



Observatorio de Salud Laboral

www.osl.upf.edu

MARCO CONCEPTUAL Y CRITERIOS DE CALIDAD APLICABLES A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Revisión Bibliográfica

P. Boix, V. Arizo, A. M. García, J. M. Gil



Financiado con una ayuda del Instituto Nacional de
Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2007

Introducción

Conseguir una mayor eficacia en las políticas de salud y seguridad en el trabajo requiere complementar los instrumentos jurídicos existentes con firmes compromisos estratégicos para garantizar su implantación social efectiva¹.

Entre dichos compromisos estratégicos, la mejora de los servicios de salud en el trabajo se considera un “elemento esencial para conseguir un entorno laboral saludable y sostenible con un impacto positivo en la salud pública de toda la sociedad”².

Parece existir un amplio consenso sobre la tesis de que aplicando una política de calidad a los servicios de prevención, capaz de superar la actual práctica de prestaciones básicamente documentales³, mejoraría sensiblemente la efectividad global del sistema de prevención de riesgos laborales en España^{4,5}.

Sin embargo, en nuestro medio se han realizado pocos intentos de aproximación sistemática al estudio de la calidad de los servicios de prevención y ninguno de ellos ha sido publicada en revistas científicas⁶⁻⁹.

Con el fin de contribuir a abordar rigurosamente este objetivo estratégico, y como parte integrante de un proyecto más amplio impulsado desde el Observatorio de Salud Laboral¹⁰, se plantea la realización de una revisión bibliográfica sobre la calidad de los servicios de salud en el trabajo con el fin de recopilar y sintetizar la información disponible al respecto en la literatura científica.

La pregunta que nos hemos formulado es: *¿qué se ha publicado en la literatura científica sobre la calidad de los servicios de salud en el trabajo y en qué medida lo publicado puede ayudarnos a entender qué es y cómo se evalúa un servicio de prevención de calidad?*

El objeto, pues, de la presente revisión es doble:

- a) identificar los *elementos conceptuales* que nos ayuden a comprender el significado del concepto de calidad aplicado a los servicios de prevención;

- b) extraer de la literatura científica los *criterios generales* utilizados como referentes para evaluar la calidad de dichos servicios.

Metodología

El primer paso en la búsqueda bibliográfica sobre los elementos constitutivos del concepto de calidad de los servicios de salud laboral ha sido revisar varios libros esenciales y monografías:

- Menckel E, Westerholm P. Evaluation in occupational health practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999¹¹
- Westerholm P, Baranski B. Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services. Bilthoven, WHO European Centre for Environment and health; 1999²
- Lehtinen S. (ed) Good Occupational Health Practice and Evaluation of Occupational Health Services. Peopel and Work Research Reports 24. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1999¹²
- Lie A, Bjornstad O, Jakobsen K. Good Occupational Health Service. Workbook with audit matrix. Version 5/2000. National Institute of Occupational Health, Norway; 2000¹³
- Rantanen J (ed) Survey of the quality and effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland. Peopel and Work Research Reports 45. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2001¹⁴
- Taskinen H (ed) Good Occupational Health Practice. Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki: Edita Oys; 2001¹⁵
- Lie A, Baranski B, Husman K, Westerholm P. Good Practice in Occupational Health Services: a contribution to workplace health. WHO Regional Office for Europe; 2002¹⁶
- Fedotov IA, Saux M, Rantanen J. Servicios de Salud en el Trabajo. En: Stellman JM.(ed) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OIT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998 (pp.16.1-16.67)¹⁷

A partir de las citas bibliográficas contenidas en estas publicaciones se han recuperado diversos artículos relevantes. Se han obtenido las palabras clave referidas en estos artículos, elaborando una lista con todas ellas y seleccionando las que agrupaban un mayor número de términos. A continuación se han contrastado con el Tesauro de Medline, identificando dos de ellos. Se ha realizado una búsqueda con dichos términos MeSH en Medline sin ningún límite, cuyas palabras clave y resultados son:

1. MeSH term: Occupational health services (organization and administration AND standards AND trends) = 4245 artículos.
2. MeSH term: Quality assurance, health care = 153.127 artículos

De la combinación de los dos términos se ha obtenido un total de 242 artículos, de los que se han preseleccionado 46 a partir de la lectura de los resúmenes publicados.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados han sido:

- 1) Deben incluir algún aspecto de evaluación de los servicios de salud en el trabajo siempre que no se refieran exclusivamente a actuaciones sobre individuos.
- 2) Se excluyen artículos cuyo objeto de estudio sea la gestión de la salud y seguridad en el trabajo por parte de la empresa y no la actividad de los servicios de salud en el trabajo.
- 3) Se incluyen todos los artículos referentes a la satisfacción del usuario/cliente
- 4) Se incluyen todos los artículos que describen la situación de los servicios de salud laboral en un determinado país.
- 5) Los idiomas de inclusión han sido: inglés, francés, italiano y español.

La exhaustividad de la búsqueda se ha completado revisando la bibliografía relevante citada en los artículos seleccionados y realizando búsquedas cruzadas con otros términos o palabras clave en búsqueda libre y combinaciones de ellas.

También se ha realizado una búsqueda de literatura gris a través de Internet introduciendo como criterios de búsqueda las palabras clave obtenidas anteriormente así como los autores relevantes identificados en el proceso de revisión de los artículos científicos pertinentes. Se han recuperado por este método monografías e informes de organizaciones internacionales como la OMS o la OIT que se han utilizado principalmente para clarificar conceptos, estructurar la información y reforzar los conocimientos teóricos del equipo de trabajo.

Tanto la selección de artículos relevantes como la lectura crítica de los mismos se ha realizado utilizando la metodología de los pares de revisión, asegurando la objetividad en los procesos y el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Resultados

Descripción de los hallazgos y de los documentos seleccionados

Los 46 artículos preseleccionados provenientes de revistas científicas indexadas en Bases de Datos informatizadas han sido recuperados y, tras la lectura de los mismos, se han considerado como relevantes 35 artículos. Estos artículos se han clasificado en tres categorías atendiendo a su temática principal:

- a) artículos que describen la situación de los servicios de prevención en diferentes países: 9 artículos
- b) artículos que exponen conceptos y metodologías referentes a la evaluación de la calidad de los servicios de prevención: 15 artículos
- c) artículos que plantean la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo a partir de la satisfacción de los clientes, usuarios o grupos de interés: 11 artículos

Por otra parte, desde el punto de vista del enfoque, cabe hacer distintas clasificaciones. Un grupo de 14 artículos (el más numeroso) se orientan principalmente a la proposición de pautas metodológicas, 13 de ellos aportan datos empíricos y uno se limita a formular una metodología de trabajo. Otros 11 artículos pueden considerarse totalmente empíricos. Otro grupo de 10 artículos se orientan a la aportación de elementos conceptuales, 9 de ellos de forma exclusiva sin aportar datos empíricos y uno, aportando datos.

La mayor producción científica tiene lugar desde 1998 hasta la actualidad, no encontrándose referencias frecuentes anteriores a los años 90. Los grupos de trabajo más productivos son los de los países nórdicos y los países bajos, así como los grupos de trabajo promovidos por organizaciones internacionales y europeas como la OMS o la OIT. Son escasos los hallazgos sobre trabajos realizados fuera del continente europeo.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica: artículos considerados relevantes ordenados por fecha de publicación

AÑO	AUTOR	CAT	OBJETIVO	APORTACIONES
1993	Parillo VL ¹⁸	C	Aplicar la teoría de Análisis de Sistemas a la sanidad describiendo un servicio de salud laboral como subsistema.	Teoría de Análisis de Sistema
1993	Van Dijk FJH ¹⁹	C	Análisis de 4 instrumentos de evaluación de la calidad aplicables a los servicios de salud en el trabajo	Criterios de evaluación de "de Kort"
1993	Plomp HN ²⁰	S	Evidenciar las discrepancias entre lo que los médicos y los trabajadores consideran como "de origen laboral"	Factores explicativos de las discrepancias observadas
1993	Draaisma D ²¹	S	Plantear cuestiones para el debate sobre la calidad de los Servicios de Salud Laboral en los Países Bajos.	"Inter-rater approach" "Constituency approach"
1993	Rogers B ²²	S	Evaluación de la satisfacción de los empleados en un servicio de prevención.	Relaciones entre satisfacción, utilización del servicio y costes.
1994	Ritchie KA ²³	S	Determinar las actitudes y percepciones de los trabajadores sobre los servicios de salud en el trabajo.	Satisfacción de los empleados públicos.
1994	Williams N ²⁴	S	Comparación de puntos de vista de los proveedores y los clientes sobre la importancia de las diferentes funciones de los servicios de salud en el trabajo	Funciones de los servicios de prevención.
1995	Kahan E ²⁵	S	Conocer el grado de satisfacción del consumidor con el programa "Servicio de Higiene Laboral" del Instituto de Salud Laboral de la Universidad de Tel Aviv.	Cuestionario de satisfacción del consumidor.
1996	Weel ANH ²⁶	C	Evaluación de la calidad de los programas específicos para cada empresa de los servicios de salud en el trabajo.	"Differential approach"
1996	Dyck D ²⁷	S	Definir calidad de un servicio de salud en el trabajo desde la óptica de la enfermería de salud laboral.	Instrumentos SERVQUAL
1997	Räsänen K ²⁸	P	Describir los inputs/outputs de los servicios de salud laboral en Finlandia para un sistema de seguimiento.	Tipos de servicios de salud laboral
1997	Kujala V ²⁹	S	Definir prioridades para la mejora del servicio de prevención en una unidad de atención primaria de salud.	Satisfacción de los trabajadores
1998	Casparie AF ³⁰	C	Examinar la gestión de la calidad en medicina del trabajo, teniendo en cuenta la diversidad de clientes.	Criterios de evaluación de la calidad
1998	Ebaugh H ³¹	C	Cómo escribir y desarrollar políticas y procedimientos en los servicios de salud en el trabajo.	Políticas y procedimientos.
1998	Addley K ³²	C	Abordar los puntos relevantes sobre la calidad de los servicios de salud laboral.	"Continuous Improvement Programme"
1998	Martimo KP ³³	P	Describir cómo se elaboró una matriz de análisis para los servicios de salud laboral y los resultados de su aplicación.	Audit Matrix

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica: artículos considerados relevantes ordenados por fecha de publicación (cont.)

AÑO	AUTOR	CAT	OBJETIVO	APORTACIONES
1999	Husman K ³⁴	C	Influencia del cambio legislativo en los servicios de prevención de Finlandia.	Good occupational health service practice
1999	Westerholm P ³⁵	C	Revisar los retos más importantes de los servicios de salud en el trabajo para los próximos años.	Características de los servicios de salud en el trabajo
1999	Hulshof CT ³⁶	C	Revisión de la literatura sobre evaluación de los servicios de salud en el trabajo	Tipología de los los servicios y modelos de análisis.
1999	Bisio S ³⁷	C	Implantación de la norma ISO 9000 en un servicio de salud laboral de un Hospital.	Ejemplo de aplicación de la ISO 9001 a un servicio de prevención.
2000	Muto T ³⁸	P	Evaluar la situación actual de los servicios de prevención de las PYMES en Japón.	Recomendaciones OMS/OIT en relación con las PYMES.
2001	Pransky G ³⁹	C	Evaluación de la calidad del cuidado médico de los trabajadores con problemas de salud de origen laboral	Medidas de calidad
2001	Park H ⁴⁰	C	Establecer una metodología de análisis que pueda usarse para evaluar un servicio de salud laboral.	Modelo input – output - outcome modificado.
2001	Aw TC ⁴¹	P	Análisis de los servicios de prevención en Reino Unido.	Establecimiento de prioridades de la salud laboral.
2001	Verbeek J ⁴²	S	Revisión de la literatura sobre medición de la satisfacción del consumidor en los servicios de salud en el trabajo	Recomendaciones para elaborar un cuestionario de satisfacción.
2002	Michalak J ⁴³	C	Revisión bibliográfica de los métodos usados en el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el trabajo	Métodos de evaluación de la calidad.
2002	Michalak J ⁴⁴	C	Describir la implantación del GP HESME (Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise) en la región de Lodz.	Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise
2002	Lie A ⁴⁵	P	Descripción de los Servicios de Salud en el Trabajo en Noruega	Indicadores de calidad.
2002	Nicholson PJ ⁴⁶	P	Descripción de la situación de los servicios de salud laboral en Europa y oportunidades de mejora.	Panorama europeo de los servicios de salud laboral
2002	Marcelissen FH ⁴⁷	P	Problemas de la certificación y cómo ésta contribuye a la calidad de los servicios de salud laboral.	Certificación en los servicios de salud en el trabajo.
2002	Peltomaki P ⁴⁸	S	Dificultades y factores de soporte entre los servicios de prevención, las empresas-cliente y los sistemas de servicio profesionales.	Relación entre efectividad y relaciones con los clientes.
2003	Räsänen K ⁴⁹	P	Mostrar la situación de los servicios de salud laboral en Finlandia.	Evaluación a nivel de empresa y a nivel nacional.
2004	Godderis L ⁵⁰	C	Calidad de la evaluación del riesgo químico en el lugar de trabajo.	Prevention Pathway
2004	Nicholson PJ ⁵¹	P	Ideas para mejorar el acceso a los servicios de salud laboral y ampliar su cobertura	Ideas para mejorar el acceso a los servicios de salud laboral
2005	Verbeek JH ⁵²	S	Desarrollar un cuestionario para medir aspectos específicos de la satisfacción de los pacientes con los médicos del trabajo.	Aspectos relevantes de la satisfacción del trabajador.

CAT (categoría): C=conceptual/metodológico; S=evaluación de satisfacción; P=descripción de la situación en un determinado país

La preocupación por la calidad de los servicios de salud en el trabajo

La preocupación general por la calidad en la producción de bienes y servicios del mundo occidental, se extiende a los servicios de salud en el trabajo, un sector en expansión en Europa, que necesita hacer frente a requerimientos crecientes de eficiencia y competitividad, derivados de la extensión de su cobertura, pero también a demandas cada vez mayores de rigor profesional y de coherencia multidisciplinar.

Actualmente se vienen utilizando diferentes estándares de calidad aplicados a los servicios de salud en el trabajo, entre ellos²:

- Normas ISO de las series 9000 ó 14000
- Criterios EMAS (Eco-Management and Audit Scheme)
- British Standard 5750
- Malcom Baldrige National Quality Award System
- EFQM (European Foundation for Quality Management)

Las razones más citadas en Europa para ocuparse de la calidad en los servicios de salud en el trabajo se refieren al control efectivo de los riesgos laborales y a la mejora de los procedimientos de trabajo. Con la orientación a la calidad se pretende lograr una mayor satisfacción del cliente, mejorar la imagen del propio servicio, reforzar la satisfacción e implicación de los profesionales, reducir los costes e incrementar el control del proceso¹⁴.

Entre las principales barreras al éxito de la gestión de calidad en los servicios de salud en el trabajo se citan la falta de compromiso y de visión por parte de los gestores, la falta de conocimientos y capacitación de los profesionales, la inadecuación de los recursos y las dificultades de comunicación con los clientes¹⁴.

A pesar de disponer de un mismo marco legal de referencia, los servicios de salud en el trabajo difieren considerablemente en la práctica en los distintos países de la Unión Europea^{11,46}. Algunos, como Dinamarca y Holanda, han puesto en marcha acciones para implementar una gestión de calidad en sus servicios de salud en el trabajo, mediante leyes específicas que requieren que los servicios tengan una certificación de calidad. También Austria y Bélgica han promulgado leyes en este sentido. Finlandia y Noruega disponen de guías de buenas prácticas en salud laboral que se utilizan para mejorar los servicios de salud en el trabajo. Alemania y Suecia

han elaborado recomendaciones de calidad avaladas por asociaciones profesionales. El resto de países de la Unión Europea no han elaborado hasta el presente políticas de calidad dirigidas a los servicios de salud en el trabajo.

Según la experiencia de los países europeos¹⁴, la calidad en los servicios de prevención puede promoverse a través de la legislación, mediante incentivos económicos, actividades de promoción por parte de los grupos de interés o aprovechando oportunidades de negocio. Por otra parte, la calidad de los servicios de prevención necesita hacerse con una imagen social atractiva para ser aceptada, por lo que las instituciones de inspección, las políticas de aseguramiento, los medios de comunicación y los grupos de interés, deben fomentar prácticas de calidad. Tal como demuestran los casos de Austria, Alemania, Noruega y Suecia, las asociaciones profesionales pueden constituirse en grupo de presión y jugar un papel decisivo en el desarrollo de la calidad de los servicios de salud en el trabajo.

Conviene tener en cuenta, desde un principio, las limitaciones de la legislación como referente de calidad. Los cambios cada vez más rápidos que se producen en el mundo del trabajo hacen que la normativa en materia de salud y seguridad no pueda aportar mucho más que el marco general y los pre-requisitos para el desarrollo de los servicios de salud en el trabajo. El conocimiento científico sobre las relaciones entre el trabajo y la salud, basado en datos empíricos y en las evidencias disponibles, debería ser el factor más importante para la definición de contenidos y objetivos de dichos servicios, siempre teniendo en cuenta los valores y principios éticos profesionales¹⁵.

Marco conceptual para la aplicación de la idea de calidad a los servicios de salud en el trabajo

La gestión de la calidad incluye un sistema estructurado dirigido a crear toda una organización de participación en la planificación e implementación de un proceso de mejora continua, para conocer y satisfacer las necesidades de los clientes. Un sistema de gestión de la calidad incluye la estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para alcanzar unos objetivos previamente acordados¹⁴.

En el ámbito de la salud, la calidad de un servicio suele referirse a tres aspectos: competencia técnica de los proveedores, interacción eficaz entre el proveedor y el

destinatario y, por último, comodidad del contexto en el que se provee el servicio²¹. También se puede definir la calidad como el grado en que un servicio incrementa la probabilidad de los resultados de salud buscados aplicando procedimientos consistentes con el actual estado del conocimiento científico³⁶. El modelo de referencia más frecuentemente utilizado para analizar la calidad en los servicios de salud es el propuesto por Donabedian⁵³ que se basa en tres elementos: estructura, procesos y resultados.

Los servicios de salud en el trabajo constituyen un tipo específico de servicio de salud que opera como una entidad de consultoría profesional, cuyo objetivo último es contribuir a la implementación de cambios en la empresa, encaminados a prevenir los riesgos y a mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de las condiciones de trabajo¹⁴.

Trasladar los conceptos relacionados con la calidad de los servicios de salud al ámbito específico de la salud laboral requiere una reflexión previa sobre las particularidades de los servicios de salud en el trabajo¹¹:

- la relación directa con el cliente es especialmente importante a la vez que su participación activa es imprescindible para alcanzar los objetivos finales
- la consecución de resultados no depende sólo de la actividad de los servicios sino que en ello intervienen muchos otros actores
- los proveedores y los clientes de los servicios de salud en el trabajo pueden tener diferentes expectativas en relación con las necesidades y con las prioridades
- la complejidad profesional de las actuaciones puede comportar que los clientes y usuarios no perciban siempre de manera inmediata la buena o mala calidad del servicio.
- los servicios de salud en el trabajo deben satisfacer a muy distintos grupos de interés (*stakeholders*): trabajadores individuales, colectivos de trabajadores, empresarios, directivos, profesionales, entidades de aseguramiento, administraciones públicas.

Otra especificidad importante de los servicios de salud en el trabajo hace referencia al producto (output): consejo o asesoría profesional dirigido a las empresas para la implantación de mejoras en materia de salud y seguridad²¹.

Una aproximación analítica al sistema de servicios de salud en el trabajo¹² contempla los siguientes elementos:

- a) **Input:** características del proveedor y de los clientes. Por parte del proveedor se debe tener en cuenta la estructura y organización del servicio, su composición profesional y sus procedimientos (know-how). Por parte del cliente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
- b) **Proceso:** sistemática mediante la que el servicio desarrolla sus diferentes actividades (identificación y evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, proposición de soluciones técnicas, formación, etc.)
- c) **Output:** es lo que produce el servicio (información, recomendaciones, facilitación)
- d) **Outcome:** son los resultados finales o efectos (mejoras en las condiciones de trabajo y en la salud de los trabajadores).

La efectividad de un servicio de salud en el trabajo es su capacidad para inducir cambios en las condiciones de trabajo y salud en la empresa. El problema es que no conocemos suficientemente las relaciones entre los productos y los efectos, y no siempre podemos asumir, en el ámbito de los servicios de salud en el trabajo, que maximizar la productividad (*output/input*) equivale a maximizar la efectividad (*outcome/input*), de tal manera que, a veces, la relación entre productividad y efectividad es inversa¹⁵.

Por otra parte, no se debe olvidar que las decisiones sobre los cambios no las toman los profesionales de la prevención sino que son los gerentes, planificadores o administradores de recursos en la empresa quienes deciden. Para que dichas decisiones alcancen el éxito se requiere la cooperación de los trabajadores, además de un marco normativo favorable. Por tanto, los dictámenes expertos no son suficientes para generar cambios sino que es necesario un compromiso entusiasta en favor de la salud en el trabajo¹⁵.

En este sentido, el *marketing* forma parte integrante de la actividad de un servicio de salud laboral y constituye un pre-requisito para obtener impactos positivos. La actividad informativa hacia el cliente sobre sus necesidades en materia de salud y seguridad y sobre los beneficios de la prevención debe constituir un elemento básico de la relación con el cliente en orden a conseguir su identificación con los objetivos¹⁵.

La gestión de la calidad aplicada a los servicios de salud en el trabajo se asienta en cuatro pilares básicos que deben regir de forma equilibrada el conjunto de su actividad⁵⁴:

1. *cumplimiento normativo*: adecuar las actuaciones a los requerimientos legales, es decir, a las expectativas de la sociedad respecto al servicio
2. *rigor científico*: actuaciones basadas en la evidencia científica o, en su defecto, en el consenso entre expertos profesionales
3. *principios éticos*: buena práctica profesional, independencia e imparcialidad, respeto a los derechos de las personas, confidencialidad y compromiso con la salud de los trabajadores¹⁵
4. *satisfacción del cliente*: adecuación a las expectativas y necesidades de la empresa como organización.

Por otra parte, podemos distinguir tres grandes formas de abordar la calidad de los servicios de prevención:

- a) *calidad de percepción*: desde el punto de vista del cliente la calidad es una cuestión de si el servicio cumple o no las expectativas de los directamente beneficiarios
- b) *calidad profesional*: a los ojos de los profesionales, la calidad del servicio tiene dos componentes básicos: resultados (si el servicio se adecua a las necesidades de los clientes) y procesos (si las técnicas y procedimientos son adecuados para resolver los problemas)
- c) *calidad de gestión*: los gestores de los servicios por su parte refieren la calidad a maximizar la eficiencia de los recursos en relación con las necesidades del cliente según los límites normativos.

Elementos de referencia utilizados en las investigaciones sobre calidad de los servicios de salud en el trabajo

Existen diferentes intentos de aproximación a la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo, de los que podemos extraer un cuadro de condiciones a tener en cuenta.

En la Tabla nº2 se sintetizan los distintos aspectos que, en relación con la calidad de los servicios de salud en el trabajo, han sido objeto de atención por parte de los investigadores según los resultados de nuestra revisión bibliográfica. Hemos tratado de distribuirlos según los cuatro grandes apartados de la clasificación propuesta por Donabedian y adaptada por Husman⁵⁵ (input, process, output, outcome) distinguiendo, dentro de cada uno de ellos, distintos subapartados temáticos.

Así, hemos identificado un total de 51 aspectos que han sido propuestos como variables de calidad por los diversos investigadores, con una distribución numérica relativamente equilibrada en los cuatro grandes apartados que componen el sistema de un servicio de salud en el trabajo:

- *Input*: se identifican un total de 13 elementos referidos básicamente a la “organización” de los recursos materiales y humanos del servicio, a lo que podemos denominar “profesionalidad” del servicio o cualidad del trabajo profesional y, por último, a la “visión” u orientación de la actividad del servicio.
- *Process*: se han recopilado 11 aspectos en total que han sido objeto de investigación de calidad, algunos de ellos se refieren al diseño de procedimientos y a la calidad técnica de las herramientas utilizadas por el servicio para el desarrollo de sus actividades, otros se refieren a la forma de aplicar en la práctica dichos procedimientos y herramientas, y otros, en fin, a la orientación de todo ello hacia el cliente
- *Output*: de los 12 aspectos que hemos asignado a este apartado, siete se refieren a las actividades del servicio propiamente dichas (visitas, exámenes de salud, evaluación de riesgos, etc.) y otras cinco, al impacto de dichas actividades sobre los destinatarios en orden a predisponerles hacia la implementación de cambios.
- *Outcome*: un total de 15 aspectos han sido incluidos como referentes de calidad en relación con los efectos u objetivos finales, tanto los referidos a mejoras de salud como a mejoras en las condiciones de trabajo, y también los relacionados con la satisfacción del cliente y con la eficiencia de la gestión del servicio.

Tabla 2. Aspectos de calidad referidos a los servicios de salud en el trabajo analizados en la bibliografía

ESTRUCTURA (INPUT)	Recursos disponibles	Suficiencia de instalaciones y de personal ^{45,35,28,11,44}
		Competencia técnica y habilidades de los proveedores ^{28,14,11,47,21,36,22,32,27,15,30,44}
		Organización del servicio ^{47,44}
		Capacidad del servicio en relación al volumen de clientes ^{35,28}
		Tiempo de dedicación del personal ¹¹
	Cualidad del trabajo profesional	Motivación de los profesionales ^{32,44}
		Composición multidisciplinaria ^{45,33,15}
		Respeto a la independencia de los profesionales ¹¹
		Estándares éticos profesionales ^{45,35,14,15}
		Orientación a la prevención ^{14,11}
	Orientación del servicio	Orientación a las necesidades del cliente ^{14,15}
		Libre elección de servicio de prevención ³⁵
		Apoyo en una legislación adecuada ^{45,44}
		Existencia de guías prácticas o protocolos ^{45,11,33}
		Calidad técnica de los procedimientos (validez, precisión, reproducibilidad y estandarización) ¹⁹
METODOLOGÍA (PROCESS)	Instrumentos	Programas de formación pedagógicos ¹¹
		Control de la variabilidad en la práctica ¹¹
		Relevancia: actividades adecuadas a los objetivos ^{15,19}
	Aplicación práctica	Flexibilidad en la aplicación de los procedimientos y el planteamiento de objetivos ³⁵
		Procedimientos de mejora de la calidad profesional ^{33,30}
		Manual de calidad ⁴⁷
	Interacción con el cliente	Aceptación de los procedimientos por todas las partes implicadas ^{14,19}
		Comunicación sistemática con el cliente ^{45,11,32,27,15}
		Agilidad en la provisión de servicios ¹¹
		Frecuencia de visitas al lugar de trabajo ²⁸
PRODUCTOS (OUTPUT)	Actividades	Número de exámenes de salud ^{28,44}
		Asesoramiento y evaluación de riesgos laborales ^{11,47,44}
		Seguimiento/orientación de los trabajadores en situación de baja laboral ⁴⁷
		Registro y elaboración de datos estadísticos ^{11,44}
		Informes anuales de salud, entorno y seguridad laboral ⁴⁴
		Actividades de rehabilitación ¹¹
		Empatía con el cliente: imagen, fiabilidad, sensibilidad, seguridad, cortesía, credibilidad ²⁷
	Cualidad del servicio prestado	Capacidad de influencia en la política de la empresa ^{26,32,44,31}
		Accesibilidad (horarios, continuidad, etc.) ^{35,14,15,51}
		Disponibilidad y accesibilidad para consultas ^{28,47,44}
		Costes (por consulta, por examen de salud) ¹¹
		Efectividad en salud ^{14,11,21,15,51}
		Reducción de accidentes y enfermedades profesionales ^{41,44}
		Reducción del absentismo laboral ^{41,11,44}
		Mantenimiento de las capacidades laborales y funcionales de los trabajadores ¹¹
RESULTADOS (OUTCOME)	Salud	Impacto de los programas de promoción de la salud ^{11,44}
		Mejora del ambiente de trabajo ¹¹
		Mejora del funcionamiento de la comunidad laboral ¹¹ (organización del trabajo, relaciones entre las partes implicadas)
		Influencia sobre trabajadores y empresarios en el lugar de trabajo ¹¹ (conocimientos, competencias, actitudes, políticas y prácticas en la empresa)
Condiciones de trabajo	Satisfacción	Cobertura ^{45,14,11,51}
		Equidad ¹⁴
		Comodidad ²¹
		Satisfacción del cliente ⁴⁵
		Satisfacción de los profesionales ¹⁴
Eficiencia	Utilización adecuada de recursos ^{14,15}	Impacto global a corto, medio y largo plazo ¹⁴

A parte de esta recopilación, hemos considerado de interés sintetizar y describir en detalle las dos propuestas más elaboradas de evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo desde el punto de vista de las "buenas prácticas". Se trata de la "*audit matrix*" finlandesa³³ y de la guía noruega "*Good Occupational Health Service*"¹³, inspirada en parte en la anterior.

En los años 90 el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Finlandia promovió una iniciativa para elaborar una guía de buenas prácticas destinada a los servicios de salud en el trabajo, en la que colaboraron estrechamente profesionales, autoridades, agentes sociales y sociedades científicas. Como apoyo a esta actividad, el Ministerio promovió experiencias piloto orientadas a la validación operativa de los criterios de buenas prácticas. Fruto de todo este proceso fue la elaboración de una matriz destinada a documentar la calidad del trabajo de los servicios de salud en el trabajo.

La matriz se estructura en 6 funciones propias del servicio y 6 orientaciones políticas o de gestión:

a) Funciones

1. Definición de objetivos y planificación de actividades
2. Mantenimiento de las capacidades para el trabajo de los trabajadores
3. Seguimiento de las condiciones de trabajo
4. Exámenes de salud
5. Asistencia médica curativa
6. Seguimiento del absentismo

b) Políticas

1. Multidisciplinariedad
2. Orientación al destinatario
3. Mejora continua
4. Recursos adecuados
5. Programas informáticos para la evaluación y seguimiento
6. Trabajo en equipo y formación continua

Por su parte, la Guía Noruega propone una matriz con los siguientes 15 criterios que caracterizarían un buen servicio de salud en el trabajo (Tabla nº3):

Tabla 3: Criterios de calidad propuestos por la Guía Noruega "Good Occupational Health Service" con especificación del nivel óptimo formulado para cada uno de ellos

GOOD OHS AUDIT MATRIX		
1	Destrezas profesionales y multidisciplinariedad	El Servicio de Prevención es un equipo multidisciplinar de alto nivel profesional. Formación sistemática suplementaria acorde con las necesidades de los clientes
2	Gestión y mejora de la calidad	El Servicio de Prevención posee un sistema de calidad total en conformidad con las necesidades del cliente y con una buena documentación de la mejora continua de la calidad
3	Ética	El Servicio de Prevención sigue el Código Internacional ICOH. Buena implicación con los clientes.
4	Planificación de las actividades propias con las empresas	Planificación conjunta con la empresa y de forma integrada en los planes de la compañía. Buena documentación y evaluación.
5	Buenas relaciones con los clientes	Planificación y trabajo en estrecha relación con los clientes. Contratos escritos. Buena documentación. Evaluación de la satisfacción de los clientes
6	Información y márketing	Buena descripción de los productos. Buena evaluación y desarrollo de nuevos productos conjuntamente con las empresas.
7	Implicación en la empresa	El Servicio de Prevención es el consultor preferente y aporta una contribución activa a la planificación de la salud y seguridad en la empresa
8	Vigilancia del ambiente de trabajo y evaluación de riesgos	Contribución a buenas actividades sistemáticas conjuntas con la empresa. Buena documentación, seguimiento y evaluación de las actividades
9	Formación y asesoramiento	Buenas actividades en estrecha colaboración de acuerdo con las necesidades de la empresa
10	Medidas en salud y seguridad	Medidas correctivas en estrecha colaboración con la empresa. Buena documentación y evaluación
11	Promoción de la salud en el trabajo	Contribución conjunta con la dirección y los trabajadores a la promoción de la salud total de los empleados. Buena documentación y evaluación.
12	Vigilancia de la salud	En cooperación con la empresa y en consonancia con la legislación y las normas nacionales. Utilización de los resultados para tomar medidas preventivas. Buena documentación y evaluación
13	Servicios asistenciales	Atención de la de salud en relación con el trabajo. Utilización de los resultados para tomar medidas preventivas en cooperación con la empresa. Buena documentación y evaluación
14	Rehabilitación y bajas por enfermedad	Contribución a la política de la empresa, procedimientos, prevención y seguimiento de casos individuales. Buena documentación y evaluación
15	Abuso de alcohol y drogas	Contribución a la política de la empresa, procedimientos, prevención y seguimiento de casos individuales. Buena documentación y evaluación

La calidad de los servicios de salud en el trabajo desde el punto de vista del cliente

La gestión de la calidad en los servicios de salud en el trabajo depende de una gran variedad de grupos de interés (*stakeholders*)⁵⁴: administraciones públicas, empresarios y organizaciones patronales, trabajadores y sindicatos, instituciones financieras y de aseguramiento, asociaciones profesionales del campo de la salud en el trabajo, instituciones de investigación y formación, entidades relacionados con el medio ambiente y la salud. Se considera *stakeholder* toda persona o entidad que se sienta afectada por las actividades de los servicios de prevención.

La clave para una buena calidad de un servicio de salud es responder a las expectativas de los clientes²⁷. Un servicio de salud en el trabajo orientado al cliente contempla la satisfacción de empresarios y trabajadores –además de otros grupos de interés- como elemento básico, y actúa a favor de la orientación multidisciplinar, de la ética, de la cooperación y de la participación. Por el contrario, un servicio de salud en el trabajo orientado al mercado presta más atención a las demandas de los empresarios y reduce las posibilidades de acceso de los trabajadores¹⁴.

La orientación al cliente exige un conocimiento de sus necesidades objetivas (requisitos para conseguir un trabajo seguro y saludable), sus expectativas (qué es lo que espera obtener del servicio) y sus demandas (peticiones de actividades e intervenciones concretas). Idealmente, los servicios de salud en el trabajo deberían establecerse y actuar según un programa de actividades adaptado a las necesidades de la empresa en la que operan, lo cual requiere una orientación preliminar a la empresa mediante un estudio-diagnóstico previo de su situación en materia de salud y seguridad¹⁷.

El éxito de los servicios de salud en el trabajo depende en buena medida de su adecuación a las expectativas y necesidades de los clientes⁴². Sin embargo, en el ámbito de la salud laboral, las demandas de los clientes pueden ser contradictorias y no siempre coinciden con las necesidades reales. Los profesionales de los servicios de salud laboral deben ser sensibles a las demandas pero, además, deben identificar y evaluar las necesidades reales en los puestos de trabajo incluso en aquellos ámbitos no percibidos por los clientes (p.e. exposición a cancerígenos químicos, radiaciones o riesgos reproductivos) y hacerles conscientes de dichos problemas. En situaciones en las que no hay coincidencia entre las demandas de los clientes y los criterios profesionales, es esencial que los técnicos ofrezcan informaciones y asesoramiento en orden a conseguir un acuerdo con el cliente sobre las acciones necesarias⁵⁴. Solamente en situaciones en que la legislación o la evidencia científica no permitan abordar una situación específica, las preferencias del cliente podrían ser consideradas como el elemento determinante de la actuación del servicio de prevención.

En general la base de la satisfacción de los usuarios la constituye la atención de sus necesidades, el cumplimiento de las tareas acordadas y los beneficios obtenidos²². También influye notablemente la capacidad de comunicación con los clientes⁴⁸. Sin embargo, la calidad es multidimensional y se percibe de manera diferente por los

gerentes del servicio, los profesionales o los usuarios. Esta distinción no suele tenerse en cuenta suficientemente a la hora de fijar los estándares para los sistemas de calidad¹⁴.

Sin embargo, la calidad de los servicios de salud en el trabajo depende de los ojos de quien la contempla: las expectativas de los trabajadores se centran en gozar de buena salud y tener un empleo estable y satisfactorio, las del empresario, en obtener respuestas rápidas y autorizadas que le permitan tomar decisiones de gestión, mientras que los profesionales de la prevención aspiran a ejercer su actividad con independencia, acertar en sus informes de evaluación y emitir recomendaciones válidas para reducir los riesgos⁵⁶. Por su parte, la sociedad espera de los servicios una buena cobertura, un contenido acorde con la normativa vigente y una buena relación coste-efectividad¹⁵.

En la tabla siguiente (Tabla 4) se caracteriza la diversidad de demandas y expectativas de los distintos grupos de interés en relación con los servicios de salud en el trabajo⁵⁴.

Tabla 4: Diferentes aspectos de calidad de los servicios de salud en el trabajo considerados por distintos grupos de interés

Stakeholder	Estructura	Proceso	Resultado
PROFESIONALES PRL	Premisas Equipamiento Staff	Actuación profesional	Datos clínicos Morbilidad Mortalidad
TRABAJADORES	Accesibilidad Continuidad Aceptabilidad	Comunicación Información	Calidad de vida Satisfacción
GERENTES SP	Eficiencia Seguridad	Derivaciones Prescripciones Tests	Costes Reclamaciones Incidentes
EMPRESARIOS	Coste/beneficio Validez en evitar recargos o en beneficiarse de primas	Adaptabilidad Flexibilidad Rapidez	Buen ambiente y cultura de trabajo Mayor productividad y calidad Reducción de costes de absentismo Conformidad con requerimientos legales
SOCIEDAD	Coste/beneficio Cobertura Legislación	Juicios basados en la evidencia o evaluación	Efectividad Cultura preventiva

Esta diversidad puede desembocar en situaciones de conflicto de intereses que cuando se dan entre empresarios y trabajadores afectan muy negativamente a la satisfacción del cliente con el servicio de salud en el trabajo⁴². También se pueden producir situaciones conflictivas entre los profesionales y los empresarios en relación con la prioridad de la prevención o con las necesidades de dedicación²¹, así como entre los médicos del trabajo y los trabajadores en relación con el origen laboral de las enfermedades²⁹. Las expectativas de los empresarios suelen ser

obtener beneficios inmediatos de la prevención, mientras que los profesionales saben que su trabajo es una actividad para mejorar la calidad de vida en el trabajo a largo plazo⁵⁴.

La satisfacción no parece afectarse de forma significativa por los costes del servicio²⁵, sino más bien por otro tipo de factores como la fiabilidad, la credibilidad y la seguridad⁴² o la "atención a medida" de cada empresa²⁶.

Según afirman Westerholm y Baranski (1999)⁵⁴, distintos estudios han mostrado una interacción entre la satisfacción del cliente y los buenos resultados en salud, con lo que la satisfacción del cliente se convertiría en una condición de efectividad.

Discusión

La primera constatación debiera ser que el estado actual de la gestión de calidad en los servicios de salud en el trabajo se caracteriza por la falta de acuerdo respecto al establecimiento de criterios y estándares de referencia para unas buenas prácticas e, incluso, un conocimiento insuficiente sobre los conceptos básicos, los procesos clave y las bases para la evaluación de dichos servicios¹⁴. Esto nos remite a la necesidad de promover investigaciones originales para mejorar nuestro conocimiento básico sobre esta cuestión.

Teniendo pocas respuestas, es importante hacerse bien las preguntas. Éstas son las que se formuló el Ministerio de Trabajo noruego para evaluar sus servicios de salud en el trabajo¹¹:

- ¿En qué medida utilizan las empresas los servicios de salud en el trabajo para dar cumplimiento a sus obligaciones legales? ¿cuáles son las actividades más importantes y frecuentes de estos servicios? ¿hay acuerdo entre empresarios y trabajadores respecto a las demandas y expectativas satisfechas? ¿y sobre la priorización de actividades que realizan los servicios?
- ¿Cómo influyen los condicionantes externos –legislación, estándares profesionales, formación de los técnicos del servicio, expectativas y demandas de empresarios y trabajadores- en las actividades y prioridades de los servicios de salud en el trabajo?
- ¿En qué medida los servicios de salud en el trabajo funcionan como equipos multidisciplinares? ¿Qué profesiones se incluyen y cómo colaboran entre

ellas? ¿Cómo se distribuye las tareas? ¿Tienen las suficientes competencias y capacidades para cumplir las exigencias normativas?

- ¿Cómo valoran los empresarios y trabajadores los servicios de salud en el trabajo? ¿Están dichos servicios integrados de forma natural en la actividad de salud y seguridad en la empresa? ¿Funciona la cooperación entre los servicios y los empresarios y trabajadores para promover la prevención en la empresa?
- ¿Influyen los servicios de salud en el trabajo en la actividad de las empresas?
- ¿Influyen las características de las empresas –tamaño, sector, condiciones de trabajo- en las actividades proporcionadas por los servicios de salud en el trabajo?
- ¿Los servicios de salud en el trabajo tienen efectos concretos en las empresas (mejoras en la salud de los trabajadores y en las condiciones de trabajo, reducción del absentismo)? ¿Se pueden documentar estos resultados? Desde el punto de vista del coste/beneficio ¿cómo se comparan los resultados obtenidos con el uso de los recursos?

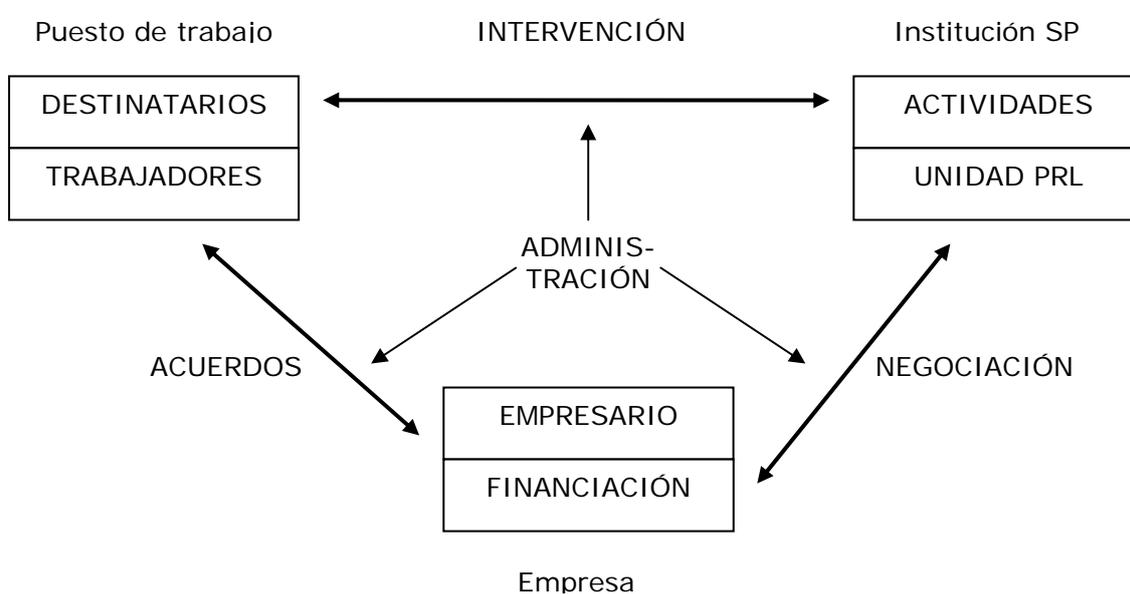
Por otro lado, si la calidad no es sino la idoneidad para un propósito (*fitness for purpose*)⁵⁶, deberíamos empezar por preguntarnos cuál es el propósito de los servicios de salud en el trabajo y, al mismo tiempo, tratar de explicitar el sistema de referencia conceptual que nos permita emitir un juicio de idoneidad para, a partir de aquí, formular requisitos o expectativas específicos que nos permitan comparar lo observado con lo esperado¹¹, es decir, evaluar la capacidad del servicio para satisfacer una norma de calidad preestablecida.

Proponemos definir el fin último de los servicios de prevención como el de *promover y facilitar procesos de cambio en la empresa para la protección y mejora de la salud de los trabajadores.*

Asegurar la consecución de este fin último comporta especiales dificultades toda vez que las decisiones sobre los cambios a introducir no residen en el servicio de prevención sino en el nivel de la empresa, cuyos centros de decisión no siempre coinciden plenamente con las apreciaciones del servicio respecto a las necesidades en materia de salud y seguridad, ni tampoco se puede dar por sentada en el seno de la organización la existencia de una convergencia de intereses en los distintos estamentos de dirección entre sí y con los trabajadores respecto a los problemas y sus soluciones. Esta situación contradictoria justifica la aparición en escena de los

poderes públicos como reguladores externos para garantizar la protección de un bien esencial, la salud de las personas, por encima de avatares económicos u otro tipo de condicionantes⁵⁷.

Es así como, de entre el panorama de múltiples clientes y grupos de interés que se describe en la literatura, emergen cuatro protagonistas principales (el servicio de prevención propiamente dicho, los empresarios, los trabajadores y la administración), cuya mutua interacción podemos sistematizar, siguiendo a Westerholm y Baranski (1999)², de la siguiente forma (Figura 1):



Proponemos distinguir, de entrada, dos conceptos: cliente o usuario y grupo de interés. Entendemos por *cliente o usuario* los destinatarios directos de la actividad del servicio, es decir, la empresa como organización y, dentro de ella, los distintos colectivos que la componen: empresarios, directivos, supervisores, trabajadores, delegados de prevención. En el concepto de *grupo de interés* incluiremos a toda persona o entidad que se sienta afectada por las actividades de los servicios de salud en el trabajo, es decir, además de los anteriores, sus respectivas organizaciones representativas (patronales y sindicales), así como las administraciones públicas, las asociaciones profesionales, las entidades de aseguramiento o las instituciones de investigación y formación.

En el diagrama de Westerholm y Baranski aparecen dos clientes esenciales (empresarios y trabajadores) y dos grupos de interés (proveedores del servicio y

administraciones públicas). Respecto a los que hemos denominado clientes esenciales, es posible aún hacer una distinción cualitativa entre cliente-financiador (empresario) y cliente-beneficiario (trabajador). Igualmente, dentro del grupo de interés "proveedores" podemos distinguir entre los gestores del servicio y los profesionales de la prevención, ambos con determinadas expectativas específicas.

Entre todos ellos existe una compleja red de interacciones. De entrada, está la responsabilidad empresarial en materia de salud y seguridad, de la que deriva la concertación de un servicio de prevención con quien se establece una interacción respecto a necesidades, expectativas y demandas. Además, el empresario debe acordar con los trabajadores las pautas de organización de la prevención en la empresa y favorecer su implicación y la de toda la organización para conseguir éxitos. Los profesionales del servicio de prevención, por su parte, interactúan también con los trabajadores mediante las distintas actividades que desarrollan (evaluación de riesgos en el lugar de trabajo, vigilancia de la salud y de las condiciones de trabajo, formación, recomendaciones). Y finalmente, dictando las "reglas del juego" de esta multiplicidad de relaciones, está la administración que, además, vigila el correcto funcionamiento de todo el sistema.

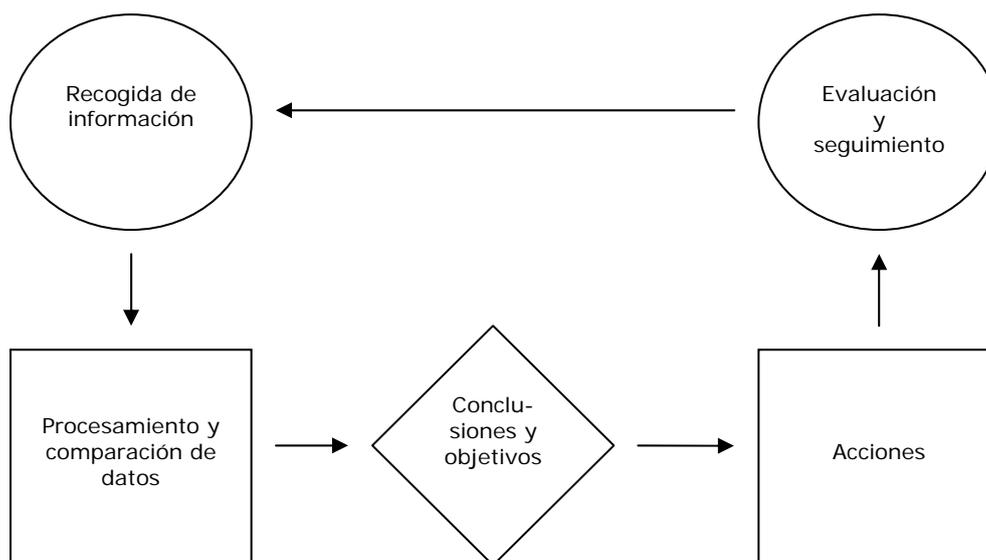
Es en este sistema dinámico y complejo en el que deberíamos situar el modelo clásico de análisis de los servicios de prevención (estructura/input, metodología/process, productos/output), teniendo en cuenta una doble orientación: la satisfacción de los clientes y la consecución de los objetivos finales, y todo ello de acuerdo con las pautas legales y la evidencia científica.

La orientación al cliente impone una atención constante a sus necesidades, expectativas y demandas, lo cual se materializa en la elaboración de un diagnóstico inicial de necesidades y en sucesivas evaluaciones de resultados que permiten replantear las necesidades o definir nuevos objetivos¹⁵. Adicionalmente se requiere una intensa actividad informativa y de marketing preventivo para analizar sistemáticamente las demandas, expectativas, preferencias y necesidades¹², valorando su adecuación a las posibilidades del servicio y a los requerimientos normativos, de forma que aumente progresivamente la identificación de las empresas con los objetivos finales de la prevención, así como la adecuación operativa del servicio a las características de las empresas.

La evaluación de los resultados es difícil debido a la dependencia de terceros para la implementación de las acciones de mejora, además de a la demora en el tiempo

entre las acciones y los efectos. Las dificultades de evaluar los resultados en términos de salud a corto plazo ha favorecido que se conceda cada vez más importancia a la evaluación de la calidad de los procesos⁵⁴, hasta el punto que, en general, no se llevan a cabo mediciones de eficiencia de los servicios de prevención en ningún país de la UE¹⁴. Sin embargo, la orientación hacia los objetivos finales no debiera obviarse en ningún caso, aun siendo conscientes de que dichos resultados no pueden ser la única base de la calidad, puesto que dependen de las actitudes, comportamientos y respuestas de los empresarios, los trabajadores y la sociedad. No obstante, conseguir una predisposición y motivación de todos ellos favorable a la mejora de la salud y seguridad en el trabajo debiera ser considerado uno de los objetivos del servicio de prevención y, por tanto, uno de los resultados deseables de su actividad.

El procedimiento general de actuación de un servicio de prevención, aplicable a todas sus actividades, puede esquematizarse siguiendo la propuesta del *Finnish Council of State 950/1994*¹⁵ (Figura 2):



Según ello, la sistemática de actuación de un servicio de prevención consistiría básicamente en:

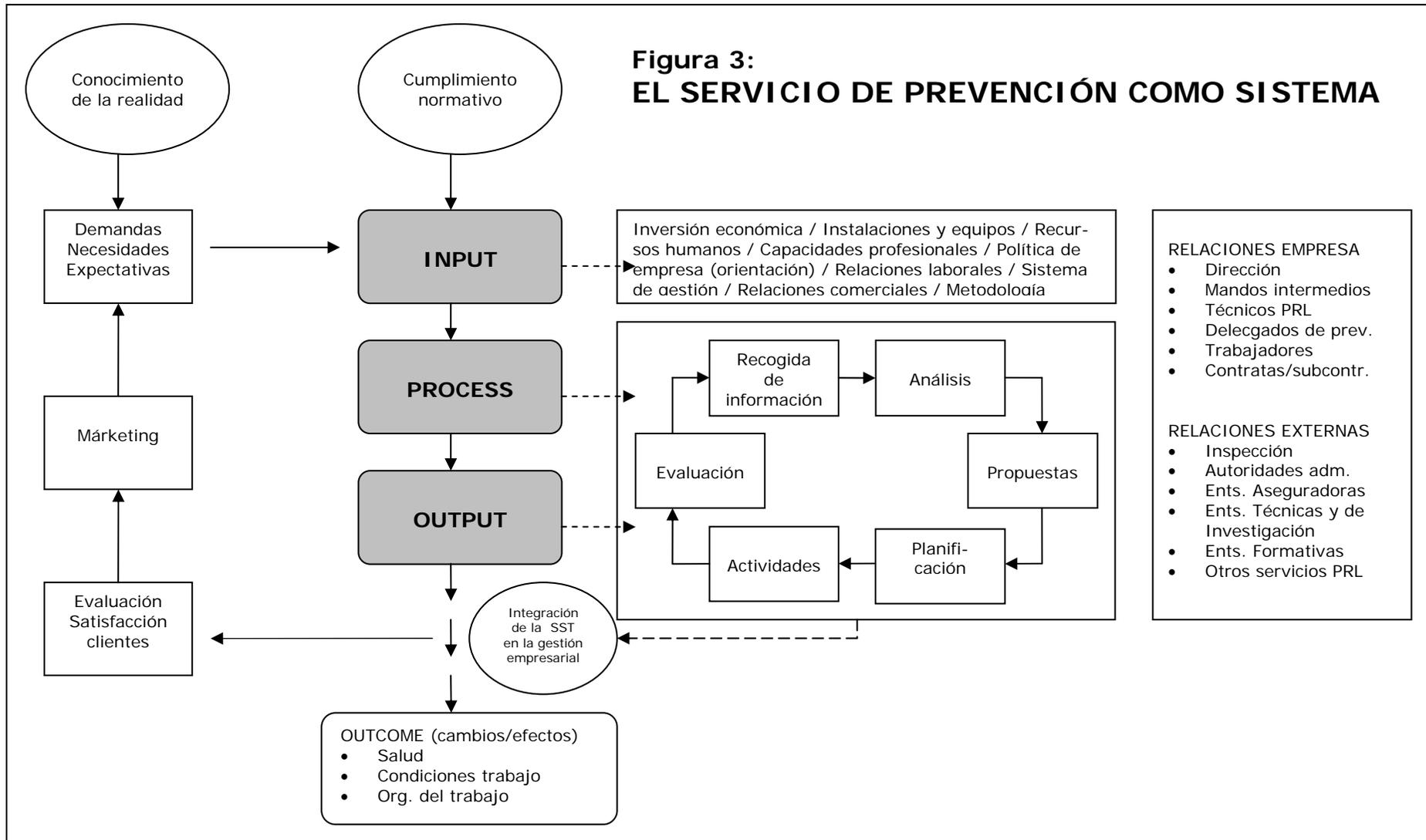
- el estudio de un problema mediante la recogida de informaciones, el análisis de los datos y el establecimiento de comparaciones entre la realidad y los estándares de referencia;
- la elaboración de conclusiones sobre la necesidad de intervenir con el fin de lograr determinados objetivos;

- c) la proposición de las acciones necesarias para lograr dichos objetivos, y su implementación bien a través de la empresa (introducción de cambios), bien por el propio servicio de prevención (capacitación, facilitación);
- d) el seguimiento de la ejecución de dichas acciones y la evaluación de los resultados conseguidos cierra el círculo y, a la vez, reinicia el proceso en un sentido de mejora continua de las condiciones de trabajo y salud en la empresa.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta aquí, podemos intentar una descripción global de la actividad de los servicios de prevención en términos de sistema (Figura 3).

En el punto de partida del sistema se establecen dos pre-requisitos básicos en la actividad de un servicio de prevención: el conocimiento de la realidad del cliente (necesidades, expectativas, demandas) y el ajuste de su funcionamiento a los estándares normativos (cumplimiento de la legislación). Son dos presupuestos básicos, orientación al cliente y cumplimiento normativo, sin los cuales difícilmente puede desarrollarse un planteamiento de calidad. Dicho planeamiento, sin embargo, no puede limitarse a la constatación de estos pre-requisitos sino que requiere ir más allá tanto del estricto cumplimiento de la legislación como del diagnóstico inicial de necesidades del cliente. De hecho, podríamos asumir que el desarrollo de un planteamiento de calidad orientado a la mejora del sistema, tendría como ventaja adicional la mejora del cumplimiento normativo y del conocimiento de la realidad, aun no siendo éstos los objetivos finales del sistema que son, como hemos venido repitiendo, la obtención de resultados en términos de mejora de las condiciones de trabajo y salud. No deben confundirse en ningún caso unos con otros. La misma condición de pre-requisito, aunque en relación mucho más directa con los resultados finales, puede atribuirse a la integración de la prevención en la gestión empresarial, la cual depende, a su vez, de la orientación de la propia actividad (*output*) del servicio de prevención. Conocimiento de la realidad de la empresa, cumplimiento normativo y fomento de la integración de la prevención serían, por tanto, tres requisitos imprescindibles previos a cualquier planteamiento de calidad de un servicio de prevención.

Sobre esta base, es posible analizar los distintos aspectos que configuran la estructura, procedimientos y productos de un servicio de prevención, así como su relación -dinámica y no inmediata- con los objetivos finales. Dicha relación se establece como una actividad circular de mejora continua, a través de un proceso



sostenido de adecuación y motivación. Adecuación en el sentido de evaluación sistemática de los resultados y de la satisfacción del cliente, para plantear un marco de interacción informativa dirigido a conseguir una mayor identificación de las demandas con las necesidades y de las características del servicio con las expectativas. Y motivación entendida como afianzamiento de la voluntad de la empresa en integrar la salud y seguridad en su sistema de gestión a través del asesoramiento del propio servicio de prevención.

Formando parte integrante del propio sistema, debe tenerse en cuenta la compleja y variada red de relaciones que, tanto en el seno de la empresa como externamente, establece el servicio de prevención en su quehacer cotidiano, y que son susceptibles igualmente de análisis desde el punto de vista de la calidad.

Finalmente, a partir de los distintos elementos de calidad identificados en la literatura, proponemos para el debate un cuadro de 15 criterios básicos que podrían orientar una primera aproximación a la calidad global de los servicios de prevención (Tabla 5).

Tabla 5: Propuesta de criterios básicos de calidad aplicables a los servicios de prevención

CRITERIO	CONCEPTO
SATISFACCIÓN CLIENTES	El SP conoce las necesidades, expectativas y demandas de los distintos clientes y proporciona respuestas aceptables en tiempo y forma
CAPACIDAD DE RESPUESTA	El SP tiene medios y dispone de los conocimientos o apoyos apropiados para dar respuesta a los problemas de las empresas en materia de SST
GESTIÓN EFICIENTE	El SP dispone de los procedimientos y herramientas de planificación que le permiten gestionar adecuadamente sus propios recursos y actividades
RIGOR CIENTÍFICO	El SP se nutre de las mejores evidencias científicas y las aplica sistemáticamente para analizar y resolver los problemas de SST en las empresas que atiende
COMPETENCIA PROFESIONAL	El SP selecciona en cada caso las técnicas y procedimientos más idóneos y posee las habilidades necesarias para aplicarlos con el fin de obtener los mejores resultados
ÉTICA	El SP asume y aplica criterios de buena práctica profesional, protección de la salud de los trabajadores, independencia e imparcialidad, confidencialidad y respeto a la dignidad de las personas
MEJORA CONTINUA	El SP analiza sistemáticamente su propia actividad y sus resultados e identifica posibilidades de mejora
MULTIDISCIPLINARIDAD	Los distintos expertos del SP analizan y discuten los problemas complejos conjuntamente, compartiendo conocimientos y experiencias
EMPATÍA	El SP es accesible para los usuarios, mantiene relaciones fluidas y planifica en estrecha relación con ellos sus actividades en la empresa
IMPLICACIÓN	El SP actúa como consultor de la empresa y aporta una contribución activa relevante a la planificación y gestión de la SST
COMUNICACIÓN	El SP informa con claridad a los usuarios sobre sus necesidades en materia de SST, así como sobre los productos y servicios que oferta
EFFECTIVIDAD	El SP obtiene un impacto apreciable en la promoción de cambios en la empresa orientados a la mejora efectiva de la SST
ENFOQUE PREVENTIVO	El SP se orienta a evitar cualquier tipo de daño a la salud de los trabajadores, anticipándose a los posibles riesgos y aplicando rigurosamente los principios jerárquicos de la prevención
COBERTURA	El SP diversifica su actividad en función de las necesidades de sus clientes, asegurando la equidad en la atención a todo tipo de empresas con independencia de su tamaño o sector productivo
CONTINUIDAD	El SP presta su asistencia a la empresa de manera continuada a lo largo del proceso de mejora de las condiciones de trabajo
COSTE/BENEFICIO	Los costes del SP para las empresas se consideran razonables en relación con la calidad de sus productos y el impacto conseguido en la mejora de la SST

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia Global en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ginebra: OIT, 2004
2. Westwerholm P, Baranski B. (eds) Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. Health, Environment, Safety in Enterprises Series N° 1. WHO European Centre for Environment and Health, Bilthoven, 1999
3. Castejón E, Crespán X. Accidentes de trabajo: el porqué de todo. La Mutua, 2005; 12:69-104
4. Boix P, Gil JM, Rodrigo F. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la estrategia española en materia de salud y seguridad en el trabajo. Observatorio de Salud Laboral (OSL) 2005. WP05-002.
5. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-211. Borrador. Octubre 2006. Mimeo
6. Epelman M, Garcia AM, Rodrigo F, Gadea R, Boix P. Guía de buenas prácticas del Servicio de Prevención de Unión de Mutuas. Valencia: ISTAS, 2002. Mimeo
7. Bajo JC. Evaluación de la calidad de los Servicios de Prevención Ajenos. Mazo 2006. Mimeo
8. Calidad y buenas practicas en los Servicios de Prevención. En: Lopez-Quero M, Garí M (eds) Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la Comunidad de Madrid. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, 2005
9. Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Barcelona. Actuación Inspectora en Servicios de Prevención Ajenos. Barcelona, 2006. Mimeo
10. Boix P. Aplicación de criterios de calidad a la actuación de los Servicios de Prevención en España. [Citado 12 feb. 2007]. Disponible en <http://www.osl.upf.edu/proyecto.htm>
11. Menckel E, Westerholm P. Evaluation in occupational health practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999
12. Lehtinen S. (ed) Good Occupational Health Practice and Evaluation of Occupational Health Services. People and Work Research Reports 24. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1999
13. Lie A, Bjornstad O, Jakobsen K. Good Occupational Health Service. Workbook with audit matrix. Version 5/2000. National Institute of Occupational Health, Norway; 2000

14. Rantanen J (ed) Survey of the quality and effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland. People and Work Research Reports 45. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2001
15. Taskinen H (ed) Good Occupational Health Practice. Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki: Edita Oys; 2001
16. Lie A, Baranski B, Husman K, Westerholm P. Good Practice in Occupational Health Services: a contribution to workplace health. WHO Regional Office for Europe; 2002
17. Stellman JM.(ed) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OIT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998
18. Parillo VL. Systems analysis of an occupational health department. Recommendations to increase effectiveness. AAOHN J 1993;41:220-227
19. Van Dijk FJH, de Kort W, Verbeek JHAM. Quality assessment of occupational health service instruments. Occup Med 1993;43(suppl 1):28-33
20. Plomp HN. Employees' and occupational physicians' different perceptions of the work-relatedness of health problems: a critical point in an effective consultation process. Occup Med 1993;43(suppl. 1):18-22
21. Draaisma D, Dam J, De Winter CR. Quality and effectiveness of occupational health service evaluated by the providers. Occup Med 1993;43(Suppl1):S50-S55.
22. Rogers B, Winslow B, Higgins S. Employee satisfaction with occupational health services: results of a survey. AAOHN J. 1993 Feb;41(2):58-65.
23. Ritchie KA, McEwen J. Employee perceptions of workplace health and safety issues. Can a questionnaire contribute to health needs assessment? Occup Med 1994;44:77-82
24. Williams N, Sobti A, Aw TC. Comparison of perceived occupational health needs among managers, employee representatives and occupational physicians. Occup Med 1994;44:205-208.
25. Kahan E, Peretz C, Rybski M, et al. Determination of consumer satisfaction: a basic step for quality improvement of an occupational hygiene service. Occup Med 1995;45:193-198.
26. Weel ANH, Slotboom MAJ. Quality improvement by means of differential occupational health care: an experiment in a regional occupational health centre. Occup Med 1996;46:20-24
27. Dyck D. Gap analysis of health services. Client satisfaction surveys. AAOHN J. 1996 Nov;44(11):541-9
28. Räsänen K, Husman K, Peurala M, Kankaanpää E. The performance follow-up of Finnish occupational health services. Int J Qual Health Care 1997;9:289-295

29. Kujala V, Väisänen S. Evaluation of occupational health service in the wood processing industry: determination of employee satisfaction. *Occup Med* 1997;47:95-100
30. Casparie AF. Quality management of occupational health services: the necessity of a powerful medical profession. *Occup Med* 1998;48:203-206
31. Ebaugh H. Defining the scope of occupational health services. Effective policy and procedure development. *AAOHN J* 1998;46:547-552
32. Addley K. How I address quality and teamwork issues in the occupational health department. *Occup Med* 1998;48:273-278
33. Martimo KP. Audit matrix for evaluating finnish occupational health units. *Scand J Work Environ Health* 1998;24(5):439-443
34. Husman K, Lamberg M. Good occupational health service practice. *Am J Ind med* 1999 Suppl 1:44-46
35. Westerholm P. Challenges facing occupational health services in the 21st century. *Scand J Work Environ Health* 1999;25(6):625-632.
36. Hulshof CT, Verbeek JH, van Dijk FJ, van der Weide WE, Braam IT. Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. *Occup Environ Med* 1999;56:361-377
37. Bisio S, Melazzini M, Fracchia G, Franco G. Organizzazione dell'attività di sorveglianza sanitaria secondo la norma UNI EN ISO 9000. *G Ital Med Lav Erg* 1999;21:118-121
38. Muto T, Takata T, Aizawa Y, Mizoue T. Analysis of japanese occupational health services for small-scale enterprises, in comparison with the recommendations of the Joint WHO/ILO Task Group. *Int Arch Occup Environ Health* 2000;73:352-360.
39. Pransky G, Benjamin K, Dembe AE. Performance and quality measurement in occupational health services: current status and agenda for further research. *Am J Ind Med* 2001;40:295-306
40. Park H, Cho KS, Lee SH, Meng K. Evaluation of occupational health service systems in small and medium-sized industries in Korea. *Int Arch Occup Environ Health* 2001;74:68-78
41. Aw TC. Current trends, examples of regulations and practical approaches to occupational health services in the United Kingdom. *Int J Occup Med Environ Health* 2001;14:19-22
42. Verbeek J, van Dijk F, Räsänen K, Piirainen H, Kankaanpää E, Hulshof C. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured?. *Occup Environ Med* 2001;58:272-278

43. Michalak J. Quality assessment in occupational health services: a review. *Int J Occup Med Environ Health* 2002;15(2):165-171
44. Michalak J. Practical implementation of good practice in health, environment and safety management in enterprise in the Lodz region. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75 (suppl):S7-S9
45. Lie A. Trends and development of occupational health services in Norway. *Int J Occup Med Environ Health* 2002;15:159-163
46. Nicholson PJ. Occupational health in the European Union. *Occup Med (Lond)* 2002;52:80-84
47. Marcelissen FHG, Weel ANH. Certification and quality assurance in dutch occupational health services. *Int J Occup Med Environ Health* 2002;15(2):173-177
48. Peltomaki P, Husman K. Networking between occupational health services, client enterprises and other experts: difficulties, supporting factors and benefits. *Int J Occup Med Environ Health*. 2002;15(2):139-45
49. Räsänen K, Husman K. National follow-up of occupational health services system in Finland. *App Occup Environ Hyg* 2003;18:413-415
50. Godderis L, Vanhaecht K, Masschelein R, Sermeus W, Veulemans H. Prevention pathways: application of the critical path methodology in occupational health services. *J Occup Environ Med* 2004;46:39-47
51. Nicholson PJ. Occupational health services in the UK-challenges and opportunities. *Occup med (Lond)* 2004;54:147-152
52. Verbeek JH, de Boer AG, van der Weide WE, Piirainen H, Anema JR, van Amstel RJ, Hartog F. Patient satisfaction with occupational health physicians, development of a questionnaire. *Occup Environ Med* 2005;62:119-123
53. Donabedian A. The quality of care: How it can be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-1748
54. Husman K. Principles and pitfalls in health services research in occupational health systems. *Occup Med* 1993;43 Suppl 1:S10-S14
55. Agius R. Quality and audit in occupational health. [Citado 12 feb. 2007] Disponible en: www.agius.com/hew/index.htm
56. Uberti-Bona V, Rodrigo F. Sobre sistemas de inspección y sistemas de revención. *Arch Prev Riesgos Labor* 2006; 9(3): 117-20