

QUAD: una escala sencilla, válida y fiable para evaluar la calidad asistencial en el ámbito de las adicciones



QUAD: a simple, valid and reliable scale, for assessing the quality of care in the field of addictions

ANTONIO RIAL BOUBETA *^a JESÚS VARELA MALLOU ^a

^a Universidad de Santiago de Compostela, España

ABSTRACT

Different studies in the field of addictions have highlighted the importance of providing a good quality health care. Perceived quality as well as being an indicator of the degree of excellence achieved by an organization, is also an excellent predictor of the individual's attitude towards treatment and adherence. 931 users of public Galician health care services were interviewed in order to develop an empirical validation and a reliability study on a perceived quality scale. The SEM analysis carried out made possible to offer a simple and brief scale (only 14 items) with excellent psychometric properties ($\alpha=0,84$; criterion validity=64%), to be used to assess the quality of health care in the field of drug addiction.

Key Words: QUAD scale, Addiction, Quality of care

RESUMEN

Diferentes trabajos realizados en el ámbito de las adicciones han puesto de manifiesto la importancia de ofrecer una atención socio-sanitaria de calidad. La calidad percibida además de constituir un indicador del grado de excelencia alcanzado por una organización, es también un magnífico predictor de la actitud del individuo frente al tratamiento y su adherencia. Este trabajo se plantea con el objetivo de validar empíricamente una herramienta capaz de evaluar de manera válida y fiable la calidad percibida en este ámbito. Para ello fueron entrevistados 931 usuarios de las unidades asistenciales que integran actualmente la red de dispositivos del Servicio Gallego de Salud (España). La realización de diferentes análisis de estructuras de covarianza permite poner a disposición de profesionales e investigadores una herramienta sencilla y breve (de tan sólo 14 ítems) y con excelentes propiedades psicométricas ($\alpha=0,84$; validez de criterio=64%), que puede ser utilizada de forma regular para evaluar la calidad asistencial en el ámbito de las drogodependencias.

Palabras Clave: Escala QUAD, Adicciones, calidad asistencial

Recibido/Received: Diciembre 7 de 2011

Revisado/Revised: Marzo 25 de 2012

Aceptado/Accepted: Mayo 18 de 2012

*Correspondence / Correspondencia:

Antonio Rial Boubeta, Universidad de Santiago de Compostela, España Email: antonio.rial.boubeta@usc.es

Indexing / indexaciones

International Journal of Psychological Research se encuentra incluida en: Scopus, EBSCO (Academic Search Complete), Dialnet, Imbiomed, Doaj, Scirus, New Jour, Ulrichsweb, Pserinfo, Journal Seek, Google scholar.

La considerable inversión realizada en los últimos años en España en la asistencia a las adicciones se ha traducido en la necesidad de implementar mecanismos y/o sistemas adecuados para la evaluación de la calidad asistencial. La disminución de las cifras de consumo y la eficacia de los programas de tratamiento ofertados constituyen dos buenos indicadores a ese nivel, pero la propia calidad de la asistencia también ha de serlo. Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que es imposible ofrecer un servicio de calidad si no lo es además para el usuario, constituyendo un claro predictor de las actitudes y percepciones del individuo frente al tratamiento, condicionando su adherencia y, en buena medida, también su eficacia final (Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez, y Puerta, 2008; Fernández, 2004; Ibern, 1992; Pascoe, 1983; Rial, Torrado, Braña, y Varela, 2010; Slote & Gannon, 2008; Slote & McKeganey, 2007).

La preocupación por la medición de la calidad del servicio no es un hecho novedoso. A pesar de que en la actualidad los términos *Calidad* y *Excelencia* están de moda, convirtiéndose en la base del marketing de servicios a muchos niveles (entre ellos la atención socio-sanitaria), en el tránsito de la calidad a la excelencia se ha invertido casi un siglo (Camisón, González, y Cruz, 2006).

En la primera etapa (primera mitad del siglo XX), la sociedad industrial ponía el énfasis en el producto y su calidad técnica. En este contexto se impone el llamado *Paradigma del Control de Calidad*, centrado en que los productos cumplieran con las especificaciones técnicas intrínsecas a su fabricación y su funcionamiento. Tras la segunda guerra mundial se instauran los verdaderos sistemas de calidad en las organizaciones, con el fin de mejorar el rendimiento y reducir los costes derivados de la *no-calidad*. Se impone así el *Paradigma del Aseguramiento de la Calidad*, en el que se basan las primeras Normas ISO (*International Organization for Standardization*), aplicables fundamentalmente a los entornos industriales y donde el concepto "calidad" se refería al establecimiento y sistematización de los mecanismos necesarios para no sólo controlar, sino también *asegurar* el cumplimiento de determinadas especificaciones. La tercera revolución la constituye el paradigma de la *Gestión de la Calidad Total* (TQM, *Total Quality Management*), que se sustenta en el desarrollo de sistemas de gestión que sobrepasan la tradicional consideración de calidad, referida al producto o resultado. Desde esta perspectiva, la calidad total es una filosofía, una cultura cuyo fin último es alcanzar los beneficios a través de la excelencia en la gestión, para lo que es esencial la plena implicación de la dirección, la creación de una verdadera cultura de calidad y el compromiso de todo el personal en el proceso de mejora continua (Ferrando y Granero, 2005).

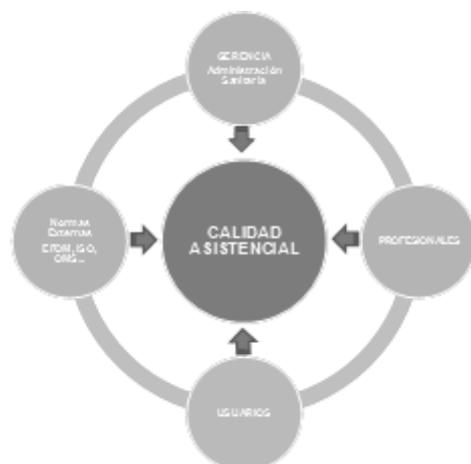
Los modelos de calidad total, como el *Malcom Baldrige* en los Estados Unidos, o el Modelo Europeo de Excelencia (promovido por la *European Foundation for Quality Management*, y conocido como *Modelo EFQM*),

comprenden no sólo un sistema que asegura y garantiza los requisitos especificados para diferentes productos y servicios, sino también los procesos de la organización, la optimización de los recursos, la motivación y formación del personal y, por supuesto, la satisfacción y percepciones del cliente o usuario, que pasa a convertirse en el centro de la organización (Fisk, Brown, & Bitner, 1995; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

El ámbito de los servicios sanitarios no es ajeno al impacto que los nuevos modelos de gestión han tenido en nuestra sociedad. En las dos últimas décadas muchos investigadores han centrado sus esfuerzos en la aplicación de estos principios al sector público y, particularmente, a los servicios sanitarios (Arcelay et al., 1999; Arnáez, Marina, Secades, y Fernández, 2004; Bansal, 2004; Lamata, Conde, Martínez, y Homo, 1994; Mira, Aranaz, Lorenzo, Rodríguez, y Moyano, 2001; Rivers & Bae, 1999; Rothschild, 1999; Trenchard & Dixon, 1999; Varela, Rial, y García, 2003).

La calidad de un servicio de salud no la define la organización en solitario, sino que lo hace *con el propio usuario*, por lo que se hace necesario *entender* el servicio desde su perspectiva y desarrollar instrumentos capaces de *pulsar* de una manera válida y fiable su punto de vista. La calidad, por tanto, es un constructo complejo y de carácter multidimensional, que debe ser abordado desde perspectivas complementarias (Figura 1): (1) teniendo como referencia las normas y estándares externos existentes; (2) en coherencia con las propias organizaciones sanitarias, las sociedades y colegios profesionales (médicos, psicólogos, etc..) y la Administración Sanitaria de cada país o comunidad (iniciativas y experiencias previas, protocolos de actuación, normas y guías existentes ...); (3) teniendo en cuenta las opiniones y la experiencia de los diferentes profesionales que intervienen en la prestación del servicio; y, (4) incorporando las percepciones y el sentir de los propios usuarios.

Figura 1. Elementos que deben servir para configurar la calidad asistencial (elaboración propia)



El problema de las drogas en España ha sido especialmente delicado. A principios de los años 80 el consumo de drogas se convirtió en uno de los principales problemas a nivel social y sanitario. La incidencia del consumo y su impacto social alcanzaron cifras alarmantes, lo que convertía la situación en una auténtica epidemia. La necesidad de ordenar y vertebrar la lucha contra las drogodependencias pasaba necesariamente por una intervención decidida de las instituciones y la coordinación de diferentes niveles de la Administración Pública. Como consecuencia, se crea en 1985 el Plan Nacional sobre Drogas (PND) y un año después el Plan Autonómico sobre Drogodependencias que, en 1996 pasa a denominarse *Plan de Galicia sobre Drogas* (PGD) (Varela, Rial, Braña, y Lamas, 2009).

A día de hoy la Red de Tratamiento de Conductas Adictivas de Galicia está compuesta por 17 unidades asistenciales, 10 Unidades de Día y 3 comunidades terapéuticas, en las que trabajan cerca de 300 profesionales, que atienden regularmente a más de 13.000 usuarios. Tras 25 años de intenso y continuado trabajo, sus responsables decidieron asumir un nuevo compromiso e iniciar el proceso de implantación del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) en su red asistencial, asesorados por la Unidad de Psicología del Consumidor y Usuario de la Universidad de Santiago de Compostela.

Más allá de la acreditación alcanzada a través del sello europeo de calidad, la realización de este trabajo, además de favorecer la propia calidad de la atención y promover la mejora continua, ha ayudado a resolver algunos problemas prácticos a nivel de investigación. Uno de ellos es precisamente el objetivo de este trabajo: elaborar una medida válida y fiable de la calidad de la atención al drogodependiente, desde el punto de vista de sus propios usuarios. Con el trabajo empírico desarrollado y los análisis psicométricos correspondientes, lo que se pretende es poner en manos de profesionales e investigadores una herramienta breve y de fácil aplicación, que recoja las dimensiones relevantes del servicio, y que permita evaluarlo de forma regular.

MÉTODO

Participantes

Para dar cuenta del objetivo planteado se recurrió a una metodología de tipo correlacional o selectivo, consistente en la realización de una encuesta entre los usuarios de las unidades asistenciales que integran actualmente la red pública de atención al drogodependiente de la comunidad gallega (región ubicada en el noroeste de España). La población o universo objeto de estudio estaba conformada por los más de 13.000 individuos atendidos regularmente en la red asistencial gallega. La muestra estuvo compuesta por un total de 931 individuos (692 hombres y 239 mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años (\bar{X}

=40,01; $S_x=9,91$). Para alcanzar la mayor representatividad posible se utilizó un muestreo por cuotas, en función de la Unidad Asistencial y del Tipo Programa, a partir de los datos oficiales ofrecidos por la propia Administración. Concretamente, el 48,9% de los entrevistados participaba en un Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos (PTDO), el 26,4% en un Programa de Tratamiento General de Alcoholismo (PTA), el 11,8% en un Programa de Tratamiento Libre de Drogas (PTLD), el 6,9% en un Programa de Tratamiento para Dependencia a Psicoestimulantes (PTDP), el 2,1% en un Programa de Tratamiento con Interdictores de Alcohol (PTIA) y el 1,6% en un Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos (PTANO). El 2,3% restante participaba en más de un programa de forma simultánea. Además, el 28,3% de los entrevistados llevaba menos de un año en tratamiento, el 21,2% entre 1 y 3 años, el 29,2% entre 3 y 10 años, y el 21,2% restante más de 10 años.

Instrumentos

El presente estudio se enmarca dentro de un trabajo más amplio encaminado a evaluar el funcionamiento de los dispositivos asistenciales de atención al drogodependiente en Galicia (Varela et al., 2009). Por ello para la recogida de datos se utilizó un cuestionario en el que se incluía además la escala de calidad percibida a validar, algunos bloques con preguntas adicionales. En lo que se refiere a la escala, ésta estaba compuesta por 14 ítems, elaborados fundamentalmente a partir del trabajo previo de Rial et al. (2009), así como de las propias aportaciones realizadas por los profesionales del Plan de Galicia sobre Drogas. La escala daba cuenta de tres dimensiones esenciales del servicio. La primera dimensión se refiere a la *Accesibilidad* e incluye 3 elementos: ubicación del centro (ítem 1), proximidad (ítem 2) y comunicaciones (ítem 3). La segunda dimensión se refiere a las *Instalaciones* y consta de 5 elementos: amplitud y comodidad (ítem 4), limpieza e higiene (ítem 5), disponibilidad de espacios (ítem 6), señalización de las distintas dependencias (ítem 7) y estado de conservación (ítem 8). La tercera dimensión se refiere al *Personal* y consta de 6 elementos: trato y amabilidad (ítem 9), interés por entender y solucionar el problema del usuario (ítem 10), discreción y confidencialidad (ítem 11), confianza (ítem 12), información (ítem 13) y tiempo dedicado (ítem 14). Las respuestas se operativizaban en una escala tipo Likert de 5 puntos, pidiéndole a los sujetos que valorasen cada elemento entre "1" (Muy mal), "2" (Mal), "3" (Regular), "4" (Bien) y "5" (Muy bien).

Para estudiar posteriormente la validez de criterio de la escala, se añadieron tres ítems más con los que se pretendía conocer el nivel de desempeño o *Performance* alcanzado en el servicio, siempre desde el punto de vista del propio usuario. A cada participante se le pedía que manifestase en una escala de 1 a 5 su grado de *Satisfacción con la Atención recibida*, su *Valoración*

Global de la Experiencia en el centro, así como la Valoración de la Mejora experimentada a nivel personal.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos mediante una entrevista personal, por un equipo de seis psicólogos/as de la Universidad de Santiago de Compostela, ajenos a las propias unidades asistenciales y a sus profesionales, aunque con el consentimiento de sus responsables. Las entrevistas fueron realizadas en una sala del propio centro, de forma individual (garantizando la confidencialidad de la información), en diferentes días y a diferentes horas en cada caso, accediendo de este modo a la mayor heterogeneidad de usuarios y realidades posible. En ningún momento se les pedía a los entrevistados su nombre o datos personales, insistiendo en el anonimato de sus respuestas.

Análisis de datos

En primer término se procedió a una depuración de los datos, eliminando todos aquellos cuestionarios que presentasen valores ausentes en algún ítem. Como consecuencia, la muestra definitiva para el análisis fue de 893 sujetos que habían cumplimentado la totalidad de ítems de la escala. Seguidamente se calcularon los descriptivos para cada uno de los 14 elementos, estudiando su asimetría y curtosis, junto con la normalidad, tanto a nivel univariado como multivariado. En segundo término, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), para estudiar la validez de constructo de la escala. A pesar de la ausencia de normalidad, los parámetros fueron estimados mediante el método de Máxima Verosimilitud

(ML), habida cuenta de que trabajos como el de Curran, West y Finch (1996), Tomás y Oliver (1998) o Rial, Varela, Abalo y Lévy (2006), señalan que el método ML es razonablemente robusto ante el incumplimiento de normalidad, cuando se trabaja con muestras grandes y, en cualquier caso, el posible sesgo en la estimación suele informar de un ajuste peor del real. No obstante, se utilizaron de manera complementaria otros procedimientos, tales como Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS), Mínimos Cuadrados No Ponderados (ULS) y Asintóticamente Libre de Distribución (ADF), obteniendo resultados muy similares. Para intentar garantizar la estabilidad de los resultados se realizó además una *validación cruzada*, comparando el ajuste del modelo para dos submuestras diferentes, obtenidas a partir de la división aleatoria de la base de datos original en dos mitades.

RESULTADOS

La Tabla 1 recoge las medias y desviaciones típicas de los 14 ítems, así como los valores de asimetría y curtosis estandarizados y el índice de homogeneidad de cada elemento (IHc). Como se puede observar, todos los ítems presentan valores estandarizados de asimetría superiores a 3, evidenciando una marcada asimetría negativa, mientras que los valores de curtosis son por lo general, moderados. Se aplicó un contraste de normalidad K-S (con la corrección de Lilliefors), obteniendo como resultado que todos los ítems seguían una distribución que no se puede considerar normal. Por su parte, el coeficiente de Mardia fue de 137,24, por lo que debía rechazarse también la hipótesis de normalidad multivariante.

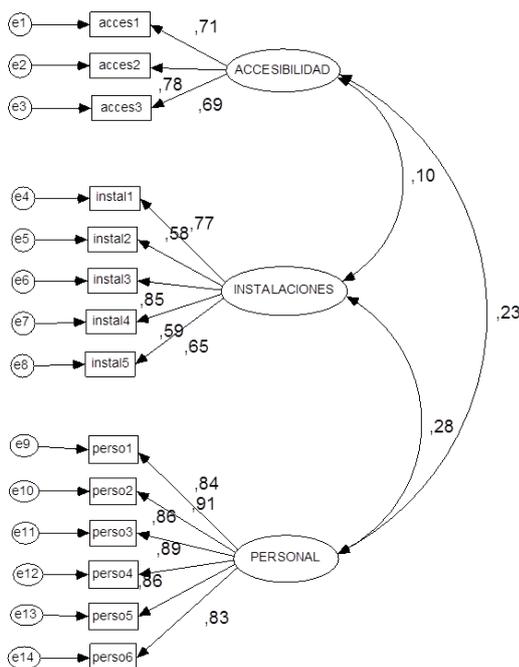
Tabla 1. Descriptivos de los 14 ítems que componen la escala

ELEMENTOS DEL SERVICIO		Media	D.T.	Asimetría	Curtosis	IHc
ACCESIBILIDAD						
Ítem 1	Ubicación del Centro	3,87	,66	-14,50	1,23	,32
Ítem 2	Proximidad o distancia que está de tu casa	4,10	,47	-5,03	-0,72	,31
Ítem 3	Comunicaciones para llegar a tu Centro	3,89	,67	-15,30	1,36	,36
INSTALACIONES						
Ítem 4	Amplitud y Comodidad de las salas, despachos, ...	3,86	,71	-18,45	4,07	,40
Ítem 5	Limpieza e Higiene	3,89	,68	-10,28	9,54	,47
Ítem 6	Disponibilidad de espacios	4,40	,62	-19,40	4,60	,38
Ítem 7	Señalización adecuada de las diferentes dependencias	4,32	,70	-18,41	3,35	,41
Ítem 8	Estado de Conservación del edificio	4,37	,62	-14,97	3,26	,31
PERSONAL						
Ítem 9	Trato y Amabilidad	4,31	,68	-8,80	0,52	,64
Ítem 10	Interés del personal por entender y solucionar su problema	4,29	,70	-13,10	2,04	,67
Ítem 11	Discreción y Confidencialidad	4,22	,75	-12,77	2,96	,65
Ítem 12	Grado de Confianza que le transmite el personal	3,87	,66	-12,10	2,10	,66
Ítem 13	Información proporcionada por el personal	4,10	,47	-14,40	2,82	,66
Ítem 14	Tiempo que le han dedicado	3,89	,67	-12,77	1,71	,65

Como se puede observar también en la Tabla 1, aunque las valoraciones son muy positivas, los promedios más altos corresponden a los ítems referidos a las Instalaciones (*Disponibilidad de espacios, Estado de conservación del edificio y Señalización*), seguido de algunos elementos referidos al *Personal* (especialmente dos: el *Trato y amabilidad* y el *Interés por entender y solucionar su problema*). Por su parte, los elementos con peores valoraciones son: la *Amplitud y comodidad de las salas, la Ubicación del centro* y el *Grado de confianza que le transmite el personal*. Por lo que se refiere a la variabilidad de los datos, la desviación típica de los ítems está casi siempre por debajo de 0,70, lo cual revela cierta homogeneidad en las respuestas de los entrevistados. En cuanto al índice de homogeneidad corregido (IHC, correlación entre la puntuación en el ítem y el total de la escala sin contar el ítem) los valores de los elementos de la dimensión *Accesibilidad* (ítem 1, ítem 2 e ítem 3), presentan valores inferiores al resto, lo cual revela que miden o recogen aspectos del servicio en buena medida diferentes de los demás.

Para analizar la estructura interna de la escala se ejecutó un análisis factorial confirmatorio (AFC), partiendo del modelo teórico de tres dimensiones o factores planteado en el trabajo de Rial et al., (2009). Todos los parámetros estimados (Figura 2) fueron estadísticamente significativos ($p < 0,01$) y en general las saturaciones o cargas factoriales (λ) presentaban valores elevados, sobre todo en el caso del *Personal*. La escasa correlación entre factores o dimensiones ($\varphi < 0,30$) supone además una evidencia de su validez discriminante (Figura 2).

Figura 2. Parámetros estimados estandarizados del Modelo AFC



Por lo que se refiere al ajuste del modelo, tal y como recomiendan autores como Byrne (2009, p. 73-84), Hu & Bentler (1999, p. 27-28) o Kline (2005, p. 133-145), para una mejor evaluación del mismo se consideraron de manera simultánea varios índices: χ^2 , χ^2/df , GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y TLI (*Tucker Lewis Index*) y RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Siguiendo las recomendaciones de Steiger (1998) en el caso del RMSEA se incluyeron también los intervalos de confianza para el 90%. Como se puede observar en la Tabla 2, el ajuste de la escala al modelo teórico de partida es elevado, obteniéndose valores de GFI, CFI y TLI superiores a 0,95 y AGFI y NFI superiores a 0,90. Algo similar puede decirse del valor de RMSEA (0,059), por debajo del valor 0,06 recomendado por Hu y Bentler (1999). Por otra parte, el nivel de ajuste encontrado en las dos submuestras aleatorias es prácticamente idéntico.

Para estudiar la consistencia interna se calculó el coeficiente α de Cronbach, obteniéndose un resultado aceptable tanto a nivel particular ($\alpha_{\text{Accesibilidad}} = 0,77$; $\alpha_{\text{Instalaciones}} = 0,81$; $\alpha_{\text{Personal}} = 0,94$), como global ($\alpha_{\text{Global}} = 0,84$), sobre todo si se tiene en cuenta el reducido número de ítems que compone cada dimensión (entre 3 y 6). De manera complementaria, dado que el formato de respuesta utilizado era una escala ordinal, se calculó el coeficiente α para variables ordinales, tal y como se propone en el trabajo de Elosúa y Zumbo (2008). Los resultados obtenidos permiten corregir ligeramente al alza los valores alfa de Cronbach, obteniéndose un α de 0,78 para la *Accesibilidad*, 0,82 para las *Instalaciones* y 0,96 para el *Personal*.

Por último, con el fin de informar de la validez de criterio, se estudió la relación entre la calidad percibida del servicio y la valoración global de éste, o nivel de desempeño alcanzado. Para ello se llevó a cabo un análisis causal de estructuras de covarianza, a partir del modelo AFC al que se incorporó una medida del *Performance* compuesta por tres indicadores: (1) la *Satisfacción del usuario con la Atención recibida*, (2) la *Valoración Global de la Experiencia en el centro* y, (3) la *Valoración de la Mejora experimentada a nivel personal*. En consecuencia, se disponía de un modelo causal recursivo, con una variable latente endógena definida por tres indicadores. El análisis se llevó a cabo utilizando de nuevo el Método de Máxima Verosimilitud. Los parámetros estimados se recogen en la figura 3.

Aunque todos los parámetros resultaron estadísticamente significativos ($p < 0,05$), el peso de la dimensión *Accesibilidad* ($\gamma = 0,07$) y de la Dimensión *Instalaciones* ($\gamma = 0,08$), es muy reducido, lo que da cuenta del papel secundario que tienen para el usuario. Por el contrario, el peso asociado al *Personal* es muy elevado ($\gamma = 0,76$). Cabe añadir que el ajuste del modelo a los datos empíricos es alto (Tabla 3) y que la medida de la Calidad

Percibida realizada a través de las tres dimensiones que recoge la escala consigue explicar el 64% de la varianza del Desempeño ($R^2=0,64$), si bien se debe casi en su totalidad a los elementos relacionados con el Personal. De

hecho si se decide prescindir de las otras dos dimensiones, la capacidad explicativa de la escala sería prácticamente la misma ($R^2=0,63$).

Tabla 2. Indicadores de bondad de ajuste del modelo AFC

	χ^2	gl	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA [IC]*
Muestra Global	307,12	74	<,001	4,15	,95	,93	,97	,96	,96	,059 [.053-.066]
Mitad 1	206,55	74	<,001	2,79	,94	,91	,96	,94	,95	,063 [.053-.074]
Mitad 2	230,13	74	<,001	3,11	,93	,91	,96	,94	,95	,069 [.059-.079]

* Intervalo de Confianza para el estadístico RMSEA para el 90%

Figura 3. Parámetros estimados estandarizados del Modelo Causal de Estructuras de Covarianza

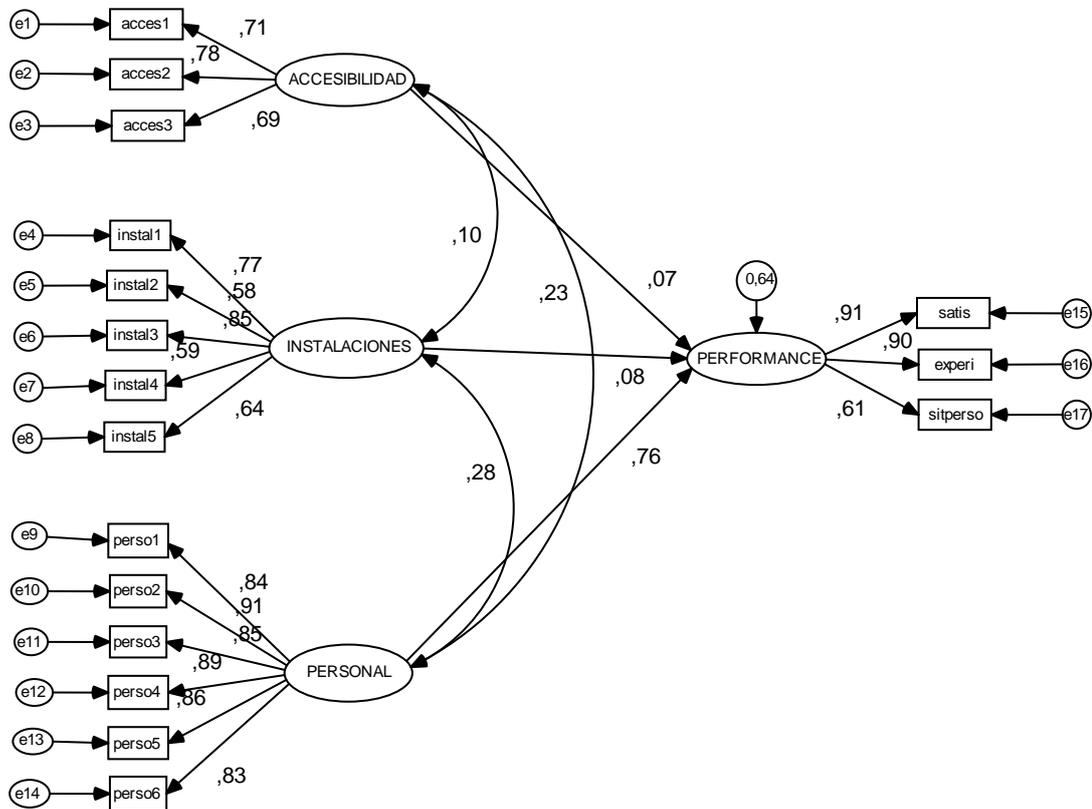


Tabla 3. Indicadores de bondad de ajuste del modelo Causal

χ^2	Gl	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA [IC]*
373,23	113	<0,001	3,30	,95	,93	,97	,96	,97	,051 [.045-.057]

* Intervalo de Confianza para el estadístico RMSEA para el 90%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El concepto de calidad ha ido adquiriendo en los últimos años un enorme protagonismo, que se ha visto reflejado también en el ámbito de los servicios sanitarios. Los modelos actuales de gestión, como es el caso del modelo europeo EFQM, destacan la necesidad de incorporar las percepciones de los usuarios a la propia evaluación de la calidad, de modo que no es posible hablar de calidad total sino se incorpora al sistema una medida de la calidad percibida. Este razonamiento se ha hecho extensivo también al terreno de la atención al drogodependiente. Ofrecer una atención socio-sanitaria de calidad a las personas con problemas de consumo de drogas pasa por conocer sus demandas y necesidades, sus percepciones y sus valoraciones.

Pero la tarea de evaluar la calidad percibida no es fácil (Varela et al., 2003). En muchas ocasiones el término calidad se ha confundido con el término satisfacción. En otras la preocupación de los profesionales se ha traducido en la elaboración de cuestionarios con preguntas de índole muy diversa y diferentes formatos de respuesta, que no siempre se han acompañando de un estudio psicométrico previo y, en consecuencia, la información que de ellos se deriva no siempre podía interpretarse con garantías. En otras ocasiones, el excesivo celo de los investigadores ha derivado en largas listas de ítems que, si bien permiten evaluar casi con exhaustividad el funcionamiento de un servicio, resultan difícilmente asumibles o aplicables en la práctica. He aquí que la intención de este trabajo haya sido contribuir a resolver un problema práctico, tanto en la investigación como en la gestión: poner en manos de investigadores y profesionales una escala breve y fácil de aplicar, que recoja realmente los elementos relevantes de la atención al drogodependiente y que permita hacer un seguimiento del funcionamiento del mismo, con un mínimo de garantías psicométricas.

El trabajo de evaluación encargado por los responsables del Plan de Galicia sobre Drogas constituyó una magnífica oportunidad para ello. La disponibilidad de una muestra de 931 individuos que acudían regularmente a las unidades asistenciales de nuestra región, y los análisis realizados, permiten presentar un instrumento sencillo (sólo 14 ítems), con excelentes propiedades psicométricas y de notable utilidad para los investigadores y para la propia administración sanitaria.

A su elevada consistencia interna y su validez factorial o de constructo es preciso añadir su notable validez de criterio. La medida de la calidad percibida desarrollada posee una estrecha relación con el desempeño que la atención socio-sanitaria alcanza, en la medida en que permite explicar y predecir la satisfacción global del usuario, su situación personal y la valoración de la mejora experimentada. Un análisis más profundo de este tipo de relaciones ha permitido remarcar la importancia que el personal o capital humano de la red asistencial tiene en la configuración de la calidad de la atención. Si bien los

aspectos vinculados a las instalaciones y equipamientos de los centros, su ubicación y su accesibilidad son cuestiones que no deben ser descuidadas, lo realmente sustancial de la atención al drogodependiente es su dimensión humana y, por tanto, el eje sobre el que pivota la calidad del servicio. La vertiente humana de la asistencia al drogodependiente, inherente al tratamiento y decisiva en la evolución del sujeto, debe constituir, por tanto, uno de las principales líneas de actuación en este campo.

Como consecuencia, tal y como han recalado algunos trabajos previos (Becoña, Llopis, y Bobes, 2000; Pascual, 1999; Rial et al., 2010; Slote & Gannon, 2008), buena parte de los esfuerzos deben centrarse en proporcionar a los profesionales la formación necesaria para afrontar las nuevas demandas de su trabajo (favoreciendo su reciclaje permanente), en promover un entorno de trabajo adecuado y también en favorecer una mayor participación de los profesionales en la gestión, incorporando así su experiencia a la organización de los servicios socio-sanitarios.

REFERENCIAS

- Arcelay, A., Sánchez, E., Hernández, L., Inclán, G., Bacigalupe, M., & Letona, J. (1999). Self-assessment of all the health centres of public health service through the European Model of Total Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 54-58.
- Arnáez, C., Marina, P. A., Secades, R., y Fernández, J. R. (2004). Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. *Adicciones*, 16, 81-90.
- Bansal, M. K. (2004). Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(4), 180-188.
- Becoña, E., Llopis, J. J., y Bobes, J. (2000). La formación continuada en drogodependencias. *Adicciones*, 12, 3-5.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Psychology Press.
- Camisión, C., González, T., y Cruz, S. (2006). *Gestión de la calidad*. Madrid: Pearson Educación.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.
- Domínguez, A. L., Miranda, M. D., Pedrero, E. J., Pérez, M., y Puerta, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10, 112-120.
- Elosúa, P. y Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20, 896-901.

- Fernández, J. J. (2004). Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. *Adicciones*, 16, 109-116.
- Ferrando, M. y Granero, J. (2005). *Calidad Total: Modelo EFQM*. Madrid: FC Editorial.
- Fisk, R. P., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (1995). Services management literature overview: a rationale for interdisciplinary study. En W. J. Glynn & J. G. Barnes (eds.), *Understanding Services Management* (pp.11-27). Chichester: John Wiley.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Ibern, P. (1992). La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria*, 6, 176-185.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B., y Horno, M. (1994). *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mira, J. J., Aranz, J., Lorenzo, S., Rodríguez, J., y Moyano, S. (2001). Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13, 581-585.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pascual, C. (1999). Calidad asistencial en drogodependencias. *Trastornos adictivos*, 1, 48-63.
- Rial, A., Varela, J., Abalo, J., y Lévy, J. (2006). El Análisis Factorial Confirmatorio. En J. P. Lévy, y J. Varela (coord.), *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales*. A Coruña: Netbiblo.
- Rial, A., Lamas, L., Braña, T., y Varela, J. (2009). La evaluación de la atención al drogodependiente desde el punto de vista de los propios usuarios. *Psicothema*, 21, 206-212.
- Rial, A., Torrado, N., Braña, T., y Varela, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22, 574-580.
- Rivers, P. A. & Bae, S. (1999). Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations. *Total Quality Management*, 10(2), 281-289.
- Rothschild, M. L. (1999). Carrots, sticks, and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of Marketing*, 63, 24-37.
- Slote, Z. & Gannon, M. (2008). Drug misuse treatment services in Scotland: Predicting outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 271-276.
- Slote, Z. & McKeganey, N. (2007). Client perceptions of drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, prevention and policy*, 14, 49-60.
- Steiger, J. H. (1998). A note on multiple sample extensions of the RMSEA fit index. *Structural Equation Modeling*, 5, 411-419.
- Tomás, J. M. & Oliver, A. (1998). Response format and method of estimation effects on confirmatory factor analysis. *Psicothema*, 10, 197-208.
- Trenchard, P. M. & Dixon, R. (1999). Total quality management in non-profit secondary health care. *Total Quality Management*, 10, 979-986.
- Varela, J., Rial, A., y García, E. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema*, 15, 656-661.
- Varela, J., Rial, A., Braña, T., y Lamas, L. (2009). *Avaliación da atención ao drogodependente en Galicia dende o punto de vista dos propios usuarios. Claves para a mellora continua*. Santiago: Xunta de Galicia.