurar que la práctica responde a la evidencia disponible son las bases de la calidad profesional.

Referencias bibliográficas.

AENOR (2001). ISO 9000. *Guía y comentarios*. 3ª Edición. Madrid: AENOR.

Antoñanzas A. y Magallón R. (1997). Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno J, Gascón JJ y Parra P. (Eds.). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Du Pont Pharma. Madrid.

Delgado R. (1996). La variabilidad de la práctica clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 11: 177-183.

Donabedian A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (2): 166-206.

European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels 2000. <http://www.efqm.org>

Grönroos Ch. (1983) *Strategic management and marketing in the service sector*. Marketing Science Institute. Boston.

López J y Gadea A (1995) *Servir al ciudadano*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Lorenzo S, Mira JJ, Vitaller J, Arcelay A, Bacigalupe M, Palacio F, Ignacio E (2002) Utilitat del Model Europeu d'Excel·lència en el sector sanitari. *Temes d'Estrategia de la Qualitat*, 6:49-57.

Maqueda J y Llaguno J. (1995). *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

Maynard A (1987). Incentives for cost-effective physician behaviour. *Health Policy*, 7(2): 189-204

Mira JJ, Llinás G, Gil V, Lorenzo S, Palazón I, Orozco D (1999) Variabilidad en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos en función de los estilos de práctica del médico. *Atención Primaria*, 23(2):73-81.

Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. (1998) Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de Atención Primaria. *Atención Primaria*; 21:14-22.

Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 13:92-97.

Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, Marqués JA, Llinás G, Rodríguez MJ, Pino MA, Peralta JM, Ignacio JM, Ramos G, Aranaz J, Arriaga E, Orozco D, Gil V, Buil JA (1999). ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial*; 14:165-178

Mira JJ. *La evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria*. En prensa.

Murillo E. (1994). Protocolos. *Medicina Clínica*, 102: 659-660.

Rodríguez-Marín J, Gómez JM, Mira J, Blaya I, García A, Martínez-Herrera B y Sitges E (1998) *Las Siete Herramientas para la Calidad en la UMH*. Elche: Universidad Miguel Hernández.

Rosander AC (1991). *Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

Saura J. (1997). Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica clínica. En: Saturno P. (Ed). *Calidad asistencial en Atención Primaria*. Cap 20. Tomo III. Du Pont Pharma S.A.

Sackett, Rosenberg, Gary, Haynes, Richardson (1996) . Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-2.