

Misión, motivación e integración profesional en la gestión hospitalaria

José Antonio de Almeida da Fonseca Pires

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Misión, motivación e integración profesional
en la gestión hospitalaria

Tesis doctoral
José Fonseca Pires

Director: Dr. Miquel Bastons

Co-Directora: Dra. Marta Más

Universidad Internacional de Cataluña

2017

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	vii
SIGLAS UTILIZADAS	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
PARTE I – MARCO TEÓRICO	1
1. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	3
2. LA COMPLEJIDAD DE LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES EN EL SECTOR DE LA SALUD	13
2.1. Introducción.....	13
2.2. Los distintos “silos” profesionales existentes en el sector sanitario.....	15
2.2.1. Médicos	17
2.2.2. Enfermeros.....	20
2.2.3. Gestores	22
2.2.4. Los profesionales clínicos con funciones o con formación de gestión.....	24
2.2.4.1. Médicos-gestores.....	25
2.2.4.2. Enfermeros-gestores	26

2.2.5.	Las distintas subculturas organizacionales	26
2.2.6.	Las relaciones interprofesionales entre las distintas subculturas.....	27
2.2.6.1.	Médicos vs. Enfermeros	28
2.2.6.2.	Médicos vs. Gestores.....	32
2.2.6.3.	Enfermeros vs. Gestores	37
2.3.	El sector sanitario, un sistema complejo y adaptativo.....	38
2.4.	Conclusiones.....	42
3.	LA INTEGRACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO.....	45
3.1.	Introducción.....	45
3.2.	La ambigüedad semántica en los estudios sobre la integración	48
3.3.	Necesidad de integración en el sector sanitario.....	63
3.4.	Aspectos teóricos y conceptuales sobre la integración.....	65
3.5.	Obstáculos a la integración.....	73
3.6.	Resultados obtenidos en el ámbito organizacional y a nivel estratégico-táctico.....	77
3.7.	Otras estrategias de integración.....	78
3.8.	Coordinación, colaboración y cooperación	81
3.8.1.	Tipos y mecanismos de coordinación y de colaboración	83
3.8.2.	Dificultades para una coordinación y colaboración reales	84
3.8.3.	Condiciones para una efectiva coordinación y colaboración	86
3.8.4.	La cooperación alrededor de la misión.....	89
3.9.	Conclusiones.....	92
4.	LA MISIÓN Y LA MOTIVACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD.....	97
4.1.	Introducción.....	97
4.2.	La misión en las organizaciones	100

4.2.1. Concepto de misión en las organizaciones	100
4.2.2. La declaración de la misión	103
4.2.3. Misión y <i>stakeholders</i>	105
4.2.4. Distinción entre Misión, Valores y Visión	107
4.3. Valor añadido de la misión	108
4.4. La conveniencia de la misión en el sector sanitario	114
4.5. El contenido de la misión en el sector de la salud	118
4.6. La inconsecuencia práctica de la declaración de la misión	125
4.7. Hacer efectiva la misión	128
4.7.1. Implementación y diseminación de la misión	129
4.7.2. Integración de la misión en los sistemas de gestión	132
4.7.3. Los componentes mínimos de la misión efectiva	134
4.8. La motivación vinculada a la misión en las organizaciones	137
4.8.1. La motivación personal y la motivación vinculada a la misión de la empresa	137
4.8.2. Motivación, misión y <i>stakeholders</i>	144
4.8.3. La motivación personal en el sector de la sanidad	145
4.9. La motivación vinculada a la misión y la cooperación entre profesionales, en los hospitales	150
4.10. Conclusiones	152
5. CONCLUSIONES GENERALES DEL MARCO TEÓRICO	155
PARTE II – ESTUDIO EMPÍRICO	159
6. MISIÓN, MOTIVACIÓN E INTEGRACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD	161
6.1. Introducción	161
6.2. Modelo conceptual e hipótesis	162

6.3. Diseño del estudio empírico y metodología	166
6.3.1. Introducción.....	166
6.3.2. Muestra y metodología	167
6.3.2.1. Las escalas de medida del cuestionario	167
6.3.2.2. 1ª fase: características de la base de datos.....	175
6.3.2.3. Características de la 1ª muestra	175
6.3.2.4. 2ª fase, características de la base de datos	176
6.3.2.5. Características de la muestra definitiva.....	176
6.3.3. Aplicación del proceso de modelo de ecuaciones estructurales (SEM) ..	184
6.3.3.1. Validación de escalas	185
6.3.3.2. Validación de las hipótesis de la investigación: aplicación del modelo de ecuaciones estructurales.....	194
6.3.4. Estudio comparativo de muestras independientes	200
6.3.4.1. Resultados del análisis.....	200
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES	211
7.1. Conclusiones tras la contrastación de las hipótesis de la investigación (H1, H2, H3, H4 y H5)	211
7.2. Conclusiones del estudio comparativo de muestras independientes	215

8.	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	221
9.	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	225
10.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	227
	ANEXO 1 – Escalas utilizadas para el cuestionario del estudio empírico.....	229
	ANEXO 2 – Cuestionario en su versión original	235
	ANEXO 3 – Medidas de los constructos utilizados en el cuestionario.....	247
	ANEXO 4 – Variables, constructos y preguntas del cuestionario.....	255
	ANEXO 5 – Análisis factorial exploratorio	257
	BIBLIOGRAFIA	261

Número de palabras: 69 809

AGRADECIMIENTOS

Una tesis doctoral es un trabajo personal. No se trata, por lo tanto, de una labor individual, sino de una manifestación de un conjunto de relaciones interpersonales que, en muchos casos, reclama un adecuado agradecimiento.

En primer lugar, agradezco a AESE Business School, especialmente a la Prof. Maria de Fátima Carioca, Dean de AESE, el ánimo y apoyo con que siempre acompañó mis trabajos.

Debo un especial y cordial agradecimiento a la Universidad Internacional de Cataluña y a los Profesores Miquel Bastons y Marta Más por toda la dedicación, apertura y simpatía que me han brindado a lo largo de estos años de la tesis.

Sin el Prof. Carlos Rey no habría sido posible hacer esta tesis: sus estudios e investigaciones sobre la Dirección por Misiones en las empresas me facilitaron el ámbito de la misma y, al acogerme en la Cátedra Dirección por Misiones de la UIC, me proporcionó las condiciones adecuadas para realizar mi trabajo. Al Prof. Eng. Jorge André debo agradecer la clarividencia de sus explicaciones en lo que a la estadística se refiere.

Escribir en el idioma de Cervantes no es para cualquiera. No lo es, seguramente, para mí. Por esto, agradezco a Xurdana Peña las correcciones que ha hecho a mi texto original.

A Pedro Ghira Viana debo las figuras que ilustran esta tesis: sencillas, límpidas, netas. A José Maria Raposo y a Pedro Gonçalves Rodrigues el apoyo en los aspectos formales.

A mi Familia agradezco la paciencia y la comprensión.

SIGLAS UTILIZADAS

ITG – Integración

ME – Motivación extrínseca

MI – Motivación Intrínseca

PSM – *Pro Stakeholder Motivation*

PSMe – *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo

PSMc – *Pro Stakeholder Motivation* hacia los colegas

PSMs – *Pro Stakeholder Motivation* hacia la sociedad

PSMi – *Pro Stakeholder Motivation* hacia la institución

PSMp – *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Aclaración de los conceptos relacionados con los cuidados de salud centrados en el paciente.....	57
Tabla 2: Escalas de medida y constructos	169
Tabla 3: Estructura del cuestionario	173
Tabla 4: Cuestionario, envíos y respuestas.....	174
Tabla 5: Características demográficas de la muestra.....	179
Tabla 6: Características demográficas de los 5 perfiles profesionales	182
Tabla 7: Análisis factorial exploratorio: unidimensionalidad	186
Tabla 8: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo Integración	188
Tabla 9: Variables iniciales y finales del constructo Motivación Extrínseca.....	189
Tabla 10: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo Motivación Intrínseca	189
Tabla 11: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo <i>Pro Stakeholder Motivation</i>	190
Tabla 12: Análisis de fiabilidad y de validez convergente de las escalas	193
Tabla 13: Análisis de validez divergente, matriz de correlaciones	194
Tabla 14: Estimación del modelo	196
Tabla 15: Resultado del modelo de ecuaciones estructurales.....	198
Tabla 16: Análisis global de las medias de las motivaciones en función del subgrupo	200
Tabla 17: Análisis global de las medianas de motivaciones en función del subgrupo.....	202

Tabla 18: Pruebas de normalidad	203
Tabla 19: Resumen de la prueba de hipótesis.....	204
Tabla 20: Comparación de medias de motivaciones entre los clínicos (médicos y enfermeros) y los grupos de gestores.....	205
Tabla 21: Comparación de medias entre médicos y enfermeros.....	206
Tabla 22: Comparación de medias entre médicos y gestores.....	207
Tabla 23: Comparación entre enfermeros y gestores	207
Tabla 24: Análisis global de las medias de motivación entre médicos, enfermeros y gestores	208
Tabla 25: Comparación entre las medias de motivación entre los grupos de médicos y de médicos-gestores	209
Tabla 26: Comparación entre las medias de motivación entre los grupos de enfermeros y de enfermeros-gestores	210

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Los cuatro cuadrantes profesionales del sector sanitario	17
Figura 2: Presencia de gestores y necesidad de control justificadas por el aumento de la complejidad en el sector sanitario	39
Figura 3: Diferenciación, integración y <i>performance</i> en organizaciones distintas	64
Figura 4: Diagrama de mecanismos de coordinación.....	70
Figura 5: Coligaciones de poder entre los profesionales del sector sanitario.....	75
Figura 6: Representación de los dominios y temas para el análisis de contenido de la Declaración de la Misión.....	123
Figura 7: Modelo de investigación e hipótesis planteadas.	164
Figura 8: Diagrama del modelo después del análisis factorial exploratorio.....	191
Figura 9: Modelo final validado	197

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Escalas utilizadas para el cuestionario del estudio empírico..... 229

ANEXO 2 – Cuestionario en su versión original 235

ANEXO 3 – Medidas de los constructos utilizados en el cuestionario 247

ANEXO 4 – Variables, constructos y preguntas del cuestionario..... 255

ANEXO 5 – Análisis factorial exploratorio 257

PARTE I – MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La salud es un tema que interesa a todas las personas, cualquiera que sea su condición o profesión (Gil, María, & García, 2016).

El sector sanitario tiene un peso importante en la economía y en la sociedad, sea cual sea la situación geográfica o el contexto socio-político que se considere (Ribera, Gutiérrez Fuentes, & Rosenmoller, 2005). En los países de Europa, el Producto Interior Bruto asociado a la sanidad es del 9% (World Health Organization, 2015), lo que atestigua la relevancia del sector. Y, además del peso importante que tiene, el sector sanitario es un sector crítico, del cual todos dependemos y al que todos recurrimos en distintos periodos de la vida.

Los profesionales de la salud –y esta es una realidad bien descrita y aceptada en la literatura– están entre los más especializados y valorados en la sociedad (Carvalho Rodrigues, 2002; Glouberman & Mintzberg, 2001a). Médicos, enfermeros, farmacéuticos, gestores, juristas, ingenieros, psicólogos, asistentes sociales, etc., tienen un rol bien definido en el sector y, muchas veces, viven encerrados en compartimentos estancos y poco permeables a los demás profesionales que con ellos se interrelacionan en la prestación de cuidados a los enfermos (Tett, 2015).

A su vez, las instituciones sanitarias son de las más complejas en la sociedad contemporánea (Frenk et al., 2010), y la interrelación entre organizaciones, equipos y profesionales de la salud es un horizonte deseado, aunque nunca perfectamente alcanzado. Lograr la armonización de todas las partes del sistema y de los colaboradores que en él trabajan es un

objetivo del sistema, de las instituciones y de los profesionales (Grone & Garcia-Barbero, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Wijngaarden, 2006).

Así, y resumiendo, es posible encontrar dos aspectos concomitantes en el sector sanitario: por una parte, los profesionales altamente especializados en diversas áreas que tienden a vivir y a trabajar aislados en sus grupos corporativos y, por otra, la conveniencia de que se integren para cumplir los objetivos de la institución y del sector sanitario en el que trabajan.

Pero la integración en el sector sanitario no implica solo una coordinación y colaboración de proceso, formal, entre los profesionales, sino que depende también de la voluntad –de la buena voluntad– de los actores (Glouberman & Mintzberg, 2001b; Martin, Currie, & Finn, 2008); por ende, la sola red formal de interrelación no tiene fuerza causal; es, así, insuficiente para generar la integración.

Además, “el grado de integración entre los profesionales se relaciona con la naturaleza del proyecto colectivo que les motiva a cooperar” (Contandriopoulos, 2004, p. 12), es decir, con la misión institucional. En las organizaciones de salud, la misión institucional –definida más adelante en esta tesis como contribución a los diferentes *stakeholders* de la organización– es el punto que se toma como referencia para aunar y alinear esfuerzos, ambiciones y afanes de servicio de los profesionales que trabajan en el sector (Lee & Cosgrove, 2014; Lindgren, Bååthe, & Dellve, 2013). También hay que referir, por otra parte, que la profesión sanitaria tiene un carácter muy vocacional y la misión personal de servicio al enfermo ocupa el centro de las preocupaciones de los que trabajan en el ámbito de la salud (Bart, 2000). Además, la misión institucional de los hospitales no es solo una declaración de propósitos con alcance reducido, sino que puede ser, si hay motivación para ello, un elemento que agregue e identifique a los colaboradores entre sí y con la institución.

Si bien la misión institucional es un tema ampliamente estudiado en la literatura de investigación de Dirección y Gestión de Empresas, en general, y también en el sector sanitario, en esos estudios se abordan, sobre todo, dos tipos de cuestiones: las cuestiones alrededor de la importancia de formalizar una misión institucional (Bart, 2000; Desmidt, Prinzie, & Heene, 2008) y las cuestiones que tratan del contenido de la misión de las organizaciones sanitarias (Bart & Tabone, 1999; Bart, 2000; Bart & Tabone, 1998; Bolon, 2005; Gibson, 1990; Ginter, Swayne, Duncan, 1998; Rego, Araújo, & Serrão, 2015; Williams, Smythe, Hadjistavropoulos, Malloy, & Martin, 2005). Por lo tanto, queda en gran parte por estudiar la motivación de los profesionales para asumir la misión institucional, lo que se denomina la misión motora (Rey, 2011), que se considera un factor relevante para que florezcan las condiciones para la efectiva integración entre los profesionales de la sanidad. Y al profundizar en esta temática, esta tesis contribuye de manera original a la comprensión de estas relaciones.

Están, así, presentados los tres principales conceptos que van a estructurar esta tesis: misión, motivación e integración.

El objetivo de esta tesis es, precisamente, intentar relacionar estos tres puntos –misión, motivación e integración–, estudiando en qué medida la misión institucional juega un papel relevante en la motivación hacia la integración de los profesionales y, también, si la integración entre los profesionales sanitarios se relaciona de manera igual con todos los tipos de motivación.

En cuanto a su estructura, este trabajo de tesis doctoral está organizado en dos partes principales:

En la primera, se presenta el marco teórico, donde se realiza una revisión crítica de la literatura y se profundiza en los principales temas en tres capítulos:

1. la complejidad del sector sanitario, las características de los profesionales de la salud, su diferenciación y especialización y su tendencia al aislamiento en silos profesionales incomunicados;
2. el fenómeno de la integración en el sector sanitario, sea organizacional, de equipos o interpersonal; se destaca la diferencia entre coordinación, colaboración y cooperación y se subraya la importancia de la voluntariedad del agente –la motivación– para que haya integración;
3. la misión institucional en el sector de la salud, su contenido en los hospitales, su presencia en los sistemas de gestión de las instituciones. Además, se profundizará en los principales conceptos de la motivación humana, dando particular énfasis a su aplicación en el sector de la salud y destacando, asimismo, los conceptos y los ámbitos de la motivación basada en la misión, también denominada *Pro Stakeholder Motivation*.

Al final de esta primera parte –marco teórico– estarán ya alineadas las preguntas para las que se procurará dar una respuesta en la parte II, referente a los estudios cuantitativos:

1. ¿Cuál es la relación entre la motivación extrínseca y la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores) del sector hospitalario?
2. ¿Cómo se relaciona la motivación intrínseca con la integración entre profesionales (médicos, enfermeros y gestores)?
3. ¿Cómo es la relación entre la *Pro Stakeholder Motivation* aplicada a los *stakeholders* próximos (colegas, enfermos e institución) con la integración en ambiente hospitalario entre médicos, enfermeros y gestores?
4. ¿Cuál es la relación entre la *Pro Stakeholder Motivation* aplicada al *stakeholder* sociedad, con la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores)?

-
5. ¿Cómo se relaciona la *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo con la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores) si se considera al *stakeholder* clave del sector de la salud (el enfermo) independientemente de los demás *stakeholders principales* (colegas, institución, sociedad)?

Para contestar a estos interrogantes, se formulan las siguientes hipótesis:

- o H1: La Motivación Extrínseca (ME) tiene una relación positiva y significativa con la Integración (ITG).
- o H2: La Motivación Intrínseca (MI) tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H3: La *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp) tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H4: La *Pro Stakeholder Motivation* hacia la sociedad (PSMs) tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H5: La *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo (PSMe) tiene una relación positiva y significativa con ITG.

En la segunda parte de la tesis se presentan dos estudios cuantitativos que pretenden dar respuesta a las cuestiones y a las hipótesis formuladas: un estudio de ecuaciones estructurales y otro comparativo de muestras independientes. Para ello, se presentó un cuestionario estructurado, distribuido en mayo de 2015, a una base de datos de 2308 profesionales de la salud en Portugal. Se obtuvieron 647 (28%) respuestas válidas. En el cuestionario se utilizaron escalas cuyo contenido estaba ya validado en la literatura.

Para el análisis realizado mediante la metodología de ecuaciones estructurales, se restringieron las respuestas a los profesionales hospitalarios (532 respuestas validas); las escalas fueron validadas en lo que respecta a la unidimensionalidad (a través del índice KMO), a la convergencia (los valores de CR y AVE) y a la validez discriminante (a través de la raíz cuadrada del AVE). Para la validación de las hipótesis se utilizó un modelo robusto, bien ajustado (CFI y RMSEA adecuados). Para estudiar la significación estadística de las relaciones dentro del modelo de hipótesis presentado se utilizó el Programa EQS®.

Este estudio pretende investigar las relaciones entre motivación (en donde se incluye la motivación basada en la misión o *Pro Stakeholder Motivation*) e integración. Tiene como objetivo explicitar si los profesionales motivados están más inclinados a un comportamiento integrado con los que forman su equipo de trabajo y si hay diferencias en la relación motivación-integración según los diferentes tipos de motivaciones consideradas.

Para el segundo estudio, el que compara muestras independientes, se restringieron las respuestas del cuestionario a profesionales hospitalarios de cinco grupos concretos: médicos, enfermeros, gestores, médicos-gestores y enfermeros-gestores. Se utilizaron, por tanto, 434 respuestas válidas. Se estudiaron las medias y medianas generales y las diferencias entre los grupos descritos a través de comparaciones sucesivas de dos grupos independientes, utilizando los test *T-student*.

En este estudio se buscan las diferencias, en los grupos de profesionales hospitalarios (médicos, enfermeros y gestores), en cuanto al fenómeno de la motivación, analizando el peso relativo de los diferentes tipos de motivaciones.

Los resultados derivados de los modelos de ecuaciones estructurales indican, resumidamente, que solo la motivación hacia los *stakeholders* de proximidad (enfermos, colegas e institución) y la motivación intrínseca tienen una relación significativa y positiva con la integración de médicos, enfermeros y gestores en contexto hospitalario. Los otros

tipos de motivación estudiados (la extrínseca, y la *Pro Stakeholder Motivation* hacia la sociedad y la *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo considerado aisladamente), aunque naturalmente presentes, no poseen dicha relación.

En el estudio comparativo de muestras independientes, la principal conclusión obtenida es que la *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp) surge como el factor motivacional más relevante para todos los colectivos profesionales considerados en conjunto (médicos, enfermeros y gestores).

Estos resultados, con las limitaciones que se describen al final de esta tesis, permiten atisbar la importancia de la misión institucional a la hora de motivar y promover la integración interprofesional entre médicos, enfermeros y gestores, y proporcionan a los directivos de instituciones hospitalarias líneas de actuación, concretas y operacionales, que les permiten establecer políticas de alineamiento estratégico, gestionar sus recursos humanos y potenciar sus equipos multiprofesionales.

La originalidad de esta tesis se basa en el estudio y en la investigación cuantitativa de las relaciones concomitantes entre tres conceptos clave en las instituciones sanitarias: misión-motivación-integración interprofesional; por otra parte, el ámbito donde se centra el estudio, esto es, el contexto hospitalario, también aporta novedad a la tesis.

De hecho, en la revisión de la literatura se constata que el tema integración es estudiado por numerosos autores (Lawrence et al. (1967), Glouberman & Mintzberg (2001), Kodner & Spreuwenberg (2002), D'Amour et al. (2008), entre otros), pero se llega a la conclusión que no se alcanza de manera efectiva la integración entre las personas, sino que la integración que se da en las instituciones sanitarios es básicamente de los procesos.

Por otra parte, conceptos como capacitación colaborativa, la importancia de las actitudes y motivaciones de las personas, los valores compartidos y la intencionalidad, así como la

importancia de la voluntariedad de los agentes para la integración y la definición de proyectos colectivos que induzcan a la colaboración son temas apuntados y descritos por algunos autores, pero no hay trabajos que establezcan relaciones entre ellos y con la integración de los profesionales.

Aunque misión y motivación sean temas ampliamente estudiados en la literatura (por ejemplo, Frankl (1959), Drucker (1989), Campbell & Yeung (1991), Pérez-López (1996), Bart (1997), Grant (2008)), pocos autores estudiaron la motivación por la contribución hacia los *stakeholders*. En esta tesis se investiga la *Pro Stakeholder motivation* (Bastons et al., 2016) en el sector hospitalario, aspecto novedoso y original por la aplicación a este sector.

Por todo ello, se puede afirmar que el análisis de la misión institucional y de la motivación y la relación de éstos con la integración de los profesionales de la salud, estudiando la relación entre ellos, es un aspecto original de esta tesis. Ninguno de los estudios previos identificados en la revisión de la literatura lo ha estudiado explícitamente, por lo que esta tesis es novedosa en el estudio de la relación misión-motivación-integración profesional en contexto hospitalario.

Además, la relevancia de esta tesis, se basa en que se profundiza en el efecto integrador de la motivación hacia la misión (la *Pro Stakeholder Motivation*) para los profesionales hospitalarios, campo que no había sido estudiado todavía. Es decir, se constata que la asunción voluntaria de la misión hospitalaria –lo que se va a denominar más adelante como “misión motora”– es un factor relevante para la cooperación y la integración de los profesionales hospitalarios. Estas consideraciones pueden ser muy útiles para los directivos de centros hospitalarios a nivel operativo. Los resultados obtenidos pueden ser tenidos en cuenta a la hora de tomar de decisiones para alinear a los profesionales con la misión en contexto hospitalario.

Al final de la tesis se detallarán las conclusiones obtenidas, se presentarán las posibles implicaciones para la práctica de la dirección de instituciones hospitalarias y, teniendo también en cuenta las limitaciones inherentes a este estudio, se harán algunas sugerencias sobre posibles futuras líneas de investigación.

2. LA COMPLEJIDAD DE LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES EN EL SECTOR DE LA SALUD

2.1. Introducción

En este primer capítulo de la tesis, se describen dos grandes temas: en primer lugar, se presenta a los profesionales del sector sanitario refiriendo pormenorizadamente sus características principales y sus relaciones mutuas. A continuación, se describen los principales elementos que permiten definir el sector sanitario como un sector complejo.

Al describir a los profesionales del sector sanitario, se constatará que no son un todo compacto y homogéneo, sino que constituyen distintos “mundos”, organizados en “silos” profesionales autónomos que, incluso, pueden llegar a establecerse en contra del trabajo coordinado, causando daño a la prestación del cuidado y al funcionamiento de la institución.

Teniendo en cuenta la evolución histórica del sector, se relatará cómo, partiendo de un contexto casi exclusivamente clínico de interacción entre médicos y enfermeros, característico de las seis primeras décadas del siglo XX, se llegó a un complejo entramado en el que conviven médicos, enfermeros y gestores, diferenciados en grupos profesionales notoriamente establecidos y con características específicas, tan netamente individualizadas que se podría afirmar la existencia de distintas subculturas profesionales.

Se describirán, después, las características específicas de cada uno de estos grupos (médicos, enfermeros, gestores), sus matices propios, su rol en el sistema y su estilo de actuación. Y se hará, también, referencia a dos grupos particulares –los médicos-gestores y los

enfermeros-gestores– que, fruto de la evolución y de la creciente complejidad del sistema, se han abierto paso y se están estableciendo en el sistema sanitario con una presencia no totalmente definida, ni previsible en lo que respecta a su actuación y tendencias preferentes.

Seguidamente, se hablará de cómo se interrelacionan estos grupos profesionales: la interacción médico/enfermero, médico/gestor y enfermero/gestor, sus conflictos, resistencias y tensiones. Se analizarán también sus puntos de contacto, sus equilibrios y la potenciación mutua de sus contribuciones en el sistema sanitario.

En el segundo tema de este capítulo se describen los restantes elementos que añaden complejidad al sector sanitario: los distintos niveles de atención sanitaria que constituyen el sistema, los diferentes procesos que se establecen, la presencia de usuarios con características muy dispares y sus diferentes interacciones con las instituciones. También, se abordará la insuficiencia de los mecanismos de comando y control para alcanzar la dirección de las instituciones y del sistema sanitario, describiendo las ventajas de considerar este sector como adaptativo y, por tanto, necesitado de relaciones interpersonales más bien flexibles, fluidas y orgánicas.

Este primer capítulo permitirá, pues, perfilar un problema de gestión, cultural y comportamental todavía no resuelto y con impacto en las instituciones sanitarias, en la vida de los profesionales y en el servicio que se presta en el sector de la salud: que la diferenciación de los profesionales y la complejidad del sector de la salud, si bien aportan especialización y capacidad resolutoria, pueden conllevar dificultades a la hora de lograr la integración, coordinación, colaboración y cooperación de los profesionales del sector sanitario.

2.2. Los distintos “silos” profesionales existentes en el sector sanitario

Un fenómeno conocido y ampliamente descrito en la literatura es el hecho de que los profesionales del sector de la salud se constituyen en distintos “mundos”, concretos y específicos, con sus actividades, sus formas de organización y sus modos de entenderse (Glouberman & Mintzberg, 2001a; Hurlock-Chorostecki et al., 2016). Este hecho viene potenciado por el proceso de evaluación de cada profesional en el seno de su grupo que, en las distintas organizaciones del sector sanitario, tiene por base sus cometidos específicos y la comparación con sus colegas, lo cual repercute en una actuación cerrada en silos profesionales autónomos (Frenk et al., 2010; Martin et al., 2008; VanVactor, 2012). Esto ocurre hasta tal punto que dicha diferenciación no solo aísla a los distintos grupos profesionales en silos comunicados sino que se establece en contra del trabajo coordinado y en red, de muchas formas y por diversos motivos (Martin et al., 2008; Zwarenstein, Rice, Gotlib-Conn, Kenaszchuk, & Reeves, 2013). Los silos, pues, pueden causar daño: “profesionales organizados en equipos especializados pueden verse enfrentados, perdiéndose recursos. Departamentos aislados o equipos de expertos pueden fallar en la comunicación y muchas veces ser insensibles a riesgos costosos y peligrosos. La fragmentación puede crear cuellos de botella de información y retrasar la innovación. Y sobre todo, los silos pueden crear *tunnel visión* o ceguera mental, conllevando decisiones desacertadas” (Tett, 2015, p. 14).

A finales de los años 60 del siglo pasado, la descripción de esta diferenciación entre profesionales tuvo principalmente en cuenta los distintos “mundos” de la actividad clínica, esto es, los “mundos” de médicos y de enfermeros. En aquél entonces, la relación entre ambos se denominó *doctor-nurse game* (L. Stein, 1967): las enfermeras (en aquellos años eran, sobre todo, mujeres) eran instruidas para demostrar, fundamentalmente, su capacidad de cuidar, y su relación con los médicos (entonces hombres, en la mayoría de los casos),

desde la etapa de la formación, estaba orientada a evitar conflictos interprofesionales y a no afrontar la autoridad de los médicos (Fagin, 2004). Pero esta situación padeció fuertes cambios: hubo permeabilidad para hombres y mujeres en ambas profesiones clínicas y la enfermería ganó en especialización, de forma que la relación médico-enfermera pasó de una relación de dependencia a una mayor autonomía con mutua interdependencia (Fagin, 2004).

No obstante, la creciente complejidad de la actividad sanitaria y el incremento sustancial de las necesidades de todo tipo de recursos y de financiación de las instituciones han provocado que gane peso e importancia en el sector otro grupo de profesionales con funciones más bien administrativas y de gestión: los gestores, los representantes del capital y de la sociedad, agencias públicas de regulación y grupos de presión, algunos de los cuales estrechamente ligados al hospital, otros con una relación más remota (Bååthe, 2013; Glouberman & Mintzberg, 2001a).

La comprensión del sistema así constituido gana claridad cuando se analiza en cuadrantes (cfr. Figura 1) que describen la actividad, la función específica y la característica identificadora de los distintos tipos de profesionales: la curación (médicos), el cuidado (enfermeros), el control (gestores), la representación de la comunidad y del capital (consejos de administración, consejos consultivos, etc.).

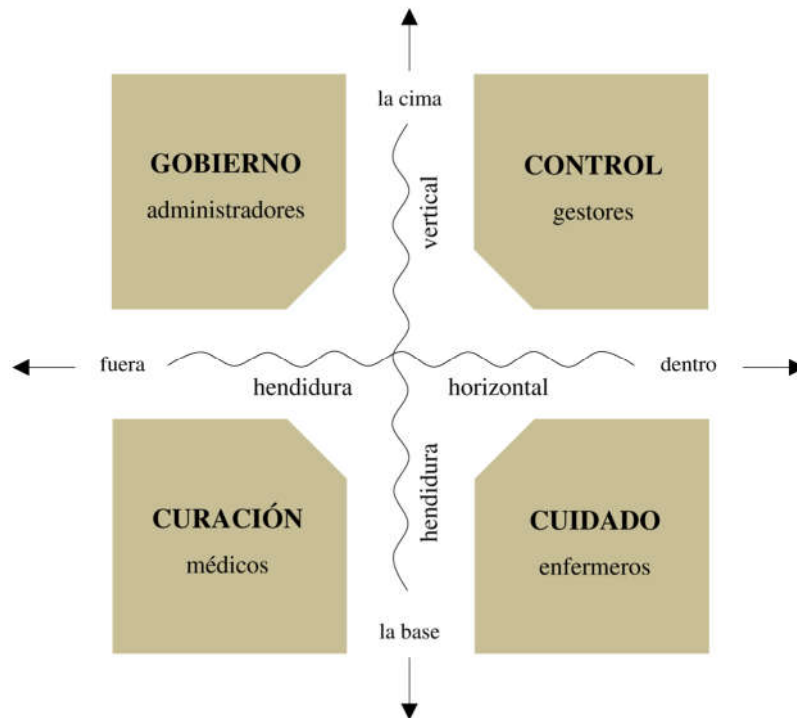


Figura 1: Los cuatro cuadrantes profesionales del sector sanitario (Glouberman & Mintzberg, 2001a)

Se describirá, con detalle, cada uno de estos grupos: médicos, enfermeros y gestores (en su momento se justificará por qué, en esta tesis, agrupamos a los gestores y a los administradores en un solo grupo). Y, dado que algunos médicos y enfermeros además de su función técnica están capacitados y, de hecho, ejercen actividades de gestión y liderazgo, se detallarán, también, estos dos sub-grupos: los médicos-gestores y los enfermeros-gestores (P. Degeling, Kennedy, & Hill, 2001; Pieter Degeling, Maxwell, Kennedy, & Coyle, 2003; Morgan & Ogbonna, 2008).

2.2.1. Médicos

A los médicos muchas veces se les señala como el prototipo de la profesión autónoma, y adoptan una actitud individualista en su actividad práctica (Pieter Degeling et al., 2003; Fox

& Reeves, 2014; Martin et al., 2008; Martinussen & Magnussen, 2011). El individualismo de los médicos les lleva a ser exclusivos, a confiar especialmente en otros médicos y a socializar, sobre todo, con otros colegas (Morgan & Ogbonna, 2008; Zwarenstein et al., 2013).

El propósito de la actividad del médico es conocer y entender la patología, bien como el estado clínico del enfermo, para decidir y coordinar el tratamiento debido (Cohn, Allyn, & Reid, 2008). Se les ha enseñado “a tratar con individuos, no con organizaciones; a tomar la responsabilidad como algo personal, más que a delegar” (Edwards, Kornacki, & Silversin, 2002, p. 836; Lindgren et al., 2013; Price, Doucet, & Hall, 2014; Snell, Briscoe, & Dickson, 2011). Se espera de su actividad una elevada aptitud para que tomen las decisiones médicas correctas, basadas en su juicio –por sí mismos o con otros médicos– de forma autónoma e independiente (Bååthe, 2013).

Su actividad se ve controlada por un sistema autónomo *inter pares* (las especialidades médicas) que constituye la principal chimenea o silo que caracterizan el sector sanitario (Glouberman & Mintzberg, 2001a; Viitanen, Kokkinen, & Puolijoki, 2015). Su lealtad, el reconocimiento de la autoridad y la motivación que les mueve están, sobre todo, vinculadas a la profesión médica (Krogstad, Hofoss, Veenstra, & Hjortdahl, 2006). La satisfacción en el trabajo se apoya, principalmente, en valores tradicionales de los médicos: autonomía profesional y control sobre el trabajo, foco de atención en el paciente individual, aceptación de la autorregulación, y el importante papel de la evidencia en la práctica clínica (Edwards et al., 2002).

El mejor predictor de la satisfacción del médico es trabajar en un ambiente de desarrollo profesional, siendo también relevante la posibilidad de recibir *feedback* de su superior clínico (Krogstad et al., 2006).

Los médicos tienen una forma muy particular de entender conceptos como el tiempo y la puntualidad: se centran en las tareas a cumplir y en el orden de prioridad con que se llevan a término (Skjørshammer, 2001). En este sentido, destaca el carácter intermitente y discreto de la prestación del médico en los cuidados y en la implicación en la institución (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

Son muy propensos a las oportunidades de desarrollo personal y profesional, así como muy dependientes del apoyo de sus colegas y del ámbito de trabajo, y se resisten a la intrusión de criterios financieros en la decisión clínica (Edwards, 2003).

Se afirma que los médicos no son fáciles de dirigir y tienen tendencia a dominar sobre los otros miembros –no médicos– de los equipos (Smith, 2003). En contraste con su *expertise* biomédica, que les confiere autoridad técnica, en las cuestiones de la organización se topan con sus insuficiencias, así como también cuando se les compara con otros profesionales (Bååthe, 2013; Snell et al., 2011). Además, muchos médicos son escépticos en cuanto a la oportunidad y validez de las reuniones interprofesionales por la poca evidencia de que su presencia se traduzca en contribuciones válidas y temporáneas para el proceso de decisión, más aún si su sueldo depende del número de consultas que hace, ya que perderá dinero si no está atendiendo a los pacientes (Cohn et al., 2008; Snell et al., 2011).

Hay quien afirma que existe una tendencia de los médicos a oponerse a los esfuerzos para aumentar la transparencia, el control y la responsabilidad en las organizaciones, y a la implementación de procesos que racionalicen su trabajo y la relación con otros profesionales, así como su inclinación a minimizar la importancia de factores institucionales –como los métodos de trabajo en equipo–, y su rechazo a los esfuerzos para estandarizar el trabajo, medirlo, compararlo y evaluarlo (Degeling, Kennedy, & Hill, 2001; Martinussen &

Magnussen, 2011). Además, los médicos tienden a mirar de forma ambigua el realismo financiero y la transparencia en la gobernabilidad de las instituciones (Degeling et al., 2003).

2.2.2. Enfermeros

Las características principales del trabajo de los enfermeros son el cuidado del paciente de una forma continuada y la coordinación de los complejos flujos de trabajo en la atención de los enfermos (Glouberman & Mintzberg, 2001a; Price et al., 2014).

Su preocupación por la coherencia organizacional, tanto vertical como horizontal, manifiesta la naturaleza multidimensional de su trabajo (Krogstad et al., 2006). Aunque la naturaleza de su cometido –tal como ocurre con los médicos– les lleva a centrarse en lo que interesa a cada enfermo, su actitud y su perspectiva son más bien colectivas, reconociendo la interrelación y la interdisciplinariedad entre los distintos profesionales como algo inherente al sistema de salud (Degeling et al., 2001). Los enfermeros forman el grupo profesional que más valora el factor equipo, son los más inclusivos, los más aptos a entender la necesidad de equipos multidisciplinares y a comprometerse en perseguir objetivos comunes, apoyando claramente la gestión clínica, también porque esta favorece su desarrollo y su reconocimiento profesionales (Morgan & Ogbonna, 2008). Son los que coordinan el trabajo interprofesional y con los pacientes, están en continua interacción con todos – comunicando, informando, siendo frecuentemente interrumpidos por enfermos, sus familiares y otros profesionales que necesitan alguna ayuda– llegando incluso a gestionar solicitudes en ocasiones contradictorias (Bååthe, 2013).

La satisfacción de los enfermeros está relacionada, sobre todo, con su desarrollo profesional, con la efectiva cooperación con los médicos y con el apoyo de sus jefes inmediatos, lo que muestra una necesidad de ser reconocidos y apreciados. Con la falta de reconocimiento y

con la depreciación profesional por parte de otros grupos profesionales, los enfermeros experimentan frustración y agotamiento (Krogstad et al., 2006; Matziou et al., 2014). Los enfermeros parecen estar, sobre todo, motivados por las necesidades consideradas de alto rango: competencia profesional, autonomía y el compartir los mismos valores de la organización (Lambrou, Kontodimopoulos, & Niakas, 2010; Toode, Routasalo, Helminen, & Suominen, 2014).

Los enfermeros tienen la noción de que, al ser los que más tiempo pasan con el enfermo, son los “que mejor le conocen” (Price et al., 2014; Wolf, Ekman, & Dellenborg, 2012). En efecto, “saben de primera mano qué puede el enfermo hacer por sí mismo y cuándo necesita de ayuda, tienen la percepción más inmediata de sus avances y retrocesos, captan la dimensión y densidad de la red de relaciones familiares y sociales, están informados de las condiciones de vivienda y de trabajo del enfermo, establecen contacto con los familiares, prevén la fase de rehabilitación posterior a darles el alta” (Svensson, 1996, p. 384-385).

Su actitud frente al trabajo se define por su preferencia de la seguridad laboral a la autonomía, y les agrada la toma de decisiones basada en reglas preestablecidas (Degeling et al., 2001). En concreto, tienen la expectativa de que el seguimiento de procesos y de protocolos conducirá y defenderá su autonomía profesional (Degeling et al., 2001). Contrastando con la percepción de los médicos, para los enfermeros el tiempo tiene un carácter más bien lineal, siendo posible dividirlo y controlarlo (Skjørshammer, 2001).

Frente a su tradicional rol dependiente de los médicos (Stein, 1967), los enfermeros crecientemente cuestionan el “modelo médico” y defienden para el sector una visión holística –de la que son paladines– enfocada en la prevención, educación para la salud y manejo de enfermedades crónicas (Fagin, 2004; Price et al., 2014).

Patrocinan los procesos de decisión basados en reglas y protocolos, apoyan el trabajo en equipo, favorecen la promoción de la racionalización de procesos que incluye codificación, estandarización y sistematización (Degeling et al., 2001). Defienden la sistematización del trabajo clínico y, por otra parte, apoyan el “purismo clínico”, lo que lleva a resistirse a la intrusión de criterios financieros en el sistema de salud (Degeling et al., 2003). Se sienten muchas veces “apresurados por los médicos que reclaman la responsabilidad por los enfermos a pesar de su ausencia, y por los gestores que reclaman la responsabilidad por el control a pesar de su distanciamiento” (Glouberman & Mintzberg, 2001a, p. 63).

2.2.3. Gestores

El tercer grupo de profesionales que se describe es el de los gestores. Glouberman & Mintzberg (2001), en su modelo de cuadrantes ya introducido (ver Figura 1), describen a los gestores tanto como controladores como administradores (por ser detentores del capital y/o representantes de la comunidad social y política). Dado que este trabajo de tesis profundiza más en la visión micro del sistema y de las relaciones interpersonales en las instituciones sanitarias, al hablar del gestor se observará, sobre todo, al controlador, al director y al ejecutivo, no entrando en quiénes son o cómo se articulan con los accionistas y con los representantes de la comunidad social y política.

En este sentido, los gestores, aunque pasen habitualmente su día en la institución, no están en contacto directo con los enfermos (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Su mentalidad les lleva a orientarse a alcanzar objetivos y tienen tendencia a privilegiar las iniciativas arriba-abajo como las más eficaces en los procesos de cambio (Bååthe, 2013). Su preparación y entrenamiento profesional les conduce a centrarse en asuntos de negocio: estrategia, viabilidad financiera, gestión de los colaboradores, etc., no llegando a entender lo que los clínicos hacen (Begun, White, & Mosser, 2011). Dicha desconexión con los clínicos puede

deberse al hecho de estar a menudo mirando hacia fuera –a los inversores, proveedores, políticos– y a la relación tangencial de sus cometidos con los de médicos y enfermeros (Edwards, 2003). Esto los convierte en “intrusos” en relación a las operaciones clínicas y les dificulta llegar a ellas, donde impera una estructura que obedece a criterios y estándares sanitarios y a los imperativos de la tecnología, no a los dictámenes administrativos (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

Detentan la autoridad formal y la jerarquía administrativa de la institución. Se ocupan de asignar recursos y establecer su control. (Bååthe, 2013; Cohn et al., 2008). Se espera de ellos la respuesta a los requerimientos y expectativas de la comunidad en la que están insertados, como gestionar y garantizar el acceso, la calidad y la seguridad a los pacientes, el control financiero y el funcionamiento de los flujos de trabajo e información en la institución (Bååthe, 2013). Si tienen la responsabilidad global por la organización, ante su complejidad la consideran ingobernable (Cohn et al., 2008).

Piensan en términos de sistema y comprenden la necesidad de trabajar en equipo; para mediar conflictos son adeptos de la negociación como proceso equilibrado y justo; no suelen estar en su posición directiva de por vida, cambiando con frecuencia de institución; están más bien focalizados en grupos poblacionales que en el individuo y se ven afectados por la agenda política y gubernativa; les interesa la eficiencia de los tratamientos en cuanto utilización correcta de los recursos (Garellick, 2005). Se sienten cómodos con el trabajo en equipo y comprenden que es la mejor forma de gestionar la complejidad del sistema; reconocen que la mejor estrategia para la negociación es una situación en la que todos ganan (la lógica *win-win*) y entienden las situaciones de conflicto y de desacuerdo como parte del proceso (Smith, 2003).

Están inclinados a favorecer un grado elevado de racionalización y transparencia en la organización que gestionan (Davies & Harrison, 2003). Además, colocan la responsabilidad por encima de la autonomía clínica, apoyan un método de control de procesos en el trabajo de gestión de las unidades clínicas oponiéndose así a un modelo médico-céntrico (Degeling et al., 2001), sostienen una concepción sistémica del trabajo con un realismo financiero – todas las decisiones clínicas tienen implicaciones en la utilización de los recursos– y una *accountability* transparente (Degeling et al., 2003). Su énfasis en la *accountability* pública, en centrarse en poblaciones más que en individuos y su preocupación por el sistema no les resta sensibilidad para valorar la experiencia vivida por los enfermos en contacto con la institución, yendo más allá de los estrictos resultados del tratamiento clínico: a las condiciones de acceso, a la satisfacción global, a las reclamaciones, etc. (Edwards, Marshall, McLellan, & Abbasi, 2003).

2.2.4. Los profesionales clínicos con funciones o con formación de gestión

Después de referir el modo en el que los tres grupos profesionales más característicos del sector sanitario –médicos, enfermeros y gestores– observan el sistema y lo viven, cómo prestan su trabajo y se dedican a su cometido, cómo aprecian los distintos valores presentes en el sector, cómo se relacionan entre sí, etc., se describen ahora dos subgrupos que van abriéndose paso en el sector sanitario –los médicos-gestores y los enfermeros-gestores, con un rol híbrido, tanto profesional como de gestión (Byrkjeflot & Jespersen, 2014; Correia & Denis, 2016)–, cuya presencia resulta de dos fenómenos concomitantes: por una parte, la asunción de tareas de gestión por parte de médicos y de enfermeros por ser los “directivos naturales” de las instituciones y de los equipos; y, por otra, la creciente formación de médicos y enfermeros en asuntos de gestión y de dirección, lo que les permite asumirse como gestores, además de ser profesionales clínicos.

2.2.4.1. Médicos-gestores

La combinación de estos dos roles llega a ser considerada difícil y divergente (Davies & Harrison, 2003) e incluso ambigua (Lindgren et al., 2013). Por una parte, y tal como sus colegas médicos, son individualistas en la concepción del trabajo clínico y defienden el modelo de supremacía médica en las instituciones de salud. Pero, por otra parte, apoyan el realismo financiero y la *accountability* como sus colegas gestores (Degeling et al., 2001; Degeling et al., 2003; Martinussen & Magnussen, 2011). Esta ambigüedad de roles se refleja “en la falta de claridad en cuanto a objetivos y planes, y en la incertidumbre en cuanto a la autoridad personal para acometer determinadas tareas” (Lindgren et al., 2013, p. 22). Los médicos-gestores se encuentran, por lo tanto, en una posición que les trae ventajas e inconvenientes (Garelick, 2005). Experimentan dilemas éticos al intentar combinar decisiones con relevancia clínica y de gestión (Correia & Denis, 2016).

Como ventaja se puede apuntar que tienen, naturalmente, más alineamiento y credibilidad que los gestores en las relaciones con sus colegas médicos; además, al poseer una carrera médica alternativa a su cometido de gestores, tienen más libertad que sus colegas gestores para afrontar y resistirse a decisiones e imposiciones que les parezcan desajustadas. Por el hecho de ser médicos, también se consideran aspectos positivos la particular capacidad para influir en la implementación de las decisiones de gobierno y para atraer recursos financieros para desarrollos en los que están comprometidos por su connaturalidad con el sector (Garelick, 2005).

Como aspectos negativos, y en lo que se refiere a la relación con sus colegas médicos, se considera que por tener que tomar decisiones en contra de los intereses corporativos y por evaluar la práctica clínica de colegas tomando medidas correctivas cuando sea necesario, pueden volverse impopulares (Snell et al., 2011), corriendo el riesgo de aislamiento

profesional y de ser considerados “traidores a la profesión”. Además, pueden perder *expertise* médica por estar dedicando tiempo y esfuerzos a áreas de gestión (Garellick, 2005).

En la relación con los otros gestores, debido a su falta de formación y experiencia de base en materias económico-financieras y administrativas, también pueden llegar a no ser bien aceptados (Garellick, 2005).

2.2.4.2. Enfermeros-gestores

También para los enfermeros la acumulación de los dos roles es exigente y no exenta de ambigüedades. Los enfermeros-gestores suelen sentirse presionados entre las necesidades de los enfermos y de las familias, por una parte, y las demandas de cuantos intervienen en el cuidado al paciente, por otra.

Los numerosos frentes y la exigencia de sus tareas les lleva a no tener mucha oportunidad de cuidar directamente al paciente y, por el contrario, tienden a sumergirse en actividades más bien administrativas, lo que les provoca algunas veces un sentimiento de falta de sentido (Wolf et al., 2012).

Sin embargo, y en contraste con lo que sostienen los enfermeros con actividad puramente clínica, los enfermeros-gestores suelen ser sensibles a la importancia de la presencia de criterios financieros en las decisiones clínicas y a la relevancia de los procesos de control de recursos en las unidades clínicas (Degeling et al., 2003).

2.2.5. Las distintas subculturas organizacionales

Los agentes del sistema sanitario tienen, por lo tanto, un elevado grado de “diferenciación”, concepto que se describe como el estado de segmentación del sistema organizativo en subsistemas, cada cual tendiendo a desarrollar atributos particulares en relación al contexto,

incluyendo atributos comportamentales de los miembros del subsistema –y no solamente los relacionados con las diferentes tareas y trabajos (Lawrence & Lorsch, 1967). En otras palabras, el concepto de diferenciación no tiene solamente un significado formal, mecánico y procesual, sino que está enriquecido por el matiz comportamental y cultural, aplicado a cada individuo participante en el sistema.

Estos atributos diferenciados dan cuerpo a distintos valores, orientaciones, actitudes, al punto de poderse describir como “subculturas organizacionales”, es decir, “grupos o unidades en una organización que están en frecuente interacción, que se consideran a sí mismos como distintos de otros grupos de la organización, y que comparten problemas, así como formas de resolverlos, semejantes” (Morgan & Ogbonna, 2008, p. 42). Esto conduce inevitablemente a la creación de diferentes modelos sub-culturales de comportamiento en contraste con los objetivos unificadores de la organización, hasta el punto de que el enfoque en la autonomía y en la defensa de la independencia del grupo profesional puede llegar a tener trazos más o menos nítidos de la ideología del profesionalismo (Morgan & Ogbonna, 2008).

Este mosaico de distintos grupos profesionales en el sector sanitario es, por lo tanto, claro y patente hasta tal punto que se afirma la presencia de distintas subculturas profesionales. (Bååthe, 2013; Degeling et al., 2001; Martinussen & Magnussen, 2011; Morgan & Ogbonna, 2008; Viitanen et al., 2015).

2.2.6. Las relaciones interprofesionales entre las distintas subculturas

Hasta ahora se han descrito las principales características de los grupos profesionales que protagonizan el sector sanitario –médicos, enfermeros, gestores– así como los dos subgrupos que, de una manera algo ambigua, asumen un doble rol, también denominado híbrido

(Correia & Denis, 2016), en las instituciones sanitarias: médicos-gestores y enfermeros-gestores. El sector sanitario es, pues, multidisciplinar en cuanto que alberga estos diferentes grupos profesionales.

La supervivencia de las jerarquías, así como las relaciones de poder dentro de las profesiones del sector, el conocimiento específico que cada profesión engloba –reservado y muchas veces tácito–, y una carrera profesional que tiende a la especialización más que a la puesta en común del conocimiento, dificultan la acción integrada en la organización (Martin et al., 2008). Así, se espera que se establezcan alianzas y disputas entre estos grupos, y que su relación sea compleja (Correia & Denis, 2016).

Si la descripción de la forma de vivir el sector y sus cometidos por parte de cada uno de los grupos profesionales ya revela alguna complicación, la dinámica de la interrelación interprofesional excede ampliamente la complejidad presentada hasta ahora y justifica, por tanto, una descripción detallada.

Se describe, así, en tres momentos sucesivos, la relación entre estos grupos profesionales: médicos vs. enfermeros, médicos vs. gestores y enfermeros vs. gestores.

2.2.6.1. Médicos vs. Enfermeros

“Pocas profesiones trabajan tan cercanamente como los médicos y enfermeros” (Price et al., 2014, p 103). La interacción médicos/enfermeras (hasta hace algunas décadas esta profesión era constituida sobre todo por mujeres) se estudia desde hace más de cien años (Pillitteri & Ackerman, 1993) y hasta hace pocas décadas atrás se mantenía con unas características más o menos constantes, marcadas por una subordinación práctica de las enfermeras a los médicos (Martin et al., 2008; Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005). “Históricamente, los médicos han mantenido un monopolio en la práctica de la actividad sanitaria basada en

el conocimiento. Este estado omnisciente se vio amenazado a partir de finales del siglo XIX por la elevación de la enfermería a un estatuto de profesión, movimiento liderado por enfermeras como Florence Nightingale” (MacMillan, 2012; Price et al., 2014, p. 105). Es decir, se trata de una interacción problemática, sobre todo debido al histórico rol de los médicos como líderes clínicos primordiales (Matziou et al., 2014) y al posicionamiento social de ambos, muchas veces de oposición, cuando no de enfrentamiento (Price et al., 2014).

El médico Leonard Stein se refirió detalladamente a esta relación y acuñó la expresión *doctor-nurse game* (juego médico-enfermera) para describirla (Stein, 1967). Se trata de una relación esencialmente jerárquica, con una interacción que cuidadosamente garantiza que dicha jerarquía no se vea perturbada. Las enfermeras debían esforzarse y tener iniciativa, pero parecer más bien pasivas; esto es, debían hacer recomendaciones a los médicos, pero de tal forma que las sugerencias aparecieran como iniciativas de ellos; y cuando los médicos pidieran una sugerencia a las enfermeras, estas deberían hacerla sutilmente, para parecer que no la estaban haciendo. La *regla de oro* de este *juego* era evitar por todos los medios el desacuerdo entre médicos y enfermeras. Cuando el *juego* se jugaba bien, ambos recibían la recompensa de constituir un equipo que funcionaba eficientemente; y además los médicos encontraban en la enfermera un consultor valioso, mientras que la enfermera adquiría autoestima y satisfacción profesional. Cuando el *juego* fallaba, las penalizaciones eran duras: el clínico pasaba por inhábil y necio, y su trabajo encontraba muchos obstáculos; a la enfermera que se rehusase a seguir estas *reglas del juego* le sería frecuentemente recordado que no era bien vista en el servicio (Stein, Watts, & Howell, 1990). “Así, la enfermera era responsable por el bienestar de sus pacientes y por la presencia del sentido profesional de los médicos” (Radcliffe, 2000, p. 1085).

Otros autores que asumen esta descripción, destacan, además, que este *juego* se inculcaba tempranamente en la formación tanto de enfermeras como de médicos y así aquellas no desafiaban abiertamente la omnipotencia de los médicos y estos asumían una pretensión de omnisciencia (Fagin, 2004). Esta relación sólo era mitigada cuando la interacción se daba entre médico joven e inexperto y enfermera sénior (Morgan & Ogbonna, 2008).

Pero este *doctor-nurse game* se vio afectado por numerosos cambios sociales desde el lejano año en que fue descrito, aunque no se pueda decir que haya terminado por completo ya que sus características se mantienen en muchos lugares. El cambio se dio, sobre todo, por parte de las enfermeras: unilateralmente decidieron dejar de *jugar* este *juego*, apoyándose en la formación y en la especialización. La enfermería ganó un estatuto autónomo, con un área de especialización bien definido. Así, las enfermeras exigían trabajar en el sector sanitario cooperativamente como un interlocutor de igual nivel que los otros grupos profesionales. Esta nueva situación no fue pacíficamente aceptada por los médicos, pero el sentido de las fuerzas de cambio era universal e inexorable. La relación médico-enfermera pasó a ser descrita como de mutua interdependencia (Stein et al., 1990), aunque en la práctica el *juego* sigue estando activo (Matziou et al., 2014).

Sin embargo, esta presunta interdependencia se ve amenazada porque, aunque en teoría los médicos reconocen el valor del trabajo en equipo con otros grupos profesionales, en la práctica siguen prefiriendo la relación jerárquica colocándose ellos en la parte superior (Morgan & Ogbonna, 2008).

Esta situación privilegiada de los médicos es fuente de resentimientos en los enfermeros que, ante los errores percibidos como tales, pueden dar paso a la culpabilización recíproca entre los grupos profesionales, creando una “cultura de culpa” (Morgan & Ogbonna, 2008), en la que los enfermeros son más críticos en relación a los médicos que viceversa (Krogstad,

Hofoss, & Hjortdahl, 2004). Los médicos suelen estar más satisfechos con la cooperación interdepartamental existente que los enfermeros (Krogstad et al., 2004).

Otro cambio que transformó la relación médico-enfermero, permitiendo un mayor protagonismo de este último, fue la creciente cronicidad de la enfermedad que trajo la necesidad de ampliar la visión y el ámbito de actuación desde una perspectiva solamente de la enfermedad a una esfera también social (Svensson, 1996).

Aunque la comunicación entre ambos grupos se trabaja en los años de formación profesional (Price et al., 2014), cada uno mira desde un punto distinto: los enfermeros tienen un entrenamiento para describir las situaciones a través de amplias narrativas, al paso que los médicos aprenden a ser concisos y resumir lo esencial (Leonard & Graham, 2004). Por otra parte, en la interacción diaria, mientras se pasa consulta, muchas veces el enfermero siente que el médico no valora debidamente su aportación y su perspectiva, sino que minusvalora su trabajo (Wolf et al., 2012).

Pero, sobre todo, el motivo de desconfianza y falta de éxito en el trabajo entre estos dos grupos profesionales se basa en la distinta concepción del trabajo clínico: individualista, en el caso de los médicos, y colectivista, en el caso de los enfermeros (P. Degeling et al., 2001; Krogstad et al., 2004). Y teniendo en cuenta el mayor poder de los médicos, su visión del tiempo de trabajo (lo organizan priorizando por urgencia de tareas) se impone, en el trabajo en común, al de los enfermeros (que lo organizan de forma lineal y controlable) (Skjørshammer, 2001).

Resumiendo, aunque la buena relación de colaboración entre médico y enfermero se identifica como la característica fundamental de los hospitales excelentes (Price et al., 2014), la literatura –estudios hechos, sobre todo, por enfermeros (Onishi, Komi, & Kanda, 2013)– sugiere que esta relación se mantiene problemática debido a múltiples causas: “las

diferencias en el trayecto formativo, en el status y poder profesional, en la percepción del cuidado de salud a proveer, en el histórico posicionamiento social, junto con razones de cultura, capacidad financiera y relaciones jerárquicas en el sistema de salud” (Matziou et al., 2014, p. 2).

2.2.6.2. Médicos vs. Gestores

Los sistemas sanitarios nacionales en los que la presencia del sector público es muy relevante, y cuya financiación se apoya en la recaudación fiscal y la prestación es gratuita en el punto de utilización –de los que el NHS británico, fundado en 1948, es paradigma (Black, 2013)¹–, vivieron las primeras cuatro décadas después de la II Guerra Mundial con una influencia dominante de los médicos basada en su pericia clínica que reforzaba su autoridad. En ese periodo, los gestores –denominados habitualmente administradores– prestaban apoyo sin desafiar la primacía de los clínicos (Davies & Harrison, 2003). Estos gestores eran también conciliadores, intentaban obtener compromisos entre médicos y

¹ El *Serviço Nacional de Saúde* portugués (SNS) “se estructura, desde 1979, alrededor de un sistema basado en impuestos, y combina financiación y provisión públicas” (Correia & Denis, 2016, p. 76). Es gobernado pública y centralmente. El servicio lo prestan agentes públicos y privados, garantizando una cobertura universal (OECD, 2015). No se considera un sistema “puro” sino que se encuentra en transición entre un sistema basado en seguros y un sistema con base en impuestos tipo “modelo de Beveridge” (Barros & Gomes, 2002).

El Servicio Nacional de Salud en España fue constituido en 1986 y engloba todos los sistemas y servicios ofrecidos por el Estado y por las Comunidades Autónomas. Es un Sistema descentralizado y organizado en cada una de las 17 Comunidades Autónomas. Ofrece dos niveles de cuidados: cuidados primarios y cuidados especializados. Cataluña fue la primera Comunidad Autónoma de España que creó un departamento de salud independiente con la misión de cuidar de la salud de la población, en 1981, la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT) (Gil et al., 2016; Sistema Nacional de Salud, 2012).

pacientes o entre los médicos y las instituciones sanitarias, aliviando así tensiones y conflictos (Garelick, 2005).

Pero el más significativo reto a la idea tradicional de la autonomía médica vino de la propia profesión en respuesta a tres factores principales: a la enorme variación, entre los mismos médicos, de su práctica clínica concreta; al mantenimiento de determinadas actuaciones a pesar de conocerse su ineffectividad; y a la demora en adoptar prácticas efectivas (Edwards, 2003).

Desde mediados de los 80 del siglo XX, la gestión, en cuanto tal, entró de lleno y crecientemente en el sector de la salud. Los gestores fueron ganando protagonismo e influencia en las organizaciones y en la propia prestación de los cuidados de salud. Los criterios económico-financieros, los controles de calidad y las auditorias, los indicadores de desempeño clínico, la comparación entre instituciones y otras medidas de evaluación y de control, ganaron estatutos de ciudadanía. Por otra parte, la propia sistematización de la práctica clínica con introducción de métricas y criterios estándar (índice *case-mix*, grupos relacionados por el diagnóstico conocidos por las siglas GRD, etc.), los protocolos y las guías clínicas (*evidence based medicine*), transformaron la práctica médica en susceptible de medidas de gestión asociables a evaluaciones y retribuciones. Con todo esto la influencia relativa de médicos y gestores cambió de una manera lenta y sutil, pero radical (Garelick, 2005).

Dicho de otra forma, en el mundo desarrollado se asistió a una reducción significativa de la autonomía de los médicos y de su control sobre su vida profesional, y a un aumento de la *accountability* como resultado de la acentuación de la necesidad de basarse en evidencias, y de someter la actividad al control de calidad y de costes, no solo dentro de la organización sino también por parte del escrutinio público (Edwards et al., 2002).

Aunque la interacción médicos/gestores tiene menos “historia” y es menos intensa que la de médicos/enfermeros, puede llegar a ser también muy erosiva para ambas partes. Garelick (2005) llega a describir un fenómeno de acusaciones mutuas, con transferencia de culpa bidireccional que conduce a un deterioro de las relaciones entre médicos y gestores: se trata de un proceso cíclico de búsqueda de culpables, en el que la acusación de falta de recursos en el sistema parte inicialmente de la sociedad hacia los gestores, que son los primeramente acusados de la mala organización y gerencia; y estos, para evitar ser sacrificados en el altar de la opinión pública, cuestionan, a su vez, a los médicos por el uso racional de los recursos. Pero también existe una dinámica acusatoria hacia la otra dirección: los médicos muchas veces luchan contra sí mismos con sentimientos de no haber hecho todo lo debido por el enfermo, de no haber recomendado la terapéutica más efectiva; este pensamiento desagradable puede ser proyectado hacia los gestores a quienes pasan a acusar por no ofrecer las condiciones requeridas y otros medios necesarios para el tratamiento de los enfermos (Garelick, 2005).

Además, estas relaciones también pueden ser difíciles porque a veces los gestores, antes de tomar decisiones importantes, se olvidan de las contingencias específicas que afectan a la organización sanitaria. Y, por su parte, muchos médicos subestiman la complejidad con la que los gerentes se enfrentan en el día a día de la institución (Cohn et al., 2008).

Aunque las reacciones de los médicos a la lógica de gestión han sido heterogéneas, su adaptación se caracteriza más por la polarización que por la hibridación: los médicos, sobre todo los que dedican mucho tiempo a la consulta directa con los enfermos, tienden a ver la gestión como una amenaza a su autonomía profesional y a los valores clínicos (Martinussen & Magnussen, 2011).

Por otra parte, la elevada rotación de gestores, en contraste con la mayor permanencia de los clínicos, no sólo exacerba una cultura de corto plazo de los gestores, sino que trae alguna desconfianza a los médicos por la posibilidad de que el siguiente gestor pueda no mantener los compromisos asumidos. Si, además, hay influencias políticas en los nombramientos de los gestores, el clima de desconfianza y de sospecha por parte de los médicos tiende a aumentar (Edwards, 2003).

Otro foco de tensión en la relación médicos/gestores estriba en que la separación entre la función clínica en la organización sanitaria y su solvencia como empresa se ve reforzada por la protección legal de las fronteras de la práctica médica (Begun et al., 2011). Los médicos gozan de un monopolio de decisión en muchas de las áreas más importantes del sistema: el admitir pacientes en el hospital o institución, los procedimientos que se van a llevar a cabo, la prescripción terapéutica, hasta el punto de que en el departamento de compras los clínicos tienen gran influencia sobre qué productos y qué servicios deben estar disponibles (Burns & Muller, 2008).

En la base de estas situaciones está el hecho de que, desde muchos puntos de vista, médicos y gestores viven en mundos distintos: el médico está centrado en el enfermo individual mientras que el gestor se orienta hasta grupos poblacionales (Bååthe, 2013; Edwards, 2003; Smith, 2003). El médico no está inicialmente preocupado con los costes, mientras que el gerente está orientado hacia el tratamiento eficiente dentro de los recursos disponibles; el médico contacta directamente con el enfermo y su familia, en tanto que el gestor raramente lo hace; del médico se espera que enfrente todos los problemas del enfermo, mientras que es el gerente quien debe escoger qué problemas gestionar; el médico está formado para ser independiente y competitivo, por el contrario, el gerente lo está para delegar y compartir responsabilidades; al médico se le entrena para enfatizar un abordaje científico, sin embargo, el gerente debe tener en cuenta los aspectos políticos y las motivaciones humanas; mientras

que el médico espera que los problemas tengan solución, el gestor parte de la base que debe tolerar muchos problemas insolubles; la seguridad y estabilidad del trabajo del médico contrasta con la movilidad laboral del gestor; en lo que respecta a las negociaciones, los médicos tienden a percibir las como medios para ganar concesiones de la otra parte, mientras que los gerentes las ven como oportunidad de gestionar conflictos de forma equilibrada; en los modernos sistemas de salud, que tanta importancia conceden a los aspectos económicos, los médicos muchas veces muestran desinterés por esos aspectos, mientras que a los gestores les resultan familiares (Garellick, 2005).

En cuanto a la comunicación e interacción directa entre médicos y gestores, se lleva a cabo habitualmente en el hábitat natural del gestor –la oficina o el gabinete, muchas veces por escrito y en forma de informe–, y es por ello que los gerentes están más familiarizados y más optimistas en lo que a la relación con médicos se refiere que viceversa (Garellick, 2005).

Por otro lado, médicos y gestores tienen algunas cosas en común: ambas profesiones captan personas que trabajan bien altruistamente (Garellick, 2005). Los dos grupos profesionales tienen gente altamente comprometida y con gran capacidad de trabajo, y su desarrollo profesional resulta de un proceso largo, arduo y continuado. Ambos poseen una importante dimensión ética. Los dos grupos responden a incentivos financieros, aunque los médicos no lo admiten llanamente. Tanto médicos como gestores son personas de acción y propensos al riesgo, tienen necesidad de desarrollar capacidades de relación interpersonal así como capacidades comunicativas aunque tengan reputación de ser malos comunicadores; ambas profesiones utilizan vocabulario propio y contemplan especializaciones (Smith, 2003).

En confrontación directa, las características de ambos grupos profesionales indican que los médicos gozan de una cultura profesional más antigua, basada en un patrimonio escrito y bien establecido, con un apoyo científico en artículos y publicaciones más amplio y de mayor

impacto, y se establece como una profesión organizada en cuerpos y sociedades de elevado rango (Smith, 2003).

En términos de poder, médicos y gestores son los dos grupos profesionales que detienen más poderío en la organización sanitaria: los clínicos tienen el poder exclusivo de la prestación médica y los gestores lo tienen para controlar los recursos (Bååthe, 2013). La relación conflictiva entre la lógica de negocio y la lógica clínica se evidencia en la diferente visión que ambos grupos poseen: “los médicos enfatizan su cometido casi como un arte y señalan los riesgos de industrializar el arte y las ciencias médicas, mientras que los gestores destacan, sobre todo, los resultados” (Lindgren et al., 2013, p.4).

2.2.6.3. Enfermeros vs. Gestores

El tercer grupo de relaciones interprofesionales lo protagonizan los enfermeros y los gestores.

Sobre la interacción enfermeros/gestores existe poca bibliografía disponible. Encontramos descrito que ambos grupos profesionales ven como apropiado que el trabajo en el sistema sanitario sea sistematizado, apoyan el trabajo en equipo, y son favorables a la distribución de responsabilidades bien como de poder (Edwards, 2003).

No obstante, hay una tendencia a que los enfermeros no respeten adecuadamente a los gestores y su trabajo (Morgan & Ogbonna, 2008). Ante el movimiento de cambio que se vive en el sistema sanitario, los enfermeros con formación y/o práctica de gestión apoyan dicho cambio todavía más que los propios gestores (Garellick, 2005).

2.3. El sector sanitario, un sistema complejo y adaptativo

Este apartado se va a concentrar en la descripción de los motivos por los que el sector sanitario se considera complejo y adaptativo.

Un sistema complejo se caracteriza por el constante cambio de sus interacciones, aunque pueda operar de forma estándar. Posee tres propiedades: “la multiplicidad –que se refiere al número de potenciales elementos que interactúan; la interdependencia –que se refiere al modo en que están conectados esos elementos; y la diversidad –que se refiere al grado de su heterogeneidad. Y cuanto mayor sean la multiplicidad, la interdependencia y la diversidad, mayor será la complejidad” (Sargut & McGrath, 2011, p. 2). En estos sistemas complejos, la remoción de un elemento afecta al comportamiento del sistema mucho más allá del efecto particular de ese elemento (Miller & Page, 2009).

Al referir el sector sanitario como “complejo y adaptativo” se quiere describir un sistema compuesto por “agentes individuales con libertad de acción en formas no totalmente predecibles y cuyas acciones están interconectadas, de manera que la acción de uno cambia el contexto en el que se mueve el otro” (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 625). Son “sistemas abiertos y con fronteras difusas, que integran agentes numerosos, diversos y extremadamente activos; la interacción entre ellos es continua y se ajusta incesantemente, lo que contribuye a la innovación y a la imprevisibilidad de los comportamientos y de los eventos; son sistemas emergentes y auto-organizados” (Tsasis, Evans, & Owen, 2012, p. 2). El orden en el sistema emerge como un proceso auto-organizado y se mantiene sin control central (Plsek & Greenhalgh, 2001), guiado por amplios principios o reglas simples; son sistemas no-lineales, sensibles a pequeños cambios (Tsasis et al., 2012).

La descripción elaborada, hasta este momento, en esta tesis de los diferentes grupos profesionales que constituyen el sector sanitario –sobre todo médicos, enfermeros y

gestores—, así como de la complicada red de relaciones que se establecen entre ellos, traduce, de alguna manera, su complejidad.

La propia presencia de gestores está precisamente justificada, incluso históricamente, por la creciente complejidad del sector (cfr. Figura 2), ya que la asignación de recursos y su control demandan un rol profesional específico (Glouberman & Mintzberg, 2001a). No obstante, la entrada y la presencia de los gestores con el respectivo aumento de la capacidad de control no parece suficiente para frenar la escalada de costes, y esto exige la actuación y la presencia de la sociedad civil y de la comunidad política que, de suyo, no solo no facilitan la actividad colaborativa en el sector sino que contribuyen, a su vez, para su mayor complejidad (Martin et al., 2008).

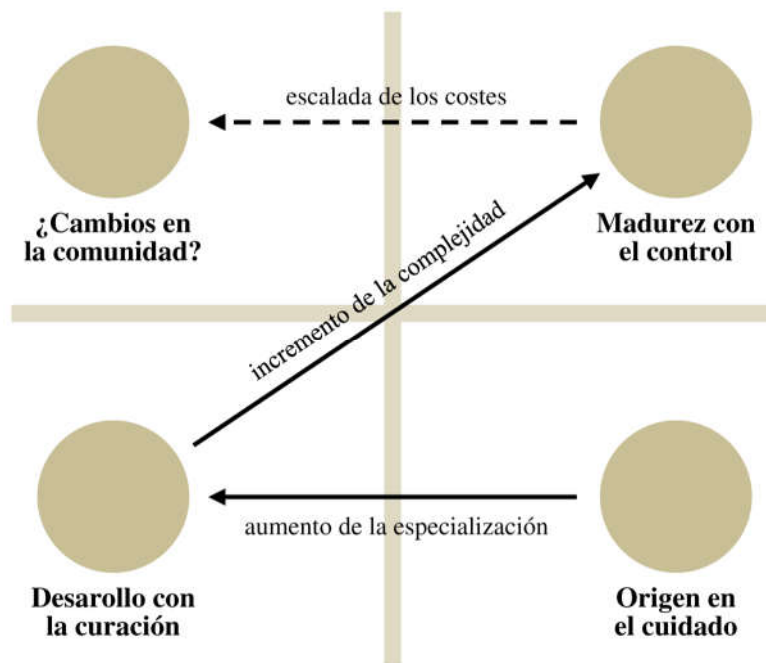


Figura 2: Presencia de gestores y necesidad de control justificadas por el aumento de la complejidad en el sector sanitario (Glouberman & Mintzberg, 2001a)

Además, también contribuye a la complejidad del sector sanitario el hecho de que los que lo utilizan –los pacientes, la población en general– lo hacen a partir de unas condiciones individuales muy diversas, lo que permite hablar de población saludable, de enfermos crónicos y de personas en situación de alto riesgo (Nelson & Batalden, 2002).

También los procesos de interacción del individuo con el sistema son clasificables en momentos y situaciones muy distintas: procesos de acceso, de diagnóstico, de tratamiento, de seguimiento (Nelson & Batalden, 2002).

A su vez, los procesos de prestación de cuidados de salud necesitan el apoyo de distintas herramientas y recursos, como el registro clínico, las citas, la consulta, las pruebas de diagnóstico, la prescripción de la medicación, la facturación; por su parte, el resultado de todas estas interacciones es diverso y puede percibirse en distintos contextos: biológico, funcional, de percepción psicológica, costes, riesgo, valor; y la asistencia también se ve influenciada por ámbitos distintos: aspectos regulatorios, culturales, sociales, políticos (Nelson & Batalden, 2002).

Asimismo existen interacciones e interfaces entre los diferentes tipos de cuidados y locales de prestación: agudos, unos, y otros basados en la comunidad, sean primarios o socio-sanitarios de larga duración: hospitales, cuidados continuados de media y larga duración, centros de atención primaria, centros psiquiátricos, etc., que, *per se*, ya son una fuente de dificultades en la comunicación y en la coordinación (Tsasis et al., 2012).

Suman complejidad al sector las diferentes culturas (e incluso modos de expresarse) entre los profesionales de los distintos tipos de organizaciones prestadoras, también porque los profesionales de cada grupo no son conscientes de ello y no entienden a fondo el sistema y sus componentes (Tsasis et al., 2012).

Por otra parte, coexisten en el sector diversos tipos de lógicas regulatorias: la profesional, la tecnocrática, la del mercado y la democrática, que tienen poca superposición y legitiman la coexistencia de los distintos profesionales (Contandriopoulos, 2004).

Y en el sector sanitario la propia noción de sistema implica imprevisibilidad (Zulueta, 2016) y equilibrio entre valores mutuamente necesarios pero de difícil conjugación en la práctica. Estos valores son, por ejemplo, estandarización vs. innovación; *accountability* vs. flexibilidad; dirección vs. participación; necesidades del sistema vs. necesidades de la organización; cooperación entre profesionales vs. saludable competición (Tsasis et al., 2012).

Por lo tanto, el sistema de salud posee un elevado grado de complejidad, el cual, además, es creciente (Frenk et al., 2010).

Desde otra perspectiva, y en lo que a la dirección y gestión del sistema de salud se refiere, se constata que, a medida que el ámbito de las interacciones aumenta, que se intensifica la complejidad del ambiente operacional y que se potencia el cambio social, económico y cultural, los sistemas de comando y control, clásicos en el *management* del siglo XX (Embertson, 2006), se vuelven insuficientes (Benkler, 2010). En gran medida, los sistemas clásicos, jerarquizados, con alto grado de estructuración, mecanicistas, no parecen dar una respuesta adecuada a la incertidumbre, a la variabilidad y al cambio constante característicos del sector de la salud (Lawrence & Lorsch, 1967), puesto que “ninguna parte de la ecuación es constante, predecible o independiente” (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 625). En la misma línea, se señala que el gobierno centralizado, de arriba-abajo, jerarquizado no es adecuado para las relaciones en red (Martin et al., 2008; Zulueta, 2016), y que los problemas de sistema necesitan respuestas sistémicas (Cohn et al., 2008).

En teoría, cuando dos o más grupos dependen unos de los otros para su identidad, para la definición de las tareas o para su cumplimiento, el sistema deberá ser más bien flexible, fluido, adaptativo: orgánico (Hibberd, 1998). Así, existen defensores de un sistema más flexible, fluido, adaptativo, como también otros autores defienden la noción de sistema complejo adaptativo aplicada al sector de la salud (Tan, Wen, & Awad, 2005; Tsisis & Evans, 2013; VanVactor, 2012).

En resumen, a la diferenciación profesional existente en el sector sanitario y a la complicada red de relaciones que se establecen entre los distintos grupos, se suman características peculiares del sector sanitario que incrementan y potencian la complejidad de su gestión y manejo.

Las diferencias culturales y comportamentales existentes entre los distintos grupos profesionales, y las peculiares características del sector conllevan problemas de acción integrada todavía no resueltos satisfactoriamente con los clásicos sistemas de comando y control.

2.4. Conclusiones

Los profesionales del sector sanitario no son una realidad unitaria y uniforme, sino que viven y habitan en distintos “mundos”, aislados en “silos” muchas veces incomunicados, y que pueden, incluso, establecerse en contra del trabajo coordinado y en red. Se habla inclusive de subculturas profesionales que son como “silos” profesionales que viven en un aislamiento corporativo.

Además, las relaciones profesionales y humanas que se instituyen entre los elementos de estos distintos grupos, si bien se establecen por las jerarquías existentes y por los roles

profesionales aceptados, subrayando la interdependencia que debe existir, se sitúan muchas veces en equilibrios inestables cuando no en bloqueos y conflictos asumidos. Esto es, al considerar las relaciones interprofesionales, las diferencias culturales y comportamentales existentes entre los grupos considerados aisladamente se ven potenciadas en las relaciones que se establecen.

Vale decir que las subculturas organizacionales que conviven en el sector sanitario –de médicos, enfermeros y gestores– son heterogéneas, tienen múltiples niveles de identidades y se organizan en diversas comunidades profesionales (Morgan & Ogbonna, 2008). Difieren en su perspectiva sobre las diversas dimensiones clave para el trabajo en el sector (Edwards, 2003). Tienen, con base en sus concepciones profesionales, diferentes formas de ver al trabajo sanitario y frente a las reformas que el sector viene sufriendo en las últimas décadas, tienen marcadas y consistentes diferencias en la manera de evaluarlas (Degeling et al., 2003). Además, la lealtad a las respectivas subculturas profesionales puede ser más fuerte que a la organización (Morgan & Ogbonna, 2008), dificultando la acción integrada entre colaboradores de distintos grupos profesionales. Precisamente, de esta interacción problemática entre los distintos mundos presentes en el sector deriva, en gran medida, su complejidad (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

Además de las características diferenciadoras de los protagonistas del sistema sanitario, otros factores contribuyen a la complejidad del sector, en concreto: los diversos partícipes (o grupos de interés, o partes interesadas, *stakeholders* en términos anglosajones) presentes en el sector, con una dimensión económico-financiera, social y política muy relevante; diseño e implementación de muy variados y numerosos procesos; usuarios que lo son desde condiciones muy diversas; distintos niveles de diferenciación de las organizaciones e instituciones que prestan el cuidado de salud.

Y esta situación potencia la dificultad de la integración interprofesional, que no parece ser alcanzable con sistemas tradicionales, jerárquicos, de comando y control.

En el fondo, y al final de este capítulo, es posible afirmar que nos encontramos ante un problema de gestión –la dificultad de integración, necesaria para la prestación adecuada de los cuidados de salud, que, en gran medida, es de naturaleza cultural pues se basa en la existencia de subculturas profesionales con tendencia a una actuación autorreferencial y con dificultad en coordinarse– para el que las respuestas jerárquicas, basadas en el comando y control, formales y de proceso, parecen insuficientes dado que no logran cambiar el comportamiento de los protagonistas del sector.

3. LA INTEGRACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO

3.1. Introducción

La actividad humana induce a la existencia de dos fenómenos de dinámica opuesta, a saber, la división del trabajo en distintas tareas y ámbitos, por una parte; y la coordinación que garantice que la actividad se cumpla y se complete, por otra (Grone & Garcia-Barbero, 2001).

Después de analizar el primer aspecto en el capítulo 2 de esta tesis (“La complejidad de las relaciones interprofesionales en el sector de la salud”), se examina y se define, ahora, aquello que se relaciona con la agregación e integración, esto es, con el movimiento centrípeto necesario para que la prestación de cuidados de salud sea una realidad concatenada y orgánica, ya que los cuidadores viven, de algún modo y como hemos visto en el capítulo anterior, en “mundos separados”.

Pero el estudio de estos temas no siempre es fácil, porque no hay una semántica y unos conceptos unívocos, claros y uniformemente utilizados. Se presenta, así, al inicio de este capítulo, una descripción y una definición de los principales términos y conceptos utilizados, y se aclaran cuáles se van a manejar en esta tesis y cómo.

A continuación, se analizará la conveniencia –observando aspectos de desempeño y de resultados obtenidos– de promover la integración entre las distintas organizaciones del sector de la salud, así como entre los distintos ámbitos en una misma organización. Por otra parte, dado que los individuos procuran el sector sanitario partiendo de situaciones personales muy

distintas, estableciendo relaciones con diferentes tipos de prestadores de cuidados y distintos tipos de instituciones, se constata que el cuidado prestado deberá ser considerado cada vez más como algo holístico, bio-psico-social, multidisciplinar, y no un sencillo contacto *ad hoc* entre paciente y profesional de salud. Y todo esto, por lo tanto, conlleva necesidades acrecidas de integración.

Posteriormente, se describirán las principales aportaciones especulativas que fundamentan la teoría de la integración. Se señalarán, en primer lugar, los medios más generales y abstractos para la obtención de la integración. Después, y una vez centrados en el sector sanitario, se puntualizarán los distintos ámbitos de la integración, los niveles que se consideran en un proceso de integración, los mecanismos que se pueden utilizar para hacer efectiva dicha integración, las características relevantes y los factores determinantes para que esta integración sea exitosa.

Seguidamente, se ahondará en los principales obstáculos que el movimiento de integración organizacional e interprofesional suele encontrar. En primer lugar, se describirán los aspectos abstractos y generales –el antagonismo teórico y genérico entre diferenciación e integración– y más tarde se analizarán las barreras a la efectiva labor interprofesional, así como los fenómenos de enfrentamiento entre las subculturas profesionales existentes en el sector.

Se hablará, luego, de la insuficiente integración lograda en las instituciones sanitarias con los esfuerzos de alineamiento centrados en el ámbito puramente organizacional, y a nivel estratégico-táctico.

A continuación, se explicarán otras estrategias de integración interprofesional detalladas en la literatura: programas de formación dirigidos a los distintos profesionales y realizados en ambiente interprofesional y multidisciplinar, desarrollo de competencias clave que están en

la base de un comportamiento que favorece la integración, mutuo conocimiento entre los distintos profesionales del sector, y establecimiento de acuerdos y pactos entre los que intervienen en el sector de la salud con vista a permitir una armonía en la interrelación entre todos los que aportan valor al sector sanitario.

Después de ese análisis, se observará la integración desde tres enfoques distintos: como coordinación (plan de los conceptos y del diseño), como colaboración (plan de las acciones) y como cooperación (plan de la intencionalidad). Se empezará describiendo los tipos de coordinación y de colaboración, las dificultades que se registran así como las condiciones que se exigen para lograr el entendimiento entre los protagonistas del sector: médicos, enfermeros y gestores, inmersos en sus subculturas profesionales, y la participación que se establece entre ellos en el común cuidado al paciente. Más adelante, se mostrará cómo la misión de la organización puede ser un factor aglutinador y determinante para lograr la cooperación de los distintos profesionales que trabajan en el sector de la salud.

En el último epígrafe de este capítulo, y a modo de conclusión, se analizará si el grado de integración alcanzado por todas estas estrategias y mecanismos es suficiente para superar los problemas que la diferenciación de las subculturas profesionales y la complejidad inherente al sistema de salud aportan al sector, y se hará una propuesta “integrada” del fenómeno de la integración (valga la redundancia).

Unas aclaraciones finales: dada la extensión del tema y el enfoque de esta tesis, en adelante, en este trabajo, se hará especial hincapié en las relaciones de integración que se establecen en el sector sanitario enfocando este estudio, sobre todo, en los aspectos comportamentales, de creencias, valores y motivación de los profesionales que se relacionan entre sí en el sistema de salud.

En concreto, se enfocará, sobre todo, en el análisis de la relación entre cuidadores, buscando respuestas para el porqué del concurso de voluntad de colaborar entre los distintos profesionales en las instituciones de salud: qué les motiva, qué sentido buscan, qué persiguen, qué valoran más.

Por estas razones, los temas como la interrelación entre distintas instituciones o diferentes departamentos en una misma organización respecto a comunicación, estructuración, procesos, flujo de información, relaciones de poder y de dependencia se tendrán en cuenta, pero no son el objetivo de esta tesis. No se dará tampoco relieve a las relaciones entre las instituciones y las organizaciones donde se proporciona el cuidado. Ni se abordarán específicamente los aspectos operativos de las relaciones interprofesionales, pues quedan fuera del alcance de esta tesis.

Por consiguiente, se ahondará particularmente en los conceptos de cooperación y colaboración entre profesionales del sector sanitario considerados individualmente, con sus propios motivos, valores y finalidades.

3.2. La ambigüedad semántica en los estudios sobre la integración

Después de aclarar en el capítulo 2 de esta tesis los conceptos diferenciadores y aisladores que están presentes en los agentes del sistema de salud con una significación dispersa y centrífuga (VanVactor, 2012) tendientes a la desintegración y a la desunión, se describen ahora los conceptos y términos que tienen, más bien, una significación de agregación e integración y que actúan como fuerzas centrípetas y unificadoras en la organización.

Hay que subrayar, sin embargo, que, sumándose a la complejidad inherente al sistema de salud descrita anteriormente, muchos términos y conceptos “integradores” consultados en la

revisión de la literatura se utilizan de una forma ambigua, lo que genera todavía más complicación al analizar el sector, sus protagonistas y la interacción entre ellos. En un amplio estudio de revisión de la literatura, Armitage et al. (2009) identifican importantes lagunas en los artículos sobre integración en el sector sanitario, así como la presencia de una multiplicidad de modelos con origen tanto en la literatura del sector de la salud como en la de los negocios en general, además de la ausencia de aceptación universal de definiciones y conceptos (Armitage, Suter, Oelke, & Adair, 2009). Por todo ello, es importante perfilar, aunque de una forma sintética, algunos términos y conceptos que se utilizan en esta tesis.

Se entiende por “organización” un “sistema de comportamientos personales interrelacionados, de sujetos que se empeñan en tareas que están diferenciadas en diferentes subsistemas, cada uno de los cuales cumpliendo una parte de la tarea, siendo que los esfuerzos de cada uno se integran para obtener el efectivo objetivo del sistema” (Lawrence & Lorsch, 1967, p. 3).

Se habla de “gobernanza” en el contexto de salud (*clinical governance*) para describir el “complejo arte de dirigir múltiples agentes, instituciones y sistemas que son, al mismo tiempo, operativamente autónomos y estructuralmente acoplados a través de diversas formas de interdependencia” (Wijngaarden, 2006, p. 29).

Las organizaciones y sus agentes pueden relacionarse de una forma “interdependiente” –es decir, como una cultura caracterizada por “la confianza, cooperación, disposición para ayudarse, valorización de la complementariedad de roles y reconocimiento de que todos contribuyen a los objetivos compartidos” (Nelson & Batalden, 2002, p. 485)–, constituyendo, así, una red de relaciones.

Se entiende por “red” un “modelo más o menos estable de relaciones sociales entre diferentes actores (personas, grupos, organizaciones), con una coordinación que tiene por base el mutuo

beneficio, la reciprocidad y la confianza, que depende de los demás para alcanzar sus objetivos, sin la existencia de un actor dominante” (Minkman, Ahaus, & Huijsman, 2009, p. 2; Wijngaarden, 2006, p. 29). Otra acepción de “red” la describe como un enlace de organizaciones interdependientes para promover una mejor comunicación que permita resolver problemas mutuos (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Cuando los distintos actores dentro de la red actúan autónoma y colectivamente para promover la mutua cooperación, estamos delante de lo que se denomina el autogobierno horizontal (*horizontal self-steering*) (Wijngaarden, 2006).

“Esta capacidad y habilidad para coordinar funciones y actividades entre unidades operacionales separadas se denomina integración” (Solberg, Asche, & Shortell, 2009, p. 34), referida también como “el acto de hacer un todo a partir de las partes, la coordinación de diferentes actividades que garantizan un funcionamiento armonioso” (Grone; Garcia-Barbero, 2001, p. 7), y como “el proceso de alcanzar unidad de esfuerzos entre varios subsistemas en el cumplimiento del objetivo de la organización” (Lawrence & Lorsch, 1967, p. 3).

La integración, para otros autores, “es el proceso que engloba la creación y el mantenimiento, a lo largo del tiempo, de una estructura común entre *stakeholders* (y organizaciones) independientes, con el propósito de coordinar su interdependencia en orden a permitir el trabajo conjunto en un proyecto colectivo” (Contandriopoulos, 2004, p. 8). Existe interdependencia cuando *stakeholders* independientes (individuos u organizaciones) tienen que resolver problemas colectivos, esto es, cuando ninguno de ellos posee todos los recursos, habilidades y legitimidad para dar una respuesta válida a los problemas con los que se enfrentan (Contandriopoulos, 2004; Frenk et al., 2010; Matziou et al., 2014).

Esta definición general de “integración” cuando se aplica al sector sanitario gana matices, y se perfila como “el grado de coordinación entre personas, funciones, actividades y locales, a lo largo del tiempo, que permite maximizar el valor del cuidado prestado al paciente” (Wijngaarden, 2006, p. 49); o como “el proceso a través del cual múltiples profesionales, organizaciones y departamentos colaboran e implementan cambios para proporcionar cuidados coordinados al paciente”. En el contexto de las instituciones sanitarias se habla específicamente de “cuidados integrados” (Tsasis et al., 2012, p. 2).

Pero hablar de “cuidados integrados” es toparse con una de las modernas *torres de Babel*, una de las palabras de moda (*buzzword*) en el sector sanitario, ya que su definición y límites carecen de especificidad y claridad, siendo que, con frecuencia, su utilización tiende a ser confusa y vaga (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). En la misma línea de argumentación se aduce que hay ambigüedad en la definición de cuidados integrados y se recurre a una inmensidad de sinónimos (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher, & Grol, 2005; Schultz & McDonald, 2014). La no existencia de una terminología común y estándares de cuidados integrados hace difícil la tarea de comparar experiencias y resultados, de forma que se llega a calificar de urgente e imperiosa la definición unificada y universal de “cuidados integrados” (Stein & Rieder, 2009).

Se puede constatar que la utilización de sinónimos de “cuidados integrados” es muy amplia y variada en la literatura: se habla de “cuidados compartidos (*shared care*), cuidados transmurales (*transmural care*), cuidados intermediarios (*intermediate care*), cuidados sin fisuras (*seamless care*), gestión del caso (*case management*), cuidados continuos (*continuous care*), cuidados en vías integradas (*integrated care pathways*), redes de prestación integradas (*integrated delivery networks*)” (Grone, Oliver; Garcia-Barbero, 2001, p. 7). Otros se refieren, además, a la gestión de la enfermedad (*disease management*), gestión del cuidado de salud (*care management*), gestión de cuidados (*managed care*), coordinación

de cuidados (*coordinated care*) (Ouwens et al., 2005). También se habla de cuidados continuados (*continuing care*), cuidados exhaustivos (*comprehensive care*) (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz, & Huijsman, 2009). Sin embargo, se puede verificar alguna uniformidad geográfica ya que, en la literatura científica, los autores en Gran Bretaña utilizan sobre todo cuidados compartidos (*shared care*), los de Holanda hablan de cuidados transmurales (*transmural care*), y gestión de cuidados (*managed care*) se utiliza, sobre todo, en los textos que provienen de Estados Unidos de América (Kodner & Spreuwenberg, 2002; Stein & Rieder, 2009).

Pero la propia definición de cuidados integrados también incorpora diferentes matices y distintos perfiles según los autores, como se puede constatar en la delineación que se sigue: se describen “cuidados integrados” como la reunión de aportaciones (*inputs*), provisión, gestión y organización de servicios como medios para mejorar el acceso, la calidad, la satisfacción del usuario y la eficacia de los cuidados de salud (Axelsson, Axelsson, Gustafsson, & Seemann, 2014; Grone; Garcia-Barbero, 2001). Otros definen “cuidados integrados” como un proceso organizacional de coordinación que procura una prestación continua y sin fisuras, basada en una visión holística del paciente y adaptada a sus necesidades (como se comprueba, ponen el énfasis en el paciente, no en la enfermedad) (Ouwens et al., 2005; Wijngaarden, 2006). Mientras que otros prefieren subrayar la “coherencia y coordinación de un conjunto de servicios que se planean, gestionan y se prestan al individuo a través de un conjunto de organizaciones, por parte de cuidadores en cooperación profesional e informal” (Minkman et al., 2009, p. 66; Petrakou, 2009). Hay también quien subraye, sobre todo, el cariz de resultado del esfuerzo de un conjunto coherente de “métodos y modelos de financiación, administración, organización, provisión y prestación clínica diseñados para crear conectividad, alineamiento y cooperación en y entre los sectores de curación y de cuidados” (Axelsson et al., 2014, p. 2; Kodner &

Spreeuwenberg, 2002). Solberg et al. (2009) hablan de sistemas de prestación de cuidados integrados (*integrated delivery system*) definiéndolos como “una red de organizaciones que proporcionan un *continuum* de servicios coordinados para una población específica, dispuesta a responder clínica y financieramente por los resultados de salud de la población servida” (Solberg et al., 2009, p. 34). Para Tsasis et al. (2013), los “cuidados integrados” pueden ser definidos como “cuidados coordinados entre múltiples profesionales de salud, organizaciones y departamentos, y armonizados de acuerdo con las preferencias y necesidades del paciente” (Tsasis & Evans, 2013, p. 99).

Además, se suelen distinguir en la literatura los cuidados integrados verticales de los horizontales. Así, se habla de cuidados integrados verticales cuando se colocan en coordinación servicios que operan en diferentes ámbitos (cuidados primarios, hospitalarios, servicios de urgencia, de rehabilitación, centros de cuidados continuados), distinguiéndolos de los cuidados integrados horizontales, que juntan servicios del mismo nivel operativo (por ejemplo un sistema que integra múltiples hospitales) (Grone; Garcia-Barbero, 2001; Solberg et al., 2009).

Otra forma de clasificar los modelos de integración es dividirlos en interorganizacionales e interprofesionales. Los interorganizacionales se refieren a la integración de diferentes organizaciones o de distintas unidades de una organización y, de una manera más o menos formalizada, incluyen acuerdos, contratos y otros convenios. Los modelos de integración interprofesional tratan con la integración de actividades ejecutadas por distintos profesionales o por diferentes grupos profesionales, que incluyen reuniones, consultas, intercambio de informaciones, trabajo en equipos multidisciplinares. Las fronteras entre estos dos grupos no son totalmente nítidas, pero la integración interorganizacional se centra, sobre todo, en aspectos institucionales y la integración interprofesional lo hace en aspectos más bien personales (Axelsson et al., 2014).

Por otra parte, se puede estudiar la integración en el sector sanitario bajo dos tipos de enfoque: el que refleja “un proceso jerárquico, de arriba abajo (*top-down*), orientado por las exigencias de la optimización de la utilización de recursos; y el que traduce un punto de vista centrado en el paciente, más bien de abajo arriba (*bottom-up*), en el cual las características y las necesidades de los pacientes y su ajuste (o falta de ajuste) con los sistemas de cuidados de salud existentes determinan, en mayor o menor grado, el qué, el cómo, y el cuándo de la integración” (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, p. 5).

En esta misma línea, y profundizando en la importancia de las relaciones que se establecen entre los distintos protagonistas del sector, se habla de modelos como el de cuidados centrados en las relaciones establecidas (*relationship-centered care – RCC*) que reconoce el papel central de la naturaleza y de la calidad de las relaciones en los cuidados de salud y en el sistema de prestación de cuidados. Este modelo contempla tres ámbitos o dimensiones de relaciones: entre los miembros de los equipos, entre clínicos y sus pacientes, y entre los profesionales de salud con la comunidad que circunda al paciente. Se describe como la prestación de cuidados de salud en los que todos los participantes aprecian y valoran la importancia de sus relaciones mutuas, basadas en cuatro principios fundamentales:

- que todas las relaciones han de tener en cuenta el contexto de influencia recíproca;
- que la relación debe tener en cuenta la personalidad de los participantes;
- que los afectos y las emociones son componentes importantes de estas relaciones;

- y que la construcción y la permanencia de las relaciones se valoran moralmente. (Beach & Inui, 2006; Gaboury, Lapierre, Boon, & Moher, 2011).

Aunque en el modelo RCC se enfatiza la relación mutua entre clínicos, la relación entre estos y los pacientes resulta central.

Y, así, como siguiente eslabón en esta cadena argumentativa y descriptiva de los “cuidados integrados”, en la literatura se menciona otro modelo en el que el punto central y el enfoque de la relación se concentra en el paciente: el modelo de medicina centrada en el paciente (*patient-centered medicine*). En este modelo el paciente es entendido no como “una enfermedad que se debe combatir y curar” sino como un todo y un ser humano único (Balint, 1969). Esta focalización en el paciente (*patient centeredness*) busca articular las necesidades de clínicos y pacientes, procurando elementos comunes, explorando no solo la enfermedad sino la experiencia del enfermo (Beach & Inui, 2006).

Al describir con más detalle esta focalización, se pueden identificar dos ámbitos: el externo (*external patient-centredness*), que se describe como la relación focalizada en el paciente, en sus necesidades y preferencias teniendo como meta primordial satisfacer sus expectativas, viéndole como cliente externo; y el interno (*internal patient-centredness*) que se refiere a los aspectos del sistema y de las organizaciones, bien como al trabajo en equipos multidisciplinares en la medida en que permiten una puesta en marcha de la estrategia continua orientada hacia las expectativas del paciente. En los dos ámbitos –externo e interno–, se debe subrayar que el elemento central es la participación de los distintos protagonistas en esta mutua relación. Y por participación externa se entiende el rol que el paciente tiene en la toma de decisión en su caso clínico (en la definición de su plan terapéutico, por ejemplo); mientras que por participación interna se entiende la

comunicación, coordinación, cooperación, respeto y ambiente dentro del equipo multiprofesional en el proceso y plan de tratamiento del paciente (Körner, 2013).

Como se constata por la abundancia de acepciones del concepto “cuidados integrados”, así como por la utilización multiforme de estas significaciones y por el grado de especificación y detalle con el que se utilizan en la literatura, el enfoque se va conduciendo hacia el paciente y a sus necesidades.

En un muy amplio trabajo de revisión de literatura, Uijen et al. (2012) proponen una aclaración de los conceptos relacionados con los cuidados de salud centrados en el paciente con el fin de precisar las principales similitudes y diferencias y así identificar sus valores centrales, teniendo en cuenta también las cambiables acepciones a lo largo del tiempo (Uijen, Schers, Schellevis, & van den Bosch, 2012).

A partir de las investigaciones sobre el concepto de “continuidad del cuidado” (*continuity of care*) se estudiaron los otros términos más frecuentemente relacionados, a saber, coordinación del cuidado, integración de cuidados, cuidados centrados en el paciente y gestión del caso (Uijen et al., 2012). Así, y antes de hacer una descripción de cada uno de estos conceptos, se resumen en la Tabla 1:

Conceptos	Sentidos cambiantes utilizados (indicación de la década o año)
Continuidad de cuidados	50 – garantizar provisión de cuidados; 70 – continuidad entre cuidados pasados y presentes; 75 – continuidad de la prestación por parte de un mismo cuidador; 90 – ininterrupción de la prestación
Coordinación de cuidados	40 – relación interorganizacional; 70 – continuidad del flujo de información; 90 – percepción del paciente sobre su caso; 95 – gestión del caso; 08 – prestación coordinada
Integración de cuidados	50 – por oposición a fragmentación de cuidados; coordinación de proveedores, continuidad de gestión; trabajo en equipo
Cuidados centrados en el paciente	70 – valoración de la percepción del enfermo; 80 – apertura a la intervención del enfermo en su caso
Gestión del caso	70 – atribución de un gestor del caso; 90 – gestión de acceso, necesidades y planificación de cuidados

Tabla 1: Aclaración de los conceptos relacionados con los cuidados de salud centrados en el paciente (Uijen et al., 2012)

De esta manera, el primer concepto estudiado en su significación a lo largo del tiempo fue el de “continuidad del cuidado”. Empezó a utilizarse en los años 50 del siglo pasado con el sentido de descubrir quién conoce y sigue al paciente, esto es, identificar al proveedor de cuidados personalizados. En los 70 el concepto “continuidad del cuidado” cambió para enfocarse en la relación entre el cuidado pasado y el presente, con el fin de garantizar coordinación e ininterrupción; y, en este sentido, se pueden identificar distintos tipos de continuidad: una continuidad cronológica (seguimiento del paciente y tener en cuenta las variaciones a lo largo del tiempo), continuidad geográfica (se proveen los cuidados

independientemente del local), continuidad interdisciplinar (se tratan las diversas enfermedades de un mismo paciente), continuidad interpersonal (consiguiendo la confianza del paciente y de su familia, bien como la de los colegas que también prestan cuidados), continuidad informacional (el conocimiento acerca del paciente). A partir de mediados de los 70, “continuidad del cuidado” se convirtió en sinónimo de consultar al mismo médico, que conoce al paciente y con quien tiene un contrato implícito. Después de los 90 volvieron los modelos multidimensionales anteriormente descritos como los típicos de los años 70 del siglo pasado (Uijen et al., 2012).

Se refiere después a un segundo concepto, el de “coordinación de cuidados”. Este término se encuentra en la literatura desde finales de los años 40. Desde entonces, se utiliza como relación colaborativa entre las distintas organizaciones proveedoras de cuidados, a través de comunicación efectiva y enlace entre los respectivos programas y actividades. A partir de los 70 el concepto ganó precisión y se refería sobre todo a la medida en que los proveedores de cuidados reconocen la información sobre los pacientes de una consulta a otra y son capaces de captar la implicación de otros en el cuidado (concepto parecido con el de continuidad informacional). En los 90 “coordinación de cuidados” se definió como la percepción del paciente sobre el conocimiento que el cuidador tiene acerca de las visitas anteriores y de otras visitas realizadas por diferentes especialistas, así como sobre el seguimiento de su caso. Después de mediados de los 90, “coordinación de cuidados” se utilizó indistintamente con “gestión del caso”: el conocimiento general de todas las necesidades de salud del paciente y de los cuidados disponibles para hacer posible un plan y su cumplimiento. En 2008 se introdujo una nueva acepción: se habla de “coordinación de cuidados” como prestación de servicios por diferentes proveedores de cuidados de salud, de una forma temporánea y complementaria para lograr una atención conectada y cohesionada (Uijen et al., 2012).

Y, así, Uijen et al. (2012) llegan a un tercer concepto: el de “cuidados integrados”. Afirman que se llevaba utilizando desde los años 50 como paradigma del buen cuidado; concebido y descrito como lo opuesto a la fragmentación. Traduce el fomento de la reunión de los prestadores, la continuidad de gestión y el trabajo en equipo. Para efectuarse y plasmarse en realidades prácticas, los cuidadores necesitan establecer objetivos comunes e identificar las características específicas de los miembros de los equipos; a su vez, la organización debe asegurar la cooperación, la coordinación y la comunicación.

A partir de los 70 la literatura se refiere, de manera creciente, a un cuarto concepto –“cuidados centrados en el paciente”–, en el que el cuidador intenta ver con los ojos del paciente, en claro contraste con los cuidados focalizados en la enfermedad, valorando la sensibilidad para todas las expresiones de la individualidad del paciente, sus tensiones, conflictos y problemas. Después de los 80 surgen aplicaciones más bien prácticas de este concepto, donde destacan las características del apoyo del cuidador, la promoción de una apertura del paciente a manifestarse como tal, a colocar cuestiones y a intervenir en su plan de salud futuro.

Por último, en el trabajo de Uijen y colaboradores se describe un quinto concepto, el de “gestión del caso” (*case management*), expresión utilizada por primera vez en 1969. A finales de los 70 se refería a proporcionar a los pacientes un gestor de su caso, una persona responsable de ayudar en la coordinación de su situación en el complejo sistema de sanidad, asegurándose de que recibía el cuidado adecuado de manera eficiente. Hasta los 90, el cometido de los gerentes del caso clínico (médicos, enfermeros, trabajadores del sector social) era identificar pacientes en necesidad, promocionar el acceso al sistema, planificar la asistencia, hacer el enlace con los prestadores de cuidados, coordinar a los distintos prestadores implicados, monitorizar la participación del paciente en el proceso y un largo etcétera, donde se incluyen aspectos de transporte, vivienda, seguros...etc. Después de los

90 las definiciones de “gestión del caso” varían según el tipo de gestor (médico, enfermero, trabajador social) y el ámbito de actuación (una institución o una red de prestadores).

Pero resumidamente, y aunque haya superposiciones, la propuesta de estos autores es que se utilicen estos conceptos teniendo en cuenta que:

- a) la expresión “continuidad de cuidados” engloba tres temas:
 - a. un cuidador del paciente que conoce y sigue al enfermo, en cada ámbito en el que se ejerce el cuidado (organización, institución, etc.);
 - b. comunicación de la información relevante del paciente entre los prestadores de cuidados;
 - c. cooperación entre los prestadores de cuidados, sea entre instituciones o dentro de una misma organización de cuidados de salud.
- b) “coordinación de cuidados” se refiere más bien al trabajo en equipo entre diferentes instituciones de cuidados, englobando temas de comunicación y cooperación.
- c) el concepto “integración de cuidados” también se refiere a comunicación y cooperación, pero incluye además responsabilidad compartida y la organización de los cuidados.
- d) la utilización de los términos “cuidados centrados en el paciente” se detiene más bien en involucrar al paciente en su propio cuidado, no estando incluidos los conceptos de comunicación y cooperación.
- e) por su parte, “gestión del caso” describe todas las actividades necesarias para guiar al paciente a través del sistema de salud, incluyendo el cuidador del paciente, la comunicación y la cooperación (Uijen et al., 2012).

Como se puede constatar con esta larga descripción sobre el modo de entender todos estos conceptos en la literatura, no hay una uniformidad ni concordancia sobre su sentido y

tampoco existe significación que permita, con seguridad, establecer posiciones definitivas. Los conceptos se utilizan muchas veces indistintamente, el significado varía a lo largo del tiempo, el contenido se sobrepone, y los límites son poco nítidos.

En resumen, los conceptos que perfilan y matizan los conceptos que significan agregación e integración actuando como fuerzas centrípetas y unificadoras en la organización son referidos y utilizados con gran falta de uniformización y de estandarización.

Por consiguiente, a la complejidad inherente e intrínseca del sistema de salud y a la interrelación entre los profesionales altamente diferenciados que lo constituyen –descritas en el capítulo 2 de esta tesis–, hay que añadir la peculiar ambigüedad semántica en la literatura científica y en el uso habitual de los términos y conceptos.

Por todo ello, al utilizar los distintos conceptos en esta tesis, y siempre que sea oportuno, se aclarará el significado con que se usen.

Y se tendrán particularmente en cuenta, porque se relacionan con el objetivo de esta tesis, los siguientes conceptos ya presentados, y así definidos:

- a) interdependencia: situación estable caracterizada por la confianza, cooperación, disposición para ayudarse, valorización de la complementariedad de roles y reconocimiento de que todos contribuyen a los objetivos compartidos (Nelson & Batalden, 2002);
- b) red: “modelo más o menos estable de relaciones sociales entre diferentes actores (personas, grupos, organizaciones), con una coordinación que tiene por base el mutuo beneficio, la reciprocidad y la confianza, que depende de los demás para alcanzar sus objetivos, sin la existencia de un actor dominante” (Minkman et al., 2009, p. 2; Wijngaarden, 2006, p. 29);

- c) integración: proceso que engloba la creación y el mantenimiento, a lo largo del tiempo, de una estructura común entre *stakeholders* (y organizaciones) independientes, con el propósito de coordinar su interdependencia en orden a permitir el trabajo conjunto en un proyecto colectivo (Contandriopoulos, 2004, p. 8; Frenk et al., 2010; Matziou et al., 2014);
- d) integración en el sector sanitario: se perfila como el grado de coordinación entre personas, funciones, actividades y locales, a lo largo del tiempo, que permite maximizar el valor del cuidado prestado al paciente (Wijngaarden, 2006, p. 49); o como “el proceso a través del cual múltiples profesionales, organizaciones y departamentos colaboran e implementan cambios para proporcionar cuidados coordinados al paciente” (Tsasis et al., 2012, p. 2);
- e) integración interprofesional: se refiere a la coordinación de actividades ejecutadas por distintos profesionales –y por lo tanto hace referencia a aspectos más bien personales– o por diferentes grupos profesionales, que incluyen reuniones, consultas, intercambio de informaciones, trabajo en equipos multidisciplinares (Axelsson et al., 2014);
- f) cuidados integrados: “cuidados coordinados entre múltiples profesionales de salud, organizaciones y departamentos, y armonizados de acuerdo con las preferencias y necesidades del paciente” (Tsasis & Evans, 2013, p. 99);
- g) cuidados centrados en las relaciones establecidas (*relationship-centered care* – *RCC*): subrayando el papel central de la naturaleza y de la calidad de las relaciones en los cuidados de salud y en el sistema de prestación de cuidados, sobre todo las relaciones entre los miembros de los equipos (Beach & Inui, 2006; Gaboury et al., 2011);

- h) focalización interna en el paciente (*internal patient-centredness*): se refiere a los aspectos del sistema y de las organizaciones, bien como al trabajo en equipos multidisciplinares que permiten una puesta en marcha de la estrategia continua orientada hacia las expectativas del paciente. Se refiere a la comunicación, coordinación, cooperación, respeto y ambiente dentro del equipo multiprofesional en el proceso y plan de tratamiento del paciente (Körner, 2013).

3.3. Necesidad de integración en el sector sanitario

En el mundo occidental, la integración real de los cuidados de salud (primarios, secundarios y terciarios) es débil y conduce a ineficiencias y quiebras de calidad en el sistema, además de provocar inconveniencias varias a los pacientes. Por otra parte, la integración entre el sistema sanitario y los servicios de apoyo social sigue siendo un reto no superado. Por lo tanto, lograr la consolidación y armonización de todas las partes del sistema para obtener un cuidado de salud más seguro, efectivo, centrado en las necesidades reales de los pacientes, adecuado en el tiempo, eficiente y equitativo es un objetivo por el que hay que continuar trabajando (Grone; Garcia-Barbero, 2001).

Sin la integración en los más diversos ámbitos, todos los aspectos del desempeño del sistema sufren: la calidad declina, la percepción de satisfacción del paciente disminuye, la provisión de los servicios necesarios falla o se retrasa y el potencial de coste-beneficio decae (Kodner & Spreuwenberg, 2002). Y, al contrario, la mejor integración en los cuidados conduce a mejores resultados de salud (Wijngaarden, 2006). A través de la colaboración entre profesionales, el rendimiento y los resultados para el paciente mejoran porque el cuidado se presta de una forma más eficiente y eficaz; además se reduce el absentismo, se crea un mejor ambiente laboral, se reducen las duplicaciones, se incrementa la seguridad del paciente y

mejora la calidad del cuidado prestado (Ayadi & Love, 2015; Fox & Reeves, 2014; Hurlock-Chorostecki et al., 2016; Lindgren et al., 2013; Onishi et al., 2013; Price et al., 2014; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010; Scott Reeves, Macmillan, & Van Soeren, 2010; Reinertsen & Bisognano 2008; Zwarenstein et al., 2013).

Esto mismo se puede observar, de forma gráfica y desde un punto de vista teórico y general, en la figura 3 que ilustra cómo las instituciones con rendimiento alto o medio-alto son las que poseen un grado elevado de integración (Lawrence & Lorsch, 1967).

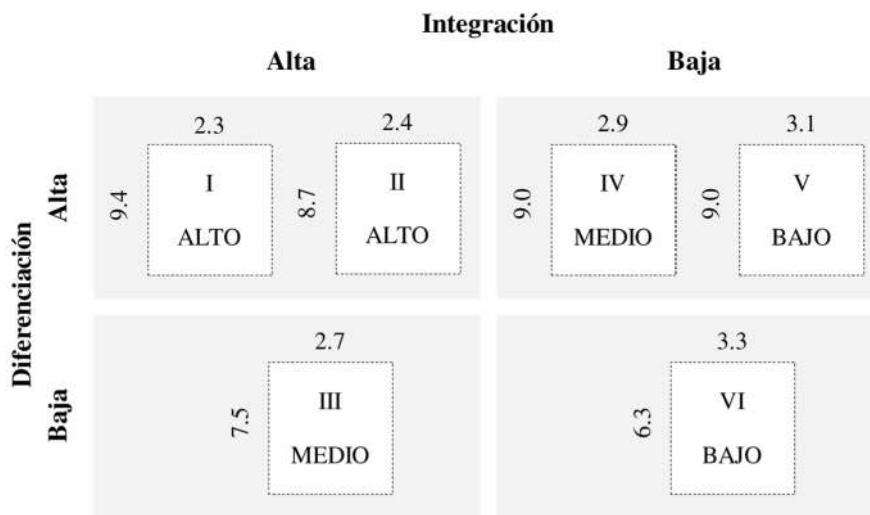


Figura 3: Diferenciación, integración y *performance* en organizaciones distintas (I-VI); la evaluación de la *performance* está descrita en cada una de las células (Lawrence & Lorsch, 1967).

Por otro lado, y teniendo en cuenta la perspectiva del usuario del sistema de sanidad, el individuo vulnerable no es simplemente “una enfermedad”, sino que tiene necesidades bio-psico-sociales de espectro muy variado: sufre continuas dificultades, experimenta limitaciones en diversos aspectos de su vida diaria, requiere un conjunto alargado de servicios prestados en determinada secuencia y por parte de diversos prestadores; puede,

asimismo, requerir cuidado en diferentes ambientes: en su casa, en las instituciones de atención primaria, o en ambientes sanitarios muy diferenciados (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). También, debido a lo anteriormente mencionado, “las perspectivas de la prestación de cuidados de salud se están ampliando, pasando de un modelo de diagnóstico y tratamiento a un modelo bio-psico-social, con una visión más holística del paciente; el cuidado del paciente ya no se basa en encuentros y contactos *ad hoc* con prestadores singulares, sino que se apoya en equipos multidisciplinares que muchas veces trabajan en diferentes organizaciones” (Wijngaarden, 2006, p. 9).

No es ilógico, por lo tanto, afirmar que el sistema de salud y sus instituciones están entre las entidades de la sociedad moderna más complejas e interdependientes (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003; Charns & Tewksbury, 1993; Viitanen et al., 2015). Los sistemas de salud son demasiado complejos para que una sola solución sea adecuada en todos los casos (Armitage et al., 2009; Berwick & Hackbarth, 2012). Por otro lado, cuanto mayor es la diferenciación en una organización (sea por sus objetivos, sus estructuras, las relaciones interprofesionales, etc.) mayor será la necesidad de integración (Lawrence, Lorsch, & Garrison, 1967). Por todo esto, en los diversos sistemas de salud del mundo se están promoviendo “estrategias de integración como solución para los problemas del aumento descontrolado de costes, de la insuficiente calidad de la prestación de cuidados y de la insatisfacción de los pacientes” (Berwick & Hackbarth, 2012; Evans, 2012, p. 713).

3.4. Aspectos teóricos y conceptuales sobre la integración

En un estudio clásico, teórico y general sobre integración, Lawrence & Lorch (1967) afirman que existen tres medios principales para lograr la integración:

1. a través de la jerarquía;

2. basándose en los sistemas de control;
3. y a través de actividades voluntarias (Lawrence & Lorsch, 1967).

Los dos primeros medios descritos son más bien formales y sistémicos, al paso que el tercero –las actividades voluntarias– se apoya en el comportamiento personal del profesional de salud, lo que nos interesa más en este trabajo de tesis doctoral, ya que está orientado hacia aspectos comportamentales y culturales.

Centrándose en el análisis del sector sanitario, se puede presentar la integración en tres ámbitos:

1. Organizacional (establecimiento de redes, tanto vertical como horizontalmente, bien como a través de relaciones formales e informales, tanto intra como entre instituciones; esto genera optimización de recursos, mejora la eficiencia, aumenta la capacidad de prestar un cuidado de salud continuo);
2. En la prestación de servicios (incluye los accesos, la disponibilidad y la flexibilidad, continuidad, calidad, satisfacción de los pacientes);
3. Clínico (se refiere a los criterios de actuación, al entendimiento de las necesidades reales de los pacientes, a la comunicación y al lenguaje utilizado, a estándares y prácticas pactadas) (Kodner & Spreuwenberg, 2002).

Esta tesis hará más hincapié en el segundo y tercer ámbitos, desatendiendo, en gran medida, el análisis de los aspectos más bien institucionales y formales descritos en el primer ámbito, pues interesan, sobre todo, las relaciones interpersonales en lo que respecta a los aspectos comportamentales y a las actitudes de los profesionales.

Hablar de integración es también referirse a los niveles implicados en esa integración, tanto entre diversas organizaciones prestadoras de cuidados como en la cooperación entre los distintos profesionales. Se describen así tres niveles de integración:

1. Estratégico (el nivel en el que las decisiones se refieren a los objetivos a largo plazo);
2. Táctico (el nivel de las decisiones en el que están implicados los aspectos estructurales);
3. Operacional (el nivel de las decisiones que implican el día a día y son relativas a los productos y servicios prestados) (Wijngaarden, 2006).

Esta tesis se ocupará, mayormente, del nivel operacional, pues interesa, en este caso, fundamentalmente el comportamiento de los profesionales en la prestación, directa o indirecta, del servicio al paciente, porque es en este ámbito donde se viven las relaciones interpersonales e interprofesionales, y es el ámbito en el que las actitudes y los comportamientos concretos se orientan, o no, hacia la integración real y concreta.

Desde un punto de vista teórico y abstracto, para lograr una integración real entre los profesionales, se describen seis mecanismos básicos (Glouberman & Mintzberg, 2001b, pp. 72-73; Koulikoff-Souviron & Claye-Puaux, 2013):

1. Ajuste mutuo (dos o más personas se adaptan entre sí a medida que el trabajo progresa, normalmente a través de comunicación informal);
2. Supervisión directa (la responsabilidad para coordinar el trabajo se concentra en una persona que, de hecho, no lo hace directamente; se crea así una jerarquía de autoridad, se nombra un jefe que emite directivas para que otras personas hagan el trabajo);

3. Estandarización, que reviste cuatro formas:
 - a. de trabajo (cuando la labor en sí misma es estandarizada y los procedimientos son especificados);
 - b. de *outputs* o resultados (cuando lo que se produce o sus consecuencias son estándar);
 - c. de habilidades (o *skills*) y de conocimiento (las distintas personas que intervienen reciben entrenamiento o formación para saber qué se espera de cada uno);
 - d. de normas (se establecen valores comunes de forma que las personas trabajan teniendo en cuenta esas comunes expectativas).

En el sector sanitario, la aplicación de estos seis mecanismos tiene diferentes valoraciones y permite alcanzar distintos niveles de integración: en un sector profesional netamente diferenciado como es el de la salud, en el que se requiere un juicio muy matizado, intentar controlarlo técnica y administrativamente con mecanismos basados en una autoridad jerárquica, es decir, utilizando los mecanismos de supervisión directa bien como los de estandarización de trabajo o de resultados, no parece ser efectivo. Al contrario, los profesionales altamente instruidos sí que se coordinan a través de estandarización de habilidades y de conocimiento (Correia & Denis, 2016), actuando, después, muchas veces de forma casi automática, sobre todo en situaciones de emergencia. Pero llevado al límite –situación muy frecuente en el sector– este mecanismo no es suficiente y debe complementarse con otros dos: ajuste mutuo y estandarización de normas, dicho de otro modo, comunicación informal impregnada en una fuerte cultura organizacional. Por otra parte, y en lo que respecta a la gestión de las organizaciones sanitarias, un mecanismo de integración basado en la estandarización de habilidades y de conocimiento resulta muy

problemático ya que nada puede ser estandarizado y casi nada se puede codificar de forma fiable; así que también en el ámbito de la gestión y de la relación entre clínicos y gestores, el ajuste mutuo es importante: comunicación flexible entre pares –reuniones informales, equipos de trabajo, establecimiento de redes, etc.– de forma que lo inesperado pueda tratarse y resolverse de forma adaptativa. La mejor manera de implementar el ajuste mutuo es fortalecer la estandarización de normas, crear una fuerte cultura organizacional (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

Este análisis de Glouberman y Mintzberg (2001) recibe de autores como Wijngaarden una apreciación muy favorable aunque no definitiva. Wijngaarden (2006) afirma que esta clasificación de mecanismos de integración es la mejor conocida, la más clara y la más propicia para analizar el fenómeno de la integración. Sin embargo, también la considera demasiado jerarquizada, poco sensible a los aspectos más bien informales y no jerárquicos en las relaciones de coordinación. Para complementarla, propone un diagrama de los mecanismos de integración (cfr. Figura 4) en el que se identifican dos variables continuas: un eje que conecta los extremos jerarquía-lateralidad (en la forma jerárquica hay una imposición por uno de los actores mientras que en la forma lateral hay una relación entre iguales); y otro eje que conecta formalidad-informalidad (en la relación formal, al contrario de la informal, existen acuerdos estructurados y oficiales) (Wijngaarden, 2006).

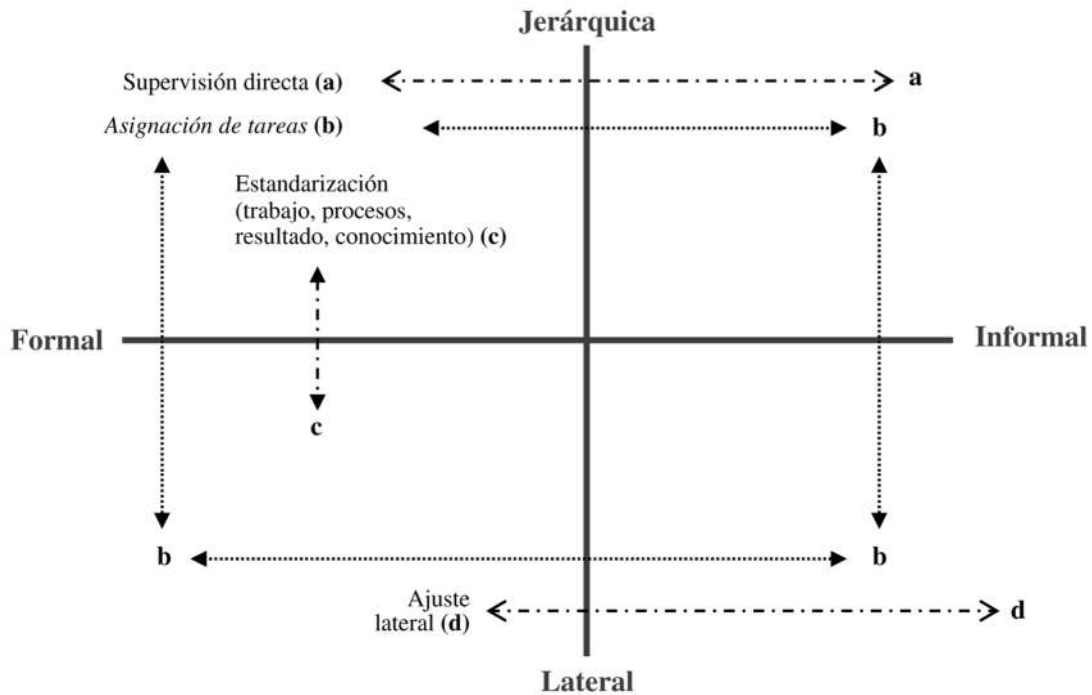


Figura 4: Diagrama de mecanismos de coordinación (Wijngaarden, 2006, p. 51).

En la descripción de este diagrama, y en comparación con el modelo de Glouberman y Mintzberg (2001), Wijngaarden prescinde del mecanismo de estandarización de normas (el que, como anteriormente mencionado, Glouberman y Mintzberg consideran el más básico) y añade (aunque no explícitamente) otro: la asignación de tareas (que puede establecerse jerárquicamente, lateralmente, formal o informalmente). Asimismo, designa el “ajuste mutuo” de Glouberman y Mintzberg como “ajuste lateral” en el que, además de la idea de simple comunicación informal, se añaden aspectos típicos de consultas interprofesionales (más formales y oficiales, por tanto).

Es precisamente este ajuste lateral el que Wijngaarden define como mecanismo fuerte; esta fortaleza está relacionada con dos características de la cadena de la prestación de cuidados: su naturaleza no jerárquica (porque se trata de organizaciones y profesionales relativamente autónomos) y la interdependencia de los profesionales. La naturaleza no jerárquica implica

que la responsabilidad de la coordinación recae sobre los cuidadores entendidos individualmente y el contacto entre cuidadores individuales implica una coordinación y un contacto personal más delicado, por lo tanto, porque no hay impersonalidad asociada sino contacto e impronta personal. Además, este ajuste es más bien flexible y adaptativo, dadas sus características (Wijngaarden, 2006).

Otra forma de describir la integración en contexto sanitario se apoya en identificar las características determinantes que contribuyen a su éxito, tanto en el ámbito de resultados clínicos como desde el punto de vista organizacional, administrativo y financiero. El éxito de la integración se basa en nueve características principales, todas con una fuerte impronta cultural y comportamental: la cultura de microsistema², la macro-organización que soporta los microsistemas, el liderazgo, la interdependencia de los equipos de cuidado clínico, el enfoque en el paciente, el enfoque en los colaboradores (*staff*), la información y las tecnologías de información, los procesos de mejora, los criterios de desempeño. El éxito que se vaticina es resultado de la capacitación para ofrecer un servicio de calidad superior, coste-efectivo y, al mismo tiempo, mantener un clima laboral e interpersonal positivo y atractivo (Krogstad et al., 2006).

Para Fox et al. (2014) “los factores requeridos para que se establezca una efectiva colaboración interprofesional son: el compromiso para colaborar, la mutua confianza, la discusión regular de los objetivos comunes, la implementación de sistemas abiertos de comunicación, el alto nivel de interacción entre los colaboradores y la reducida rotación de personal” (Fox & Reeves, 2014, p. 2).

² Microsistemas en el sector sanitario son “equipos pequeños que trabajan habitualmente en conjunto al servicio de las necesidades de una específica subpoblación de pacientes” (Nelson & Batalden, 2002, p. 474).

Resumiendo, en este epígrafe se han descrito tres medios generales para lograr la integración (jerárquicos, sistemas de control y actividades voluntarias), tres ámbitos de integración en el sector sanitario (organizacional, de prestación de los servicios y clínico), tres niveles de integración (estratégico, táctico y operacional), seis mecanismos básicos para obtener la integración (ajuste mutuo, supervisión directa, y cuatro tipos de estandarización: de trabajo, de *outputs* o resultados, de habilidades y de conocimiento, y por último, de normas), nueve características que contribuyen al éxito de los esfuerzos de integración (la cultura de microsistema, la macro-organización que soporta los microsistemas, el liderazgo, la interdependencia de los equipos de cuidado clínico, el enfoque en el paciente, el enfoque en los colaboradores, la información y las tecnologías de información, los procesos de mejora, los criterios de desempeño), y seis factores requeridos para la efectiva colaboración interprofesional (el compromiso, la confianza, la discusión regular de los objetivos, la comunicación abierta, el alto nivel de interacción y la reducida rotación de personal).

Así, para el trabajo en esta tesis, que está más orientada hacia los factores comportamentales, de creencias, valores y motivación del fenómeno integración en el sector sanitario, de los tres medios para lograr la integración se ahondará en las actividades voluntarias (dejando de lado los aspectos jerárquicos y los del sistema de control que, para su existencia y funcionamiento, no se apoyan en la aquiescencia voluntaria de los profesionales). De los tres ámbitos de integración en el sector sanitario se profundizará, sobre todo, en los de la prestación de los servicios y del ámbito clínico (pues el organizacional es más bien formal e institucional, en gran medida independiente de los aspectos comportamentales). En lo que se refiere a los tres niveles de integración se observará particularmente el nivel operacional (porque en los niveles estratégico y táctico se observan más los aspectos estructurales y de alcance de largo plazo, al contrario que en el operacional, que es sobretodo comportamental); de los seis mecanismos básicos para obtener la integración se destacarán los de cariz más

cultural y comportamental, a saber, el ajuste mutuo y la estandarización de normas (porque los otros cuatro se apoyan más en aspectos jerárquicos, estandarizables y de proceso). No obstante, se considerarán las nueve características culturales y comportamentales que contribuyen al éxito de los esfuerzos de integración, y los seis factores requeridos para la colaboración interprofesional, puesto que todos tienen como base aspectos relacionales y de actitud en la interacción entre los distintos profesionales.

3.5. Obstáculos a la integración

El sector sanitario, como anteriormente señalado, se caracteriza precisamente por una escasez de integración, a la par de una extraordinaria y creciente diferenciación (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Después de observar los aspectos teóricos y conceptuales sobre la integración –medios, ámbitos, niveles, mecanismos, características y factores–, se señalarán los obstáculos que se presentan en este movimiento centrípeto, ineludible para que el sector de la salud opere con eficiencia y centrado en las necesidades de los pacientes.

La falta de integración es un problema real y los obstáculos para su implementación son variados y se pueden describir desde diferentes puntos de vista.

En primer lugar, y como afirma Lawrence (Lawrence et al., 1967), quien estudia el tema desde un punto de vista teórico y genérico, diferenciación e integración son, en sí mismos, conceptos antagónicos. También Koulikoff-Souviron (2013) identifica la especialización como una importante barrera a la integración (Koulikoff-Souviron & Claye-Puaux, 2013).

En el sector sanitario el problema de falta de integración no tiene relación solamente con el alto nivel de diferenciación entre las organizaciones implicadas, sino también con la diferenciación entre los profesionales con distintas especialidades (O'Malley & Reschovsky,

2011), con distintas metodologías y técnicas, procurando variados objetivos, utilizando distintos lenguajes, inmersos en diferentes culturas y que, muchas veces, no se conocen siquiera (Wijngaarden, 2006). Además, “incluso cuando tienen la presunción de que sus actuaciones son en beneficio del sistema y de los pacientes, los individuos suelen demostrar un sesgo hacia los intereses de su función, organización o sector” (Evans, 2012, p. 717). También la superposición de roles y su difusa frontera pueden generar tensiones entre los distintos profesionales del sector sanitario (Fox & Reeves, 2014).

Por otro lado, en el sector sanitario, las relaciones se establecen y fortalecen sobre todo entre profesionales de un mismo gremio, socializándose de una forma “tribal”, con colegas de su propia profesión, y esta identificación del profesional con su grupo primario es muy fuerte: entre los médicos más que entre los enfermeros, y entre estos más que entre los gestores. Esto permite inferir que es más fácil la identificación con otras personas de su grupo profesional que con la organización, y frente a una amenaza, por ejemplo, durante un proceso de cambio, los profesionales encuentran en su grupo un mecanismo de protección. Por lo tanto, lo normal – como fenómeno – es la segregación grupal, establecer barreras, desajustes y desconexiones (Braithwaite, 2010), las fricciones en zonas frontera, desequilibrios jerárquicos, desigualdades de estatuto y poder (Scott Reeves et al., 2010).

Glouberman & Mintzberg (2001), al describir la relación entre médicos, enfermeros y gestores (sean gerentes o sean propietarios y representantes de los intereses comunitarios), hablan de la presencia de coaliciones entre ellos, que se traducen en diversas alianzas conforme el tipo de asuntos en causa (cfr. Figura 5).

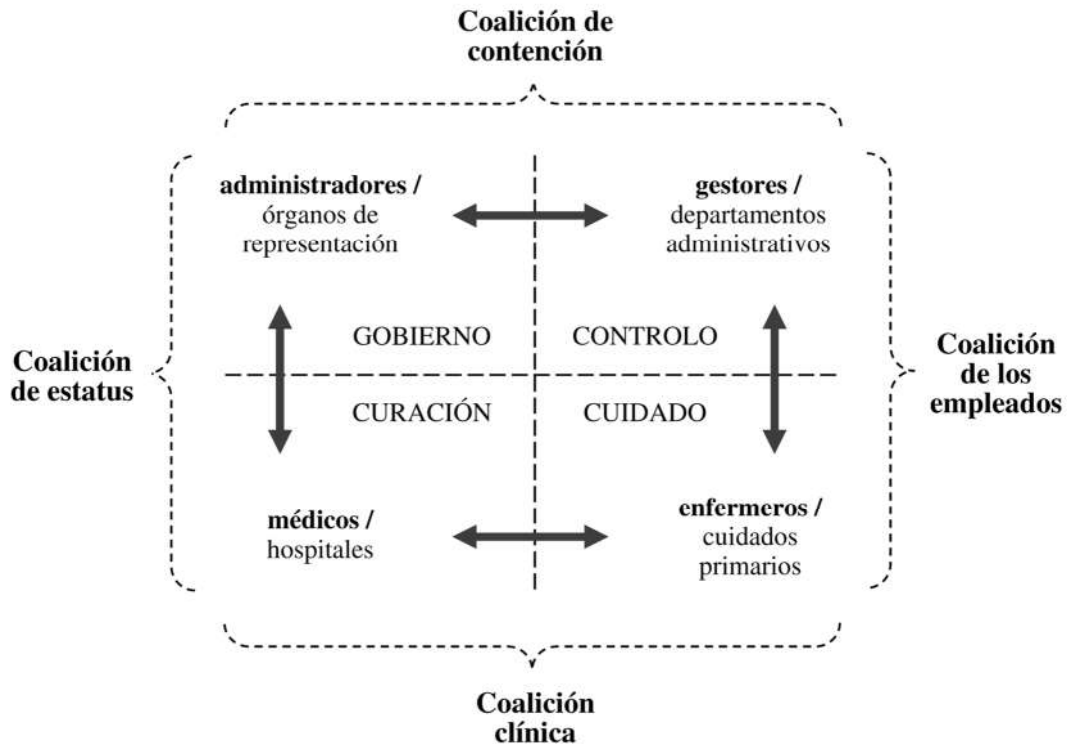


Figura 5: Coligaciones de poder entre los profesionales del sector sanitario (Glouberman & Mintzberg, 2001a)

Si se plantea algún asunto más bien clínico, enfermeros y médicos se coligan para hacer frente a los gestores (coalición clínica); si se trata de asuntos de organización, los enfermeros y los gerentes se unen para enfrentarse a los médicos, ya que estos tienen una actitud más bien distante e independiente (coalición interna); algunos médicos tienden a unirse a los propietarios y representantes de la comunidad cuando están en causa cuestiones de *status* o prestigio (coalición de *status*) (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Pero la barrera más imponente sigue siendo la diferente concepción del trabajo clínico entre médicos (individualista) y enfermeros (colectiva) (Degeling et al., 2001).

Headrick (1998) enumera y sintetiza así las principales barreras a la efectiva labor interprofesional: “diferencias culturales e históricas; rivalidades inter grupos profesionales y entre profesionales de un mismo grupo; diferencias de lenguaje y de jerga; distintas rutinas

y horarios profesionales; niveles de preparación, calificación y *status* profesional variados; múltiples requisitos, reglamentos y normas de formación profesional; inseguridad ante la amenaza de pérdida de identidad profesional; modos distintos de enfrentar la *accountability*; premios, sueldo y retribuciones diferentes; responsabilidad clínica distribuida de forma desigual” (Headrick, 1998, p. 773).

Otra de las razones para la insuficiente integración, además de las barreras entre las distintas culturas profesionales, es el enfrentamiento entre profesionales de una misma subcultura (Suter & Oelke, 2009). Por ejemplo: entre médicos hospitalarios y médicos que prestan sus servicios en el sector de los cuidados primarios. Este enfrentamiento establece una barrera que explica gran parte de las dificultades de integración existentes no solo entre ellos sino las que repercuten en el ámbito de las organizaciones, en concreto entre centros de cuidados primarios y estructuras hospitalarias (Martín et al., 2008).

Otras barreras y obstáculos para la integración de los profesionales en el sistema de salud asientan en aspectos de gestión y administrativos, como puede ser el ambiente burocrático basado en modelos de comando y control (Embertson, 2006).

Supone también una dificultad para la integración el poco alineamiento existente entre los profesionales y la organización; la falta de oportunidades y de tiempo para forjar relaciones sostenibles; la poca consciencia y el pequeño conocimiento en las organizaciones y entre los profesionales sobre los diversos componentes del sistema y el modo en que están conectados (Tsasis et al., 2012).

3.6. Resultados obtenidos en el ámbito organizacional y a nivel estratégico-táctico

Aunque se haya hecho todo tipo de esfuerzos para alcanzar la integración de los cuidados sanitarios, muy pocos parecen haberse llevado a cabo en el área de la operación clínica y del servicio directo al paciente. Los esfuerzos tienen más bien lugar en el espacio vacío entre gestores y clínicos, a través de reorganizaciones administrativas, nuevos planes estratégicos y reestructuraciones en la dirección y gobierno de las organizaciones (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Esto ocurre porque gran parte de las investigaciones sobre la integración en la salud están centradas en los desafíos estructurales y de proceso, y pocas veces versan sobre los aspectos y los métodos culturales (Evans, 2012).

El esfuerzo dedicado a integrar los cuidados de salud, enfocado a los ámbitos organizacional y funcional, ha alcanzado escasos resultados y únicamente en lo que respecta a la agregación de unidades operacionales. Esto es, en parte, reflejo de un abordaje “*top-down*” (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Además, la estructuración y el control en exceso conducen al fracaso de las iniciativas integradoras (Begun et al., 2003). Cuando solo las estructuras están integradas, estas no son suficientes para cambiar la actitud de los profesionales y alinearlos entre sí y con la organización (Bååthe, 2013; Wijngaarden, 2006). La continua presencia de la tendencia de los actores para preservar su autonomía hace que la integración en una red sea difícil y consumidora de tiempo (Minkman et al., 2009; Wijngaarden, 2006).

Por todo lo dicho, cabe afirmar que las palancas fuertes (*hard levers*) de la integración económica necesitan complementarse con las palancas blandas (*soft levers*) de la integración no económica, es decir, con las competencias comportamentales (Burns & Muller, 2008). Por lo tanto, en vez de apuntar hacia una perspectiva de gestión basada en las estructuras,

hay que enfocarse en los profesionales para observar cómo se motivan, cómo se estimulan para cambiar su actuación práctica (Wijngaarden, 2006). En otras palabras, la integración que se pretende se obtendrá no tanto por introducción de estructuras y secuencias de tareas sino por capacitar a los actores (Wijngaarden, 2006).

3.7. Otras estrategias de integración

Una estrategia posible para fomentar la integración entre los distintos profesionales sanitarios consiste en el establecimiento de un pacto entre clínicos y gestores: “a los clínicos se les pide que acepten trabajar de acuerdo con unas directrices (*guidelines*), que se les evalúe por objetivos clave y por criterios de calidad, que apoyen y contribuyan a las metas de la organización, que acepten que tienen que trabajar sujetos a restricciones y que se comprometan con los equipos y el trabajo colaborativo” (Edwards et al., 2002, p. 836). A su vez, a los gestores se les requiere que presten apoyo y creen un clima de soporte, que colaboren en la mejora de las condiciones de los departamentos y que ofrezcan oportunidades para el desarrollo profesional continuado que permita a los clínicos cultivar los distintos intereses de su profesión: proyectos, investigación, cuidado del paciente, etc. (Edwards et al., 2002).

Otro tipo de estrategia integradora es la formación. Como la formación y el progreso profesional están en el centro de la satisfacción de los médicos, parece que el aprendizaje sobre el desarrollo y la gestión organizacional conduce a un aumento del compromiso con la institución (Lindgren et al., 2013). Y si los médicos tienen funciones de gestión es crucial formarles en esta área, de una manera sistemática, a través de programas de gestión multidisciplinarios en las escuelas médicas y de posgrados formales (Atun, 2003). También porque la rotación entre diversos departamentos en la fase de especialización médica es

insuficiente para lograr la sensibilidad y valorización adecuada de la importancia de la integración (Bååthe, 2013).

Con este tipo de estrategias se favorece la adopción de perspectivas que son imprescindibles para pasar de la teoría a la práctica en cuestiones de integración de cuidados y, a su vez, se desarrollan las competencias de los profesionales. Es decir, es necesario lograr específicamente que los profesionales clínicos, médicos y enfermeros:

1. “pasen a adoptar una perspectiva que equilibre la autonomía clínica con la *accountability* y apoyen una mayor transparencia del sistema;
2. reconozcan la interrelación entre las dimensiones clínica y financiera de los cuidados de salud;
3. acepten la naturaleza multidisciplinar de la provisión de cuidados y por lo tanto acepten la necesidad de establecer estructuras y prácticas coherentes con esto;
4. participen en procesos que permitan orientar la actividad clínica en un ámbito de control de procesos de trabajo” (Degeling et al., 2001, p. 36).

Otros autores defienden, desde una perspectiva todavía más amplia, la importancia de incluir a los gestores en esta estrategia de formación. Sostienen, para ser más precisos, la importancia de la formación interprofesional, esto es, de las ocasiones en que dos o más profesionales del sector aprenden con, desde o sobre el otro para mejorar la colaboración y la calidad del cuidado prestado (Reeves et al., 2008). Para que los equipos inter-profesionales tengan éxito se sugiere como *conditio sine qua non* que los clínicos en general (no sólo los que tienen funciones de gestión) aprendan a reconocer la cultura del gestor, su contexto específico de actuación y a identificar su valor añadido en la organización sanitaria (Begun et al., 2011), y también se subraya la conveniencia de lo inverso, es decir, que los gestores

aprendan la cultura de los clínicos (Bååthe, 2013). Además, la formación interprofesional postgraduada puede ser especialmente útil si incluye problemas concretos para resolver (Onishi et al., 2013) y se logra la consolidación de competencias clave para la integración, como son la flexibilidad y el espíritu de equipo (Stein & Rieder, 2009).

Para combatir la brecha entre la mentalidad de los gestores y la de los clínicos no es suficiente formar a médicos y enfermeros en los métodos y en la ciencia de la gestión, sino que también los gestores deberán capacitarse para reconocer la cultura y los valores de los clínicos (Bååthe, 2013; Krogstad et al., 2006). Este punto es también defendido por quienes alegan que los gestores necesitan programas de formación interprofesionales para poder entender e influir en las diferentes culturas profesionales, relacionarse y resolver problemas (Begun et al., 2011).

Es decir, “existen ventajas en tener en un mismo ámbito y ambiente formativo a clínicos y no-clínicos juntos, para aprender las vías de incorporar múltiples perspectivas que soporten y mejoren el cuidado al paciente, mientras desarrollan y matizan los sistemas de apoyo al cuidado sanitario” (Begun et al., 2011, p. 122).

En este mismo sentido, se defiende la importancia de comunicar verbalmente y de otras formas personalizadas, con el objeto de reconocer la utilidad mutua de los grupos, conocer las capacidades de los demás, apreciar el punto de vista de los actores de otro grupo y lograr respetarse (Braithwaite, 2010; Onishi et al., 2013). La comunicación también contribuye a la integración, porque integrar pasa por compartir información para que cada cual sepa lo que el otro hace (Stein & Rieder, 2009)

Resumidamente, las estrategias de integración entre los profesionales del sistema de salud se pueden especificar como:

1. basadas en pactos, y por lo tanto con un carácter voluntarista y reglamentario;

2. fundamentadas en formación multidisciplinar y versadas en las características y ámbitos de actuación de los otros grupos, apoyando la adquisición y promoción de competencias clave para la integración entre los profesionales de distintas subculturas;
3. apoyadas en la comunicación entre los grupos profesionales.

3.8. Coordinación, colaboración y cooperación

Son, por lo tanto, las personas las que perpetúan las redes de relaciones, y es en estos sistemas humanos donde los problemas se identifican y resuelven, y donde el trabajo se cumple. Asimismo, la coordinación implica una impronta personal: no tiene lugar entre desconocidos, sino con alguien con quien se tiene suficiente contacto (Wijngaarden, 2006).

Los profesionales del sector sanitario se enfrentan a la necesidad de colaborar tanto interprofesionalmente como entre las distintas organizaciones en las que se proporcionan los cuidados. Se entiende por colaboración interprofesional en el sector sanitario, el trabajo de reunirse para resolver problemas o prestar servicios gestionando las relaciones que se establecen entre los distintos grupos (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010). Esto implica una nueva división del trabajo entre los diferentes profesionales, así como entre los distintos tipos de instituciones sanitarias, sean del cuidado primario, secundario o terciario. Colaborar, por lo tanto, es un problema crucial. Y esto se obtiene en un constante equilibrio entre las motivaciones propias y la autonomía profesional, por una parte, y el deseo de trabajar en conjunto para dar un mejor servicio al paciente, por otra (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, & Pineault, 2008). Exige, por lo tanto, que los individuos tengan un abanico de atributos que incluya actitudes, capacidades y conocimientos que aseguren el trabajo interprofesional e interdependiente (Reeves, Lewin, Espin, , & Zwarenstein, 2010).

Las personas colaboran y cooperan cuando en su trabajo son mutuamente dependientes, es decir, cuando el trabajo exige adecuada coordinación para ser cumplido; y en el sistema sanitario se necesita engranar, relacionar, asignar, programar etc., no sólo sus actividades y recursos, sino a las personas en relación con los demás (Matziou et al., 2014; Petrakou, 2009; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010; Xyrichis & Lowton, 2008). También la necesidad de colaborar es clave cuando hay que enfrentarse con problemas de falta de personal, *stress* relacionado con conflictos interprofesionales o agotamiento (*burn-out*) (Gaboury et al., 2011).

Además, el desempeño de los equipos sanitarios, la seguridad de los enfermos en los servicios de salud y la satisfacción de los profesionales están directamente relacionadas con el nivel de colaboración interprofesional que se logra crear en el sistema (Pillitteri & Ackerman, 1993; Ponte et al., 2003; Vazirani et al., 2005).

Hay que subrayar, sin embargo, que ya desde el inicio de este capítulo se están utilizando tres conceptos con significado rico pero ambiguo (VanVactor, 2012): coordinar, colaborar y cooperar. En adelante, se procurará utilizar dichos conceptos con el significado que les atribuye la Real Academia Española:

- Coordinar: concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común.
- Colaborar: trabajar con otra u otras personas en la realización de una obra.
- Cooperar: obrar conjuntamente con otro u otros para un mismo fin³.

Estas dilucidaciones permiten separar el plan de los conceptos y diseño (coordinación), el de las acciones (colaboración) y el de la intencionalidad y finalidad (cooperación).

³ DRAE, 23ª edición (<http://lema.rae.es/drae/>)

3.8.1. Tipos y mecanismos de coordinación y de colaboración

El nivel de consecución de la coordinación y colaboración permite a algunos autores clasificarla en distintos grados que, de menor a mayor, son los siguientes:

1. potencial (todavía no existe o está bloqueada por conflictos que impiden su implementación; las fuerzas en oposición bloquean o quiebran constantemente las negociaciones);
2. en desarrollo (todavía no ha echado raíces en la cultura de las distintas organizaciones o grupos profesionales y por eso está sujeta a reevaluación; hay negociaciones abiertas en cuanto a objetivos, relaciones interprofesionales, mecanismos y formalización del gobierno de la institución);
3. activa (los intervinientes ya han establecido una colaboración estable y sostenible, a pesar de las incertidumbres y colisiones; hay consenso en torno a los objetivos y reglas de gobierno, y se ha desarrollado un sentido de pertenencia y mutua confianza) (D'Amour et al., 2008).

Si se piensa en el horizonte del día a día de las organizaciones y de los equipos –en un ámbito operativo, por lo tanto–, los mecanismos básicos de integración (ya referidos al hablar de la teoría de la integración) que facilitan la coordinación y la colaboración efectiva, real y práctica, son los de ajuste lateral (también denominados *inter pares*, y son lo opuesto a los jerárquicos) con consulta mutua, tanto formal como informal (Wijngaarden, 2006).

El simple acto de discutir y negociar entre los profesionales es más fructífero que los asépticos términos del mismo acuerdo (Carrier, Dowling, & Pham, 2012). Porque el éxito no está sólo, ni principalmente, en el uso del protocolo adecuado (estandarización de conocimiento), sino en el aprendizaje colectivo que ocurre cuando los profesionales discuten

los procedimientos y resultados e intercambian conocimientos explícitos y tácitos para establecer los protocolos y procedimientos potenciando el aprendizaje colectivo. Cuando los profesionales discuten colectivamente los criterios y procedimientos, cuando los experimentan e interpretan los resultados (aprendizaje colectivo), empiezan a entender que no es posible basarse sólo en esos criterios ya que no pueden ser tan explícitos que garanticen la resolución de todos los problemas (Wijngaarden, 2006).

Por lo tanto, no se trata de estructurar y secuenciar procedimientos sino de capacitar y formar a las personas para resolver problemas a través de sistemas humanos, para que, efectivamente, consuman y cumplan el trabajo. El resultado más importante es las relaciones sociales que se establecen entre los profesionales sanitarios, que estimulan una comunicación formal e informal (Wijngaarden, 2006).

Aunque se sabe por la literatura que en este campo el aprendizaje tiene un papel significativo, también es cierto que no se sabe bien cómo (Hurlock-Chorostecki et al., 2016; Wijngaarden, 2006).

3.8.2. Dificultades para una coordinación y colaboración reales

En las organizaciones sanitarias la búsqueda de puentes que superen los vacíos, la indagación de maneras de llenar los huecos estructurales, el sondeo de formas de conexión entre grupos y profesionales es continua (Braithwaite, 2010). Para este fin se pueden establecer puentes entre realidades próximas ya que la cercanía es un factor relevante en las relaciones interpersonales: hay mayor tendencia a obrar conjuntamente trabajando cerca (proximidad física), trabajando en la misma tarea (proximidad de tarea), en la misma unidad funcional (proximidad organizacional), si existen otros lazos sociales ya establecidos (proximidad social), teniendo bases profesionales semejantes (proximidad profesional) (Wijngaarden,

2006). Pero los caminos para llegar a ello –el fortalecimiento de las palancas blandas (*soft skills*) anteriormente mencionadas– permanecen borrosos, sin que haya una base evidente que los apoye (Braithwaite, 2010).

Esto se debe a que los sistemas humanos no funcionan sin un grado importante de buena voluntad y cooperación. Así, algunos afirman que la ideología que preconiza un mercado competitivo no es apta para ofrecerlas (la buena voluntad y la cooperación), pues para ello no es suficiente con el equilibrio de negocio, es necesario llegar a un consenso sobre lo que debe ser un excelente servicio, cómo se presta y quién lo realiza. Para tal es importante desarrollar un conjunto de valores que puedan cohesionar todos estos elementos presentes y actuantes en el sector sanitario (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Porque la competición entre organizaciones en contextos de relación de mercados o cuasi-mercados tiene un efecto divisor y con un alto riesgo de que los agentes se relacionen sólo en ámbitos contractuales sin llegar a dar el paso a la colaboración (Martin et al., 2008). Paralelamente, también se afirma que el comando y el control, presentes en organizaciones jerárquicas, son inadecuados para lograr la colaboración (Carrier et al., 2012; Glouberman & Mintzberg, 2001b).

Por consiguiente, la coordinación no es automática ni automatizable por muchas razones: los problemas surgen de forma imprevisible (Glouberman & Mintzberg, 2001b), la definición actualizada del rol profesional y la adecuación de la correspondiente formación no es suficiente (Begun et al., 2011), las herramientas de información y comunicación no soportan por sí solas todas las necesidades (Petraou, 2009), los incentivos y la organización estructural no bastan para garantizarla (Press, Michelow, & MacPhail, 2012).

Esto parece indicar que la red formal de integración, por sí sola, no tiene fuerza causal, es impotente. Las estructuras formales sólo afectan en un grado mínimo a la determinación de

los comportamientos de los actores (Martin et al., 2008). Skjørshammer (2001) lo expresa de la siguiente manera: “los aspectos formales de la organización –planes, reglas, reglamentos, controles– pueden asegurar un mínimo de coordinación pero por sí solos son incapaces de engendrar la coordinación adecuada porque sólo una parte de las actividades en las organizaciones sanitarias puede programarse anticipadamente” (Skjørshammer, 2001, p. 7).

Además, es importante tener presente que el clima de relación interprofesional no es favorable, ni siquiera se puede decir que sea neutro, pues, como vimos en el capítulo 2 de esta tesis, desde el inicio de la relación hay un fondo de desconfianza mutua entre los grupos profesionales –médicos, enfermeras, gestores– en acción (Garelick, 2005).

Resumiendo, se ha podido observar que la integración en el sector sanitario implica coordinación y colaboración entre los profesionales, pero estas condiciones implican voluntad –buena voluntad– de los actores. Esta no se suscita automáticamente, ni por las diferentes razones de proximidad que aúnan los profesionales al sector sanitario, ni por la lógica del mercado o por procesos funcionales y estructurales. Parece que depende, más bien, de la presencia activa de valores en los profesionales.

3.8.3. Condiciones para una efectiva coordinación y colaboración

En un muy amplio estudio de revisión sobre coaliciones y alianzas entre grupos profesionales, Foster-Fishman et al. (2001) –aunque subrayando que no hay inequívocamente una mejor forma de implementar la colaboración– elaboran un listado de conocimientos y habilidades (a), y de actitudes y motivaciones (b), que permiten la capacitación en la colaboración (Foster-Fishman, Berkowitz, Lounsbury, Jacobson, & Allen, 2001):

a) Conocimientos y habilidades (*skills*):

1. saber trabajar colaborativamente con otros (cooperar y respetar a los demás, resolver conflictos, comunicar, entender la diversidad);
2. saber construir programas de colaboración (que permitan, por ejemplo, planear, diseñar y evaluar iniciativas conjuntas);
3. saber construir infraestructuras de colaboración (procesos de desarrollo organizacional, definición de los roles y responsabilidades profesionales).

b) Actitudes y motivaciones:

1. estar comprometido con la organización y con sus problemas;
2. tener actitud positiva ante los proyectos y ante los otros colaboradores (reconociendo su capacidad, experiencia, legitimidad, la necesidad de que estén presentes, valorando las diferencias);
3. tener esta misma actitud positiva hacia uno mismo (validando la propia legitimidad y competencia), así como hacia su rol en la organización.

Como también refieren Gaboury et al. (2008), el hecho de estar convencido de los beneficios de la colaboración interprofesional supone un incremento del intercambio de conocimientos, de la cooperación y de la confianza (Gaboury et al., 2011).

La importancia de que haya valores compartidos para el establecimiento de un equipo cohesivo es subrayada por Krogstad et al. (2006). Estos valores son la confianza (Braithwaite, 2010), la honestidad y el respeto mutuo (Edwards, 2003). Otros autores, para quienes el hecho de compartir valores permite coordinar esfuerzos porque se sabe lo que hay

que hacer, destacan como valores la comprensión, la confianza y el respeto mutuo (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

Los problemas de falta de coordinación y de colaboración son, en el fondo, problemas de carencia de actitudes, de intencionalidad y finalidad, es decir, problemas de falta de cooperación (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Esta actitud no es una cuestión de iniciativa singular de un actor dominante (centralizador, por lo tanto) sino de la capacidad y voluntad de distintos actores autónomos (Wijngaarden, 2006). O, como apuntado por otros autores, es necesaria la voluntariedad para transformar el comportamiento de los profesionales (Martin et al., 2008).

Skjørshammer (2001) señala que, ya en el lejano 1962, Georgopoulos and Mann hacían notar que la colaboración y cooperación dependían mucho de la motivación y de la voluntad, de los ajustes informales entre los miembros de las instituciones sanitarias (Skjørshammer, 2001).

Dicho de modo complementario, “el grado de coordinación que debe existir entre individuos (y organizaciones) depende de la naturaleza del proyecto colectivo que los motiva a cooperar” (Contandriopoulos, 2004, p. 12).

Por lo tanto, el sistema sanitario necesita una cultura cooperativa, sobre todo entre los diferentes “mundos profesionales” (más que dentro de cada cual), a nivel clínico, institucional y sistémico. Las operaciones necesitan ser “vistas como redes de especialistas cooperantes y no como silos de expertos desasociados” (Glouberman & Mintzberg, 2001b, p. 75; Mintzberg, 2013).

3.8.4. La cooperación alrededor de la misión

Para avanzar por el camino ahora sugerido, se debe notar que “la mayoría de los profesionales sanitarios tiene, al menos, una característica común –el deseo personal de aprender– y un objetivo compartido por todos: corresponder a las necesidades de los pacientes o clientes” (Headrick, 1998, p. 772; Vazirani et al., 2005).

Por otro lado, este elemento común –la visión del servicio que se va a prestar–, es el elemento más adecuado para un compromiso para trabajar de forma cooperativa y para un acuerdo sobre las prioridades y responsabilidades de cada uno (Hibberd, 1998). Otros subrayan la importancia de una visión compartida y de un entendimiento común sobre cómo se va a llevar a cabo esa visión (Tsasis & Evans, 2013).

El primer paso será, por consiguiente, “que los distintos participantes del sector, en diálogo, aclaren y consensuen el objetivo final (en el sentido de finalidad) que se pretende. Y sólo después, trabajando sobre los pasos previos dados, identifiquen los resultados pretendidos y las correspondientes acciones que contribuirán a alcanzar dichos resultados” (Tsasis & Evans, 2013, p. 105).

Por lo tanto, pensando en el horizonte del largo plazo organizacional, para que haya una colaboración interprofesional y un trabajo de equipo de alta calidad, es necesaria una misión aglutinadora, una visión compartida y una dirección clara (Headrick, 1998; Scott Reeves et al., 2010).

Foster-Fishman et al. (2001) sostienen que la alianza entre grupos tiene la necesidad de que sus miembros se identifiquen y se reúnan alrededor de una visión compartida, proceso que construye un fundamento sólido para el trabajo conjunto y que, con toda razón, es

considerado uno de los factores más críticos para el éxito de una alianza (Foster-Fishman et al., 2001).

Ya Lawrence & Lorch (1967) subrayan que “el grado en que dos o más grupos comparten valores, normas y/u objetivos de rango superior, se relaciona con el grado potencial de cooperación” (Lawrence & Lorsch, 1967, p. 10). También D’Amour et al. (2008) hacen notar que identificar y compartir objetivos comunes es el punto de partida esencial para llevar a cabo una iniciativa colaborativa (D’Amour et al., 2008). Carrier et al. (2012) señalan como facilitador de una efectiva coordinación el sentido de misión y de identidad organizacional compartido entre los colaboradores (Carrier et al., 2012). Garelick (2004) refuerza este asunto hablando de la importancia de centrarse en las “tareas primordiales” –en el caso del sector sanitario sería prestar un buen servicio al paciente (Garelick, 2004)–, valor que Headrick (1998) había recalcado como mínimo denominador común compartido por todos los profesionales sanitarios (Headrick, 1998). Apoyándose en testimonios experimentales cualitativos, D’Amour et al. (2008) defienden que sus datos apuntan a que lo que más aúna a los profesionales del sector sanitario es la promoción de los cuidados centrados en el paciente, promoviendo así una respuesta a las necesidades de los “clientes” del sector (D’Amour et al., 2008) o, como afirman otros, todos están ahí (en el sector sanitario) por la misma razón: para servir a los pacientes (Glouberman & Mintzberg, 2001b; Nelson & Batalden, 2002).

Pero esta cultura organizacional alrededor del servicio al paciente puede estar identificada y definida, pero no por ello ser asumida por los profesionales. Sin un mutuo y explícito alineamiento alrededor de la misión, que trasciende las diferencias profesionales y culturales, la cooperación colapsa entre las tradicionales divisiones entre los clínicos y los gestores (Crosson, 2003).

La interiorización del rol que cada profesional tiene en la consecución de la misión de la organización es la base para el mutuo respeto entre todos (Nelson & Batalden, 2002), lo que no es lo mismo que intentar uniformizar la manera de ver las realidades y “el mundo” de los otros profesionales, pues clínicos y gestores observan y piensan de modo distinto, y los pacientes son mejor servidos si existe cierta tensión entre ellos, ya que cada grupo tiene una contribución única que es necesario valorar y respetar (Edwards, 2003; Edwards et al., 2003). La cooperación presupone un acuerdo sobre la misión conjunta –el bien del paciente– con el mutuo respeto a las diferentes perspectivas y culturas profesionales (Krogstad et al., 2004). Cuanto mayor sea el grado de interiorización, mayor será la posibilidad de sustituir el control externo por la autorregulación que garantiza la solidez de la cultura organizativa (Cohn et al., 2008).

Una vez asegurada la existencia de una sólida definición del “porqué” de la organización, de su misión, los directivos necesitan trasladarla hacia la cultura organizativa sosteniendo así el “cómo” de la operación (Press et al., 2012). Esto es así porque parece que es más realista buscar el alineamiento de los profesionales en los fundamentos esenciales y en los objetivos de elevado rango, donde hay un superior grado de consenso, y dejar para la negociación entre ellos los aspectos de implementación, los planes estratégicos y operacionales (Morgan & Ogbonna, 2008).

“El sector sanitario funciona mejor como una vocación o llamamiento para cumplir una misión, no como un simple negocio. Necesita una mayor cooperación –no competición– entre los muchos profesionales e instituciones” (Mintzberg, 2012, p. 5), ya que lo que mantiene a muchos –si no a la mayor parte– en el sector es el sentido del servicio. Se logra superar la resistencia a colaborar y cooperar cuando los profesionales están comprometidos con su organización y no solamente con su propia profesión o con sí mismos, cuando se fundamenta todo en el sentido de misión de dichos profesionales y se promociona la

institución sanitaria como una comunidad de servicio. Como reza el lema de Mayo Clinic: “*The need of the patient first*”(las necesidades del paciente vienen primero), no la conveniencia de los profesionales, ni sus objetivos particulares (Mintzberg, 2012).

Por todo esto, el próximo capítulo (4. La misión y la motivación en el sector de la salud) se centrará en el tema de la misión como factor movilizador de la voluntad de cooperación de los profesionales de la salud. Y se subrayará este aspecto original de la tesis, ya que este tema de la misión institucional es uno no cubierto suficientemente en la literatura científica y que, incluso cuando abordado, lo es de una manera insuficiente.

3.9. Conclusiones

Este tercer capítulo de la tesis se ha ocupado del fenómeno de la integración en el sector sanitario, sobre todo a nivel de las percepciones de integración entre los distintos profesionales –médicos, enfermeros y gestores. Se ha afirmado que el esfuerzo por la integración corresponde a una necesidad real del sector y de sus profesionales ya que, espontáneamente, los procesos que se forman tienen tendencia a la dispersión y a la duplicación, por una parte, y las relaciones interprofesionales que se establecen tienden a la incomunicación y al aislamiento en los grupos sub-culturales propios, por otra parte.

La integración en el sector sanitario es, además, una vía de solución para muchos de los problemas que padece el sector: el aumento descontrolado de costes, la insuficiente calidad de la prestación de cuidados y la insatisfacción de los pacientes (Evans, 2012). Lo cierto es que cuando la integración, a sus más diversos niveles, se debilita, muchos aspectos del rendimiento del sector decaen y, al contrario, una mejor integración conduce a mejores resultados de salud (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Además, la integración está en la línea de la visión holística (bio-psico-social) del enfermo y de su interacción con el sistema

de sanidad, sistema este que se apoya en equipos multidisciplinares que muchas veces trabajan en distintas organizaciones (Wijngaarden, 2006).

Sin embargo, aunque se ha llevado a cabo todo tipo de esfuerzos para alcanzar la integración de los cuidados sanitarios, muy pocos parecen penetrar en el área de la operación clínica, del servicio directo al paciente. Y es muy significativo que, a pesar de haber muchas experiencias realizadas y meta-análisis publicados, se afirme que no hay respuestas definitivas sobre cómo se logra la integración operacional para producir un cambio de prácticas en el día a día de los actores del sistema de salud (Grol & Grimshaw, 2003; Wijngaarden, 2006).

Dichos esfuerzos tienen lugar, sobre todo, en el espacio vacío existente entre gestores y clínicos, a través de reorganizaciones administrativas, nuevos planes estratégicos y reestructuraciones en la dirección y gobierno de las organizaciones (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Y cuando únicamente las estructuras están integradas, estas no son suficientes para cambiar las actitudes de los profesionales y alinearlos entre sí y con la organización (Wijngaarden, 2006). Así, se puede afirmar que las estructuras formales sólo afectan en grado mínimo a la determinación de los comportamientos de los actores (Martin et al., 2008), y aunque puedan asegurar un mínimo de coordinación son incapaces, por sí solos, de engendrar la integración adecuada (Skjørshammer, 2001). Es decir, en el ámbito comportamental, en la esfera de la decisión concreta y diaria de los protagonistas del sector, todavía no hay una respuesta efectiva sobre el modo de lograr la integración en el ámbito operacional, ya que las respuestas que se han diseñado hasta ahora no parecen ser lo suficientemente satisfactorias.

Debido a ello, más que apoyarse en las estructuras, hay que enfocarse en los profesionales, es decir, la integración que se pretende alcanzar se obtendrá no tanto por introducción de estructuras y secuencias de tareas sino por capacitar a los actores (Wijngaarden, 2006).

Pero tampoco en el ámbito aislado de la acción de los profesionales se puede garantizar y anticipar la integración, porque las acciones, debido en gran parte a la imprevisibilidad del sector, no son automáticas ni automatizables (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Esto parece indicar que tanto la red formal de integración como la capacitación meramente operativa de los profesionales, por sí solas o en conjunto, no tienen fuerza causal, y son insuficientes para generar la integración.

Parece, por lo tanto, que la integración en el sector sanitario implica no solo coordinación y colaboración entre los profesionales, sino que depende también de la voluntad –de la buena voluntad– de los actores (Martin et al., 2008). Porque hay una tendencia a ver los aspectos operacionales como fácilmente resolubles a través de la estandarización de procesos, cuando a ese nivel se requiere más bien la capacidad de negociación y buena voluntad de cada uno de los actores incluidos en los procesos (Rudenstam & Holmberg, 2014). Los problemas de falta de coordinación y de colaboración son, en el fondo, problemas de carencia de actitudes, de intencionalidad y finalidad, esto es, problemas de falta de cooperación (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Y esta no se suscita automáticamente, ni siquiera por las diferentes razones de proximidad que aúnan los profesionales al sector sanitario, ni por la pura lógica del mercado, ni por procesos funcionales y estructurales.

Por otra parte, la identificación y unidad en torno a una visión compartida es un proceso que construye una base sólida para el trabajo colaborativo (Foster-Fishman et al., 2001), y el grado de coordinación que debe existir entre individuos (y organizaciones) depende de la naturaleza del proyecto colectivo que les motiva a cooperar (Contandriopoulos, 2004). Para

que exista una colaboración interprofesional y un trabajo de equipo de alta calidad es necesario, por lo tanto, que haya una misión aglutinadora, una visión compartida y una dirección clara (Headrick, 1998), pues el sentido de misión y de identidad organizacional compartida entre los colaboradores facilita la efectiva coordinación (Carrier et al., 2012), ya que sin un mutuo y explícito alineamiento alrededor de la misión, que trasciende las diferencias profesionales y culturales, la cooperación colapsa entre las tradicionales divisiones entre los clínicos y los gestores (Crosson, 2003).

Solo asegurando la existencia de una sólida definición del “porqué” de la organización, dicho de otro modo, de su misión, es posible trasladarla a la cultura organizativa sosteniendo así el “cómo” de la operación (Press et al., 2012). Solamente se logra superar la resistencia a colaborar y cooperar cuando los profesionales están comprometidos con su organización y no solo con su propia profesión o con ellos mismos, cuando se fundamenta todo en el sentido de misión de los profesionales y se promociona la institución sanitaria como una comunidad de servicio (Mintzberg, 2012).

Por lo tanto, para hacer efectiva la integración, debe crearse un contexto en el cual se promueva la conectividad entre las organizaciones del sistema y, así, las continuas interacciones basadas en un propósito común y el aprendizaje constante permitirán que surjan soluciones creativas y nuevas formas de organizarse (Suter & Oelke, 2009; Tsisis et al., 2012). Es decir, hablar de integración de los profesionales del sector de la sanidad implica referir simultáneamente tres aspectos:

- a) integración formal: existencia de aspectos formales y organizacionales;
- b) integración comportamental: garantizar las competencias interpersonales y de comportamiento de los profesionales;
- c) integración voluntaria: estar apoyada por la motivación hacia la integración.

Y la integración voluntaria tiene su base más amplia y sólida en la misión institucional que permite ver más allá del interés propio o de corporación y constituirse en aglutinador de la razón de ser del profesional sanitario: el servicio al paciente.

Todo ello conduce al análisis de la misión también como factor movilizador de la voluntad de cooperación de los profesionales de la salud, un aspecto original de esta tesis, que se abordará en el capítulo siguiente.

4. LA MISIÓN Y LA MOTIVACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD

4.1. Introducción

En este capítulo de la tesis se va a analizar el rol de la misión y el de la motivación en el contexto organizacional, particularmente en el sector sanitario.

En el primer apartado, se perfilará el concepto de misión y se aclarará su papel central en la moderna gestión estratégica de las organizaciones, así como su influencia en los aspectos culturales y comportamentales de las personas y las instituciones. Se hablará, también, de la formalización y explicitación de la misión –lo que se denomina habitualmente “Declaración de la misión” (*mission statement*, en su acepción anglosajona)–, de sus características y finalidad. Se señalará la importancia de querer atender a todos los *stakeholders* considerados en la misión con el objeto de superar los intereses particulares o corporativos de los actores y cumplir, acabada y equilibradamente, la misión de la empresa. Finalmente, se distinguirá y relacionará, brevemente, la misión respecto a otros dos conceptos muy utilizados en la gestión estratégica de las empresas: la visión y los valores.

El siguiente epígrafe de este capítulo se orientará a describir el “para qué sirve” la misión, el valor añadido que ofrece, las ventajas que busca y los resultados que proporciona a la organización. Se describirán las ventajas con impacto externo e interno en las instituciones y se subrayará la primacía del impacto de la declaración de la misión en el ámbito interno. Se describirán sumariamente las condiciones para desarrollar lo que comúnmente se denomina “sentido de misión”.

Después de haber hecho una descripción detallada de la misión en empresas y organizaciones en general, se ahondará en la misión tal y como se entiende y se aplica en instituciones sanitarias. Se hablará, en primer lugar, de aspectos genéricos tales como la exigüidad y la pequeña expresión de los estudios de misión en este sector concreto que, dada su complejidad, debería merecer más atención por parte de los que trabajan en sanidad. Después, se analizará la conveniencia de que las instituciones de salud definan una misión organizacional, sobre todo para influir en el comportamiento y en las actitudes de sus colaboradores.

Y, de una forma particularmente extensa, se describirá la literatura que ha estudiado, con una perspectiva histórica, el contenido de la misión en el sector de la salud, empezando por los estudios pioneros de Gibson, en el año 1990. Se puede observar que diferentes *stakeholders* y diversos ámbitos están presentes, y se va perfilando la noción de que es el enfermo (cliente) y el compromiso con el cuidado del paciente, el aspecto más central, el tema más extenso e inclusivo de todos los que se encuentran descritos en las distintas declaraciones de misión hospitalaria. Es de subrayar, también, la gran importancia relativa que tiene la preocupación hacia los colaboradores y el escaso relieve que se da a los objetivos financieros y a la posición competitiva, tan típicos de las declaraciones de la misión en empresas de otros sectores.

En el apartado siguiente, se abordará el tema de la frecuente inconsecuencia práctica de la declaración de la misión, del “fracaso” en la implementación de la misión en las organizaciones. Se hablará del hecho de que tener una declaración de la misión explicitada es insuficiente para que esta sea efectiva, y se analizarán las distintas razones que se aducen para explicar este fenómeno de decepción y falencia.

A continuación, se hará una referencia a la misión en la realidad del día a día de las organizaciones y se explicarán las condiciones para que dicha misión sea efectiva en las mismas. Para esto, en primer lugar, se referirá la operatividad de la misión y su despliegue a departamentos, equipos y personas. Después, se subrayará la importancia de que la misión esté integrada en los sistemas de gestión de la empresa, sobre todo para que tenga significado e influencia, no solo para los altos directivos sino también para todos los niveles de la organización. Finalmente, se describirán las condiciones para que la misión sea efectiva, es decir, lo que se podría denominar el “modelo conceptual mínimo”, distinguiendo las tres dimensiones de la misión: misión formal, dinámica y motora, explicitando sus características y su importancia.

Más tarde, se abordará el tema de la motivación. Se presentará resumidamente el cuadro teórico de la motivación humana centrándose en los comportamientos altruistas, pro-sociales, trascendentes o de servicio público. Se dará especial énfasis a lo que se denomina “motivación personal relacionada con la misión de la empresa”, porque este concepto hace de puente entre la voluntariedad del profesional y el objetivo aglutinador más amplio y más común en el sector de la salud, esto es, hace de puente entre voluntad y misión, lográndose así el “querer cooperar para cumplir la misión”. Se hablará, también, de cómo la motivación hacia la misión expresa el empeño por cubrir las necesidades de cada uno y de todos los *stakeholders* legítimos de la empresa y, en este contexto, se definirá la “*Pro stakeholder motivation*”, que va a ser un concepto importante en el estudio cuantitativo de la parte II de esta tesis. A continuación, se tratará la motivación tal y como se describe, impulsa y gestiona en el sector sanitario, cuáles son los principales factores motivadores y cuáles los que originan desmotivación en los colaboradores y en los equipos en el sector de la salud.

Por último, se hará un examen más profundo sobre la relación entre la misión en los hospitales y la cooperación entre los diferentes profesionales que prestan en ellos su

colaboración. Aunque existen pocos estudios sobre este asunto, se puede decir que, tal y como ocurre en las demás industrias, la misión se presenta como un factor que induce a la cooperación entre los profesionales y que facilita la superación de los intereses individuales y corporativos. Y este tema, que es el objeto central y primordial de esta tesis, va a servir de puente para el “estudio cuantitativo” que se presenta en la segunda parte de este trabajo.

4.2. La misión en las organizaciones

En primer lugar, se hará una referencia a qué se entiende por misión en el contexto de la gestión de empresas o *management*. Se trata de un concepto rico en matices y que se usa con contenido y acepciones distintas. Se destacará el rol imprescindible que la Alta Dirección tiene en la definición de la misión de las organizaciones.

Seguidamente, se hablará de la misión formalizada, la denominada “Declaración de la misión” y de sus características, del ámbito que encierra y de sus principales funciones en las organizaciones.

Después, se comentará la presencia de distintos *stakeholders* en la declaración de la misión y el equilibrio y armonía en la consecución de sus legítimos intereses.

Por último, se presentarán la misión y otros dos conceptos que le están muy vinculados: visión y valores. Se realizará una distinción y descripción de las características peculiares de cada concepto.

4.2.1. Concepto de misión en las organizaciones

Se puede afirmar que la misión es la herramienta más popular de gestión estratégica utilizada en las últimas décadas, y que es considerada por algunos como un factor clave en la

formulación de la estrategia de la empresa (Bart, 1997). La misión es una realidad que está presente en el mundo de la gestión de empresas desde hace cerca de medio siglo, y, hoy en día, constituye una de las principales herramientas de gestión de empresas de todo el mundo (Cardona & Rey, 2005). De hecho, es muy poco frecuente encontrar una empresa o institución que carezca de una definición de misión; y a pesar de su uso tan prevalente, la misión es una de las herramientas de gestión estratégica peor entendidas (Bart & Hupfer, 2004).

El concepto de misión no es uniforme; en la base de su definición se encuentra la clásica pregunta formulada por Peter Drucker: “¿cuál es nuestro negocio y cuál deberá ser?” (Drucker, 1986, p. 56). Unos decenios antes ya se había propuesto, en términos más bien individuales, que la búsqueda de sentido y la necesidad de adherirse a algo de significado más amplio que uno mismo es un impulso básico del ser humano (Frankl, 1959).

Según Campbell & Yeung, (1991), la respuesta a esta pregunta de Drucker se desarrolla en dos tipos de escuelas de pensamiento: una que ve la misión como una herramienta puramente estratégica, como una disciplina intelectual que define y describe los fundamentos del negocio y de su relación con el mercado; y una segunda escuela de pensamiento que entiende la misión en términos más bien filosóficos y éticos, como un aglutinante cultural que hace posible que la organización funcione como una unidad colectiva. Este aglutinante cultural compuesto por normas y valores influye en el comportamiento de las personas, en su forma de trabajar, en la manera de perseguir los objetivos de la organización y permite que los empleados perciban e interpreten los acontecimientos y eventos de una manera semejante y se expresen con un lenguaje común. Según estos autores, ambas teorías o escuelas de pensamiento pueden y deben sintetizarse en una misma descripción de misión, ya que esta engloba tanto la estrategia como los aspectos culturales, reforzando mutuamente ambos aspectos (Campbell & Yeung, 1991).

La misión, por lo tanto, se puede describir y constituir a través de varios elementos; en el modelo designado como “*The Ashridge Mission Model*”, que fue referencia en los años 90, se hablaba de propósito, estrategia, valores y comportamientos (Campbell & Nash, 1992).

Para Drucker (1989), la misión sirve como constante recordatorio de la necesidad de mirar más allá de la organización, superando la tendencia a conformarse con la “bondad de nuestra causa” y subrayando lo que cambia fuera de la organización como resultado de nuestra acción (Drucker, 1989).

La misión es la razón de ser o la filosofía de la empresa, la esencia del negocio, el valor aportado a sus clientes, la contribución a los principales *stakeholders* (Rey & Mas, 2013) que se suelen indicar como clave: los clientes, los accionistas y los empleados (Cardona & Rey, 2005).

La misión es, sintéticamente, la “contribución que caracteriza la identidad” de la empresa (Cardona & Rey, 2009, p. 2). Se trata de una contribución, no de una posición. Una contribución que “es, ante todo, un servicio, una manera específica de resolver problemas reales de personas, grupos o de la sociedad en general. Pero no toda contribución es una misión. Son misiones aquellas contribuciones que caracterizan la identidad, que dan sentido a la existencia de una empresa, departamento, equipo o profesional” (Cardona & Rey, 2005, p. 63).

Siguiendo los trabajos de Rey (2011), existen formas distintas de entender el concepto de misión:

- a) “La primera es la definición de misión como respuesta a la pregunta “¿cuál es nuestro negocio?” enfocada bajo la perspectiva del valor que la empresa aporta al cliente;

- b) La segunda forma de entender la misión propone un significado más amplio que incluye, además del valor aportado al cliente, la contribución que la empresa realiza a otros *stakeholders* como, por ejemplo, los accionistas, los empleados o la sociedad;
- c) La tercera forma de entender la misión consiste en un amplio conjunto de elementos entre los que, además de la aportación a determinados *stakeholders*, se incluyen también otras cuestiones como, por ejemplo, los valores, la filosofía de compañía o la estrategia” (Rey, 2011, p. 15).

La definición de la misión es la primera prioridad de la alta dirección y conlleva una reflexión fundamental para el adecuado funcionamiento de la compañía. (Rey, 2011). Esto mismo fue señalado por Barnard (1938), en los años treinta del siglo pasado, quien sostenía que una de las principales funciones del directivo es formular, definir e inculcar un propósito común que dé sentido a la organización (Barnard, 1938). También Drucker (1986) lo expresa de una forma muy clara: “la respuesta a la cuestión ¿cuál es nuestro negocio? es la responsabilidad primordial de la alta dirección de la empresa” (Drucker, 1986, p. 58). Desarrollar la definición de la misión de la empresa sin haber garantizado previamente el compromiso de la Alta Dirección es, incluso, contraproducente (Ireland & Hitt, 1992).

4.2.2. La declaración de la misión

La misión puede ser implícita o explícita, y en este último caso se habla de declaración de la misión (*mission statement*), que es un documento formal, escrito, que intenta capturar el propósito único y permanente de la organización con el fin de que sea una referencia para la planificación organizacional y el establecimiento de objetivos (Ireland & Hitt, 1992). La declaración de la misión es una forma de comunicación autorreferencial “a través de la cual

la organización reconoce y confirma sus propias imágenes, valores y creencias” (Christensen, 1997, p. 199).

“La declaración de la misión describe qué es la organización y qué hace; es una declaración del propósito, (...) define el negocio en el que está la empresa, sus creencias sobre cómo debe ser conducida, los mercados y los clientes a los que sirve, así como el valor diferenciador, único, con el que contribuye a la sociedad; las declaraciones de misión raramente cambian de forma significativa a lo largo del tiempo” (Levin, Llp, & Shaw, 2000, p. 93).

La declaración de la misión es un retrato adecuado de las acciones de la empresa en relación con los diferentes *stakeholders*. Este documento escrito, por una parte, guía y establece políticas internas para dirigir comportamientos y decisiones de empleados y de gestores, siendo la base para las políticas y procedimientos internos; y, por otra parte, es un mensaje dirigido hacia fuera, como un proceso de auto-comunicación (Bartkus & Glassman, 2007). Pero, y según Drucker (1989), la declaración de la misión debe evitar extenderse en múltiples intenciones y concentrarse antes en objetivos que tengan claras implicaciones para el trabajo de los colaboradores (Drucker, 1989).

La declaración de la misión “es la expresión de la razón de ser de la organización –revela su identidad, su enfoque y la dirección de los *stakeholders*” (Vandijck, Desmidt, & Buelens, 2007, p. 132)– cuyos principales objetivos, por orden de importancia, son:

- a) establecer una meta común;
- b) aclarar la dirección a tomar;

- c) y proporcionar una identidad con base en valores compartidos, de manera a guiar la toma de decisión y a motivar a los empleados (Forbes & Seena, 2006).

Se dice que la declaración de la misión sirve de base para el desarrollo de metas, objetivos y estrategias apropiadas al propósito global de la organización (Kirk & Nolan, 2010). Es una guía de la organización y de sus miembros en los momentos de cambio (Weiherl & Masal, 2016). Suelen indicarse cuatro aspectos en la declaración de la misión: la necesidad a satisfacer, el producto y/o la tecnología, el cliente y la localización (Sá, Olão, & Pereira, 2011). Las misiones de expresión amplia, cualitativa, que reflejan el propósito de la organización son más atractivas que las que reflejan medidas cuantificables de producción o financieras (Paarlberg & Lavigna, 2010).

4.2.3. Misión y *stakeholders*

Se ha expuesto aquí que la misión es la razón de ser o la filosofía de la empresa, es la contribución a sus principales *stakeholders*, en cuyo grupo suelen identificarse, principalmente: los clientes, los accionistas y los empleados (Cardona & Rey, 2005) a los que, dada la creciente conciencia e importancia que la responsabilidad social corporativa está teniendo en los últimos años, se tiende a añadir a la sociedad en general –o a la comunidad o los lugares donde la empresa realiza su actividad (Rey, 2011).

Las ideas que fundamentan la teoría de los *stakeholders* (descrita sobre todo a partir del libro “*Strategic management: a stakeholder approach*” de Freeman, 1984) van ganando aceptación en el mundo de la empresa y son compartidas desde hace años por autores de diversos campos de la ciencia de la gestión empresarial. Hoy en día resulta más claro que las empresas sólo lograrán competir con éxito si consiguen ganar la confianza no de algunos

sino de todos los partícipes activos (Regojo, 2014). Entender y corresponder a las necesidades de los distintos *stakeholders* maximiza la eficacia de la interrelación organizacional (Evans, 2012).

Para resolver los posibles conflictos y establecer prioridades entre las pretensiones de los *stakeholders*, es necesario tener claro qué es una empresa y cuáles son sus fines esenciales. Además, será decisivo aclarar si se podría prescindir de la contribución a algún *stakeholder* clave de la empresa, a saber, dejar de prestar un servicio real a los clientes, generar riqueza, propiciar el desarrollo de los empleados o no tener un impacto positivo en la sociedad (Regojo, 2014).

Intentando contestar a estas cuestiones, será interesante tener simultáneamente presente “la consideración de la persona como sujeto que posee una dignidad que hace que no pueda ser tratado nunca como un simple medio” (Canals & Fontrodona, 2006, p. 39) y, como afirma Llano (1997), que una empresa que no generara valor, no sirviese a la sociedad y no desarrollase a los hombres posiblemente no podría llamarse empresa (Llano, 1997).

Por consiguiente, y resumiendo, tener en cuenta la armonización y equilibrio de los diferentes *stakeholders* presupone que:

- a) los partícipes son personas o grupos con intereses legítimos en aspectos de procedimiento o substantivos de la actividad corporativa;
- b) los intereses de todas las partes involucradas tienen un valor intrínseco, esto es, cada grupo de *stakeholders* merece consideración en sí mismo y no simplemente por la capacidad que tienen de contribuir a satisfacer los intereses de algún otro grupo (Donaldson & Preston, 1995).

4.2.4. Distinción entre Misión, Valores y Visión

Después de detallar lo que se entiende por misión y por declaración de la misión, se procede ahora a relacionar este término (misión) con otros dos que frecuentemente le están asociados: valores y visión.

Los términos misión, valores y visión se usan, con frecuencia, de forma ambigua (Campbell & Yeung, 1991), cuando no intercambiable (Levin et al., 2000; Senge, 1998).

Para otros autores, estos conceptos son distintos: los valores en una organización son los principios, los estándares, las acciones que las personas de la organización consideran intrínsecamente valiosas y de mayor importancia (Scott, Jaffe, & Tobe, 1993). Los valores son “criterios de acción que orientan las decisiones frente a las diferentes alternativas que se presentan en el día a día para realizar la misión” (Cardona & Rey, 2009, p. 3), son criterios que guían la toma de decisiones sobre el comportamiento más adecuado en cada caso, indicando cómo realizar la misión (Cardona & Rey, 2005). Son las “normas que especifican cómo deben comportarse los miembros de la organización, y cómo deben utilizarse los recursos” (Malbašić, Rey, & Potočan, 2014, p. 438). “Forman la ideología corporativa y proporcionan las líneas directrices para el comportamiento” (Dessler, 1999, p. 59). Si la misión es el “para qué”, los valores hacen referencia al “cómo” realizamos ese “para qué” (Rey, 2011).

Por otro lado, la visión se entiende como la imagen del futuro que la empresa quiere lograr, los resultados pretendidos (Senge, 1998), un objetivo de futuro a alcanzar (Rey, 2011). La visión “expresa lo que la compañía quiere ser en el mundo de los negocios” (Forehand, 2000, P. 268). Debe estar orientada hacia el futuro, “ser irresistible, clara, inspiradora, creíble y accesible; describe un futuro que es más atractivo que el presente” (Levin et al., 2000, p. 92).

4.3. Valor añadido de la misión

Se plantea ahora el valor añadido que la misión aporta a las organizaciones (el “para qué sirve”). Se hablará de su impacto externo e interno, subrayando la importancia primordial de este segundo aspecto. Al final, se enumerarán las condiciones que potencian el impacto de la declaración de la misión en el comportamiento y en las actitudes de los colaboradores, así como en la generación de lo que, comúnmente, se denomina “sentido de misión”.

Para Drucker (1989), la misión “enfoca la organización en la acción. Define las estrategias específicas necesarias para alcanzar los objetivos cruciales. Crea una organización disciplinada. Previene la dispersión de los recursos limitados en asuntos “interesantes” pero que no son los prioritarios” (Drucker, 1989, p. 89).

La misión y su declaración, según defiende Bart (1997), persiguen tres resultados clave:

- a) inspirar y motivar a los miembros de la organización, esto es, influenciar sus comportamientos para obtener un desempeño excepcional, tratando de lograr, también, algún control sobre ellos;
- b) enfocar y guiar el proceso de decisión y de asignación de recursos con el fin de obtener consistencia;
- c) crear un equilibrio entre los intereses competitivos de los distintos *stakeholders* (clientes, sociedad, *shareholders*, empleados).

La declaración de misión obtiene estos resultados de las siguientes formas:

- a) proporcionando un propósito y una dirección;
- b) garantizando que los intereses de los *stakeholders* clave no son ignorados;
- c) enfocando y anclando las operaciones en el negocio;

- d) induciendo el autocontrol de los empleados ahorrando mecanismos formales;
- e) promoviendo valores compartidos y comportamientos estándares (Bart, 2000; Bart, 1997).

A su vez, Bartkus et al. (2004), basándose en una amplia revisión bibliográfica, resumen los principales objetivos y ventajas de la definición de la misión en cuatro aspectos:

- a) Comunicar a los *stakeholders* la dirección hacia la que se orienta la empresa;
- b) Mantener el enfoque de la empresa, funcionando como un mecanismo de control; la declaración de la misión proporciona límites que evitan la persecución de objetivos inapropiados o el inmiscuirse en actividades no relacionadas con el negocio;
- c) Guiar el proceso de toma de decisiones no rutinarias;
- d) Motivar e inspirar a los empleados, dando sentido al trabajo, así como un propósito compartido; anima, además, a subordinar los intereses personales a los objetivos de la empresa.

En una revisión de la literatura sobre este tema, Williams (2008) reseña las siguientes razones para que las empresas establezcan una declaración de misión:

- a) para afirmar el liderazgo;
- b) para informar a los empleados sobre los objetivos de la compañía y unificar esfuerzos para su consecución;
- c) como una herramienta de relaciones públicas;
- d) como fundamento para la asignación de recursos;

- e) para guiar la toma de decisiones corrientes, críticas y estratégicas;
- f) para motivar e inspirar a los empleados (Stallworth Williams, 2008).

Más recientemente se han descrito así las ventajas de la misión:

- a) proporcionar a la organización un propósito y una dirección;
- b) enfocar la asignación de los recursos;
- c) comunicación efectiva con los *stakeholders* internos y externos;
- d) descripción de los valores de la organización que servirá para guiar e inspirar el comportamiento de sus miembros (Desmidt, Prinzie, & Decramer, 2011).

Se puede resumir y organizar la descripción de las ventajas que supone la declaración de misión en argumentos de impacto externo (comunicación y relación hacia fuera de la empresa) e interno y, dentro de estos, unos relacionados con la actitud y comportamiento de las personas (Suh, Houston, Barney, & Kwon, 2010) y otros más vinculados a la implementación de la estrategia y a la obtención de resultados.

De la literatura revisada queda patente que el impacto externo se valora menos que el interno; externamente se habla del valor de la declaración de la misión aduciendo que es un vehículo efectivo para comunicar la esencia de la organización con los *stakeholders* externos y con los internos (Vandijck et al., 2007), aclarando los objetivos de la organización y atrayendo, así, los recursos tangibles e intangibles necesarios para su funcionamiento (Desmidt et al., 2011). “Es también habitual la recomendación de comunicar externamente la misión para que esta sea conocida y compartida también por otros agentes externos, como pueden ser los clientes, proveedores, las autoridades o el público en general” (Rey, 2011, p. 38).

No obstante, la literatura disponible habla, sobre todo, del valor de la declaración de la misión como herramienta de impacto interno; y, en este caso, se pueden describir (1) aspectos relacionados con la estrategia y la asignación de recursos y los resultados, y (2) aspectos relacionados con el comportamiento y las actitudes de los empleados y colaboradores.

En lo que respecta a los aspectos relacionados con la definición y explicitación de la estrategia, ya Drucker (1986) sostenía que un negocio no viene definido por su nombre o estatutos, sino por su misión; y que la estrategia requiere previamente saber “cuál es nuestro negocio y cuál debe ser”, pues sólo una clara definición de la misión y del propósito de la empresa –fundamento de las prioridades, estrategias, planos y asignación de trabajos– hace factible el establecimiento de objetivos realistas y claros.

Por todo esto, se defiende que la declaración de la misión es el punto de partida de cualquier iniciativa estratégica, ya que solo una clara definición del propósito hace posible la formulación realista y coherente de los objetivos (Bart, 2001). La definición de la misión corporativa es el primero peldaño en el proceso de formulación estratégica (Analoui & Karami, 2002). Como documento formal que pretende capturar el propósito único y duradero, así como las prácticas y valores centrales de la institución, la declaración de la misión se considera la piedra angular de la planificación estratégica de cada organización y el punto de partida de toda iniciativa de gestión estratégica (Bart & Hupfer, 2004).

Por otra parte, al proveer una dirección común que trasciende el individuo y sus necesidades, bien como las del departamento, la declaración de la misión de la empresa actúa como marco estratégico para la asignación de los recursos organizacionales (Bartkus, Glassman, & McAfee, 2000), facilitando el proceso de toma de decisiones (Desmidt et al., 2011).

Y este hecho de que trasciende al individuo también proporciona elementos para entender la dificultad real en dejarse orientar por la misión: al colocar el mayor peso de la decisión en las ideas y no en las personas, afecta, de una forma radical, a la relación entre poder y autoridad. Dice, en esencia, que aquellos que están dirigiendo la empresa no son la fuente de la autoridad, sino que esta está en las ideas plasmadas en la misión. La misión se vuelve, así, más importante que el jefe (Senge, 1998).

La declaración de la misión y su relación con la obtención de un desempeño mejorado fue objeto de una investigación dedicada y específica a lo largo de muchos años que resultó no ser clara ni conclusiva (Desmidt et al., 2011; Stallworth Williams, 2008). Sin embargo, algunos autores apoyan la tesis de que la declaración de la misión genera beneficios organizacionales que resultan, en último término, en una mejora del rendimiento financiero (Atrill, Omran, & Pointon, 2005) y que está asociada al éxito financiero de las organizaciones (Bart, 2001), aunque la relación no sea ni tan directa ni tan sólida como la que tiene con otras variables (comportamentales y motivacionales) (Bart, Bontis, & Taggar, 2001). Estas opiniones divergentes se atribuyen, en parte, a la variabilidad en las definiciones y en la composición de las variables estudiadas (Bart & Hupfer, 2004).

La misión es, por lo tanto, “una herramienta de alto valor añadido para guiar a los responsables de la estrategia de la compañía en la elaboración de los objetivos, estructuras, asignación de recursos, etc. En estas afirmaciones, puede verse de forma clara que el primer destinatario de la misión debe ser la dirección de la empresa” (Rey, 2011, p. 38).

En cuanto a los aspectos de impacto interno relacionados con el comportamiento y las actitudes de los empleados y colaboradores, la declaración de la misión se considera como un instrumento que alinea los esfuerzos de los colaboradores en la consecución de los objetivos estratégicos (Campbell & Yeung, 1991), promueve y asegura el compromiso de

los miembros de la organización (Campbell & Nash, 1992), sirve para identificar al colaborador con el propósito y la orientación de la organización (Collins & Porras, 1995). “El compromiso de los empleados aumenta cuando tienen la percepción de que participan en algo con significado y sentido” (Suh et al., 2010, p. 87). Esta seguridad sobre la dirección a tomar permite encauzar los esfuerzos hacia las áreas pretendidas por los líderes y, por otra parte, garantizar que los colaboradores estén más centrados, lo que permite, incluso, aumentar el control que se ejerce sobre ellos (Bart, 1997).

Según Bart (1997), el grado de influencia y de impacto de la declaración de la misión en el comportamiento de los colaboradores depende del grado de compromiso alcanzado, que es mayor en la medida en que:

- a) más *stakeholders* estén implicados en el proceso de definición de la declaración de la misión;
- b) más acuerdos y prácticas organizativas estén alineadas con la misión;
- c) más satisfacción exista entre los colaboradores con el contenido de la declaración de la misión (Bart, 1997).

Por otra parte, la misión tiene más influencia en los comportamientos y actitudes que en llegar a objetivos (Campbell & Yeung, 1991). El grado de influencia de la declaración de la misión en el comportamiento, en el compromiso y en la satisfacción de los colaboradores es mayor que en el rendimiento financiero (Bart et al., 2001).

Y se describe como “sentido de misión” al compromiso emocional de las personas ante la misión de la empresa, que ocurre cuando existe un ajuste entre los valores de la organización y los del individuo (Campbell & Yeung, 1991). En la medida en que la declaración de la misión comunica valores que coinciden con los existentes en los colaboradores, estos

responden a las orientaciones estratégicas y a la misión de la organización; pero se pueden sentir manipulados si se dan cuenta de que los valores han sido manipulados o no son sinceros (Paarlberg & Lavigna, 2010). Los colaboradores se vinculan emocionalmente a la empresa en la medida que incorporan las características que atribuyen a la organización en sus propios conceptos (Dutton, 1994). Si los empleados consideran la misión de la organización como algo importante y congruente con sus propios valores, es más probable que incorporen los objetivos organizacionales y se identifiquen con ella (Weiss & Piderit, 1999). Cuanto más atractiva, participada y valiosa sea la misión para los colaboradores, más estos apoyarán a la empresa, se afiliarán a ella y se sentirán motivados a trabajar bien en ella (Rainey & Steinbauer, 1999). Cuanta más satisfacción sientan los empleados por la misión, esto es, cuanto más inteligible, clara y valiosa la vean, más personalmente comprometidos con ella se sentirán (Bart et al., 2001). Cuanto mayor sea la percepción de fidelidad de la empresa a la misión declarada, mayor será el alineamiento de los colaboradores con la empresa (Suh et al., 2010). Se puede decir, por lo tanto, que “el valor intrínseco que los trabajadores encuentran en la misión de la organización tiene influencia en su motivación porque les conduce a dar mayor importancia a su trabajo” (Wright, 2007, p. 60). El sentido de misión no es solo “algo bueno” sino “algo necesario” pues juega un papel relevante en el desarrollo de la motivación de los empleados (Rey & Mas, 2013).

4.4. La conveniencia de la misión en el sector sanitario

Teniendo en cuenta la dimensión y la importancia de los estudios sobre la misión en la dirección y gestión de las organizaciones en general, es sorprendentemente exiguo el número de investigaciones que la han aplicado al sector sanitario como un todo y a la declaración de la misión en los hospitales, en particular (Rego et al., 2015). “Es patente que la industria

hospitalaria está a la cola de otros sectores en lo que concierne al diseño, desarrollo y utilización de la declaración de la misión” (Bolon, 2005, p. 8).

Por otra parte, si se la compara con empresas del mismo tamaño pero de otras industrias, la complejidad y ámbito de la misión de los hospitales es mayor.

“La misión de un hospital representa su razón de existir, la definición de su rol en la comunidad y de sus consiguientes responsabilidades, dicho de otro modo, establece el servicio a prestar a la sociedad” (Rego et al., 2015, p. 63). La razón de ser de un hospital comprende y enfatiza variables como son el “cuidado clínico, el servicio a la comunidad, la promoción de la salud, la enseñanza y la investigación (de médicos, enfermeros, farmacéuticos y de otros intervinientes en el sector), los resultados financieros y, en algunos casos, valores religiosos”, etc. (Ramanujam & Rousseau, 2006, p. 813).

El desarrollo de una declaración de la misión con sentido adecuado es una de las herramientas estratégicas más críticas para el éxito de una organización sanitaria (Bart, 2000), y es una importante herramienta de gestión en las organizaciones del sector de la salud (Desmidt et al., 2008). Por una parte, porque establece orientaciones organizacionales relevantes para ayudar a alinear a los profesionales –sobre todo los médicos (Lindgren et al., 2013)– con un propósito organizacional (Lee & Cosgrove, 2014). Por otra parte, “la declaración de la misión del hospital puede ser uno de los más poderosos métodos para avalar el éxito del hospital” (Bart, 2007, p. 682). Así, y resumiendo, una bien lograda declaración de la misión garantiza las bases para el éxito futuro de un hospital (Bolon, 2005).

Por otro lado, de forma particular en el sector sanitario, es esencial para los empleados tener el soporte de la organización como un todo, saberse apoyados e incluidos en los esfuerzos conjuntos que conlleva la consecución de la misión. Esto es tan importante porque, por una parte, el sector sanitario está en constante mutación (financiación, legislación, tecnología,

etc.) y, por otra, tiene características muy diversas, lo que puede llevar a que los miembros de las organizaciones sanitarias pierdan de vista la razón de ser de la institución. Por todo esto es esencial, tanto para directivos como para empleados en el sector de la sanidad, que exista una robusta declaración de la misión a la que puedan recurrir en tiempos de incertidumbre (Forehand, 2000). La misión de un hospital da una orientación al trabajo de los colaboradores y ayuda a definir los objetivos organizacionales, haciéndolos más operativos. Su definición debe resultar de un esfuerzo sinérgico entre los colaboradores, sobre todo a nivel estratégico y de gestión operacional, logrando que su sentido sea más consistente y claro para todos (Rego et al., 2015).

Lo mismo defiende Bart (2000), al sostener que, dada la progresiva complejidad y dinámica del cambio en el sector sanitario, la declaración de la misión ha venido ganando una importancia creciente en las modernas organizaciones de la salud. Esto se debe a que:

- a) una correcta formulación de la declaración de la misión ayuda al hospital a identificar y a centrarse en sus capacidades principales y críticas para manejarse mejor en momentos de cambio;
- b) la declaración de la misión orienta adecuadamente la asignación de recursos escasos promoviendo, a la vez, eficacia y eficiencia en las operaciones en los periodos de restricción presupuestaria;
- c) la misión puede ayudar a los hospitales a reaccionar ante nuevas estrategias, volviendo a encauzar a la organización hacia el propósito que se quiere lograr;
- d) la declaración de la misión puede compensar la quiebra moral de los empleados, creando un movimiento inspirador y motivador de los colaboradores alrededor de las grandes aspiraciones de la organización (Bart, 2000).

En un estudio del sector sanitario realizado por Vandijck et al. (2007) se resumían así los motivos para la declaración de la misión:

- a) enfocar la asignación de recursos;
- b) motivar e inspirar a los empleados para alcanzar un propósito u objetivo comunes;
- c) equilibrar los intereses en competencia entre los distintos *stakeholders*;
- d) garantizar el alineamiento de la organización durante una crisis;
- e) crear estándares de comportamiento;
- f) proporcionar dirección y objetivos comunes;
- g) definir el desafío para las actividades de la empresa;
- h) mantener el control sobre la organización;
- i) desarrollar una cultura y unos valores compartidos (Vandijck et al., 2007).

El grado en que un hospital “alinea estructura, sistemas y procedimientos con su misión representa una de las más poderosas, positivas y extensas relaciones con el desempeño en general y, sobre todo, con el comportamiento de los empleados de la institución” (Bart et al., 2001, p. 22; Bart & Tabone, 1998). La declaración de la misión de cada hospital promueve las buenas prácticas a través de una cultura ética, de la calidad del servicio y del respeto por la dignidad de cada persona. La coherencia entre lo que se expresa en la misión y la realidad del día a día de la institución es un factor de éxito (Rego et al., 2015).

4.5. El contenido de la misión en el sector de la salud

Después de abordar los aspectos comunes a todas las industrias del concepto de misión, y de haber enfocado específicamente su aplicación a las instituciones sanitarias, se plantean ahora aspectos específicos de este sector, empezando por el contenido de la misión en la salud.

En los últimos decenios, se han publicado algunos estudios con un análisis del contenido de las declaraciones de misión en el sector sanitario. Uno de los trabajos pioneros fue el de Gibson (1990), quien, a través de cuestionarios realizados a 176 miembros de la *Society for Hospital Planning and Marketing of the American Hospital Association*, hizo, por primera vez, una descripción cuantitativa de la utilización de estos conceptos en las declaraciones de misión de los hospitales, como sigue (por orden decreciente):

- a) mercado primario y cliente (88,4%);
- b) valores (83,8%);
- c) servicios prestados (66,9%);
- d) imagen pública (65,5%);
- e) objetivos estratégicos (53,0%);
- f) tecnología (45,9%);
- g) auto-concepto (27,1%) (Gibson, 1990).

Se puede constatar en este estudio de Gibson (1990) que el paciente (cliente) es el más frecuentemente mencionado en la declaración de la misión en las instituciones sanitarias.

Por su parte, Ginter et al. (1998) sugieren la existencia de 6 componentes importantes en la declaración de la misión hospitalaria (Ginter, Swayne & Duncan, 1998):

- a) Clientes y mercado;
- b) Servicios prestados;
- c) Área geográfica servida;
- d) Valores y filosofía organizacional;
- e) Auto-imagen y concepto del hospital (o competencia distintiva);
- f) Imagen pública deseada.

Bart (1998, 1999, 2000) trabajó intensamente el tema del contenido de la declaración de la misión en hospitales “*non-for-profit*” de Canadá, sobre todo en lo que se refiere a la percepción que los 103 directivos sénior cuestionados tenían acerca de los componentes presentes en la declaración de la misión y sobre el grado de participación de los distintos *stakeholders* en el proceso de diseño, desarrollo y diseminación de la misión en el hospital. Identificó algunos factores que orientan la definición de la misión en los hospitales y que, cuando se incluyen en la declaración de la misión, afectan positivamente al comportamiento de los colaboradores; los más importantes – totalmente alineados con los estudiados en las demás industrias – son los siguientes:

- a) dar un sentido de propósito;
- b) definir el ámbito del “negocio”;
- c) promover valores compartidos (Bart & Tabone, 1998).

En otro estudio, utilizando 23 componentes presentes en la declaración de la misión, Bart et al. (1999) identificaron los más frecuentemente señalados:

- a) propósito (90,8%);

- b) pacientes (clientes) a servir (84,2%);
- c) objetivo claro y demandante (76,1%);
- d) preocupación por el servicio prestado al paciente (76,0%);
- e) servicios y productos ofrecidos (75,2%);
- f) preocupación hacia los colaboradores (67,3%);
- g) filosofía y valores (66,0%);
- h) identidad única del hospital (65,3%);
- i) formulación de una “visión” para el hospital (53,0%) (Bart & Tabone, 1999).

Bart et al. (1999) coinciden, por una parte, con los autores ya citados al identificar a los “pacientes que son servidos” y a los “servicios prestados” como los más frecuentemente utilizados en las declaraciones de misión de los hospitales. Pero, a diferencia de los anteriores investigadores, incluyen con elevado porcentaje la “preocupación hacia los colaboradores”. Además, subrayan que algunos de los componentes que en otras industrias están muy presentes, como los “objetivos financieros”, “posición competitiva” y “estrategia competitiva”, no lo están tanto en la declaración de la misión hospitalaria. Por otra parte, la preocupación con los proveedores tampoco está entre los más frecuentes en los hospitales (Bart & Tabone, 1999).

Posteriormente, Bart et al. (2004), en un trabajo que involucró 130 directivos hospitalarios séniores y que pretendía superar la ambigüedad de soluciones y orientaciones existentes, identificaron siete elementos clave que apoyan y orientan la definición y el contenido de la declaración de la misión. Son estos:

- a) definición del negocio (un objetivo claro y demandante, pacientes/clientes bien especificados, productos y servicios ofrecidos, identidad e imagen pública deseada);
- b) *stakeholders* (colaboradores, sociedad, *shareholders*, objetivos corporativos generales); esto es, todos los que benefician y los que juegan un papel significativo para alcanzar los grandes objetivos del hospital;
- c) orientación competitiva (fortalezas distintivas; posición competitiva deseada, estrategia competitiva); esto es, el modo –activo, diferente, único, superior, difícil de copiar– con el que la organización espera atraer y retener a los clientes;
- d) gran aspiración (propósito, valores y visión);
- e) localización y tecnología; indican, respectivamente, la accesibilidad e información más detallada sobre la amplitud y profundidad de sus servicios (grado de diferenciación);
- f) proveedores;
- g) sostenibilidad y supervivencia (Bart & Hupfer, 2004).

De entre estos siete elementos clave, el pronosticador de comportamientos más importante es la “gran aspiración”, es decir, la presencia de una “razón de ser” motivadora e inspiradora. Aparece después la articulación entre los diferentes *stakeholders*. Y, en tercer lugar, la orientación competitiva.

Por lo tanto, y en lo que concierne a la interiorización y al enfoque de los colaboradores en el propósito del hospital, aunque haya una diversidad de herramientas a disposición de los directivos –como el sistema de información, los programas de formación y entrenamiento, la supervisión directa, etc.,– parece que una bien formulada declaración de la misión

proporciona un alto nivel de influencia en el compromiso y en el comportamiento diario de los empleados (Bart & Hupfer, 2004).

Otro sugestivo estudio llevado a cabo por Williams et al. (2005) trata de un análisis de contenido temático de Declaraciones de Misión de 25 hospitales canadienses que acaba por ser acorde con los trabajos anteriores, sobre todo con los de Bart (1999).

En términos generales, Williams et al. (2005) encontraron una diferencia sustancial en la declaración de la misión en cuanto al formato, extensión y contenido, lo que indica que no hubo un mimetismo en el proceso de definición de la misión entre estos hospitales.

En este trabajo se identificaron cinco dominios generales (subdivididos en temas y subtemas) que aúnan el sentido del contenido de la misión en los hospitales (figura 6):

- a) valores (que incluye 6 temas: estima para el personal; trabajo en grupo, valores inspiradores, compromiso con la comunidad, educación e investigación, compromiso con el cuidado del paciente);
- b) identidad (refleja 3 aspectos: la auto-identificación del hospital, las influencias que conforman la identidad del hospital, y la relación con el cuidado al paciente así como a la población servida);
- c) servicios prestados (se refiere a los servicios ofrecidos al público, así como a los colaboradores, incluyendo la investigación y la formación; también engloba las alianzas y colaboraciones con otras entidades);
- d) empleados y colaboradores (se refiere a la percepción sobre la posición e importancia de los colaboradores dentro del hospital y para el desarrollo de la institución);

e) recursos (incluye 5 aspectos: ampliar, mantener, optimizar, conservar y emplear responsablemente los recursos).

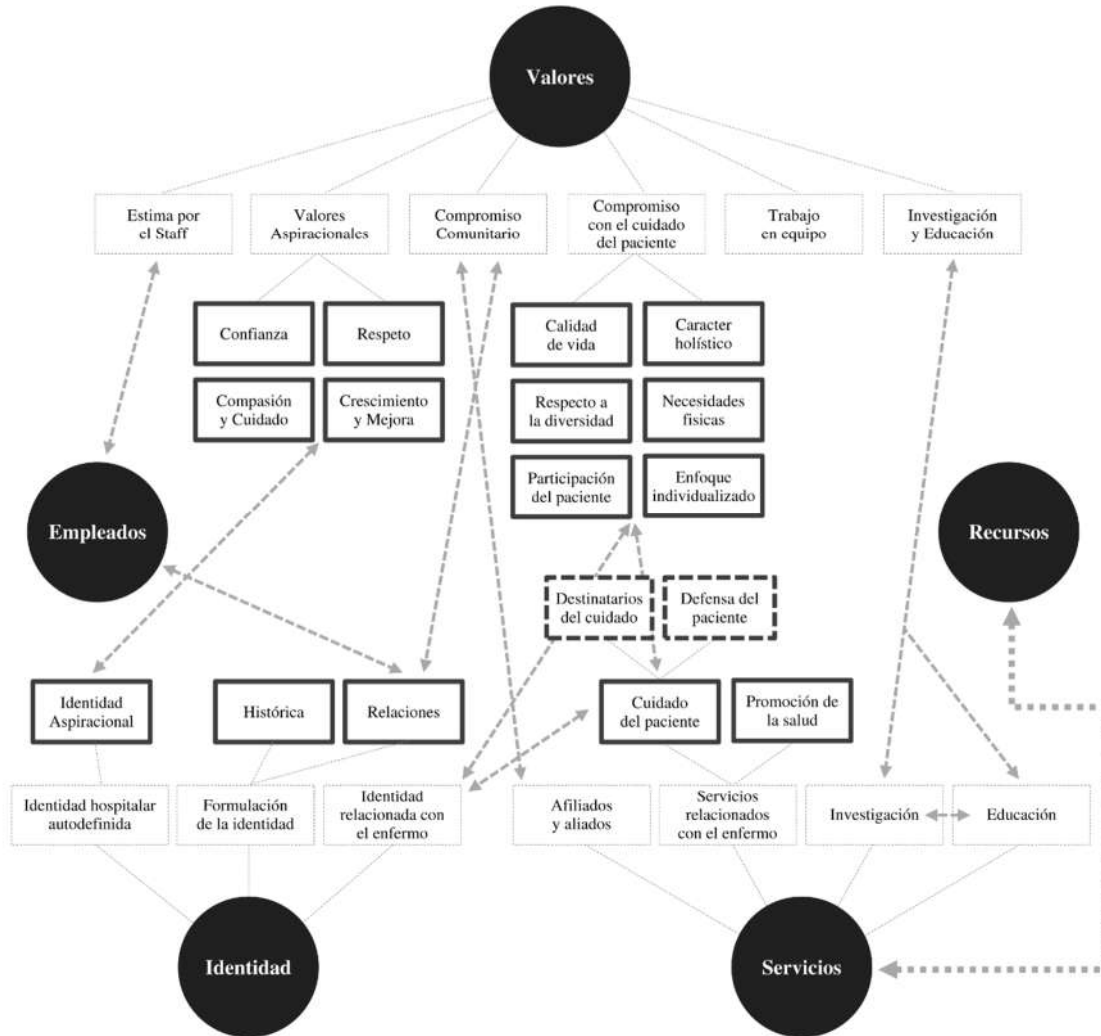


Figura 6: Representación de los dominios y temas para el análisis de contenido de la Declaración de la Misión (Williams et al., 2005).

De entre los cinco dominios identificados, el denominado “valores” fue considerado central en la estructura de la declaración de la misión y, al mismo tiempo, los otros dominios están extensivamente vinculados a él.

Dentro del dominio “valores”, el tema primordial es el “compromiso con el cuidado del paciente”, que concierne y vincula fuertemente los dominios “valores”, “identidad” y “servicios prestados” entre sí, indiciando que el “compromiso con el cuidado del paciente” es inherente a los diversos aspectos de la declaración de la misión hospitalaria. Por otra parte, el tema “compromiso con el cuidado del paciente” es el tema más extensivo (es decir, el más unido a otros dominios y temas) y el más inclusivo (el que incluye el mayor número de matices de sentido).

Así, los enfermos emergen como los principales *stakeholders* de los hospitales y proporcionarles un apropiado y excelente cuidado es de primordial importancia en la declaración de la misión. Se debe considerar, por lo tanto, que el compromiso con el cuidado del paciente es un valor central en la declaración de la misión de los hospitales (Williams et al., 2005).

Finalmente, en lo que concierne a los estudios sobre el contenido de la misión en los hospitales, en un estudio comparativo entre 52 “*for profit*” y “*non for profit*” hospitales norteamericanos, realizado por Bolon (2005), no se encontraron diferencias significativas en el contenido de la declaración de la misión. En concreto, ninguno de los dos tipos de hospitales era reacio a mencionar conceptos como calidad de asistencia. En cambio, sí que era patente la reluctancia de los hospitales “*for profit*” en mencionar aspectos financieros en sus declaraciones de misión (Bolon, 2005).

En Portugal, más precisamente en la región Norte (en el ámbito geográfico que se denomina *Administração Regional de Saúde do Norte*), Rego et al. (2015) llevaron a cabo un estudio sobre misión y valores en 36 de los 62 hospitales de esta zona del país, tanto instituciones públicas como del sector privado y social. Los aspectos más prevalentes de la declaración de la misión son los siguientes:

- a) calidad y excelencia (100%);
- b) rigor en la gestión (58,2%);
- c) innovación (19,4%).

Y los valores más presentes son:

- a) respeto por la singularidad y centralidad de la persona (100%);
- b) gestión y organización (94,4%);
- c) ética (91,6%);
- d) responsabilidad (50%) (Rego et al., 2015).

Por último, y en términos generales, las investigaciones indican que la orientación hacia los diferentes *stakeholders*, la calidad intrínseca y la comunicación de las declaraciones de misión en organizaciones de Estados Unidos y Europa no difieren significativamente (Bartkus, Glassman, & McAfee, 2004), y que los colaboradores de las instituciones sanitarias de distintos ambientes culturales y diferentes países tienen una visión común de los atributos organizacionales, necesarios para la prestación de salud de alta calidad (Flynn & Aiken, 2002).

4.6. La inconsecuencia práctica de la declaración de la misión

Sin embargo, la formulación y la presencia de la declaración de la misión no lo es todo. Tras tantos años de esfuerzos por desarrollar misiones en la empresa –también en el sector sanitario (Graber, 2009; Katongole, Mugisha, Ddm, Bikaitwoha, & Wampande, 2015)–, muchas compañías reconocen no haber logrado introducirlas realmente en la empresa (Cardona & Rey 2005). También en la literatura sobre la misión la constatación de la

dificultad o imposibilidad generalizadas en su implementación es un tema reiteradamente presente (Fairhurst, Jordan, & Neuwirth, 1997; Warner, 1995).

La literatura que ahora se presenta subraya que no basta la formalización del sentido y del propósito en la declaración de la misión si no va acompañada de las consecuencias previstas, tanto las internas (el rendimiento y el desempeño así como el compromiso de los colaboradores) como las externas (el servicio al cliente, por ejemplo).

“El solo hecho de tener una declaración de la misión no se traduce necesariamente y por sí sólo en un rendimiento superior” (Bart & Hupfer, 2004, p. 94). O dicho de forma más perentoria: “no existe una evidencia empírica que confirme que tener una misión resulte en un impacto significativo en el rendimiento de la organización” (Rey, 2011, p. 44).

A pesar de la diversidad y volumen de las declaraciones corporativas, “muchas declaraciones de misión han fallado en lograr un efectivo cambio, ya sea en el comportamiento de las personas o en el resultado operativo global de la compañía. En el mejor de los casos logran una chispa de interés temporal; en el peor, la reacción y las consecuencias son nulas” (Calfee, 1993, p. 54).

Aunque muchas compañías declaran su misión, el comportamiento de los empleados no es necesariamente congruente con ese propósito (Wang, 2011). Apenas en el 5% de las empresas con declaración formal de la misión esta tiene una influencia positiva en el día a día de los colaboradores; el 14% refiere que la influencia es negativa; el 15% que la influencia no existe y un 66% indica que la influencia de la misión en el comportamiento de los colaboradores es parcial (Bart, 1997). La influencia positiva de la declaración de la misión parece que se limita a los gestores y es muy reducida en los otros miembros de la organización (Vandijck et al., 2007; Vardanyan & Kaur Grewal, 2015).

En lo que se refiere al servicio al cliente, a pesar de que aproximadamente el 90% de las empresas incluye en su misión dicho servicio, cuando hay decisiones operacionales en conflicto solamente el 50% de los gestores lo toman como prioridad (Wright, 2002).

En definitiva, los sistemas de gestión actuales presentan fuertes carencias para lograr que el propósito de la organización sea el centro y el motor de la actividad de la empresa (Cardona & Rey, 2005). La razón para esta inconsecuencia de la misión en la vida de las empresas es multifactorial. Hay quienes defienden que el problema está en el origen, dicho en otros términos, que la misión organizacional se crea, sobre todo, para ganar legitimidad moral (Suchman, 1995), para dar la impresión de que la compañía tiene objetivos apropiados y públicamente aceptables. La misión, así considerada, resulta más una declaración simbólica y no relacionada con la acción, se trata, más bien, de una herramienta fundamentalmente de relaciones públicas y de *marketing*, tanto interno como externo (Bartkus & Glassman, 2007), una vacía iniciativa de relaciones públicas (Analoui & Karami, 2002).

Otra razón estriba en el convencimiento de que la declaración de la misión obedece a razones más bien institucionales, es decir, hay misión porque se espera que haya misión (Bartkus & Glassman, 2007). Como se afirma redundantemente, “la declaración de la misión es popular porque es popular” (Krohe, 1995, p. 2).

Una declaración de la misión socialmente aceptable es más fácil de establecer que la implementación de políticas que cumplan las expectativas de los diversos *stakeholders*; por eso, la misión es, muchas veces, más bien simbólica y de cariz meramente institucional (Meyer & Rowan, 1977).

Hay quien señale que el problema de la falta de consecuencias de la declaración de la misión puede estar relacionado con la evaluación de los directivos, pues se usan criterios inapropiados para juzgar el desempeño de los mismos, por ejemplo, basándose más en

cuestiones de control de gastos y en ratios presupuestarios y menos en resultados asociados al servicio prestado (Wright, 2002).

Otros también defienden que el fracaso de la misión es más bien de contenido, esto es, que “a la declaración de la misión le falta especificidad que permita a los empleados saber qué se espera para vencer en el mercado en el que operan y cómo podrán actuar en conformidad” (Calfee, 1993, p. 54). Otros añaden que la declaración es ambigua, imposible de alcanzar, o que está desactualizada, o más sencillamente que está equivocada y no persigue la misión correcta por la inhabilidad de los directivos para identificar y estar de acuerdo en lo que la organización intenta cumplir (Bart, 1997). Otro estudio refiere que en el 60% de los casos la declaración de la misión no refleja la realidad, y en el 49% es incongruente; y todo esto porque no se logra conocer a fondo al cliente y no se tienen los recursos adecuados para cumplir lo que se declara en la misión (Wright, 2002).

Resumiendo, en la práctica, la situación de la misión se caracteriza por un escaso impacto sobre los resultados y un efecto no significativo sobre el comportamiento de los empleados. Esto es lo que se ha venido llamando el “fracaso de la misión” (Cardona & Rey, 2005, p. 81).

4.7. Hacer efectiva la misión

Este epígrafe se dedica a las condiciones para lograr que la misión fluya e influya a través de la organización. Se centra en los modos descritos en la literatura para que la misión se haga operativa y relevante en el día a día de la organización. Se describirá el mecanismo de despliegue de la misión a través de la empresa en los departamentos, equipos y colaboradores, lo que se denomina “participación” y “misiones participadas”.

Por último, se señalarán las condiciones de efectividad de la misión, así como las dimensiones que constituyen un modelo conceptual “mínimo” que abarca tres elementos constitutivos: la misión formal, la misión dinámica y la misión motora.

4.7.1. Implementación y diseminación de la misión

Estrictamente hablando, “la misión de la empresa no tiene un significado propio para los miembros de la organización” (Barnard, 1938, p. 88); por sí sola es, simplemente, un ejercicio intelectual (Rey, 2011), dado que, como enunciado que abarca la esencia de las contribuciones que caracterizan la identidad empresarial, es, por definición, genérico y no directamente aplicable a un contexto concreto (Cardona & Rey, 2005).

Por otra parte, aunque las compañías hacen una comunicación intensa de la misión, muchas declaraciones de misión no tienen un efecto significativo sobre lo que los colaboradores hacen (Calfee, 1993), ya que la declaración de la misión “no fluye de forma mágica a través de la organización, sino que, para ser efectiva, necesita apoyarse en un plan cuidadosamente implementado” (Desmidt et al., 2008, p. 1439), requiere ser asumida por los colaboradores como parte de sus creencias y valores, es decir, necesita ser interiorizada (Marimon, Mas-Machuca, & Rey, 2016).

Una dificultad común en la concreción de la misión consiste en asumir que, una vez aprobada, va a fluir por sí sola en las diversas unidades de la institución (Groene, Brandt, Schmidt, & Moeller, 2009). Esto es particularmente verdad si se tiene en cuenta el diferente nivel de responsabilidad organizacional, ya que la percepción de sus ventajas va disminuyendo a medida que se baja en la cadena de responsabilidad; así, la declaración de la misión parece ser más provechosa para los altos directivos y no lo es tanto en los colaboradores operacionales, esto es, en los no directivos (Bart, 1997; Vardanyan & Kaur

Grewal, 2015). A medida que nos alejamos de la alta dirección, la misión de la empresa tiende a perder significación para los niveles inferiores si éstos no conocen, de manera concreta, de qué forma la misión afecta a su realidad particular (Calfee, 1993).

Los más fuertes alineamientos entre misión y las otras dimensiones organizacionales se constatan en los casos de la planificación estratégica y operacional, control, liderazgo, diseño de objetivos y, sobre todo, sistemas de evaluación de resultados (Bart & Tabone, 1998). Otros autores indican que el uso de la misión en los procesos y sistemas relacionados con la toma de decisiones no rutinarias, en el día a día de la empresa, es significativamente menor (Bartkus et al., 2004). En una amplia revisión de la literatura, Rey (2011) señala que se utiliza principalmente la misión en las cuestiones que afectan a la planificación estratégica, a la definición del ámbito de actuación, al establecimiento de un propósito común, a orientar y promover los estilos de liderazgo. Sin embargo, en los aspectos que se refieren a los procesos de selección, descripción de puestos de trabajo, incentivos y asignación de recursos, apenas se puede decir que la misión tenga un impacto significativo (Rey, 2011). También es cierto que la formación y las sesiones de trabajo cuyo objetivo es profundizar en la misión y en su implementación en la empresa son poco frecuentes (Melé, Garriga, & Guillén, 2000).

“Existe un vacío entre lo que la misión declara y lo que las personas en la organización entienden que es el mensaje real de la dirección de la empresa. Y este desfase es resultado de la falta de alineamiento entre las políticas, procedimientos y actuaciones prácticas, por una parte, y la misión por otra” (Crotts, Dickson, & Ford, 2005, p. 54; Vardanyan & Kaur Grewal, 2015). Y es que la definición básica del negocio, de su propósito y misión, tiene que traducirse en compromisos de acción; de otra forma se quedan en meras intuiciones, buenas intenciones, brillantes palabras que nunca se hacen realidad; la misión debe estar presente en sistemas como, por ejemplo, la planificación de objetivos, asignación de puestos de trabajo, definición de estructuras, asignación de recursos, decisiones operativas (Drucker,

1986). “Si no puede convertirse en acción, en políticas, en directrices de actitudes y comportamientos que ayuden a las personas a decidir qué hacer en su trabajo diario, el propósito de la empresa es, solamente, un vacío pensamiento” (Campbell & Yeung, 1991, p. 14).

El grado en que una organización alinea su estructura, sistemas y procedimientos con su misión representa uno de los más potentes, positivos y penetrantes medios para generar resultados y, sobre todo, actitudes y comportamientos acordes en los empleados (Bart, 2001). Sea cual sea el énfasis de la misión –excelencia en el servicio, preocupación por los colaboradores, rentabilidad, etc.–, es necesario asegurar que todo lo que la organización hace está alineado con ese propósito y garantizar que lo que se necesita articular para completar la misión esté presente; por ejemplo, en la descripción del puesto de trabajo, en las entrevistas de selección, en los anuncios de oferta de trabajo, en los criterios de evaluación y de retribución (Crotts et al., 2005). Por ende, es importante acercar la misión a todos los niveles de la organización, logrando dar significado a cada contexto específico (Cardona & Rey, 2005), a las políticas que se establecen, a los sistemas que se crean, a las tradiciones que se montan, a las historias que se cuentan, a todo lo que los empleados hacen, pues la organización debe basarse en sus colaboradores –en sus actitudes y en sus acciones– para asegurar el cumplimiento efectivo de la misión (Crotts et al., 2005).

La implicación de los diversos *stakeholders* (directivos, gestores, empleados, pacientes, inversores, etc.) en el proceso de diseño y desarrollo de la declaración de la misión tiene un rol importante para lograr una misión efectiva, de manera que se pueda conquistar la deseada pertenencia e identificación con la misión (*ownership*) que conduce a lograr colaboradores más dedicados a la consecución de la misión, con mayor energía para llevarla a término y más permeables a su influencia (Bart, 2000).

Si bien la implicación del Director General (CEO, por sus siglas en inglés) es condición necesaria para lograr la efectividad de la misión, no es, sin embargo, condición suficiente (Bart, 2000). En virtud de su posición en la organización, también los supervisores de primera línea pueden servir de interfaz entre los directivos y los colaboradores para comunicar la declaración de la misión y para integrarla en las actividades del día a día, superando así la abstracción de la misión, bien como la ausencia de referencias al contexto laboral concreto (Desmidt & Heene, 2007).

4.7.2. Integración de la misión en los sistemas de gestión

Para que la declaración de la misión cumpla su propósito, la alta dirección deberá convertirla en una herramienta operativa, dicho de otro modo, debe traducir los elementos clave de la misión en objetivos relevantes y cargados de sentido para todos los empleados. Cada colaborador debe saber que sus objetivos tienen que orientarse por esos elementos y deben contribuir para lograr su cumplimiento (Calfee, 1993). Todos los aspectos del rendimiento que están implícitos en la declaración de la misión deben traducirse en objetivos específicos, medibles, aceptables, realistas y oportunos –*SMART* en el acrónimo inglés: *specific, measurable, assignable, realistic, time-related* (Doran, 1981)– si los resultados han de evaluarse de forma fiable (Bart & Hupfer, 2004).

Para llegar a conectar al individuo con la misión de manera que cada colaborador adquiriera un profundo sentido de misión, capaz de unir y unificar cabeza, manos y corazón (Huber, Godfrey, Nelson, Mohr, Campbell & PB, 2003), para desplegar en cascada los propósitos en metas específicas que hacen que las conexiones entre misión y objetivos sean más evidentes (Paarlberg & Lavigna, 2010; Warner, 1995) es necesario establecer mecanismos que permitan concretar, analizar y evaluar la misión mediante indicadores o evidencias (Rey, 2011).

Con ese fin, Cardona & Rey (2005) proponen un proceso de despliegue de la misión a través de los distintos departamentos, equipos y, finalmente, personas. En concreto, sugieren la reflexión y concreción de una declaración formal que explicita el “para qué” de cada división, departamento o puesto de trabajo. Este despliegue de la misión de la empresa en las denominadas “misiones participadas” dará sentido a los diferentes niveles y áreas funcionales de una organización.

La misión participada representa el “para qué” de cada una de las unidades, departamentos, y áreas funcionales a distintos niveles de la organización. Para que una misión participada esté bien definida necesita, según Cardona & Rey (2005), cumplir tres criterios:

1. criterio de inclusión: “que cada misión participada esté orientada a realizar la misión de orden superior y, en último término, la misión de la empresa” (p. 99); a pesar de que existan varias misiones a distintos niveles, no se puede decir que sean nuevas misiones sino actualizaciones de una única misión formal de la empresa;
2. criterio de complementariedad: comprueba la consistencia entre misiones participadas, en sentido transversal; esto es, vela para que exista una lógica “de proceso” entre las diferentes misiones participadas para que las misiones se complementen entre ellas y no compitan entre sí;
3. criterio de coherencia: “valora que las misiones participadas sean coherentes con la misión o misiones de orden superior; para asegurar este criterio, cada misión debe estar aprobada por el titular de la misión superior. De esta forma se consigue que las directrices marcadas desde la alta dirección lleguen efectivamente hasta la base de la organización y que

el conjunto de misiones participadas sea coherente en toda la cadena de mando” (Rey, 2011, p. 154).

4.7.3. Los componentes mínimos de la misión efectiva

La declaración de la misión no es un instrumento mágico que, una vez establecido, fluya automáticamente a través de la organización y ayude mecánicamente a resolver la amplia variedad de problemas de la dirección y gestión de la empresa (Desmidt et al., 2011).

Para que la misión sea efectiva, real, se describen algunas condiciones (Bart et al., 2001):

- a) que tenga un fundamento, un contenido o base, lógico, adecuado;
- b) que logre un alineamiento organizacional;
- c) que suscite, en grado suficiente, un cambio de comportamientos y actitudes en la dirección deseada.

Estas condiciones las sugiere también Rey (2011), quien apunta a tres dimensiones que constituyen el “modelo conceptual mínimo” de la misión: misión formal, misión dinámica y misión motora. No las trata como tres misiones distintas, sino como tres dimensiones inseparables de una misma misión. Se necesitan mutuamente, pero el desarrollo concreto de cada dimensión dependerá de mecanismos y acciones específicas. La existencia o el desarrollo de una de ellas no implica necesariamente la existencia o el desarrollo de las otras dos. Las tres son necesarias para entender qué es una misión en su conjunto. Más en detalle, Rey (2011, p. 127-130; 158-159; 190-194) explicita estos conceptos:

- a) misión formal es la declaración explícita de los fines de la empresa en cuanto identificada como tal por los miembros de la organización. Consiste en definir y comunicar mediante una declaración de misión, o “*mission statement*”, la esencia

del “para qué”, la razón de ser de la empresa. Tiene un carácter descriptivo, dado que indica el contenido de la misión y, a su vez, un carácter simbólico, pues representa el compromiso básico de la empresa con determinados fines.

- b) misión dinámica es el grado de realización de la misión formal. Es el “para qué” de la empresa expresado de forma cuantitativa. Expresa la misión como variable cuantitativa orientada a establecer mecanismos que refuercen la integración de la misión en los sistemas de gestión, como medida para evaluar el rendimiento de la empresa y establecer objetivos. Se trata de encontrar formas de medir el avance de la misión que sean fiables y, al mismo tiempo, comprensibles para los miembros de la organización.

Si los componentes descritos en la declaración de la misión no se traducen en aspectos medibles, será extremadamente difícil determinar su grado de incorporación en el día a día de la empresa. Como consecuencia, los directivos no conocerán la extensión de la realización de la misión (Bart & Hupfer, 2004).

El control de la misión dinámica puede realizarse mediante cuadros de mando –del que el BSC, *Balanced Score Card*, es un ejemplo– aunque la medición de estas variables tangibles e intangibles no está exenta de problemas y encierra un grado no despreciable de subjetividad (Kaplan & Norton, 2004). Pero la medición es necesaria, sirve como un mensaje, “a fin de asegurar que cada uno en la organización se dé cuenta de que debe alinear sus prácticas y procedimientos pues la organización considera con seriedad la misión” (Crotts et al., 2005, p. 58).

Desde un punto de vista práctico, la misión dinámica tiene dos expresiones básicas. La primera corresponde a lo que se podría llamar el dinamismo pasado de la misión, que hace referencia a la misión realizada. Esta expresión de la

misión dinámica está relacionada con lo que comúnmente se denomina la “evaluación del rendimiento” a través de la cual la empresa analiza y evalúa los resultados obtenidos. La segunda expresión básica de la misión dinámica corresponde al dinamismo futuro de la misión, que hace referencia a la misión a realizar. Esta expresión del dinamismo futuro de la misión está relacionada con lo que comúnmente se conoce como “objetivos”, a través de los cuáles la empresa concreta los retos o metas a alcanzar para un determinado periodo.

- c) misión motora es la motivación personal de los miembros de la organización en cuanto vinculada a la consecución de la misión formal de la empresa, diferente, por lo tanto, de la motivación personal relacionada con su propio beneficio. Es el resultado de considerar la misión desde una perspectiva teleológica, dado que la misión debe ser el fin de la acción de los miembros de la empresa. Se diferencia de las otras dos dimensiones de la misión –formal y dinámica– en el sentido de que se desarrolla exclusivamente en el interior de las personas.

La misión motora es lo que hace que la misión formal y la misión dinámica sean auténticas, algo realmente buscado y querido como un verdadero fin de la acción de las personas de la empresa y no solamente una declaración formal o un resultado propio de la actividad.

Por otra parte, para que exista misión motora los empleados de una organización tienen que ser capaces de conocer en qué consiste la misión de la empresa. Al no existir una misión formal, las personas no pueden tener motivación para cumplirla.

La misión motora puede tener distintos grados en función del estado o nivel de desarrollo de la motivación de las personas de la empresa en relación a la misión de la compañía (Rey, 2011).

4.8. La motivación vinculada a la misión en las organizaciones

Este epígrafe describe resumidamente qué es la motivación humana, su riqueza de contenido y los dos grandes grupos que la componen: la motivación autorreferencial y la altruista. Se presentará más detalladamente este último grupo, dado que es más relevante para esta tesis que se centra en la relación entre misión, motivación e integración de los profesionales en contexto hospitalario.

Por consiguiente, se expondrá posteriormente, con algún detalle, la vinculación de la motivación –sobre todo la altruista– con la misión. Y se tendrá en cuenta cómo la contribución a los distintos *stakeholders* es clave para la efectividad de la misión en las organizaciones.

Se resumirá, después, la bibliografía sobre motivación en el sector sanitario y se señalarán los principales componentes a los que los profesionales de este sector son sensibles, bien sea como factores motivacionales, o como desmotivadores.

4.8.1. La motivación personal y la motivación vinculada a la misión de la empresa

La motivación es el impulso que mueve a la persona a hacer determinadas cosas. La persona motivada se siente activa y con energía para alcanzar determinado fin (Ryan & Deci, 2000a).

La motivación es enormemente valorada en las organizaciones porque induce a que se produzca, se actúe, se realice algo (Ryan & Deci, 2000b).

El cuadro teórico de la motivación humana permite identificar dos grandes grupos conceptualmente distintos (Benkler, 2011; De Dreu, 2006): el autorreferencial, del interés propio, por una parte; y, por otra parte, el que se orienta al servicio, a la contribución, al altruismo, a la proyección del yo.

El comportamiento autorreferencial enfatiza el placer, la satisfacción, el propio desarrollo, mientras que el segundo se apoya en el sentido y en el propósito altruista como palancas para el esfuerzo (Grant, Dutton, & Rosso, 2008; Perry, Hondeghem, & Wise, 2010).

Las personas tienen diferentes perfiles motivacionales y comportamentales: “mientras que algunas personas se orientan al interés propio y se ven motivadas por preocupaciones materiales, muchas otras se motivan por experiencias y propósitos que se orientan al beneficio de los demás” (Benkler, 2010; Fehr & Gintis, 2007; Paarlberg & Lavigna, 2010, p. 710; Watson, 2013), y se apoyan en el impacto positivo que sus acciones tienen en la satisfacción de las necesidades de los otros (Rey & Mas, 2013). Hay, por lo tanto, dos grandes fuerzas en la naturaleza humana: el interés propio y el cuidado de los demás (Bill Gates, World Economic Forum, 2008).

Por otra parte, un mismo acto de una persona puede ser inducido por diferentes tipos de motivación (Amabile, 1993; Grant, 2008; Ryan & Deci, 2000a). La contribución para las necesidades de los *stakeholders* de la organización (por ejemplo, de los clientes) puede estar asociada a la expectativa del agente de recibir una compensación extrínseca por su acción, además del sentimiento de realización profesional derivado del trabajo bien hecho (Bastons, Rey, & Mas, 2016).

En el comportamiento autorreferencial se pueden distinguir los motivos “extrínsecos” e “intrínsecos” (Mc Gregor, 1966). Los “motivos extrínsecos” son aquellos que llevan a buscar resultados externos al agente, una recompensa externa por la acción realizada (Ryan & Deci, 2000a). Los “motivos intrínsecos” se relacionan con la acción en sí misma en la medida en que desarrollan al agente, lo actualizan, le permiten un aprendizaje (Rosanas, 2007) y le confieren autonomía y maestría (Deci & Ryan, 2000). La motivación extrínseca es externa, indirecta y organizacional; la motivación intrínseca es interna, directa e individual (Hauser, 2014; Ryan & Deci, 2000a).

La motivación altruista se apoya más en las actitudes que miran más allá del interés propio individual o del grupo, proyectándose en entidades más amplias (Vandenabeele, 2007), llegando a la comunidad, al estado, a la humanidad (Rainey & Steinbauer, 1999). “Es una motivación inducida por las consecuencias que la acción de una persona puede tener en la satisfacción de las necesidades de otra u otras personas” (Pérez López, 1996, p. 10), un tipo de motivación “que trasciende las necesidades del individuo y se centra en las necesidades de “los otros” “ (Rey, 2011, p. 85). La motivación por ayudar a otros es “el deseo de tener un impacto positivo en otras personas o en colectivos sociales”, (Grant & Berg, 2011, p. 1) y está en la base de la efectiva colaboración (Grant, 2013).

Esta búsqueda de trascender el carácter ordinario del día a día, la indagación de una oportunidad que llene de sentido la existencia, también es motivadora porque amplía el sentido del trabajo (Campbell & Yeung, 1991). Y “la relevancia de este tipo de motivaciones en el contexto organizativo se debe a que, generalmente, la mayoría de acciones que se realizan en una organización –desde la cúpula hasta la base de la organización– son acciones que impactan en otras personas y, por tanto, son susceptibles de realizarse por motivación trascendente” (Rey, 2011, p. 85). Este tipo de comportamiento “es particularmente interesante porque es vital para la supervivencia de la organización aunque es muy difícil, o

incluso imposible, que sea exigible para determinado rol profesional” (Brief & Motowidlo, 1986, p. 710).

El comportamiento altruista, que trata de favorecer los objetivos de los demás, presenta, por su parte, según Benkler (2010), una actitud o intención que se describe en alguno de los siguientes factores:

- a) altruismo: acción que contribuye al éxito del otro, sin relación con el éxito propio;
- b) compromiso mutuo: acción que contribuye al éxito del otro, congruente con el éxito propio;
- c) eficacia colectiva: acción que contribuye a alcanzar un objetivo común que trasciende el éxito específico de los agentes;
- d) reciprocidad heurística: acción encaminada a la búsqueda del propio objetivo, guiado por un sentido implícito de que las estructuras sociales y psicológicas del contexto generan beneficios recíprocos;
- e) estrategia mutua: acción encaminada a la búsqueda del propio objetivo, que permite alcanzar el objetivo del otro como subproducto (Benkler, 2010).

Para Pilivian et al. (1990) las características que identifican el comportamiento altruista, que forma parte de la naturaleza humana, son las siguientes:

- a) debe beneficiar a otra persona;
- b) debe realizarse voluntariamente;
- c) debe realizarse intencionalmente;
- d) el beneficio del otro debe buscarse por sí mismo;

- e) debe realizarse sin esperar ningún beneficio externo (Piliavin & Charng, 1990).

Por su lado, para ser considerado prosocial en contexto organizacional, tiene que reunir las siguientes características:

- a) ser realizado por un miembro de la organización;
- b) dirigirse a un individuo, grupo u organización con el cual se relaciona mientras se desempeña el rol profesional;
- c) realizarse con la intención de promover el desarrollo del individuo, grupo u organización al que se dirige la acción (Brief & Motowidlo, 1986).

Grant (2011) trasmite, además, otra perspectiva que enriquece este cuadro motivacional, pues las conclusiones de sus estudios aseguran que “los beneficiarios de un servicio (un cliente o un paciente) –o el consumidor de un producto– son sorprendentemente eficaces motivando a los empleados a trabajar ardua, inteligente y productivamente” (p. 97). Esto ocurre a través de tres mecanismos:

- a) impacto: los empleados ven por sí mismos cómo su trabajo beneficia a los demás;
- b) aprecio: los empleados se sienten valorados por los clientes finales;
- c) empatía: los empleados desarrollan una profunda comprensión hacia los problemas y necesidades de los clientes, por lo que se comprometen más a ayudarles (Grant, 2011).

Además, los mensajes que apelan al servicio tienen distintos impactos y credibilidad dependiendo de si los profieren los líderes de la empresa o los clientes finales; los mensajes de los líderes pueden llevar a pensar que estos tienen motivos ulteriores o buscan su propio beneficio, al paso que esta sospecha no cabe en los mensajes de los clientes (Grant & Hofmann, 2011). Por eso, y de una forma que, en diversos términos, es contraintuitiva, las

organizaciones pueden crear y cultivar el compromiso de los colaboradores favoreciendo las oportunidades para que ellos mismos contribuyan y den. Este compromiso afectivo se basa en el orgullo de pertenecer a una empresa que cuida y presta servicio, permitiendo que los colaboradores interpreten sus acciones, y las de la empresa, en términos prosociales (Grant et al., 2008).

Pero los colaboradores de la empresa no son sencillamente pasivos en este proceso, sino que las diferencias individuales de las características prosociales de los empleados tienen, a su vez, un rol importante en las actividades prosociales de la organización y vice versa. Los colaboradores con un elevado sentido prosocial cuando se integran en instituciones con bajo sentido prosocial, aunque sus actitudes prosociales no sean formalmente requeridas, pueden considerarlas como parte crítica de su trabajo y de su cometido, y llevarlas a cabo. Y, a su vez, los empleados con baja orientación o identificación prosocial que trabajen en organizaciones altamente prosociales pueden verse motivados para retribuir esta actitud en el cuidado y en el servicio hacia sus clientes y compañeros (Cha, Chang, & Kim, 2013). Cuando la orientación hacia la mejora social y hacia el cuidado de las personas está genuina y fuertemente plasmada en las organizaciones se transmite a los colaboradores motivándoles para actividades prosociales, aunque al inicio no estén orientados a ayudar y beneficiar a los demás (Puffer & Meindl, 1992).

Hay que referir, también, que este segundo tipo de motivación, la motivación altruista, tiene muchas denominaciones aunque no todas con una perfecta coincidencia conceptual, pero sí con un fondo común: la proyección hacia fuera, hacia otros diferentes y distintos de uno mismo, la orientación hacia el otro representada en nociones como auto sacrificio, altruismo (Perry et al., 2010), el deseo de esforzarse para beneficio de otros (Grant et al., 2008), de “hacer la diferencia en la vida de los demás” (Grant, 2007, p. 393; Paarlberg & Lavigna, 2010), una orientación preocupada con las necesidades de los demás –lo que añade un

sentido de contribución a las acciones (Bastons et al., 2016), pasando, así, por encima de los límites de la teoría contractual (Dodlova & Yudkevich, 2009). Se designa como motivación de servicio público (Brewer & Selden, 1998; Piliavin & Charng, 1990; Rainey & Steinbauer, 1999; Vandenabeele, 2007), prosocial (Batson & Shaw, 1991; Brief & Motowidlo, 1986; Grant, 2011; Grant, 2009; Grant et al., 2008), trascendente (Cardona, 2000; Cardona & Rey, 2005; García, 2008; Pérez López, 1996; Rey, 2011; Rosanas, 2008), transitiva (Guillén, Ferrero, & Hoffman, 2014; Melé, 2003), vinculada a la misión (Rey & Mas, 2013), *pro stakeholder motivation* (Bastons et al., 2016).

Y, dado que la declaración de la misión de la empresa se orienta hacia las necesidades de los *stakeholders* de la compañía (Blair-Loy, Wharton, & Goodstein, 2011) y no hacia el interés propio, las motivaciones basadas en la misión son, por lo tanto, altruistas o prosociales y no autorreferenciales (Rey & Mas, 2013).

Así, y como subraya Drucker (1986), sólo desde fuera –desde el punto de vista del mercado, del cliente, desde las necesidades reales de los que son servidos por los productos o servicios de la empresa–, se puede contestar a la cuestión en la que se basa el proceso de definición de la misión: “¿cuál es nuestro negocio?”. De hecho, los estudios de Rey (2011) confirman la influencia de la motivación trascendente en el desarrollo del compromiso de los empleados con la misión de la empresa, es decir, para conectar a los colaboradores con la misión de la empresa interesa desarrollar en ellos la motivación prosocial.

Según (Frankl, 1959), la búsqueda de sentido y la necesidad de adherirse a algo de significado más amplio que uno mismo es un impulso básico del ser humano.

4.8.2. Motivación, misión y *stakeholders*

Después de ver como la motivación altruista –la que se apoya en las actitudes que miran más allá del interés propio individual o del grupo, proyectándose en entidades más amplias (Vandenabeele, 2007)– es condición necesaria para que los colaboradores asuman personalmente la misión de la organización, se recogen, ahora, reflexiones sobre la necesidad de armonización y equilibrio de los intereses legítimos de los diferentes *stakeholders* incluidos en la misión.

Esto permite avanzar con una consideración que tiene gran impacto en el ámbito organizacional: no toda la motivación altruista tiene la misma importancia, ni el mismo valor.

Así, se puede indicar que:

- a) una motivación altruista orientada hacia otro u otros que no sean los *stakeholders* de la organización tiene valor de contribución, pero no se encuadra en la misión de la empresa.
- b) una motivación altruista que se dirija a uno de los *stakeholders* no logra un alineamiento con la misión de la organización que, como anteriormente observado, se realiza con la contribución a los principales *stakeholders*.
- c) la motivación basada en la misión es la única que respeta, defiende y valora los intereses legítimos de los diferentes *stakeholders* y cumple la totalidad de la misión de la organización.

Así, se llega a la enunciación de la *Pro Stakeholder Motivation* (PSM) –el impulso del agente basado en el deseo de buscar el beneficio de los *stakeholders* de la compañía– y a la noción de su elevado potencial, pues en la organización muchas acciones –tanto las llevadas a cabo por altos directivos como por operativos– tienen impacto directo en los *stakeholders* de la

institución. Por otra parte, indica una valoración de la misión de la organización en cuanto que representa una contribución o servicio a los *stakeholders* (Bastons et al., 2016).

En el contexto de las instituciones sanitarias, la noción de *Pro Stakeholder Motivation* (PSM) aplicada a sus principales *stakeholders* (enfermos, colegas, institución y sociedad) puede ser importante a la hora de lograr la cooperación de los distintos profesionales diferenciados –médicos, enfermeros, gestores–, tema de este trabajo de tesis.

La PSM es, así, la dimensión "motora" de la misión y la que la interioriza, la clave para superar el "fracaso" práctico de la misión.

4.8.3. La motivación personal en el sector de la sanidad

En el sector sanitario, la motivación, al igual que la valía profesional, es uno de los factores clave para lograr una buena práctica por parte de los profesionales de salud y, así, una adecuada calidad del servicio prestado (Aparecida et al., 2016; Low Kim Cheng & Robertson, 2006). La calificación profesional y la disponibilidad de los recursos son condiciones necesarias, pero no suficientes, para garantizar un servicio de salud adecuado (Franco, Bennett, Kanfer, & Stubblebine, 2002).

De hecho, la prestación de los cuidados sanitarios es altamente intensiva en mano de obra y el rendimiento de los profesionales sanitarios está fuertemente dependiente de su motivación (Franco et al., 2002; Lambrou et al., 2010), en la medida en que les estimula a garantizar su regularidad laboral, a trabajar diligentemente, a ser flexibles y a querer desempeñar su cometido con voluntariedad. Así, la calidad del servicio, la eficiencia y la equidad se obtienen mediante el empeño y la dedicación del colaborador a su trabajo (Franco et al., 2002).

La especificidad de los trabajadores sanitarios –profesionales altamente especializados organizados en las subculturas ya descritas en el capítulo 2 de esta tesis– no solo no debe ser ignorada, sino que su motivación debe considerarse como uno de los desafíos más difíciles que el sector enfrenta a día de hoy, pues una motivación débil conduce a una insuficiente generación y transmisión de conocimiento, a una infrautilización de recursos y a un deficiente rendimiento del sector sanitario (Lambrou et al., 2010)

Por ende, descubrir qué motiva al profesional entendido individualmente, así como saber cómo puede el directivo motivar con éxito a su equipo y a la organización como un todo son cuestiones de interés creciente (Benson & Dundis, 2003). Por esto, “los directivos del sector de la sanidad están cada vez más interesados en mejorar las formas de atraer, retener y ganar el compromiso de sus colaboradores, pues los ratios elevados de rotación y el déficit de alineamiento afectan negativamente a la prestación de cuidados y a la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias” (Morrison, Burke, & Greene, 2007, p. 98).

No obstante, aunque la motivación de los profesionales sanitarios sea un elemento de significado creciente, está muy poco estudiada (Lambrou et al., 2010). Hay muy poca evidencia empírica sobre los elementos clave que determinan la motivación de estos profesionales, así como son escasos los estudios sobre el impacto de las frecuentes reformas del sector en la motivación de los profesionales (Franco et al., 2002). Existe, por tanto, una especial necesidad de investigar cómo afectan los diferentes incentivos a la motivación individual del personal sanitario (Adams & Hicks, 2000).

Los estudios consultados en la revisión bibliográfica de la motivación en contexto sanitario suelen calificar la motivación solo en dos grupos (motivación extrínseca y motivación intrínseca) y lo que anteriormente apellidábamos de “*Pro Stakeholder Motivation*”, motivación altruista o trascendente se halla incluido en la intrínseca.

Así, y en lo que respecta a la motivación extrínseca, suelen identificar los siguientes factores (Ratanawongsa, Howell, & Wright, 2006):

- a) salario;
- b) seguridad laboral;
- c) reconocimiento profesional.

En lo que respecta a la motivación intrínseca, se suelen mencionar los siguientes factores:

- a) altruismo y deseo de ayudar a otros;
- b) reto intelectual;
- c) carrera profesional;
- d) desarrollo profesional;
- e) autonomía profesional;
- f) interrelación profesional (Ratanawongsa et al., 2006).

Aparecida et al. (2016), en una amplia revisión bibliográfica, califican los factores motivacionales en ambiente sanitario como sigue:

- a) reconocimiento profesional;
- b) logros profesionales;
- c) oportunidades de desarrollo profesional;
- d) retos;
- e) ambiente de trabajo;
- f) remuneración;
- g) relación con colegas de trabajo;
- h) responsabilidades laborales;
- i) estabilidad financiera;
- j) afinidad al trabajo en el sector de la sanidad;

- k) progresión profesional;
- l) participación en el plano de desarrollo;
- m) condiciones laborales;
- n) equilibrio trabajo-familia (Aparecida et al., 2016).

Respecto a estos factores, tanto extrínsecos como intrínsecos, la teoría común señala que ambos grupos tienen impacto en ambiente sanitario (Aparecida et al., 2016; Bustamante-Ubilla et al., 2009; Dieleman & Harnmeijer, 2006; Franco et al., 2002; Kontodimopoulos, Paleologou, & Niakas, 2009; Lambrou et al., 2010; Loewy, 2007). Esto significa que los colaboradores quieren sentirse seguros, apreciados y necesarios (Benson & Dundis, 2003).

Pero, además, la mayoría de los mismos autores subraya el mayor impacto de los factores denominados intrínsecos (Aparecida et al., 2016; Bustamante-Ubilla et al., 2009; Dieleman & Harnmeijer, 2006; Franco et al., 2002; Lambrou et al., 2010; Low Kim Cheng & Robertson, 2006; Morrison et al., 2007; Ratanawongsa et al., 2006).

En concreto, y al referirse a los principales factores motivacionales, se evidencian los aspectos más profundos en la persona del colaborador y en su identificación con el sector de la salud, tales como los factores vocacionales y de espíritu de servicio (Bustamante-Ubilla et al., 2009; Ríos & Schonhaut, 2009), o la sed de sentido y de propósito (Morrison et al., 2007), más importantes en colaboradores del sexo femenino (Wright & Beasley, 2004) y ya presentes en el período de formación académica (Ratanawongsa et al., 2006). Para otros, la autonomía profesional (Galletta, Portoghese, & Battistelli, 2011) o los logros profesionales (Kontodimopoulos et al., 2009), tanto para médicos como para enfermeros o gestores (Lambrou et al., 2010), se consideran fundamentales para promover la motivación de los colaboradores sanitarios. En los hospitales denominados “magnéticos” (*magnet hospitals*), así designados por su capacidad para atraer y retener a los buenos colaboradores, los factores

motivacionales más importantes son un estilo de toma de decisiones participativo, el desarrollo y la formación profesional continuos y la flexibilidad profesional (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

Por el contrario, se llega a afirmar que, en países social y económicamente desarrollados, el impacto de los factores extrínsecos es inconcluyente (Dieleman & Harnmeijer, 2006). Sin embargo, para otros autores, dentro de los factores motivacionales extrínsecos, la remuneración –y sobre todo el salario– es muy relevante si se considera sólo el subgrupo de los gestores y directivos hospitalarios (Kontodimopoulos et al., 2009). Otros autores subrayan que los factores intangibles de la motivación extrínseca, como es el reconocimiento por parte de los superiores, de sus pares o de los pacientes, es un factor motivador muy importante (Aparecida et al., 2016).

En el trabajo anteriormente citado, Aparecida et al. (2016) subrayan los factores que, opuestamente, producen la desmotivación. Son los siguientes:

- a) infraestructuras inadecuadas;
- b) déficit de implementación de herramientas de gestión de recursos humanos;
- c) deterioro de relaciones interpersonales (faltas de respeto, por ejemplo);
- d) pocas oportunidades de desarrollo profesional;
- e) pocos beneficios sociales;
- f) políticas institucionales poco adecuadas (falta de transparencia, criterios de promoción, por ejemplo);
- g) déficit de condiciones laborales y de ambiente de trabajo;
- h) remuneración poco adecuada (inconsistente o atrasada);
- i) supervisión deficiente (Aparecida et al., 2016).

Otros autores refieren como factores desmotivadores la falta de reconocimiento y de compromiso (Bustamante-Ubilla et al., 2009), la elevada carga de trabajo, la inadecuada supervisión, la falta de oportunidades profesionales, la falta de equipamiento y de recursos (Dieleman & Harnmeijer, 2006), la falta de tiempo para poder hacer bien su trabajo (Loewy, 2007), los bajos salarios y la falta de condiciones de trabajo (Lambrou et al., 2010).

4.9. La motivación vinculada a la misión y la cooperación entre profesionales, en los hospitales

Si los estudios sobre el contenido de la misión en los hospitales y su proceso de desarrollo son escasos (Rego et al., 2015), la investigación sobre su diseminación entre los colaboradores del hospital es todavía menor (Desmidt & Heene, 2007) y lo mismo ocurre en relación con los trabajos sobre el impacto de la declaración de la misión en lo que concierne al comportamiento individual de los profesionales en el contexto de la salud (Desmidt et al., 2008).

Al igual que en las otras industrias, también en los hospitales “la parte más crítica de la declaración de la misión no es la formulación de su contenido sino la gestión de su sentido y la efectiva identificación de los colaboradores con ella. Con frecuencia se invierte mucho tiempo y otros recursos en definir el texto de la misión, pero se negligencia la necesidad de comunicarla y aclararla para que sea efectiva. A la sola presencia de la declaración de la misión no corresponde necesariamente la consciencia, el reconocimiento, la identificación de los empleados con la misión y su motivación para llevarla a la práctica” (Desmidt & Heene, 2007, p. 18-19). En los hospitales, muchas veces, las declaraciones de misión no se traducen en impactos concretos en los servicios clínicos (Groene et al., 2009).

Sin embargo, desde los estudios de Barnard (1938), se viene repitiendo que uno de los más poderosos –aunque despreciados– factores que inducen a la cooperación en las organizaciones es la capacidad de la institución de utilizar su misión para satisfacer los ideales no materiales, altruistas y futuros de los colaboradores. Ideales elevados y propósitos amplios son la base para una cooperación persistente. Pero la voluntad de cooperar no puede desarrollarse sin un objetivo de cooperación. Sin este objetivo –al que llamamos propósito de la organización– no pueden conocerse ni anticiparse los esfuerzos específicos que los individuos van a solicitar, ni, en muchos casos, qué satisfacciones les van a producir (Barnard, 1938).

No obstante, si en una empresa no existe una declaración explícita de fines compartidos es fácil caer en las teorías utilitaristas u oportunistas y que la actividad pase a ser simplemente el fruto de los intereses particulares de sus miembros y la influencia que los diversos agentes externos ejercen sobre la misma. Esta visión oportunista hace imposible la cooperación (Cardona & Rey, 2005).

En una organización compleja y con una dirección jerárquica, como puede ser un hospital, una postura colaborativa con vista a cumplir la misión puede ayudar a superar los obstáculos organizacionales y financieros. Entre los factores de éxito para lograr esta colaboración estaría el definir claramente la misión y tener un plan de implementación robusto (Corwin, Corbin, & Mittelmark, 2012). En el contexto hospitalario la colaboración también presupone una misión compartida (Krogstad et al., 2004). Disfrutar de una cultura común es beneficioso para los profesionales en la medida en que les permite identificarse con la institución y su modelo de funcionamiento, compartir con los demás y motivarse con los aspectos altruistas que favorecen a los pacientes (Coxon, 2005).

Al afirmar que la misión trasciende el individuo se coloca el mayor peso de la decisión en las ideas y no en la gestión ni en las corporaciones. Se toca así, de forma radical, en la relación entre autoridad y poder. Se afirma, en esencia, que la autoridad está en las ideas plasmadas en la misión. La misión se convierte en el elemento más importante para la orientación de la acción de las personas en la organización (Hamel, 2011; Senge, 1998).

Por lo tanto, para que exista integración interprofesional, es decir, para que la colaboración interprofesional y el trabajo de equipo de alta calidad estén presentes en un hospital es conveniente, en primer lugar, la concreción de una misión aglutinadora, (Headrick, 1998; Scott Reeves et al., 2010). Pero esto, aunque sea necesario, no es suficiente; cada profesional, voluntariamente, debe asumir y querer alinearse alrededor de la misión, convirtiéndola en un motivo por el que cooperar con los demás profesionales (Crosson, 2003), lo que denominamos la motivación vinculada a la misión. Y así se logra tener profesionales comprometidos con su organización –y no solamente con su propia profesión o con sí mismos–, fundamentados en un sentido de misión, de servicio, de contribución a los *stakeholders* de la institución. (Mintzberg, 2012).

4.10. Conclusiones

Los hospitales son generalmente organizaciones con una misión institucional bien definida que se orienta hacia la satisfacción de los intereses legítimos de los principales *stakeholders* (enfermos, colaboradores, propiedad, sociedad), de la que el partícipe central es el enfermo/cliente. El valor primordial presente en los hospitales es el cuidado que se presta a los enfermos.

Tal y como ocurre con las organizaciones de otras industrias, a las instituciones de salud les conviene promover el alineamiento de los comportamientos y de las actitudes de los colaboradores con el propósito y la finalidad de la organización.

De los dos tipos de motivaciones descritos en la literatura –el autorreferencial y el altruista– es este último el más sensible a las necesidades de los *stakeholders* de la organización.

Dado que la misión de la organización se puede definir como “contribución a los legítimos intereses de los *stakeholders* de la institución”, se cumple la misión de la organización si se logran satisfacer las necesidades de todos y cada uno de sus *stakeholders* legítimos.

Para hacer efectiva la misión de la organización no es suficiente formalizarla (declaración de la misión), ni medir su avance (misión dinámica), sino que también es necesario que los colaboradores quieran cumplirla (misión motora), lo que se denomina Motivación vinculada a la misión o *Pro Stakeholder Motivation*.

Así, la motivación altruista hacia todos y cada uno de los legítimos *stakeholders* de la organización –la *Pro Stakeholder Motivation*– es condición necesaria para que la misión se haga efectiva y para que los colaboradores asuman personalmente la misión de la organización, armonizando y equilibrando los intereses legítimos de los diferentes *stakeholders*: enfermos, colegas, sostenibilidad de la institución y sociedad.

La *Pro Stakeholder Motivation* y sus declinaciones constituyen, de esta manera, un factor que permite ir más allá de los intereses individuales de cada actor del sistema y de las corporaciones a las que pertenecen, e induce a la cooperación entre los profesionales del sector de la salud.

5. CONCLUSIONES GENERALES DEL MARCO TEÓRICO

La salud, bien sea considerada particular e individualmente o como un sector económico y social, es uno de los grandes temas que afectan a la vida del hombre, en todas las culturas, épocas y geografías.

Los profesionales del sector sanitario, sobre todo los médicos, los enfermeros y los gestores, aunque estén todos orientados al servicio al enfermo, poseen una forma de vivir el sistema de salud, una manera de trabajar y unas prioridades específicas que les llevan a actuar como “subculturas profesionales”, “mundos” aislados, “silos” incomunicados, muchas veces establecidos en contra del trabajo coordinado, de las redes interprofesionales.

Las relaciones que se dan entre estos grupos, por su idiosincrasia peculiar, se prestan a bloqueos, conflictos, situaciones inestables, dispersión, aunque existan jerarquías, roles y procesos de sinergia bien definidos. Esta situación implica un perjuicio para todas las partes interesadas (*stakeholders*) y para la sociedad como un todo.

Es precisamente esta riqueza de perfiles profesionales muy especializados, conjuntamente con la interacción problemática entre ellos, lo que constituye uno de los factores más importantes para que el sector sanitario sea considerado uno de los más complejos de la realidad socio-económica de una sociedad.

Se trata, además, de un problema de gestión: la dificultad de integración interprofesional en un sector que la necesita para que exista una prestación sanitaria de calidad.

Al ser un problema de gestión de naturaleza cultural –basado en la existencia de subculturas profesionales con tendencias autorreferenciales– no parece encontrarse ni totalmente, ni satisfactoriamente resuelto a través de los sistemas tradicionales de jerarquía, comando y control.

La integración de organizaciones, procesos y equipos en el sector sanitario es deseada y buscada, por ser necesaria. Y aunque se haya intentado con medios y recursos muy variados, no se ha logrado llegar a la integración de las personas, porque cuando únicamente las estructuras están integradas, estas son insuficientes para lograr un cambio de actitud de los profesionales.

Aunque se han llevado a cabo y publicado numerosos estudios sobre la integración en salud, pocos trabajos versan sobre la integración de las personas del sector; lo que constituye una aportación novedosa por parte de esta tesis.

Para que las personas cuya tendencia habitual es el aislamiento se integren, necesitan querer hacerlo, tener motivos que las haga moverse hasta ese punto distante de su propensión habitual. Y esta voluntariedad no se suscita automáticamente, ni por una lógica de mercado, ni por procesos funcionales y estructurales.

La misión organizacional –contribución hacia los intereses legítimos de sus *stakeholders*– parece ser un elemento con mucho potencial para agregar y aglutinar la buena voluntad de los profesionales hacia un esfuerzo de integración. Sin este aspecto que trasciende las diferencias profesionales y culturales, la integración colapsa entre las divisiones y bloqueos interprofesionales y ante la visión estrecha de la propia corporación o del interés propio.

Pero la misión institucional solo se hace efectiva si, además de formalizarse e introducirse en los sistemas de gestión de la institución, es asumida voluntariamente por parte de los colaboradores de la institución, en otras palabras, si es parte de su motivación personal.

Parece, por lo tanto, que la motivación basada en la contribución hacia los *stakeholders* de la institución –la *Pro Stakeholder Motivation*– puede tener una influencia importante en la integración de los profesionales tendencialmente aislados del sector sanitario, con el correspondiente beneficio para las instituciones, enfermos, sociedad y para los mismos profesionales.

Así, por una parte, los gestores, administradores y otros responsables de las instituciones sanitarias tienen aquí un campo de mejora y de potenciación de la misión institucional al intentar crear condiciones para que la misión no sea solo formalizada y comunicada, sino aceptada y vivida por sus profesionales. Y, por otra parte, los profesionales sanitarios, apoyados por esta voluntariedad de llevar a la práctica la misión institucional, encuentran aquí un soporte cultural, comportamental, de creencias y de valores para sus opciones, muy en consonancia con su vocación profesional primaria de servicio al enfermo.

PARTE II – ESTUDIO EMPÍRICO

6. MISIÓN, MOTIVACIÓN E INTEGRACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD

6.1. Introducción

Esta segunda parte de la tesis se basa en la revisión de la literatura anteriormente expuesta, y estudia, de una forma cuantitativa, los factores motivacionales que promueven la integración interprofesional entre los diferentes actores del sector de la salud (médicos, enfermeros y gestores).

Se expondrán dos estudios: uno que aplica un modelo de ecuaciones estructurales y que busca las relaciones entre motivación e integración, y otro, comparativo de muestras independientes, que busca las diferencias entre los grupos de profesionales (médicos, enfermeros y gestores) en cuanto al fenómeno de la motivación.

En el estudio de modelo de ecuaciones estructurales se procurará, en concreto, dar respuesta a los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la relación entre la motivación extrínseca y la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores) del sector hospitalario?
2. ¿Cómo se relaciona la motivación intrínseca con la integración entre profesionales (médicos, enfermeros y gestores)?
3. ¿Cómo es la relación entre la *Pro Stakeholder Motivation* aplicada a los *stakeholders* próximos (colegas, enfermos e institución) con la integración en ambiente hospitalario entre médicos, enfermeros y gestores?

4. ¿Cuál es la relación entre la *Pro Stakeholder Motivation* aplicada al *stakeholder* sociedad con la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores)?
5. ¿Cómo se relaciona la *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo con la integración entre los profesionales (médicos, enfermeros y gestores), si se considera al *stakeholder* clave del sector de la salud (el enfermo) independientemente de los demás *stakeholders* principales (colegas, institución, sociedad)?

En el estudio comparativo de muestras independientes, se tratará de verificar si hay diferencias de medias entre los diversos tipos de motivación para cada uno de los principales grupos profesionales identificados en el sector sanitario: médicos, enfermeros, médicos-gestores, enfermeros-gestores y gestores.

6.2. Modelo conceptual e hipótesis

En esta tesis se propone un modelo conceptual que, analizado en conjunto, se centra en las relaciones entre motivación e integración, en un entorno sanitario. En concreto, estudia la forma en que se relacionan los distintos tipos de motivación (extrínseca, intrínseca y “*Pro Stakeholder*”, esta última con sus derivaciones) con la integración de los profesionales sanitarios.

El modelo propuesto pretende explicitar si los profesionales motivados están más inclinados a un comportamiento integrado con los compañeros que forman su equipo de trabajo y si hay diferencias en la relación motivación-integración según los diferentes tipos de motivaciones consideradas.

En la parte I de esta tesis, se han tenido en cuenta la integración (ITG) –ampliamente descrita, sobre todo en el capítulo 3– y la motivación (M) así como sus elementos constitutivos,

descritos en el capítulo 4 de esta tesis; esto es, la motivación extrínseca (ME), la motivación intrínseca (MI) y la “*Pro Stakeholder Motivation*” (PSM) con sus tradicionalmente considerados *stakeholders* principales

- la sociedad en general (PSMs);
- la institución y su sostenibilidad (PSMi);
- los colegas de trabajo (PSMc);
- y los clientes –en el caso del sector sanitario es más adecuado hablar de pacientes o enfermos– PSMe).

Al final, como se verá y explicará posteriormente, se señala que tanto PSMc, como PSMi y una variable de PSMe se deberían considerar unidos en un único elemento, al que se designa como PSMp (de proximidad).

El caso de la PSMe es particularmente importante en el sector sanitario, tal y como se explicitó en el marco teórico. Por consiguiente, parece razonable preguntar si considerada aisladamente de los otros *stakeholders* principales, e incluso en contraposición a ellos (siguiendo el *motto* “el cliente tiene siempre la razón, porque el cliente está siempre en primer lugar”), es suficiente para garantizar una relación positiva con la integración, o si, por el contrario, es necesario tener simultáneamente presentes a los principales *stakeholders* para que haya una relación positiva con la integración.

Así, las hipótesis que se van a contrastar con esta investigación son las siguientes:

- o H1: La ME tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H2: La MI tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H3: La PSMp tiene una relación positiva y significativa con ITG.

- o H4: La PSMs tiene una relación positiva y significativa con ITG.
- o H5: La PSMe tiene una relación positiva y significativa con ITG.

La figura 7 resume el modelo conceptual propuesto con las hipótesis planteadas.

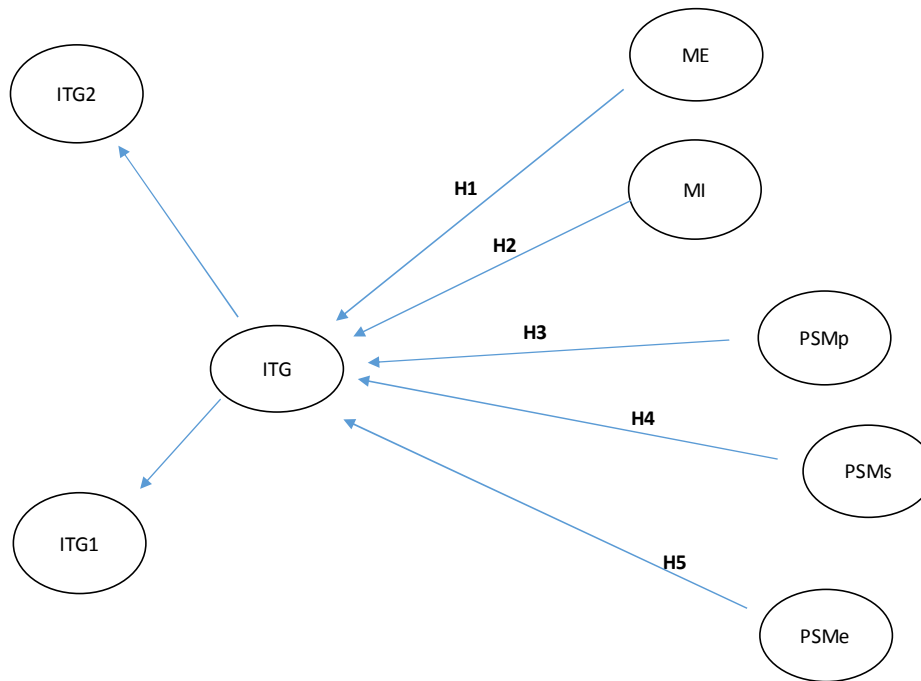


Figura 7: Modelo de investigación e hipótesis planteadas.

Las hipótesis arriba descritas traducen resumidamente los siguientes conceptos y relaciones:

- o H1: La ME tiene una relación positiva y significativa con ITG. En otras palabras, si los profesionales sanitarios están motivados por su salario y los incentivos monetarios asociados a su prestación, así como por su reconocimiento como profesionales, tienden a integrarse con los otros profesionales de su equipo y de su institución;

o H2: La MI tiene una relación positiva y significativa con ITG. Es decir, si los profesionales sanitarios están motivados por su realización profesional, por el grado de autonomía con el que pueden ejercer sus funciones y por las posibilidades de desarrollo profesional a las que tienen acceso, tienden a integrarse con los otros profesionales de su equipo y de su institución;

o H3: La PSMp tiene una relación positiva y significativa con ITG. Esto es, si los profesionales sanitarios están motivados por su contribución y servicio a las necesidades reales de sus enfermos, de sus colegas de trabajo y al sostenimiento y desarrollo de la institución en la que trabajan, tienden a integrarse con los otros profesionales de su equipo y de su institución;

o H4: La PSMs tiene una relación positiva y significativa con ITG. Dicho de otro modo, si los profesionales sanitarios están motivados por su contribución y servicio a la sociedad considerada en abstracto y en general, tienden a integrarse con los otros profesionales de su equipo y de su institución;

o H5: La PSMe tiene una relación positiva y significativa con ITG. En otros términos, si los profesionales sanitarios están motivados por su contribución y servicio a las necesidades reales de sus enfermos, aisladamente e incluso en contraposición a los otros *stakeholders* principales, tienden a integrarse con los otros profesionales de su equipo y de su institución;

6.3. Diseño del estudio empírico y metodología

6.3.1. Introducción

El sector sanitario y la relación entre sus profesionales puede abordarse desde múltiples perspectivas.

En este estudio empírico se observarán dos aspectos:

- a) la hipotética relación entre los diferentes tipos de motivación de los profesionales y la integración interprofesional;
- b) y si hay diferencias significativas entre los cinco perfiles profesionales descritos (médicos, enfermeros, gestores, médicos-gestores y enfermeros-gestores), en lo que se refiere a los diferentes tipos de motivación.

Hay que señalar, también, que esta tesis considera únicamente a los profesionales que trabajan en hospitales (descartando a los datos de profesionales sanitarios que trabajan en otro tipo de instituciones) porque el hospital aúna en sí tres características esenciales para el estudio de la relación entre la motivación y la integración y de la distinción de estas variables entre los perfiles profesionales, que son las siguientes:

- 1. por una parte, dada su dimensión y complejidad, el hospital es una institución en la que la importancia de la integración está más patente (en locales donde trabajan pocas personas la integración entre los profesionales es menos crítica);
- 2. por otra, en los hospitales conviven los cinco tipos de perfiles profesionales a los que se dedica este trabajo de tesis (lo que no ocurre en muchos de los consultorios médicos, laboratorios etc.);

3. además, se trata de instituciones en las que hay una relación directa con los enfermos (lo que no ocurre, por ejemplo, en instituciones de administración central o regional, colegios profesionales etc.).

Por tanto, la unidad de análisis de este trabajo es el profesional hospitalario.

6.3.2. Muestra y metodología

En este estudio se ha optado por una metodología cuantitativa con la intención de determinar, mediante inducción, características externas generales de personas singulares (en concreto, su motivación e integración) y la relación entre esas dos características con base en la observación de un número significativo de casos individuales.

Para ello se ha utilizado un cuestionario estructurado que permite abarcar un amplio conjunto de cuestiones, estudiar conceptos no directamente observables (como actitudes y motivos), comparar resultados y analizarlos estadísticamente.

6.3.2.1. Las escalas de medida del cuestionario

En el estudio cuantitativo de esta tesis se van a medir y a relacionar motivación (con sus componentes extrínseco, intrínseco y “*Pro Stakeholder Motivation*”) e integración, teniendo como base un cuestionario construido a partir de escalas validadas por autores referenciados en la literatura científica.

Para el estudio del fenómeno de integración, se presenta la escala de la intensidad de la colaboración interprofesional en salud –INCINS (Martin-Rodriguez, D’Amour, & Leduc, 2007). En este estudio se utiliza un cuestionario de 16 preguntas que se reducen a 4 factores de primera orden (Apreciación global, Coordinación, Percepción de los pacientes y Actividades compartidas) que componen el factor de segunda orden “Integración”.

Para los diferentes tipos de motivaciones, la investigación se apoya en los siguientes estudios:

1. Motivación extrínseca: MAWS –adaptado y traducido de *Motivation at Work Scale* (Gagne et al., 2010);
2. Motivación intrínseca: MAWS –adaptado y traducido de *Motivation at Work Scale* (Gagne et al., 2010);
3. *Pro Stakeholders Motivation* distinguiendo los *stakeholders* –utilización de escalas que miden la contribución a la satisfacción del enfermo, al desarrollo de los colegas y su bienestar y a la sostenibilidad de la institución (Brief & Motowidlo, 1986); y de escalas que miden la contribución a la sociedad (Wright, 2012; Wright & Pandey, 2010), en consonancia con el estudio reciente de Bastons (Bastons et al., 2016).

En resumen (Tabla 2):

Escala de medida utilizadas	Escalas de medida original en las que se basa la investigación	Autores
Integración	Colaboración interprofesional en salud	(Martin-Rodriguez et al., 2007)
Motivación extrínseca	<i>Motivation at work scale</i>	(Gagne et al., 2010)
Motivación Intrínseca	<i>Motivation at work scale</i>	(Gagne et al., 2010)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (colegas, institución, enfermos)	<i>Pro social organization behaviour</i>	(Brief & Motowidlo, 1986)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (sociedad)	<i>Public service Motivation</i>	(Wright, 2012; Wright & Pandey, 2010)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (colegas, institución, enfermos sociedad)	<i>Pro Stakeholder Motivation</i>	(Bastons et al., 2016)

Tabla 2: Escalas de medida y constructos

Las escalas originales (en su idioma respectivo, ya sea inglés o castellano) se presentan en el ANEXO 1.

Se realizaron los siguientes cambios de las escalas originales (ANEXO 1):

- a) en las preguntas sobre la Motivación Extrínseca, el autor eliminó la número 11 por su descripción demasiado ruda, primaria y básica).
- b) en las preguntas sobre la Motivación Intrínseca, el autor añadió una pregunta más (“hago mi trabajo porque puedo aprender cosas nuevas”) puesto que este enfoque que subraya la importancia del aprendizaje en el trabajo no estaba presente; y eliminó

- dos preguntas (las número 6 y 8 porque no están muy en consonancia con los conceptos de motivación intrínseca descritos en el capítulo 4 de esta tesis).
- c) de las preguntas sobre la *Pro Stakeholder Motivation* (distinguiendo los *stakeholders*) se utilizaron todas las que miden la contribución a la satisfacción del enfermo, el desarrollo de los colegas y su bienestar y la sostenibilidad de la institución excepto las número 3, 7, 9, 12 y 13 porque no se relacionaban directamente con la motivación dirigida a los intereses de los *stakeholders* sino con valores de la propia persona; además, se añadieron otras dos preguntas para matizar bien aspectos relacionados con la motivación orientada a satisfacer los *stakeholders*, en concreto: “Estoy disponible y dispuesto a ayudar a mis colegas para que sean mejores profesionales” y “Estoy disponible y dispuesto a ayudar a mis colegas para que sean mejores personas”. Asimismo, en las preguntas que evaluaban la PSM orientada a enfermos, se concretó la palabra “consumidores” para facilitar la comprensión de las preguntas, especificando que se refiere a enfermos, utilizadores o clientes.
- d) en las preguntas sobre la *Pro Stakeholder Motivation* que miden la contribución a la sociedad, se retiraron las número 2 y 5 porque están más relacionadas con cuestionar la interdependencia (pregunta 2) y con los valores y convicciones (pregunta 5).
- e) en las preguntas sobre Integración, basadas en la escala de la intensidad de la colaboración interprofesional en salud –INCINS (Martin-Rodriguez et al., 2007) –, se utilizaron todas. Estas están organizadas en el siguiente orden respecto a los factores de primera orden (ANEXO 1):
- a. Apreciación global (preguntas 1, 2 y 7) – ITG1
 - b. Coordinación (preguntas 3, 13, 14, 15 y 16) – ITG2

- c. Percepción de los pacientes (preguntas 4 y 6) – ITG3
- d. Actividades compartidas (preguntas 5, 8, 9, 10, 11 y 12) – ITG4.

Posteriormente, dado que el cuestionario se distribuyó en portugués y para garantizar su correcta formulación, todas las preguntas fueron traducidas y retro-traducidas por expertos (dos nativos, con experiencia de más de 30 años en Portugal, trabajaron los textos en castellano y una profesora de inglés, de nacionalidad portuguesa, trabajó los textos en inglés).

En la siguiente fase, se realizó un test piloto (*pre test*) para validar la buena comprensión del texto y posibles ambigüedades: el cuestionario íntegro traducido al portugués se envió por correo electrónico personalizado, el 17 de mayo de 2015, a un panel de 17 expertos del sector sanitario y de otros sectores (médicos, enfermeros, farmacéuticos, ingenieros, juristas y gestores, de los que se obtuvieron 9 respuestas con sugerencias); de este panel surgieron recomendaciones de aspectos formales, algunas aclaraciones de traducción, y manifestaciones de opiniones sobre algunas de las preguntas originales; este proceso llevó a cambios de poca relevancia, que se describen a continuación.

- a) En las preguntas de contexto (ANEXO 2, preguntas 1-13):
 - a. 8: se pasó a incluir la posibilidad “Consultorio/clínica privada”;
 - b. 10: se incluyeron las posibilidades “1000-4999” y “>5000”;
 - c. 11-13: se explicitó mejor que cabía la posibilidad de contestar positivamente a una, a dos o a las tres posibilidades presentadas y que lo que se pretendía era una contestación referente a cargos actuales y no pasados;

- d. 13: se explicitó que “responsabilidades de ámbito técnico”, además de poder referirse a médico, enfermero, farmacéutico, jurista, ingeniero o similar, también se podría referir al ámbito administrativo, informático o financiero.
- b) En las preguntas del cuestionario referentes a los constructos (ANEXO 2, preguntas 14-23) se cambiaron las siguientes:
 - a. 14-16: se especificó que el equipo al que se referían era el de cada uno y no el equipo de salud en general, a través del añadido “su” en la formulación;
 - b. 18: se cambió “refleje su opinión” por “refleje su percepción”, porque lo pretendido no era una contestación racional, sino que transmitiera la percepción;
 - c. 23 d): se cambió la formulación, dado que la traducción, aunque correcta en portugués, según opinión del panel de expertos, no se entendía bien.

Así, se obtuvo el cuestionario definitivo final que fue enviado a la base de datos y que se encuentra en el ANEXO 2 y en el ANEXO 3 (organizado por constructos), ambos en portugués.

Las preguntas que miden la Integración (14-19) están basadas en una valoración tipo Likert de 1 a 5, en la que el 1 refleja un nivel bajo y el 5 un nivel alto (muy jerarquizadas-muy igualadas; escaso-alto; poco-mucho; muy mala-muy buena; totalmente en desacuerdo-totalmente en acuerdo; muy mal; muy bien).

Las preguntas (20-23) que miden la Motivación –Extrínseca, Intrínseca y *Pro Stakeholder Motivation*– están basadas en una valoración tipo Likert de 1 a 7 en la que el 1 refleja un nivel bajo y el 7 un nivel alto (de modo alguno - exactamente).

En el Anexo 2 se presentan también todas las preguntas (1-13) de caracterización y de contexto (en el original, en portugués).

Así, y en resumen, las variables analizadas en este estudio empírico se pueden agrupar de la forma que se presenta en la tabla 3 (referidas al orden de preguntas del Anexo 2):

Constructos	Preguntas	Cuestionario
Integración	ITG 1-16	14 al 17; 18 (a-h); 19 (a-d)
Motivación extrínseca	ME 1-4	20 (f-i)
Motivación intrínseca	MI 1-6	20 (a-e); 22 c
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (colegas)	PSMc 1-4	21 (a,b); 23 (g,h)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (enfermos)	PSMe 1-3	21 (c-e)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (institucion)	PSMi 1-3	21 f; 22 (a,b)
<i>Pro Stakeholder Motivation</i> (sociedad)	PSMs 1-3	23 (a-c)

Tabla 3: Estructura del cuestionario

El cuestionario fue contestado entre el 27 de mayo y el 25 de junio de 2015 a través de una plataforma de encuestas web (Survey Monkey®) que recoge anónimamente las respuestas. El tiempo de respuesta al cuestionario –después del *pre-test* a personalidades del sector y otros– se estimó en diez minutos aproximadamente.

Para garantizar que se obtenían respuestas en número suficiente se hicieron dos pedidos para colaborar en el estudio, el 27 de mayo y el 15 de junio de 2015, pues el primer envío resultó insuficiente en lo que respecta a dos de los cinco perfiles profesionales que se querían estudiar: los médicos y los enfermeros sin cargos de gestión.

Como es práctica habitual en estudios académicos, se garantizó la confidencialidad de los datos.

El resultado final de la obtención de respuestas se presenta en la tabla que sigue:

	Total	1° envío	2° envío
Emails enviados	2308	867	1441
Respuestas	717 (31,06%)	432	285
Respuestas válidas	647 (90,23%)	400	247
Hospitalarios	532 (82,22%)		
5 perfiles estudiados	434 (81,57%)		

Tabla 4: Cuestionario, envíos y respuestas

Para el estudio de ecuaciones estructurales fueron utilizadas 532 respuestas válidas, de profesionales hospitalarios (se descartaron profesionales de otros ámbitos por su poca representatividad y porque no eran objeto de estudio de esta tesis).

Para el estudio de comparación de muestras independientes, fueron utilizadas 434 respuestas validadas de los 5 perfiles profesionales hospitalarios descritos con detalle en el texto de la tesis: médicos, enfermeros, gestores, médico-gestores y enfermeros-gestores.

A continuación, vamos a detallar el proceso de obtención de la muestra definitiva.

6.3.2.2. 1ª fase: características de la base de datos

A partir de una base de datos constituida por directivos y prestadores de cuidados de salud de Portugal con contacto de email, obtenida a raíz de los Programas de Alta Dirección de Instituciones de Salud (PADIS) que el autor de esta tesis promueve ininterrumpidamente desde 2004 –antiguos alumnos de AESE Business School o relacionados–, se identificaron las personas a las que enviar el cuestionario por correo electrónico (profesional o personal). Siguiendo el criterio de que fuesen personas que trabajasen en instituciones prestadoras de cuidados de salud a los pacientes, se seleccionaron 867 personas, eliminándose de la base de datos original los que trabajaban en organismos e instituciones de administración del sistema, colegios o sindicatos profesionales e industria farmacéutica. O sea, solo quedaron para recibir el email que solicitaba la participación en el estudio los que trabajan en contacto directo con los pacientes.

De estas 867 personas, 392 (45%) eran mujeres; respecto al tipo de institución donde trabajaban, 663 (76,5%) lo hacían en Hospitales, 54 (6%) en Cuidados Primarios, 150 (17%) en otros tipos de instituciones (laboratorios de análisis, radiología, rehabilitación etc.). En lo que se refiere al perfil profesional, 291 (33,5%) eran médicos, 122 (14%) gestores o economistas, 83 (9,5%) enfermeros, 59 (6,8%) juristas, 44 (5%) farmacéuticos, 35 (4%) ingenieros y 17 (2%) formados en otras ciencias de la salud. De las 867 personas de la base de datos, 675 (88%) trabajaban en instituciones públicas.

6.3.2.3. Características de la 1ª muestra

A este cuestionario, enviado a 27 de mayo de 2015, contestaron 432 personas (49,82%) de las cuales 32 (7,4%) lo hicieron inválidamente por no haberlo completado en su totalidad.

Al comprobar que las respuestas por tipo de institución se distribuían muy asimétricamente –Hospitalaria, 314 (78,5%); Cuidados primarios, 27 (6,75%); Clínica/consulta, 10 (2,5%); Laboratorio, 10 (2,5%); Centro de diagnóstico, 3 (0,75%), Otra, 17 (4,25%)–, se restringió el estudio a profesionales que trabajan en hospitales con el fin de lograr datos más coherentes y sólidos.

Al constatarse que, en el conjunto de cuestionarios contestados, el número de médicos y de enfermeros hospitalarios sin un rol de dirección era muy pequeño (20 y 3 respectivamente), se hizo un segundo *e-mailing* pidiendo a 73 personas (53 médicos y 20 enfermeros hospitalarios) –que habían contestado previamente al cuestionario en la 1ª fase– que promoviesen la respuesta al cuestionario entre sus compañeros sin un rol directivo en el hospital.

6.3.2.4. 2ª fase, características de la base de datos

En esta 2ª fase, a partir de estas 73 personas, se enviaron el 15 de junio de 2015 aproximadamente otras 1441 solicitudes de participación en el estudio y se obtuvieron 285 nuevas respuestas (19,6%).

Así, la base de datos definitiva que sirvió de apoyo al estudio de esta tesis fue constituida por 2308 personas (867 en la 1ª fase y 1441 en la 2ª fase), de las cuales se recibieron 717 respuestas (31,1%).

6.3.2.5. Características de la muestra definitiva

De esas 717 respuestas, 70 (9,8%) fueron inválidas por no haber sido completadas íntegramente.

De las 647 respuestas válidas, solo se utilizaron 532 (82%) porque provenían de instituciones hospitalarias, según la restricción ya justificada más arriba, esto es, para obtener datos más coherentes y robustos.

Se pueden observar las principales características demográficas de la muestra total (fase 1 y fase 2) en la tabla 5.

		# (total=532)	%
Edad	25-34 años	109	20,5
	35-44 años	122	22,9
	45-54 años	171	32,1
	55-64 años	110	20,7
	más de 65	20	3,8
Sexo	masculino	216	40,6
	femenino	316	59,4
Número de años de experiencia en el sector	<5	52	9,8
	5-14	142	26,7
	15-24	143	26,9
	>25	195	36,7
Formación de base	Medicina	174	32,7
	Enfermería	188	35,3
	Farmacia	27	1,3
	Otra ciencia de la salud	7	1,3
	Gestión o economía	72	13,5
	Otra área	64	12

		# (total=532)	%
Sector	Público	420	78,9
	Privado	106	19,9
	Social	6	1,1
Número de colaboradores de la institución	<99	2	0,4
	100-499	61	11,5
	500-999	71	13,3
	1000-4999	304	57,1
	>5000	93	17,5
Ámbito de responsabilidad (hay superposiciones)	Global	128	24,1
	Departamental	230	43,2
	Técnico	388	72,9

Tabla 5: Características demográficas de la muestra

De esta muestra se destacan las siguientes características:

- a) Edad: hay una ligera preponderancia (32%) de personas entre los 45 y 54 años, y un equilibrio en torno al 21% de personas entre 25 y 34, 34 y 44 y 55-64 años; hay un descenso abrupto a partir de los 65 años;
- b) Sexo: preponderancia de mujeres (casi el 60%);

- c) Número de años trabajando en el sector sanitario: un poco más del 63% trabaja en este sector desde hace más de 15 años, lo que denota un conocimiento profundo del sector;
- d) Formación de base: de los perfiles profesionales de nuestro estudio, 68% son médicos o enfermeros, profesiones centrales en el sector de la salud; y 13,5% son gestores y economistas. Como el sector absorbe muchos tipos de profesionales, el 12% quedó agrupado en un grupo indiferenciado ("Otra área").
- e) Sector: la diferencia público/privado (aproximadamente 80% y 20 %) corresponde a la relación hospitales públicos y privados en Portugal; la realidad de las instituciones de carácter social no queda representada en la muestra, porque tampoco suelen estar presentes en actividades de formación de la AESE Business School, origen de la base de datos de este estudio académico;
- f) Número de colaboradores: al restringirse el estudio a los hospitales, y dada la complejidad del sector hospitalario y la dimensión de las instituciones, es lógico que más del 85% tenga más de 500 colaboradores;
- g) Ámbito de responsabilidad: se subraya la posibilidad de haber superposiciones, pues una misma persona puede, por ejemplo, pertenecer al Consejo de administración de un Hospital, ser director de un departamento y prestar cuidados de salud como médico en un servicio determinado; de todas formas, hay un

número significativo en cada uno de los ítems considerados en este apartado del cuestionario.

A lo largo de esta tesis se han estudiado, en concreto, cinco perfiles profesionales que tienen una importancia particular en el sector sanitario:

- a) Grupo I: médicos;
- b) Grupo II: enfermeros;
- c) Grupo III: gestores;
- d) Grupo IV: médicos-gestores;
- e) Grupo V: enfermeros-gestores;

En la tabla 6 se muestran las características demográficas con base en las respuestas al cuestionario y teniendo en cuenta únicamente estos cinco perfiles profesionales (en total 434 personas, puesto que se retiró a los 27 farmacéuticos, a los 7 de “Otra ciencia de la salud” y a los 64 de “Otra área”).

		Perfiles profesionales (# 434)									
		Médicos (# 79)		Enfermeros (# 122)		Gestores (# 72)		Médicos- gestores (# 95)		Enfermeros- gestores (# 66)	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Edad	25-34 años	35	44,3	59	48,4	6	8,3	1	1,1	3	4,5
	35-44 años	14	17,7	38	31,1	29	40,3	2	2,1	8	12,1
	45-54 años	15	18,9	20	16,4	24	33,3	34	35,8	35	53
	55-64 años	12	15,2	5	4,1	11	15,3	44	46,3	20	30,3
	más de 65	3	3,8	0	0	2	2,8	14	14,7	0	0
Sexo	masculino	34	43	29	23,4	43	59,7	52	54,7	23	34,8
	femenino	45	57	93	76,6	29	40,3	43	45,3	43	65,2
Número de años en el sector	<5	20	25,3	23	18,9	6	8,3	0	0	0	0
	5-14	21	26,6	47	38,5	38	52,8	1	1,1	6	9,1
	15-24	15	18,9	41	33,6	17	23,6	12	12,6	18	27,3
	>25	23	29,1	11	9	11	15,3	82	86,3	42	63,6
Con formación en gestión		20	25,3	21	17,2			63	66,3	51	77,3
Sector	Público	69	87,3	72	59	58	80,6	82	86,3	55	83,3
	Privado	10	12,7	50	41	10	13,9	12	12,6	11	16,7
	Social	0	0	0	0	4	5,6	1	1,1	0	0
Nº trabajadores de la institución	<99	1	1,3	1	0,8	0	0	0	0	0	0
	100-499	10	12,7	19	15,6	7	9,7	11	11,6	10	15,2
	500-999	13	16,5	19	15,6	5	6,9	11	11,6	15	22,7
	1000-4999	35	44,3	64	52,5	49	68,1	53	55,8	34	51,5
	>5000	20	25,3	19	15,6	11	15,3	20	21,1	7	10,6
Ámbito de responsabilidad (hay superposiciones)	Global					36	50	28	29,5	30	45,5
	Departamental					37	51,4	82	86,3	47	71,2
	Técnico	79	100	122	100			82	86,3	46	69,7

Tabla 6: Características demográficas de los 5 perfiles profesionales

De esta muestra, restringida a los cinco perfiles profesionales, se destaca lo siguiente:

- a) Los cinco perfiles están representados con un número significativo de respuestas; en porcentaje decreciente, enfermeros (28,1%); médicos-gestores (21,9%), médicos (18,2%), gestores (16,6%) y enfermeros-gestores (15,2%).
- b) Edad: los médicos (sin cargos directivos) son, sobre todo, jóvenes, si bien todos los grupos etarios están representados; con los enfermeros (sin cargo directivos) ocurre lo mismo, aunque a partir de los 55 años es residual el número de los que no tienen responsabilidades en la gestión. Los gestores, médicos-gestores y enfermeros-gestores son, sobre todo, personas con más de 35 años. Se debe precisar, además, que los médicos-gestores son, mayormente, personas con más de 45 años (indicando que la formación técnica de los médicos es muy larga y, por lo tanto, los médicos solo asumen cargos de gestión más tarde).
- c) Sexo: si, por un lado, existe un equilibrio hombre-mujer en los perfiles de gestores y de médicos, se debe destacar, por otro lado, que en el caso de enfermería, hay sobre todo mujeres (72,3%).
- d) Número de años en el sector: debe subrayarse el dato de que los médicos-gestores y los enfermeros-gestores lo son, sobre todo, después de 15 años de trabajo en el sector (99% en el caso de los médicos y 91% en el caso de los enfermeros); casi todos los enfermeros sin cargos de gestión (91%) tienen menos de 25 años en el sector; muchos médicos (29,1%) con más de 25 años en el sector no tienen cargos de gestión;
- e) Formación en gestión: como sería de esperar, los médicos y enfermeros con funciones de dirección tienen un significativo porcentaje de formación complementaria en gestión (66 y 77 % respectivamente) que contrasta con los médicos y enfermeros sin esta responsabilidad (25 y 17 % respectivamente);

- f) Sector público o privado: excepto los enfermeros que trabajan significativamente en el sector privado (41%), los demás perfiles trabajan, sobre todo, en el sector público (más del 80%);
- g) Número de trabajadores de la institución: 99% son de instituciones con más de 100 trabajadores; más del 85% trabajan en organizaciones con más de 500 personas, lo que indica la complejidad de relaciones interpersonales e interprofesionales existente en este sector;
- h) Ámbito de responsabilidad: de los que tienen responsabilidad de gestión, los médicos y enfermeros poseen, sobre todo, responsabilidad departamental (86 y 71 % respectivamente), aunque el 30% y 45% la tienen también a nivel global; los gestores están repartidos entre responsabilidad global y departamental.

6.3.3. Aplicación del proceso de modelo de ecuaciones estructurales (SEM)

Para validar el modelo presentado (figura 7), se aplicará un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) tras realizar un análisis exploratorio y confirmatorio de las variables a analizar a través de un estudio de análisis factorial.

Los paquetes estadísticos utilizados serán el SPSS y EQS. 6.1

Para desarrollar el modelo de ecuaciones estructurales (SEM), que permite examinar de manera simultánea un conjunto de relaciones de dependencia, se deben realizar cuatro etapas: la especificación, la identificación, la estimación y la evaluación e interpretación del modelo (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999). Otros autores –que serán seguidos más de cerca– hablan de forma distinta sobre las etapas de este proceso: especificación (que incluye la identificación), estimación, evaluación y modificación del modelo (Ullman, 2006).

La lista de variables y constructos iniciales, y su correspondencia a las preguntas del cuestionario utilizado en este estudio, está en el ANEXO 4.

6.3.3.1. Validación de escalas

Se comenzará por el análisis factorial exploratorio que pretende analizar la estructura del modelo, determinar el número de factores que existen, la relación entre los factores y establecer cuántas variables están asociadas con los factores (Ullman, 2006), y así permitir el análisis posterior.

En primer lugar, se analiza la unidimensionalidad, es decir, se estudia si la estructura factorial con la que se concibió el modelo es correcta, si las variables de cada constructo son reductibles: se pretende confirmar la dependencia lineal entre las variables. Para esto se observa el índice KMO relativo a cada constructo (Integración, Motivación extrínseca, intrínseca y *Pro Stakeholder Motivation*). Para garantizar la unidimensionalidad, KMO debe ser mayor o igual a 0,9 (excelente), 0,8-0,9 (bueno), 0,7-0,8 (mediano). Otra aproximación posible, en parte redundante, es a través de la prueba de la esfericidad de Bartlett que cuanto menor, mayor es la posibilidad de justificarse un análisis factorial con los datos de la muestra. De acuerdo con los resultados obtenidos presentados en la tabla 7, se puede afirmar que el grado de unidimensionalidad de las escalas utilizadas es aceptable (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999) y proceder, por lo tanto, al análisis factorial subsecuente.

		ITG 1	ITG 2	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
	KMO	0,937	0,500	0,701	0,764	0,802	0,705	0,500
P.E. Bartlett	Chi²	3594,278	307,329	680,459	1403,883	698,254	729,209	67,439
	gl	36	1	6	10	10	3	1
	Sig	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 7: Análisis factorial exploratorio: unidimensionalidad

A continuación, en el análisis factorial exploratorio se analizaron las escalas a través de las matrices rotadas para cada constructo (que se presentan en el ANEXO 5).

Este paso pretende garantizar la validez convergente de cada factor. Se lleva a cabo analizando las matrices rotadas manteniendo únicamente los factores con cargas altas (en el caso de esta tesis, mayores que 0,575). En este análisis, se excluyeron algunas variables porque tenían valores propios bajos, inferiores a 0,575. En concreto, se excluyeron para Integración por este motivo: v1, v4, v5, v6 y v8 y para Motivación: v31, v33, v34 y v41.

Por consiguiente, para el constructo de segunda orden “Integración”, y a diferencia de las escalas de San Martín (2007) en las que se ha basado esta tesis, se concluyó que había dos factores de primer orden, el primero etiquetado como “Orientación al enfermo” (nueva ITG 1) y que incluye las variables v7, v9-16, y el segundo “Colaboración entre los profesionales” (nueva ITG 2), que incluye las variables v2-3. Explican el 58.188% de la varianza.

Si tomamos en consideración el factor “Motivación Extrínseca”, este mantiene todas las variables (v22-25). Explica el 60.103% de la varianza.

El factor “Motivación Intrínseca” solo mantiene las variables v17-21. Explica el 64.188% de la varianza.

Para los constructos relacionados con la *Pro Stakeholder Motivation*, de los cuatro factores de primera orden teóricamente distintos (PSMc, i, s y e), en PSMs se mantuvieron todas las variables (v35-37); y el factor PSMe quedó asociado a las variables v28 y v30; en cuanto que PSMc y PSMi acabaron por aunarse en un constructo único, ahora denominado PSMp, que además recibe la variable PSMe2 que también recoge aspectos organizacionales, posiblemente indicando que, en este universo, la motivación hacia los colegas, enfermos considerados alineadamente y hacia la institución se identifica en el factor “proximidad”.; este constructo (PSMp) se quedó así asociado a las variables v26, v27, v29, v32 y v42.

También las variables asociadas a la *Pro Stakeholder Motivation* considerada genéricamente (v38-40) fueron eliminadas por ser redundantes para este estudio pues ya están garantizadas las que se expresan por los constructos de primera orden de este factor.

El paso siguiente en el análisis factorial exploratorio es validar la divergencia de cada constructo. La validez divergente está garantizada si las cargas factoriales de una variable no cargan en dos factores con una diferencia igual o menor a 0,2; por este criterio se eliminaron v5, v6 y v31 (asimismo descartados con el criterio de validez convergente).

Así, y sumariando constructo a constructo, la diferencia entre las variables iniciales y finales se puede observar en las tablas 8, 9, 10 y 11.

VARIABLES INICIALES				VARIABLES FINALES			
CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES	CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES
INTEGRACIÓN ITG	ITG1	I1	v1	INTEGRACIÓN ITG	ITG2	I2	v2
		I2	v2			I3	v3
		I7	v7			I7	v7
	ITG2	I4	v4		I9	v9	
		I6	v6		I10	v10	
	ITG3	I5	v5		I11	v11	
		I8	v8	I12	v12		
		I9	v9	I13	v13		
		I10	v10	I14	v14		
		I11	v11	I15	v15		
	ITG4	I12	v12	I16	v16		
		I3	v3				
		I13	v13				
		I14	v14				
		I15	v15				

Tabla 8: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo Integración

El constructo Motivación extrínseca se mantuvo inalterado, con 4 variables (v22 a v25):

CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	ME	ME4	v22
		ME2	v23
		ME3	v24
		ME1	v25

Tabla 9: Variables iniciales y finales del constructo Motivación Extrínseca

El constructo Motivación intrínseca perdió la variable 34:

VARIABLES INICIALES				VARIABLES FINALES			
CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES	CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	MI	MI4	v17	MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	MI	MI4	v17
		MI5	v18			MI5	v18
		MI3	v19			MI3	v19
		MI1	v20			MI1	v20
		MI2	v21			MI2	v21
		MI6	v34				

Tabla 10: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo
Motivación Intrínseca

En lo que respecta al constructo *Pro Stakeholder Motivation*, los cambios fueron los siguientes:

VARIABLES INICIALES				VARIABLES FINALES			
CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES	CONSTRUCTO		PREGUNTA	VARIABLES
PRO STAKEHOLDER MOTIVATION	PSMc	PSMc1	v26	PRO STAKEHOLDER MOTIVATION	PSMp	PSMc1	v26
		PSMc2	v27			PSMc2	v27
		PSMc3	v41			PSMc4	v42
		PSMc4	v42			PSMi2	v32
	PSMi	PSMi1	v31		PSMe2	v29	
		PSMi2	v32		PSMs	PSMs1	v35
		PSMi3	v33			PSMs2	v36
	PSMs	PSMs1	v35			PSMs3	v37
		PSMs2	v36		PSMe	PSMe1	v28
		PSMs3	v37			PSMe2	v29
	PSMe	PSMe1	v28	PSMe3		v30	
		PSMe2	v29				
		PSMe3	v30				

Tabla 11: Variables iniciales comparadas con las variables finales del constructo *Pro Stakeholder Motivation*

El modelo, una vez efectuado el análisis factorial exploratorio, quedó así representado en diagrama en la Figura 8:

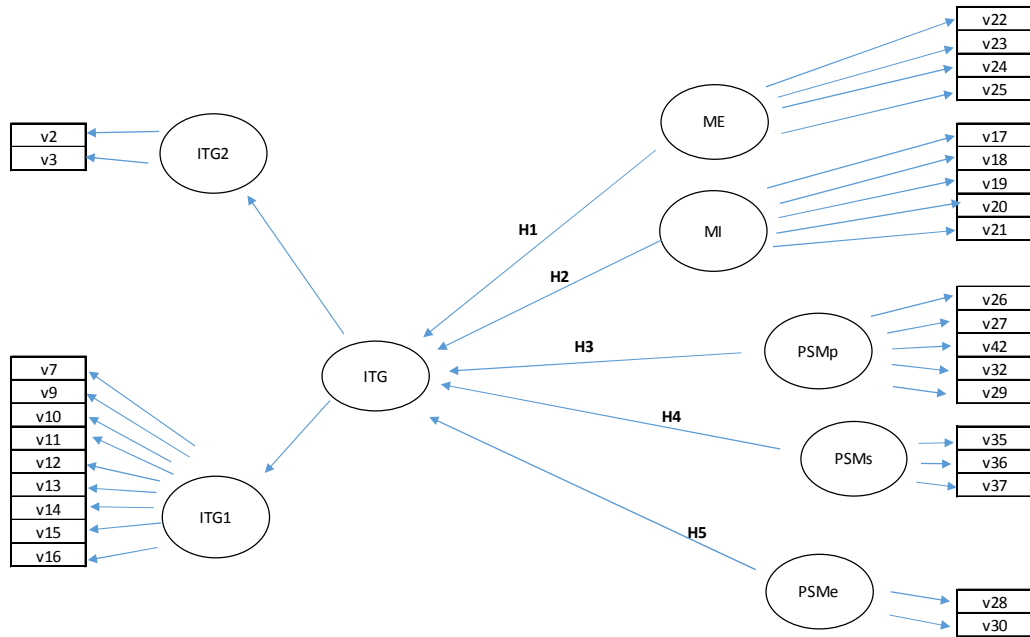


Figura 8: Diagrama del modelo después del análisis factorial exploratorio.

En el análisis factorial exploratorio se analiza, además, la fiabilidad o consistencia interna de la muestra, es decir, el grado en que cada medida está libre de errores aleatorios, ofreciendo resultados similares al aplicarse todas las veces a un grupo de sujetos en situaciones iguales. Para esto, se calculó el Alfa de Cronbach (coeficiente de correlación medio entre cada uno de los ítems, que debe ser $> 0,70$) para cada constructo (Peterson, 1994) que está sumariado en el ANEXO 5. Dada su importancia teórica para la tesis, se utilizará el componente PSMe, aunque tenga Alfa menor que 0,70, como se acepta en la literatura (Malhotra, 1998).

El paso siguiente es el análisis factorial confirmatorio. Este análisis pretende validar la estructura factorial extraída del análisis exploratorio.

En cuanto a la validez, esto es, el grado en que se está midiendo lo que se debe medir, se puede hablar de tres tipos (Alegre Vidal, 2003):

1. La validez de contenido: indica si el procedimiento empleado en la creación de las escalas ha sido adecuado. Dado que se utilizaron escalas ya validadas en la literatura (como anteriormente referido), aunque con pequeños cambios ya justificados, se da por demostrado que hay validez de contenido.
2. La validez convergente: analiza si la medida se correlaciona de manera positiva con otras medidas del mismo concepto o con las variables con las que debería correlacionarse teóricamente; es decir, si cada constructo mide lo que se desea que mida. Para esto se utilizaron, además del Alfa de Cronbach, otros dos índices: la fiabilidad compuesta (*CR – Composite Reliability*) y la varianza media extraída (*AVE – Average Variance Extracted*).

Para haber fiabilidad o consistencia interna,

$$AVE > 0,5$$

$$CR > 0,7$$

$$CR > AVE.$$

Como se puede ver en la tabla 12, y de acuerdo con los criterios descritos, hay fiabilidad en los datos de la muestra, aunque el AVE de PSMp sea ligeramente menor que 0,5.

	ITG1		ITG2		ME		MI		PSMp		PSMs		PSMe	
Variables	v7	0,729	v2	0,763	v25	0,710	v20	0,792	v26	0,758	v35	0,845	v28	0,820
	v9	0,782	v3	0,760	v23	0,849	v21	0,811	v27	0,638	v36	0,913	v30	0,820
	v10	0,800			v24	0,862	v19	0,826	v42	0,670	v37	0,876		
	v11	0,844			v22	0,660	v17	0,776	v32	0,575				
	v12	0,875					v18	0,800	v29	0,721				
	v13	0,853												
	v14	0,836												
	v15	0,819												
	v16	0,819												
KMO	0,937		0,500		0,701		0,764		0,802		0,705		0,500	
Alpha Cronbach	0,938		0,797		0,774		0,850		0,778		0,852		0,514	
CR - Composite Reliability	0,947		0,734		0,856		0,899		0,806		0,910		0,804	
AVE - Average Variance Extracted	0,669		0,580		0,600		0,641		0,456		0,771		0,672	
Raíz cuadrada del AVE	0,818		0,762		0,775		0,801		0,675		0,878		0,820	

Tabla 12: Análisis de fiabilidad y de validez convergente de las escalas

3. La validez discriminante: que indica en qué grado dos medidas desarrolladas para medir conceptos similares están relacionadas; esto es, que cada constructo sea diferente de los otros constructos. Según los criterios utilizados en la literatura, hay validez discriminante si la raíz cuadrada del AVE es $>$ a los valores de la matriz de correlación de las escalas.

La tabla 13 muestra cómo la raíz cuadrada de cada AVE es mayor que la diagonal de cada elemento, garantizando así la validez divergente.

	ITG 1	ITG 2	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
ITG 1	0,818						
ITG 2	0,575**	0,762					
ME	0,090*	0,171**	0,775				
MI	0,377**	0,366**	0,390**	0,801			
PSMp	0,365**	0,309**	0,162**	0,427**	0,675		
PSMs	0,221**	0,232**	0,147**	0,424**	0,538**	0,878	
PSMe	0,013	-0,010	0,111*	0,069	0,212**	0,079	0,820

* - La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** - La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 13: Análisis de validez divergente, matriz de correlaciones (la diagonal es la raíz cuadrada de AVE)

Por lo tanto, tal y como se muestra en las Tablas 12 y 13, las condiciones de validez convergente y divergente son satisfactorias, lo que indica que los constructos que integran el modelo se miden adecuadamente y están bien discriminados.

6.3.3.2. Validación de las hipótesis de la investigación: aplicación del modelo de ecuaciones estructurales

Estando el modelo causal especificado y los factores utilizados justificados ampliamente en la revisión bibliográfica de esta tesis, y una vez realizado el análisis factorial confirmatorio, se estableció un modelo de ecuaciones estructurales a partir del diagrama de secuencias presentado en la figura 8, que describe las relaciones entre las variables y que se evaluará en los pasos siguientes.

La especificación del modelo tiene por objetivo evaluar si la información aportada por los datos de la encuesta es suficiente para obtener estimaciones únicas de los parámetros no

conocidos (Alegre Vidal, 2003). El programa informático utilizado (EQS 6.1.) evalúa automáticamente la identificación al estimar el modelo.

En este proceso, a través del programa informático (EQS 6.1.), se ha aplicado el método de estimación de máxima verosimilitud (ML) con estimadores robustos y, tras el análisis de Lagrange (LM), se han añadido las siguientes relaciones propuestas por dicho análisis:

V20, F4

V21, F4

V22, F5

V27, F8

Además, se han incorporado las covarianzas pues es lógico introducir en el modelo las relaciones entre los distintos grupos de motivaciones y, además, se consigue un modelo más robusto.

Para garantizar que el modelo está estimado aceptablemente se analizará la chi-cuadrado de la escala Satorra-Bentler (Ullman, 2006) que debe ser menor que 5. Para evaluar cómo se ajustan los datos obtenidos al modelo propuesto, se observan dos índices principales (Ullman, 2006), CFI e RMSEA (Tabla 14):

CFI > 0,95 indica que el modelo está bien ajustado;

RMSEA > 0,1 indica un modelo pobremente ajustado. (Alegre Vidal, 2003).

	Satorra-Bentler	CFI	RMSEA
Valores del Modelo Robusto	3.337	0.901	0.066
Valores recomendados	<5	>0.95	<0,1

Tabla 14: Estimación del modelo

Para entender el significado del ajuste adecuado del modelo, es decir, el ajuste del modelo estructural, se examinará la significación estadística de las relaciones dentro del modelo.

Con ese fin, el Programa EQS aporta tres valores clave:

- a) el coeficiente no estandarizado (o parámetro estimado);
- b) el error estandarizado (S.E.);
- c) y el test estadístico (o valor z),

que se relacionan de la siguiente forma (Ullman, 2006):

$$z = \text{parámetro estimado} / \text{error estandarizado}.$$

Para que el valor z tenga significación estadística (es decir, para que se pueda afirmar que hay predicción estadística significativa) debe ser $> 1,96$, asociado a un valor $p < 0,05$. En otros términos, el ajuste del modelo estructural implica el análisis de la significación alcanzada por los coeficientes estimados, esto es, que para un nivel de significación del 0,05, el valor de z alcance 1,96. Un parámetro no significativo indicaría que la relación propuesta no tiene ningún efecto sustancial.

Así, el modelo final validado que se utilizará en esta tesis es el siguiente (Figura 9):

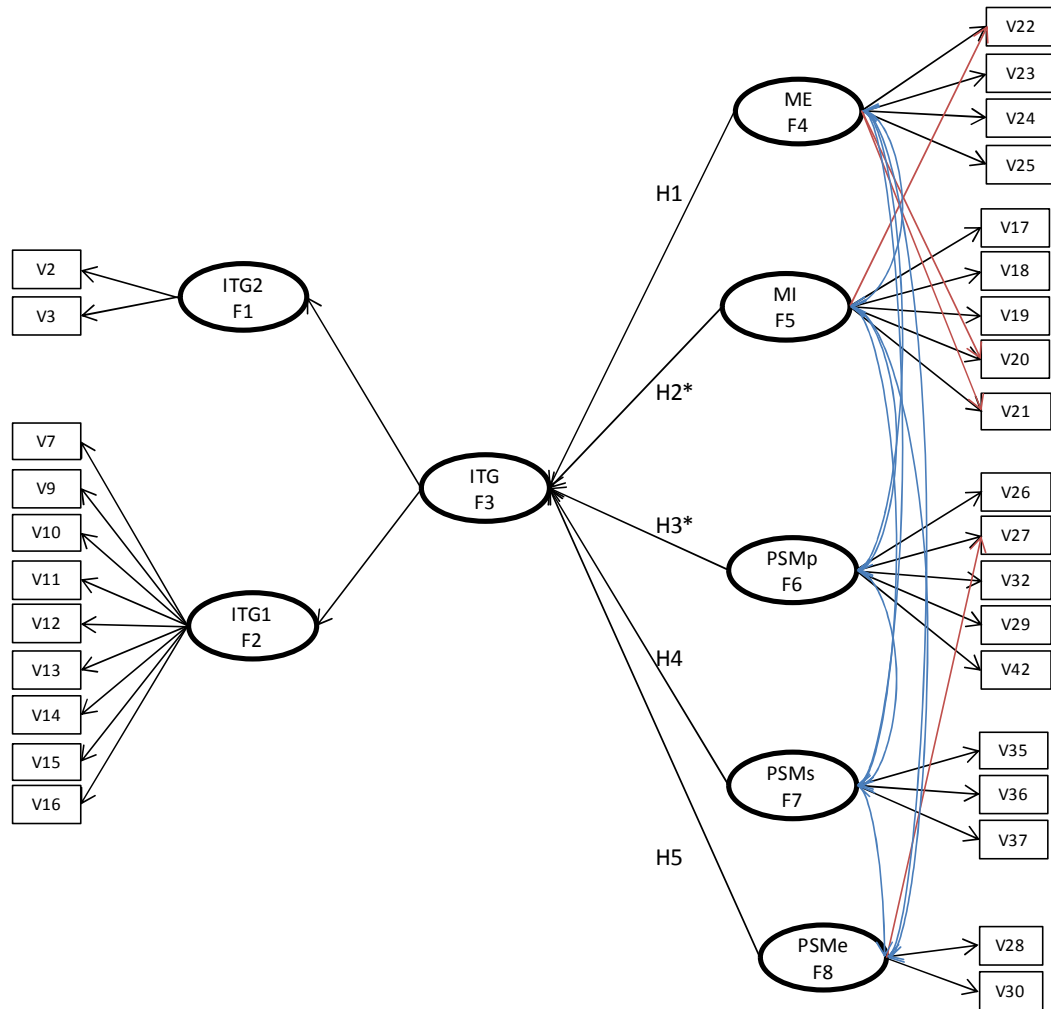


Figura 9: Modelo final validado

$$F1 = .828 * F3 + .561 D1$$

$$F2 = .805 * F3 + .593 D2$$

$$F3 = .042 * F4 + .347 * F5 + .423 * F6 - .108 * F7 - .096 * F8 + .798 D3$$

Así, se pueden resumir las evaluaciones de cada una de las hipótesis planteadas (Tabla 15):

	Relación	Estimado	S. E.	P	Resultado
H1	ME → ITG	0,042	0,038	0,745	No aceptado
H2	MI → ITG	0,347**	0,057	4,467	Aceptado
H3	PSMp → ITG	0,423**	0,104	3,185	Aceptado
H4	PSMs → ITG	-0,108	0,049	-1,509	No aceptado
H5	PSMe → ITG	-0,096	0,063	-1,729	No aceptado

** p < 0,05

S. E.: Error estándar

Tabla 15: Resultado del modelo de ecuaciones estructurales

H1: La ME tiene una relación positiva y significativa con ITG (ME → INT): No aceptada.

La motivación extrínseca (ME) no tiene una relación significativa con la integración interpersonal (ITG). Estos resultados sugieren que los motivos extrínsecos, tanto los tangibles –como son los salarios y los premios–, como los intangibles –el reconocimiento y la visibilidad–, no impactan significativamente en la integración interpersonal de los profesionales del sector sanitario, por lo que no constituyen palancas que se puedan accionar para promover el alineamiento entre médicos, enfermeros y gestores.

H2: La MI tiene una relación positiva y significativa con ITG (MI → INT): Aceptada.

La motivación intrínseca (MI) tiene una relación positiva y significativa con la integración interpersonal (ITG). Estos resultados permiten sustentar que factores motivacionales como el desafío, la realización, la autonomía, la formación y el desarrollo profesionales –que constituyen los elementos de la motivación intrínseca– afectan y promueven la integración interprofesional en contexto hospitalario.

H3: La PSMp tiene una relación positiva y significativa con ITG (PSMp → INT): Aceptada.

La *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp) tiene una relación positiva y significativa con la integración interpersonal (ITG). Con estos datos se puede inferir que el empeño por parte de médicos, enfermeros y gestores en la contribución hacia los *stakeholders* de proximidad (“enfermos”, “colegas” e “institución”) suscita entre los profesionales que la viven una actitud integradora con respecto a los otros profesionales del hospital. Además, se puede también afirmar que esta motivación es la que más promueve la integración interprofesional en el sector sanitario, aunque la diferencia con respecto al impacto de la MI en la integración sea moderada.

H4: La PSMs tiene una relación positiva y significativa con ITG (PSMs → INT): No aceptada.

La *Pro Stakeholder Motivation* relacionada con la sociedad (PSMs) no tiene una relación significativa con la integración interpersonal (ITG). Con estos resultados se puede deducir que la preocupación por promover aspectos más bien genéricos y distantes de la realidad, vivida en la experiencia diaria de los profesionales (la salud de la población en general, mejora de indicadores de salud pública, por ejemplo), no parece influir en la actitud hacia la integración interprofesional en el contexto hospitalario.

H5: La PSMe tiene una relación positiva y significativa con ITG (PSMe → INT): No aceptada.

La *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo considerada independientemente de los otros *stakeholders* (PSMe), no tiene una relación significativa con la integración interpersonal (ITG). Estos datos indican que un interés hacia el enfermo considerado independientemente de los otros *stakeholders* principales y legítimos, o incluso en contra de ellos, no genera una actitud que favorezca la integración interprofesional entre médicos, enfermeros y gestores.

6.3.4. Estudio comparativo de muestras independientes

Se pretende ahora estudiar si hay diferencias de medias entre los diversos tipos de motivación –Motivación Extrínseca (ME), Motivación Intrínseca (MI), *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp), *Pro Stakeholder Motivation* relacionada con la sociedad (PSMs) y *Pro Stakeholder Motivation* relacionada con el enfermo (considerado de forma aislada e inconsistente respecto a los otros stakeholders (PSMe))– para cada uno de los 5 grupos identificados: médicos, enfermeros, médicos-gestores, enfermeros-gestores y gestores.

6.3.4.1. Resultados del análisis

Del análisis global de las medias y medianas se presentan los siguientes resultados (Tablas 16 y 17):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	3,218	4,924	5,132	5,131	2,918
Enfermeros	3,217	4,574	5,218	4,503	3,135
Médicos-gestores	3,608	5,366	5,560	5,846	2,832
Enfermeros-gestores	3,568	4,967	5,721	5,652	3,023
Gestores	3,910	5,281	5,436	5,606	2,771
Total	3,471	4,988	5,390	5,269	2,952

Tabla 16: Análisis global de las medias de las motivaciones en función del subgrupo

El análisis de la Tabla 16 (que describe las medias entre los cinco tipos de motivaciones según los cinco perfiles profesionales, analizando las medias globales) permite mencionar los siguientes resultados:

- a) Desde un punto de vista global (línea 6), el orden de las medias de motivaciones presentes está organizado decrecientemente: $PSMp > PSMs > MI > ME > PSMe$.
- b) Esta relación de orden, si se consideran los cinco perfiles profesionales aisladamente, se mantiene únicamente en el caso de la PSMe (es siempre la menor) y de la ME (siempre la 4ª).
- c) La relación de orden descrita en el punto a), en lo relacionado con las restantes motivaciones (PSMp, PSMs y MI), solo se mantiene en el caso de médicos (línea 1) y enfermeros-gestores (línea 4).
- d) La relación de orden descrita en a), en lo que se refiere a las dos motivaciones más influyentes (PSMp y PSMs), se invierte en el caso de médicos-gestores (línea 3) y gestores (línea 5).
- e) En la línea 2 (enfermeros) MI es más relevante que PSMs;
- f) En todos los casos la motivación más relevante es la relacionada con la *Pro Stakeholder motivation* (PSMp o PSMs).

El análisis de la tabla 17 (que describe las diferencias entre los cinco tipos de motivaciones según los cinco perfiles profesionales, analizando las medianas globales) permite mencionar los siguientes resultados:

	Mediana				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	3,000	5,000	5,000	5,000	3,000
Enfermeros	3,250	4,600	5,400	4,500	3,000
Médicos-gestores	3,750	5,400	5,600	6,000	2,500
Enfermeros-gestores	3,750	5,100	5,800	6,000	3,000
Gestores	3,875	5,400	5,600	5,667	2,500
Total	3,500	5,000	5,400	5,333	3,000

Tabla 17: Análisis global de las medianas de motivaciones en función del subgrupo

- a) Desde un punto de vista global (Total - línea 6) se encuentra un mismo orden decreciente (igual al de las medias) de la relevancia de las motivaciones, a saber, $PSMp > PSMs > MI > ME > PSMe$.
- b) Esta relación ya no se verifica si se analiza cada perfil profesional aisladamente.
- c) En todos los casos la motivación con una mediana mayor es una relacionada con la *Pro Stakeholder motivation* (PSMp o PSMs).
- d) La PSMe es siempre la que tiene la mediana menor (aunque en el caso de los médicos –línea 1– la mediana de PSMe es igual a la de ME).

Para analizar si hay diferencias significativas de las medias para cada una de las categorías, en primer lugar, se hizo la lectura del p-valor: se llevaron a cabo las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (dado que los grupos tienen más de 30 individuos) (Tabla 18) y las pruebas de Levene para la igualdad de varianzas (los resultados se presentan en conjunto con los test *T Student*). A pesar de que en algunas variables no se siguen los criterios de normalidad, se procedió con el análisis.

		Pruebas de Normalidad		
		Kolmogorov-Smirnov		
	Grupo	Estadístico	gl	Sig.
ME	1	0,085	79	0,200
	2	0,090	122	0,016
	3	0,087	95	0,072
	4	0,082	66	0,200
	5	0,073	72	0,200
MI	1	0,095	79	0,076
	2	0,069	122	0,200
	3	0,076	95	0,200
	4	0,102	66	0,083
	5	0,079	72	0,200
PSMp	1	0,073	79	0,200
	2	0,096	122	0,008
	3	0,097	95	0,028
	4	0,147	66	0,001
	5	0,115	72	0,019
PSMs	1	0,107	79	0,026
	2	0,075	122	0,092
	3	0,146	95	0,000
	4	0,172	66	0,000
	5	0,136	72	0,002
PSMe	1	0,125	79	0,004
	2	0,113	122	0,001
	3	0,163	95	0,000
	4	0,138	66	0,003
	5	0,214	72	0,000

Tabla 18: Pruebas de normalidad

Se redactaron, con este objetivo, las hipótesis de estudio –la hipótesis nula: “La distribución de las motivaciones (ME, MI, PSMp, PSMs, PSMe) es la misma entre las categorías del grupo”– y la alternativa (la distribución no es la misma) como consta en la tabla 19, y seguidamente se determinó que el nivel α (porcentaje de error que se podría aceptar) sería 0,05.

La prueba estadística escogida fue no paramétrica, la de Kruskal-Wallis de muestras independientes, ya que se trata de un estudio transversal de variable fija con muestras independientes de más de dos grupos y la variable aleatoria es no numérica y ordinal.

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de ME es la misma entre las categorías del Grupo	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	0,002	Rechazar la hipótesis nula
2	La distribución de MI es la misma entre las categorías del Grupo		0,000	Rechazar la hipótesis nula
3	La distribución de PSMp es la misma entre las categorías del Grupo		0,000	Rechazar la hipótesis nula
4	La distribución de PSMs es la misma entre las categorías del Grupo		0,000	Rechazar la hipótesis nula
5	La distribución de PSMe es la misma entre las categorías del Grupo		0,055	Retener la hipótesis nula

Tabla 19: Resumen de la prueba de hipótesis (se muestran las significancias asintóticas; el nivel de significación es 0,05)

No obstante lo anterior, y a pesar de que algunas variables no cumplen el criterio de normalidad, se ha considerado interesante aplicar la metodología de comparación de medias para dos muestras independientes t-test. Los resultados que a continuación se muestran son consistentes con los obtenidos en las pruebas no paramétricas. Además, ofrecen matices que son interesantes para lograr el segundo objetivo de los estudios cuantitativos de la tesis (buscar las diferencias, en los grupos de profesionales hospitalarios –médicos, enfermeros y gestores–, en cuanto al fenómeno de la motivación, analizando el peso relativo de los diferentes tipos de motivaciones). Sin embargo, merece la pena comentar que los resultados hay que tomarlos con cautela.

Seguidamente, se muestran los resultados de las comparaciones de dos muestras independientes a través de los test T student (las células sombreadas indican las motivaciones que son significativamente distintas).

En primer lugar (Tabla 20), se analizará la comparación entre los clínicos (grupo A: médicos y enfermeros) y los grupos de gestores (Grupo B: gestores de origen, más los médicos y los enfermeros que tienen formación y/o responsabilidades en el área de la gestión):

	Media					
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe	
Médicos	3,218	4,711	5,184	4,750	3,050	A
Enfermeros						
Médicos-gestores	3,690	5,227	5,567	5,720	2,870	B
Enfermeros-gestores						
Gestores						
Total	3,471	4,988	5,390	5,269	2,952	

Tabla 20: Comparación de medias de motivaciones entre los clínicos (médicos y enfermeros) y los grupos de gestores

- En el grupo A (los clínicos), el orden decreciente de importancia de las motivaciones es: PSMp, PSMs, MI, ME.
- En el grupo B (los gestores), el orden decreciente de importancia de las motivaciones es: PSMs, PSMp, MI, ME.
- PSMe es siempre la motivación menor y no es significativa la diferencia entre los dos grupos.
- El grupo B (los gestores) es significativamente más sensible a motivos relacionados con la PSMp, PSMs, MI y con la ME que el grupo A (los clínicos).

Analizaremos de seguida la comparación entre médicos y enfermeros (Tabla 21):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	3,218	4,924	5,132	5,131	2,918
Enfermeros	3,217	4,574	5,218	4,503	3,135
Médicos-gestores					
Enfermeros-gestores					
Gestores					
Total	3,471	4,988	5,390	5,269	2,952

Tabla 21: Comparación de medias entre médicos y enfermeros

- a) PSMp es la motivación con media más alta en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- b) PSMe es la motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- c) ME es la cuarta motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- d) Los médicos son significativamente más sensibles a motivos relacionados con la PSMs y con la MI que los enfermeros.

Comparación entre médicos y gestores (Tabla 22):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	3,218	4,924	5,132	5,131	2,918
Enfermeros					
Médicos-gestores					
Enfermeros-gestores					
Gestores	3,910	5,281	5,436	5,606	2,771
Total	3,471	4,988	5,390	5,269	2,952

Tabla 22: Comparación de medias entre médicos y gestores

- a) PSMe es la motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- b) Los gestores están significativamente más motivados que los médicos en todas las otras motivaciones (ME, MI, PSMp y PSMs).

Comparación entre enfermeros y gestores (Tabla 23):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos					
Enfermeros	3,217	4,574	5,218	4,503	3,135
Médicos-gestores					
Enfermeros-gestores					
Gestores	3,910	5,281	5,436	5,606	2,771
Total	3,471	4,988	5,390	5,269	2,952

Tabla 23: Comparación entre enfermeros y gestores

- a) PSMe es la motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.

- b) No hay diferencia significativa en la PSMp.
- c) Los gestores están significativamente más motivados que los enfermeros en todas las otras motivaciones (ME, MI y PSMs).

Del análisis conjunto de estas tres tablas (tablas 21, 22 y 23) se puede señalar (Tabla 24):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	=	2	3	2	=
Enfermeros	=	3	=	3	=
Gestores	1	1	=	1	=

Tabla 24: Análisis global de las medias de motivación entre médicos, enfermeros y gestores

- a) Los gestores son los más motivados en todos los tipos de motivación (aunque en el caso de PSMp lo sean en términos no significativamente distintos de los enfermeros, y en el caso de la PSMe no haya diferencia significativa entre los tres grupos).
- b) Los enfermeros son los menos motivados en todos los tipos de motivación excepto en el caso de la PSMp en la que lo son los médicos.

A continuación, se analizará el efecto de la formación y de la responsabilidad por funciones de gestión en el grupo de médicos y de enfermeros (comparándoles con los perfiles de médicos-gestores y enfermeros-gestores).

En primer lugar, se examinará la comparación entre los grupos de médicos y de médicos-gestores (Tabla 25):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos	3,218	4,924	5,132	5,131	2,918
Enfermeros					
Médicos-gestores	3,608	5,366	5,560	5,846	2,832
Enfermeros-gestores					
Gestores					
Diferencia	0,390	0,442	0,428	0,715	

Tabla 25: Comparación entre las medias de motivación entre los grupos de médicos y de médicos-gestores

- a) PSMe es la motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- b) Los médicos-gestores están significativamente más motivados que los médicos en los restantes tipos de motivación (ME, MI, PSMp, PSMs).
- c) El diferencial entre la motivación de médicos-gestores para médicos es la siguiente en orden de grandeza: PSMs>MI>PSMp >ME.

Seguidamente se analizará la comparación entre los grupos de enfermeros y de enfermeros-gestores (Tabla 26):

	Media				
	ME	MI	PSMp	PSMs	PSMe
Médicos					
Enfermeros	3,217	4,574	5,218	4,503	3,135
Médicos-gestores					
Enfermeros-gestores	3,568	4,967	5,721	5,652	3,023
Gestores					
Diferencia		0,393	0,503	1,149	

Tabla 26: Comparación entre las medias de motivación entre los grupos de enfermeros y de enfermeros-gestores

- a) PSMe es la motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- b) ME es la cuarta motivación con media más baja en los dos grupos, sin diferencia significativa entre ellos.
- c) Los enfermeros-gestores están significativamente más motivados que los enfermeros en los restantes tipos de motivación (MI, PSMp, PSMs).
- d) El diferencial entre la motivación de enfermeros-gestores para enfermeros es el siguiente en orden de magnitud: PSMs>PSMp >MI.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez detallados los resultados obtenidos en el estudio de ecuaciones estructurales para evaluar las hipótesis de la relación entre motivaciones e integración y los obtenidos en el estudio de las medias de muestras independientes entre las motivaciones de los distintos perfiles profesionales, se describen ahora las principales conclusiones que estos resultados permiten destacar. Dichos resultados son, además, novedosos, porque las investigaciones sobre la integración de profesionales de la salud pocas veces versan sobre los aspectos comportamentales, de creencias, valores y motivaciones.

7.1. Conclusiones tras la contrastación de las hipótesis de la investigación (H1, H2, H3, H4 y H5)

Al analizar los resultados del estudio realizado sobre el modelo final (figura 9), donde se procuran establecer relaciones entre los distintos tipos de motivación (extrínseca, intrínseca, y *Pro Stakeholder Motivation* hacia los *stakeholders* próximos, la sociedad o hacia el enfermo considerado independientemente de los otros *stakeholders*) y la integración interprofesional entre médicos, enfermeros y gestores en contexto hospitalario, se puede afirmar que hay una diferencia significativa entre los diferentes tipos de motivación, es decir, que no es indiferente promover uno u otro tipo de motivación para obtener alineamiento entre los profesionales del hospital. No es, por lo tanto, correcto, hablar de motivación hacia la integración como un todo, en general, sino que hay que saber distinguir qué tipos de motivación promueven la integración para poder actuar en conformidad. Se puede hablar,

así, de “calidad” motivacional, ya que, de todos los factores que motivan a los profesionales sanitarios, solo algunos conducen a la integración interprofesional, marcando la diferencia a la hora de lograr este objetivo relevante para la calidad asistencial, para la satisfacción de los enfermos y para la sostenibilidad de la institución.

En concreto, y analizando las relaciones causales significativas, se puede concluir que la motivación intrínseca (MI) se relaciona positivamente con la integración interprofesional en contexto hospitalario. El desarrollo profesional del rol de cada uno, el respeto por la autonomía profesional, los desafíos y retos profesionales, así como la capacitación de los profesionales en competencias como gestión de equipos, comunicación o gestión de conflictos favorece que médicos, enfermeros y gestores se coordinen para su actuación en el contexto hospitalario. Esto se concluye de la aceptación de la hipótesis H2, corroborando algunos trabajos arriba citados (Begun et al., 2011; Gaboury et al., 2011; Petrakou, 2009) que sostienen que la motivación intrínseca contribuye a la integración entre los distintos profesionales.

De los resultados obtenidos se puede también llegar a la conclusión de que la *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp) –hacia los colegas, institución y enfermos considerados de forma articulada– se relaciona positivamente con la integración interprofesional en contexto hospitalario. El impulso hacia la contribución a las necesidades concretas de colegas y enfermos, teniendo en cuenta, simultáneamente, la sostenibilidad de la institución, logra aunar y alinear a los profesionales. Esta conclusión se deriva de la aceptación de la hipótesis H3 y está en concordancia con los estudios ya citados (Evans, 2012; Grant, 2013; Regojo, 2014) que apuntan a que la cooperación se logra cuando se está motivado para contribuir hacia los demás, a personas concretas y próximas, y con Crosson (2003), quien igualmente afirma que, sin el alineamiento alrededor de la misión, la

cooperación colapsa entre las tradicionales divisiones entre los clínicos y los gestores (Crosson, 2003).

Si se consideraran las relaciones sin causalidad significativa se podría afirmar, en primer lugar, que la motivación extrínseca (ME) no se relaciona con la integración interprofesional en contexto hospitalario. Los resultados muestran que no hay una relación significativa entre aspectos como la remuneración salarial, premios, visibilidad o reconocimiento y la integración entre médicos, enfermeros y gestores. Esto queda reflejado en la no aceptación de la hipótesis H1, y sigue en la línea de diversas investigaciones (Carrier et al., 2012; Glouberman & Mintzberg, 2001a; Martin et al., 2008) en las que también se concluye que la motivación extrínseca no tiene influencia en la promoción de la integración.

Igualmente, se puede afirmar que la *Pro Stakeholder Motivation* hacia la sociedad (PSMs) no se relaciona con la integración interprofesional en contexto hospitalario. Aisladamente, una orientación hacia un objeto abstracto y genérico, como es la sociedad, no es suficiente para impulsar el comportamiento de médicos, enfermeros y gestores hacia una integración interprofesional. Esto se deduce de la no aceptación de la hipótesis H4, en consonancia con investigaciones (Grant, 2012) que subrayan la importancia de la percepción del efecto en el beneficiario a la hora de actuar de forma prosocial.

Y, por último, se llega a la conclusión de que la *Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo (PSMe), considerada de forma no articulada con la organización (Brief & Motowidlo, 1986), no se relaciona con la integración interprofesional en contexto hospitalario. La orientación hacia el enfermo, aislada o no, teniendo en consideración los otros *stakeholders* principales –lo que se podría traducir en que “el enfermo/cliente tiene siempre la razón”– no logra obtener la integración interprofesional. Esto aparece reflejado en la no aceptación de la hipótesis H5, de acuerdo con los autores citados (Evans, 2012; Regojo, 2014) que apuntan a

la consideración simultánea de los principales *stakeholders* como condición para la interrelación en las organizaciones.

Resumiendo, estas conclusiones, aunque preliminares, permiten sostener que los factores que más promueven la integración interprofesional en contexto hospitalario son la motivación intrínseca y la *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad (PSMp), con una intensidad casi igual. Esto está en consonancia con investigaciones que sostienen que ambas motivaciones juntas logran un incremento del rendimiento de la organización (Grant, 2008; Vardanyan & Kaur Grewal, 2015).

Indica, también, que las políticas que favorecen el desarrollo profesional, el aprendizaje, la capacitación y la formación profesional suscitan positivamente la cooperación interprofesional. Y lo mismo ocurre con las políticas que favorecen la voluntad de contribuir hacia el bien de colegas, enfermos y de la institución, considerados de una forma articulada, en otras palabras, hacia los *stakeholders* que están próximos y presentes en el día a día del profesional.

Por otra parte, estas conclusiones sugieren, igualmente, que la integración interprofesional no es susceptible de ser promovida a través de recompensas extrínsecas, esto es, que la cooperación entre personas no se “compra” ni está abierta a una relación mercantil aisladamente considerada.

Y tampoco logra interferir en la integración interprofesional la motivación hacia el bien de la sociedad en general, lo que lleva a concluir que este carácter abstracto no es suficiente para suscitar la cooperación interprofesional.

Merece consideración especial la conclusión de que el enfoque aislado en el enfermo, o el que se hace de una forma independiente de los intereses legítimos de los otros *stakeholders*, no es suficiente para integrar a los profesionales en contexto hospitalario. Esto está en

consonancia con el carácter holístico de las necesidades de los enfermos, con la necesidad de equipos multidisciplinares en la prestación sanitaria de calidad y con la noción de relación continua entre ciudadano y sistema sanitario. Es decir, no es suficiente que los profesionales estén orientados hacia el bien de sus enfermos como único fin, aislados del contexto interpersonal y organizacional o en contra de sus intereses legítimos.

Estas conclusiones pueden servir para aclarar el conocimiento que los profesionales de la salud tienen sobre sus motivaciones y el alcance institucional que el perfil motivacional de cada uno puede alcanzar. Por otra parte, pueden sugerir enfoques prácticos a la hora de establecer planes de formación y talleres de entrenamiento sobre la motivación y la integración interprofesional en el hospital. No menos importante es el hecho de que estas conclusiones pueden orientar a los directivos hospitalarios y a otros decisores del sector sanitario en el establecimiento de políticas de recursos humanos, en el diseño de procesos de evaluación y retribución, de proyectos de definición y seguimiento de la misión institucional o de las formas de lograr el alineamiento de los profesionales con el plan estratégico de la institución, entre otros aspectos que configuran la dirección y la gestión de los profesionales en el sector de la salud.

7.2. Conclusiones del estudio comparativo de muestras independientes

Después de la presentación de los principales resultados del análisis del Estudio comparativo de muestras independientes realizado sobre la muestra restringida a los cinco perfiles profesionales descritos al inicio de la parte II de esta tesis (cfr. Tabla 6), se describen ahora las principales conclusiones e implicaciones de estos resultados.

Considerando globalmente (Tablas 16 y 17) los principales perfiles profesionales actuantes en el sector hospitalario (médicos, enfermeros, gestores, médicos-gestores y enfermeros-

gestores), o agrupándolos (Tabla 20) en “Clínicos” (médicos y enfermeros) y “Gestores” (gestores, médicos-gestores y enfermeros-gestores), el factor motivacional más intenso es la *Pro Stakeholder Motivation* (PSM). Esta constatación puede tener importantes implicaciones en la dirección y gestión hospitalaria. En concreto, se puede afirmar que el esfuerzo por la definición conjunta de la misión a través de equipos multidisciplinares así como su actualización y matización periódica, la medición del avance de la consecución de la misión a través de parámetros objetivos y el llamamiento por parte de la dirección a contribuir hacia los principales *stakeholders* del hospital –subrayando el servicio que se les ofrece– es el aspecto más relevante para lograr el alineamiento de los profesionales hospitalarios. En otras palabras, la misión institucional, considerada como contribución a los principales *stakeholders* del hospital, es el factor motivacional más relevante, por lo que debe estar presente con toda la vehemencia y destaque necesarios en las políticas de recursos humanos y de alineamiento estratégico de la organización.

Al constatar que la motivación extrínseca (ME) es menos relevante que la motivación intrínseca (MI) y que la *Pro Stakeholder Motivation* (PSM), tanto si se consideran globalmente los cinco perfiles profesionales como aisladamente (Tabla 16) o incluso si se consideran agrupados en “Clínicos” y “Gestores” (Tabla 20), se puede afirmar que: en la gestión de las personas, así como en la dirección de los hospitales, es más movilizador hablar de la contribución hacia los *stakeholders* (PSM) y de autonomía y maestría profesionales (MI) que de la retribución monetaria o del reconocimiento y visibilidad personales (ME). Esto quiere decir que a los profesionales hospitalarios no les basta con una retribución adecuada y justa (aunque son sensibles a estos factores), sino que les hace falta un proyecto profesional que les permita un desarrollo de carrera y una realización profesional desafiantes, y también un sentido de misión y de contribución hacia los que se relacionan con ellos y dependen de su trabajo (colegas, enfermos, sociedad en general).

Se verifica que la PSM_e (*Pro Stakeholder Motivation* hacia el enfermo como fin único y considerado de forma independiente, esto es, olvidando, o incluso perjudicando, a los demás *stakeholders*) es la menor en todos los perfiles profesionales apreciados, tanto si se consideran globalmente, como de forma aislada, sin diferencia significativa entre ellas (Tablas 16, 17 y 20). Esto permite avanzar con la idea de que el sector hospitalario no es muy sensible al argumento “el cliente/enfermo tiene siempre la razón” por encima del sistema o en contra de otros *stakeholders*. Puede interpretarse afirmando que, en el sector hospitalario, todos los perfiles profesionales son conscientes del carácter holístico, sistémico, interdependiente y complejo del sector donde trabajan. Esto es, no se puede afirmar que haya grupos profesionales orientados de tal modo a las necesidades de los enfermos que olviden o pongan de parte a los demás *stakeholders*, es decir, que olviden los legítimos intereses de las otras partes interesadas.

Si se consideran únicamente los perfiles clínicos –los médicos y los enfermeros (Tabla 21)– la PSM_p (*Pro Stakeholder Motivation* de proximidad, en la que se tiene en cuenta la contribución a los enfermos, colegas y sostenibilidad de la institución) es la más relevante. Del punto de vista de la dirección de los hospitales esto puede subrayar la noción de que la mejor forma de fomentar la motivación de este colectivo, que tiene en su origen profesional una vocación hacia el servicio muy marcada –como se ha visto en el capítulo 2 de esta tesis– es apelar al servicio concreto hacia los que están próximos –sean enfermos, colegas u otras personas relacionadas con el hospital– más que estimular con la recompensa externa o el simple desarrollo profesional, aunque también deben estar presentes.

En este mismo colectivo (Tabla 21) se constata que la Motivación Intrínseca (MI) es significativamente mayor en los médicos que en los enfermeros. Este dato parece indicar que los médicos tienen una percepción de autonomía y de maestría profesional alcanzada

mayor que la de los enfermeros, y que son más sensibles que estos a los referidos componentes de la motivación profesional.

Analizando y comparando el perfil profesional de médicos y gestores (Tabla 22) se puede afirmar que los gestores están más motivados que los médicos (PSMp, PSMs, MI y ME). Esto puede suponer un reto para la dirección y gestión de los hospitales: los gerentes han de tener en cuenta que, aunque no les ocurra lo mismo, sus colegas médicos necesitan ser motivados con todo tipo de factores motivadores pues su nivel motivacional es más bajo que el de los gerentes. Por consiguiente, han de tener en consideración que no pueden medir el grado de satisfacción de los profesionales médicos por sus propios patrones, sino que deben considerar las inquietudes y dificultades de los médicos (en relación con la retribución financiera, el reconocimiento profesional personal, la autonomía y formación profesional y el sentido de contribución hacia los principales stakeholders, tanto internos como externos) como medida de las acciones de motivación que deben promover en este colectivo.

Si se compara a los enfermeros con los gestores (Tabla 23) se constata que ocurre lo mismo (en relación a la ME, MI y a la PSMs), por lo que las implicaciones para la gestión y dirección de los hospitales serán semejantes.

Dicho de otro modo, en lo que concierne a la dirección de las instituciones de salud se necesita dar especial atención a la motivación de los colaboradores clínicos (médicos y enfermeros) ya que sus colegas gestores están más motivados para acometer su esfuerzo para trabajar en la organización sanitaria.

Si se comparan los tres perfiles profesionales en conjunto (médicos, enfermeros y gestores) –Tabla 24– se constata, además, que la descripción de Glouberman & Mintzberg (2001) referida en el capítulo 2 de esta tesis, que sostiene que los enfermeros y los gestores forman en los hospitales una coalición interna, se apoya en el hecho de que en ambos la PSMp es

mayor que la de los médicos y no es significativamente distinta entre ellos. Es decir, las relaciones próximas y la presencia constante en la organización hospitalaria está más patente en estos dos grupos profesionales (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Esto sugiere el rol preponderante que los gestores y los enfermeros tienen en la gestión corriente y en la operación diaria de la institución hospitalaria y la importancia de valorar estos factores a la hora de motivar a gestores y enfermeros.

Del análisis de la comparación entre médicos y médicos-gestores (esto es, los médicos que tienen formación y responsabilidad en la gestión del hospital), patente en la Tabla 25, se verifica que los médicos-gestores están más motivados que sus compañeros sencillamente clínicos en todos los tipos de factores motivacionales. Con este dato se puede sugerir que uno de los factores que permite aumentar la motivación de los médicos, en lo que se refiere a su motivación extrínseca, intrínseca y *Pro Stakeholder Motivation*, es la formación en gestión y dirección de instituciones sanitarias, así como la responsabilidad por la gestión de equipos, departamentos o instituciones. Este incremento diferencial está presente, sobre todo, en la PSMs, lo que indica que los médicos con formación y/o responsabilidades en la gestión ganan principalmente sensibilidad al impacto de su prestación profesional hacia la sociedad en general.

La comparación entre enfermeros y enfermeros-gestores (Tabla 26) es superponible a la comparación anterior, excepto en lo que se refiere a la motivación extrínseca, por lo que las conclusiones sugeridas en la línea i) se pueden también aplicar a estos profesionales.

8. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis aborda un tema no suficientemente estudiado en el sector de la salud: ¿cuáles son los factores motivacionales que promueven la integración profesional de médicos, enfermeros y gestores en contexto hospitalario?

La relevancia de esta cuestión se apoya en el hecho de que la integración es una condición “*sine qua non*” para lograr la calidad del sistema sanitario, el rendimiento de los equipos y proyectos y la calidad de la prestación concreta de cuidados hacia los enfermos.

Es, también, actual, porque la deseada integración sigue siendo incompleta, insuficiente y parcial.

Al considerar las relaciones interprofesionales de médicos, enfermeros y gestores en el sector de la salud, se ha subrayado, en la revisión bibliográfica presentada, que la tendencia natural y habitual es que estos profesionales se organicen y encierren en “silos” incomunicados, aislados, que vivan en “mundos” distintos, constituyendo auténticas subculturas profesionales propias: las de médicos, enfermeros y gestores.

Hasta ahora, la investigación científica, así como los esfuerzos organizacionales para lograr la integración, se han centrado y enfocado en aspectos de sistema, de proceso, formales. No obstante, se constata que la integración profesional de médicos, enfermeros y gestores no se logra cuando se integran únicamente aspectos formales y de proceso; hace falta que los profesionales, considerados personalmente, quieran llevarla a cabo, esto es, se necesita una motivación que propicie la integración interprofesional.

La persona humana se motiva por variados factores –que en esta tesis se han clasificado como extrínsecos, intrínsecos y *Pro Stakeholder Motivation*–, pero no todos los factores motivacionales conducen y promueven igualmente la integración: esto quiere decir que hay una distinción entre “estar motivado” y “estar motivado para integrarse”.

Teniendo en cuenta el objeto de estudio de la tesis y la metodología utilizada, tanto las ecuaciones estructurales como el estudio comparativo de muestras independientes, permiten establecer relaciones entre las variables y referir su significado. Permite analizar el comportamiento de las variables y su relación, y así referir su significación. Es decir, si su variación es positiva o negativa. Sin embargo, no se pretende llegar a conclusiones sobre la causalidad entre las variables.

Esta investigación permite concluir que la motivación para la integración interprofesional es de dos tipos: la motivación intrínseca y la *Pro Stakeholder Motivation* de proximidad, siendo que esta tiene mayor intensidad en su relación con la integración que la primera. En otras palabras, para que se incremente la integración, esto es, para realizar de forma concreta la misión institucional (entendida como “contribución para las necesidades de los *stakeholders*”) habrá que promover el desarrollo y la autonomía profesionales (por lo tanto, la motivación intrínseca), bien como el afán de contribuir a las necesidades reales y concretas de enfermos, colegas e institución (*Pro Stakeholder Motivation* de proximidad).

Y también permite concluir que la motivación extrínseca (relacionada con las recompensas exteriores, tangibles o no) y la *Pro Stakeholder Motivation* –que solo considera aisladamente a algún *stakeholder*, sea el enfermo o la sostenibilidad y vitalidad de la institución–, aunque son factores motivadores, no lo son “hacia la integración”. Esto implica que, con estos factores presentes, el profesional está motivado para trabajar, pero no para trabajar de forma integrada con otros compañeros de otros grupos profesionales.

Por lo tanto, no será indiferente el tipo de motivación que se promueva con las políticas de la organización, ni el tipo de perfil motivacional de los profesionales de un determinado centro asistencial.

Estas conclusiones tienen implicaciones directas y prácticas en el día a día de los profesionales de salud, así como en la gestión hospitalaria. En concreto, a la hora de diseñar planes de formación, políticas de reclutamiento, al gestionar equipos o al alinear profesionales, los gestores y administradores que tienen en cuenta estas diferencias lograrán promover la integración profesional de una forma más profunda e impactante. Por otra parte, los profesionales sanitarios pueden encontrar en estas conclusiones un cimiento y un soporte argumentativo para su actuación diaria al servicio de enfermos, para el trabajo concatenado con profesionales diversos y para la vivencia de la razón de ser de la institución.

9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Hay que tener en cuenta que este estudio se basa en una muestra perteneciente exclusivamente a hospitales de una misma zona geográfica –hospitales públicos, privados y del sector social de Portugal–, lo que puede dificultar la extrapolación de los resultados y de las conclusiones.

También el *Common Method Biases or Variance (CMV)* tiene que ser tenido en cuenta; el CMV proviene de la utilización de un mismo procedimiento de medida en la recogida de datos para establecer modelos de causa y efecto. Este hecho puede considerarse una amenaza para la validez debido al sesgo en las respuestas. Podsakoff et al. (2003) sugieren una serie de técnicas para el control del CMV: (1) el diseño del procedimiento en el estudio y (2) controles estadísticos (por ej. *Harman's single-factor test*, entre otros) (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003). Para la contrastación de las hipótesis de esta investigación se utilizaron cuestionarios enviados a diferentes centros hospitalarios. El tamaño de la muestra se considera adecuado (n= 532) y existen diversas respuestas para cada uno de los centros hospitalarios analizados, es decir, de cada hospital se han obtenido varias respuestas. Se puede afirmar, por tanto, que hay diferentes opiniones sobre los constructos analizados. Este hecho ayuda a que los datos sean fiables y más objetivos. Para futuras publicaciones en revistas de reconocido prestigio está previsto aplicar las técnicas estadísticas de control con el fin de minimizar el efecto del CMV en este estudio.

Con respecto a los estudios cualitativos, se debe apuntar que el modelo de ecuaciones estructurales tiene algunos valores que pueden indicar menor robustez del modelo; en

concreto, el CFI ligeramente inferior al valor recomendable (aunque RMSEA es bueno) y el AVE de PSMp menor que el valor patrón para estos estudios.

Además, y en lo que se refiere al estudio de muestras independientes, a pesar de que en algunas variables no se siguen los criterios de normalidad, se ha procedido con el análisis.

10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación se sugiere realizar un estudio multigrupo entre los principales grupos profesionales del sector hospitalario (médicos, enfermeros, gestores, médicos-gestores y enfermeros-gestores) para analizar cómo afectan las distintas motivaciones (extrínseca, intrínseca y *Pro Stakeholder Motivation*) a la integración interprofesional. Estos estudios pueden permitir un análisis más refinado en cuanto a los tipos de motivación que mejor estimulan el alineamiento, según los grupos profesionales, y así dar algunas orientaciones a los dirigentes hospitalarios para la formación y el desarrollo de sus profesionales.

También se podrían estudiar comparativamente las diferencias existentes en la relación motivación-integración entre los profesionales que trabajan en el sector hospitalario y los que ejercen funciones en los cuidados de salud primarios, donde el grado de proximidad es notablemente superior y los equipos suelen ser de menor dimensión. Con estos datos se podría verificar la aplicación de las conclusiones de esta tesis y sus implicaciones en la dirección de las instituciones a los profesionales de los cuidados primarios, un subsector tan o más importante que el hospitalario dentro del sistema sanitario.

Asimismo, se podrían estudiar las diferencias existentes en la relación motivación-integración teniendo en cuenta los distintos grupos: hombres/mujeres, diferente edad de los profesionales, sector público/sector privado, etc.,

Otro ámbito de estudio que podría interesar investigar sería evaluar el impacto real de la misión institucional en los hospitales y estudiar estrategias para lograr un mayor

alineamiento de los profesionales con la misión. Con estos estudios se podrían encontrar formas de hacer más efectiva la transmisión de la misión desde la cúpula hasta los niveles más distantes de la jerarquía institucional, así como potenciar el grado de identificación de cada profesional con la misión institucional.

Otra línea de investigación que esta tesis sugiere que se estudie en el futuro supondría enriquecer el modelo con la variable “*Employee Mission Engagement*” para comprobar si tiene un efecto mediador o moderador en la relación de la integración entre profesionales y su motivación. De este modo, se podría observar el efecto que tiene el compromiso frente a la misión por parte de los profesionales hospitalarios. Como en esta tesis no se han utilizado las preguntas 23 d), e), f) del cuestionario –al no querer analizar la *Pro Stakeholder Motivation* considerada genéricamente sin referencia a ningún *stakeholder* específico–, sería posible llevar a cabo este trabajo posterior utilizando los mismos datos de esta tesis.

Se podrá considerar la posibilidad de añadir a la metodología de comparación de muestras independientes hecha en la tesis, un análisis de varianza con contrastes a posteriori (como por ejemplo, el test de Scheffé, o el test HSD (*Honestly-significant-difference*) de Tukey).

ANEXO 1 – Escalas utilizadas para el cuestionario del estudio empírico

Los cuestionarios utilizados en el estudio empírico se basaron en las siguientes escalas (presentadas en su formulación original):

Motivación Extrínseca e Intrínseca (Gagne et al., 2010):

Using the scale below, please indicate for each of the following statements to what degree they presently correspond to one of the reasons for which you are doing this specific job (scale 1 = not at all; 2= very little; 3 = a little; 4 = moderately; 5 = strongly; 6 = very strongly).

1. Because I enjoy this work very much
2. Because I have fun doing my job
3. For the moments of pleasure that this job brings me
4. I chose this job because it allows me to reach my life goals
5. Because this job fulfills my career plans
6. Because this job fits my personal values
7. Because I have to be the best in my job, I have to be a “winner”
8. Because my work is my life and I don't want to fail
9. Because my reputation depends on it
10. Because this job affords me a certain standard of living
11. Because it allows me to make a lot of money

12. I do this job for the paycheck

Motivación basada en la Misión – utilización de escalas de Employee Mission Engagement (Suh et al., 2010)

“Using the scale below, please indicate for each of the following statements to what degree they presently correspond to one of the reasons for which you are doing this specific job” (scale 1 = not at all; 2= very little; 3 = a little; 4 = moderately; 5 = strongly; 6 = very strongly; 7= exactly).

1. I am motivated by the mission to do my work
2. I work hard to ensure x is successful in living out our mission.
3. I carry out the mission when I do my work well.

Motivación basada en la Misión distinguiendo los *stakeholders* – utilización de escalas que miden la contribución a la **satisfacción del enfermo, al desarrollo de los colegas y su bienestar y a la sostenibilidad de la institución** (Brief & Motowidlo, 1986).

“Using the scale below, please indicate for each of the following statements to what degree they presently correspond to one of the reasons for which you are doing this specific job” (scale 1 = not at all; 2= very little; 3 = a little; 4 = moderately; 5 = strongly; 6 = very strongly; 7= exactly).

-
1. Assisting co-workers with job-related matters (helps others who have been absent, orients new people even though it is not required, helps others who have heavy workloads).
 2. Assisting co-workers with personal matters (such as family problems, emotional upsets, or avoiding censure for committing errors).
 3. Showing leniency in personnel decisions
 4. Providing services or products to consumers in organizationally consistent ways.
 5. Providing services or products to consumers in organizationally inconsistent ways (in a manner that is detrimental for the organization; provide a service by ignoring important organizational rules and procedures and thereby help the client, but at a net cost to the organization).
 6. Helping consumers with personal matters unrelated to organizational services or products
 7. Complying with organizational values, policies, and regulations.
 8. Suggesting procedural, administrative, or organizational improvements.
 9. Objecting to improper directives, procedures, or policies.
 10. Putting forth extra effort on the job.
 11. Volunteering for additional assignments.
 12. Staying with the organization despite temporary hardships.
 13. Representing the organization favorably to outsiders.

Motivación basada en la Misión distinguiendo los *stakeholders* – utilización de escalas que miden la **contribución a la sociedad** (Wright, 2012; Wright & Pandey, 2010).

“Using the scale below, please indicate for each of the following statements to what degree they presently correspond to one of the reasons for which you are doing this specific job” (scale 1 = not at all; 2= very little; 3 = a little; 4 = moderately; 5 = strongly; 6 = very strongly; 7= exactly).

1. Meaningful public service is very important to me.
2. I am often reminded by daily events about how dependent we are on one another.
3. Making a difference in society means more to me than personal achievements.
4. I am prepared to make sacrifices for the good of society.
5. I am not afraid to go to bat for the rights of others even if it means I will be ridiculed.

Escala de la intensidad de la colaboración interprofesional en salud – INCINS (Martin-Rodriguez et al., 2007).

Utilización de escala Likert 1-5

1. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo
2. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas
3. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?
4. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?
5. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos.
6. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?
7. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir, las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.
8. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente
9. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente

10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales
11. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención
12. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente
13. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?
14. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?
15. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)
16. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?

ANEXO 2 – Cuestionario en su versión original

Estimado/a colega:

Muito obrigado pela sua disponibilidade e interesse em colaborar no estudo para a tese de doutoramento sobre "Relações interprofissionais no sector da saúde" que estou a desenvolver.

Durante todo o processo de preenchimento do questionário, bem como no tratamento da informação, a confidencialidade dos dados e da identificação das pessoas intervenientes está garantida.

Para a validade do questionário é muito importante que responda a todas as perguntas.

O tempo médio de preenchimento do questionário é de 10 minutos. Se tiver que interromper o preenchimento, deverá voltar a iniciar o processo.

Obrigado pela sua colaboração.
José Fonseca Pires

1. Idade:

- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- >65

2. Sexo:

- M
- F

3. Número de anos a trabalhar no sector da saúde:

- Menos de 5
- 5-14
- 15-24
- > 25

4. Formação de base:

- Medicina
- Enfermagem
- Farmácia
- Outra Ciência da Saúde
- Gestão ou Economia
- Outra área

5. Se a sua formação de base não é Gestão/Economia: tem formação adicional em Gestão/Administração/Economia?

- Sim
- Não
- Não aplicável (se respondeu "Gestão ou Economia" na pergunta nº 4)

6. A instituição de saúde onde trabalha é do sector?

- Público
- Privado
- Social

7. A instituição de saúde onde trabalha é...

- Prestadora de cuidados
- Não prestadora de cuidados

8. Se trabalha numa instituição prestadora de cuidados de saúde, esta é:

- Hospitalar
- Cuidados Primários
- Consultório/clinica privada
- Laboratório
- Centro de Diagnóstico
- Outra
- Não aplicável (se respondeu "Não prestadora de cuidados" na pergunta nº 7)

9. Se trabalha numa instituição não prestadora de cuidados de saúde, esta é:

- Administração pública
- Ordem profissional
- Outros
- Não aplicável (se respondeu "Prestadora de cuidados" na pergunta nº 7)

10. Nº aproximado de funcionários da sua instituição:

- Menos que 5
- 5-19
- 20-99
- 100-499
- 500-999
- 1000-4999
- 5000 ou mais

11. Na instituição, actualmente desempenho uma função com responsabilidade global (Conselho de Administração, Conselho Directivo ou equivalente).

- Sim
- Não

12. Na instituição, actualmente desempenho uma função com responsabilidade departamental (Departamento, Serviço ou equivalente).

- Sim
- Não

13. Na instituição, actualmente desempenho uma função com responsabilidade de âmbito técnico (médico, enfermeiro, farmacêutico, jurista, engenheiro, administrativo, informático, financeiro ou similar)

Sim

Não

14. Indique em que medida as relações de trabalho entre os profissionais da sua equipa são muito hierarquizadas ou igualitárias.

Muito hierarquizadas Muito igualitárias

15. Indique o grau de colaboração que há entre os profissionais da sua equipa.

Escasso Alto

16. Em que medida os diferentes grupos de profissionais da sua equipa se esforçam para evitar conflitos sobre a divisão de atividades e responsabilidades?

Pouco Muito

17. Como acha que os doentes avaliam a colaboração entre os diferentes profissionais da equipa que os atende?

Muito má Muito boa

18. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua percepção.

	Totalmente em desacordo			Totalmente de acordo		
Quando é necessário, os vários grupos profissionais da equipa pedem apoio profissional (conselho, opinião, etc.) entre si.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece-lhe que os doentes consideram que os profissionais que cuidam deles fazem o seu trabalho de forma adequada, sem prejudicar-se mutuamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa têm em conta o conjunto de necessidades dos doentes, ou seja, as necessidades físicas, psicológicas, sociais, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa toleram facilmente a existência de actividades cuja responsabilidade pela sua realização não está claramente definida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa trocam entre si informação relativa a um mesmo doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa têm em conta os dados recolhidos pelos outros grupos profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais da equipa cooperam entre si para assegurar o seguimento do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua opinião.

	Muito mal				Muito bem
Como se coordenam as diferentes actividades que realizam os profissionais da equipa sobre um mesmo doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, como se estabelece o plano diário de trabalho em comum dos profissionais da equipa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No funcionamento diário da equipa, como se integram as actividades de colaboração entre os diferentes profissionais da equipa (p. ex., sessões em conjunto, passo de visita em comum, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como se partilham as responsabilidades entre os diferentes profissionais que formam a equipa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Actualmente faço o meu trabalho...

	De modo nenhum	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Fortemente	Muito fortemente	Exactamente
Porque gosto muito deste trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque me divirto fazendo o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelos momentos de prazer que este trabalho me traz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu escolhi este trabalho porque me permite alcançar os meus objetivos de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque este trabalho preenche os meus planos de carreira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque eu tenho que ser o melhor no meu trabalho, eu tenho que ser um "vencedor".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque a minha reputação depende disso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque este trabalho me proporciona um certo padrão de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu faço este trabalho pelo salário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Faço o meu trabalho...

	De modo nenhum	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Fortemente	Muito fortemente	Exactamente
Ajudando os colegas de trabalho com assuntos profissionais (ajudando aqueles que estiveram ausentes, orientando pessoas novas mesmo que isso não seja requerido, ajudando aqueles que têm pesadas cargas de trabalho).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajudando os colegas de trabalho com assuntos pessoais (tais como problemas familiares, transtornos emocionais, ou evitando a censura por erros cometidos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente inconsistentes (de uma forma que é prejudicial à organização, prestando um serviço ignorando regras e procedimentos organizacionais importantes e, assim, ajudar o cliente mas a um custo óbvio para a organização).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente consistentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajudando os consumidores (doentes, utentes, clientes) com questões pessoais não relacionadas com os serviços ou produtos da organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugerindo melhorias processuais, administrativas ou organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Faço o meu trabalho...

	De modo nenhum	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Fortemente	Muito fortemente	Exactamente
Colocando esforço extra no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voluntariando-me para tarefas adicionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque posso aprender coisas novas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua opinião.

	De modo nenhum	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Fortemente	Muito fortemente	Exactamente
Serviço público relevante é muito importante para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer a diferença na sociedade significa para mim mais do que realizações pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou preparado para fazer sacrifícios para o bem da sociedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motiva-me o facto de que, ao fazer o meu trabalho, cumpro a missão da instituição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu trabalho arduamente para garantir que a instituição é bem sucedida na consecução da sua missão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu realizo a missão quando faço bem o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para terminar com êxito o questionário, clique em CONCLUÍDO.

Muito obrigado pela sua colaboração.

José Fonseca Pires

jfonsecapires@aese.pt

ANEXO 3 – Medidas de los constructos utilizados en el cuestionario

Medidas de los constructos utilizados en el cuestionario referenciado en esta tesis (las preguntas están en portugués, idioma del cuestionario):

Constructo	Ítems	Pregunta	Tipo de medida
		Actualmente faço o meu trabalho...	
Motivación Extrínseca	1.	Eu faço este trabalho pelo salário.	Likert 1-7
	2.	Porque a minha reputação depende disso.	
	3.	Porque esse trabalho me proporciona um certo padrão de vida.	
	4.	Porque eu tenho que ser o melhor no meu trabalho, eu tenho que ser um "vencedor".	
		Actualmente faço o meu trabalho...	
Motivación Intrínseca	1.	Eu escolhi este trabalho porque me permite alcançar os meus objetivos de vida.	Likert 1-7

-
2. Porque este trabalho preenche os meus planos de carreira.
 3. Pelos momentos de prazer que este trabalho me tras.
 4. Porque gosto muito deste trabalho.
 5. Porque me divirto fazendo o meu trabalho.
 - (añadido por el autor) 6. Porque posso aprender coisas novas.
-

- Motivación basada en la Misión (MBM)
1. Motiva-me o facto de que ao fazer o meu trabalho, cumpro a missão da instituição. Likert 1-7
 2. Eu trabalho arduamente para garantir que a instituição é bem sucedida na consecução da sua missão.
 3. Eu realizo a missão quando faço bem o meu trabalho.
-

MBM colegas	1.	Faço o meu trabalho ajudando os colegas de trabalho com assuntos profissionais (ajudando aqueles que estiveram ausentes, orientando pessoas novas mesmo que isso não seja requerido, ajudando aqueles que têm pesadas cargas de trabalho).	Likert 1-7
	2.	Faço o meu trabalho ajudando os colegas de trabalho com assuntos pessoais (tais como problemas familiares, transtornos emocionais, ou evitando a censura por erros cometidos).	
(añadido por el autor)	3.	Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores profissionais.	
(añadido por el autor)	4.	Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores pessoas.	

Faço o meu trabalho...

MBM enfermos	1.	Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente inconsistentes (de uma forma que é prejudicial à organização, prestando um serviço ignorando regras e	Likert 1-7
--------------	----	--	------------

procedimentos organizacionais importantes e, assim, ajudar o cliente mas a um custo obvio para a organização).

2. Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente consistentes.
3. Ajudando os consumidores (doentes, utentes, clientes) com questões pessoais não relacionadas com os serviços ou produtos da organização.

Faço o meu trabalho...

- | | |
|-----------------|---|
| MBM institución | <ol style="list-style-type: none">1. Sugerindo melhorias processuais, administrativas ou organizacionais. Likert 1-72. Colocando esforço extra no trabalho.3. Voluntariando-me para tarefas adicionais. |
|-----------------|---|

-
- | | |
|--------------|--|
| MBM sociedad | <ol style="list-style-type: none">1. Serviço público relevante é muito importante para mim. Likert 1-7 |
|--------------|--|

-
2. Fazer a diferença na sociedade significa para mim mais do que realizações pessoais.
 3. Estou preparado para fazer sacrifícios para o bem da sociedade.
-

Integración

1. Indique em que medida as relações de trabalho entre os profissionais da sua equipa são muito hierárquizadas ou igualitárias. Likert 1-5
2. Indique o grau de colaboração que há entre os profissionais da sua equipa.
3. Em que medida os diferentes grupos de profissionais da sua equipa se esforçam para evitar conflitos sobre a divisão de atividades e responsabilidades?
4. Como acha que os doentes avaliam a colaboração entre os diferentes profissionais da equipa que os atende?

5. Quando é necessário, os vários grupos profissionais da equipa pedem apoio profissional (conselho, opinião, etc.) entre si.
 6. Parece-lhe que os doentes consideram que os profissionais que cuidam deles fazem o seu trabalho de forma adequada, sem prejudicar-se mutuamente?
 7. Os profissionais da equipa têm em conta o conjunto de necessidades dos doentes, ou seja, as necessidades físicas, psicológicas, sociais, etc.
 8. Os profissionais da equipa toleram facilmente a existência de actividades cuja responsabilidade pela sua realização não está claramente definida.
 9. Os profissionais da equipa trocam entre si informação relativa a um mesmo doente.
 10. Os profissionais da equipa têm em conta os dados recolhidos pelos outros grupos profissionais.
-

-
11. Os profissionais da equipa colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum.
 12. Os profissionais da equipa cooperam entre si para assegurar o seguimento do doente.
 13. Como se coordenam as diferentes actividades que realizam os profissionais da equipa sobre um mesmo doente?
 14. Em geral, como se estabelece o plano diário de trabalho em comum dos profissionais da equipa?
 15. No funcionamento diário da equipa, como se integram as actividades de colaboração entre os diferentes profissionais da equipa (p. ex., sessões em conjunto, passo de visita em comum, etc.)?
 16. Como se partilham as responsabilidades entre os diferentes profissionais que formam a equipa?
-

ANEXO 4 – Variables, constructos y preguntas del cuestionario

Variables, constructos y preguntas del cuestionario (en el original portugués)

v1	I1	14. Indique em que medida as relações de trabalho entre os profissionais da sua equipa são muito hierarquizadas ou igualitárias.	
v2	I2	15. Indique o grau de colaboração que há entre os profissionais da sua equipa.	
v3	I3	16. Em que medida os diferentes grupos de profissionais da sua equipa se esforçam para evitar conflitos sobre a divisão de atividades e responsabilidades?	
v4	I4	17. Como acha que os doentes avaliam a colaboração entre os diferentes profissionais da equipa que os atende?	
v5	I5	18. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua percepção.	Quando é necessário, os vários grupos profissionais da equipa pedem apoio profissional (conselho, opinião, etc.) entre si.
v6	I6		Parece-lhe que os doentes consideram que os profissionais que cuidam deles fazem o seu trabalho de forma adequada, sem prejudicar-se mutuamente?
v7	I7		Os profissionais da equipa têm em conta o conjunto de necessidades dos doentes, ou seja, as necessidades físicas, psicológicas, sociais, etc.
v8	I8		Os profissionais da equipa toleram facilmente a existência de actividades cuja responsabilidade pela sua realização não está claramente definida.
v9	I9		Os profissionais da equipa trocam entre si informação relativa a um mesmo doente.
v10	I10		Os profissionais da equipa têm em conta os dados recolhidos pelos outros grupos profissionais.
v11	I11		Os profissionais da equipa colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum.
v12	I12		Os profissionais da equipa cooperam entre si para assegurar o seguimento do doente.
v13	I13		Como se coordenam as diferentes actividades que realizam os profissionais da equipa sobre um mesmo doente?
v14	I14		Em geral, como se estabelece o plano diário de trabalho em comum dos profissionais da equipa?
v15	I15	19. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua opinião.	No funcionamento diário da equipa, como se integram as actividades de colaboração entre os diferentes profissionais da equipa (p. ex., sessões em conjunto, passo de visita em comum, etc.)?
v16	I16		Como se partilham as responsabilidades entre os diferentes profissionais que formam a equipa?
v17	MI4	20. Actualmente faço o meu trabalho...	Porque gosto muito deste trabalho.
v18	MI5		Porque me divirto fazendo o meu trabalho.
v19	MI3		Pelos momentos de prazer que este trabalho me traz.
v20	MI1		Eu escolhi este trabalho porque me permite alcançar os meus objetivos de vida.
v21	MI2		Porque este trabalho preenche os meus planos de carreira.
v22	ME4		Porque eu tenho que ser o melhor no meu trabalho, eu tenho que ser um "vencedor".
v23	ME2		Porque a minha reputação depende disso.
v24	ME3		Porque este trabalho me proporciona um certo padrão de vida.
v25	ME1		Eu faço este trabalho pelo salário.
v26	PSMc1		21. Faço o meu trabalho...
v27	PSMc2	Ajudando os colegas de trabalho com assuntos pessoais (tais como problemas familiares, transtornos emocionais, ou evitando a censura por erros cometidos).	
v28	PSMe1	Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente inconsistentes (de uma forma que é prejudicial à organização, prestando um serviço ignorando regras e procedimentos organizacionais importantes e, assim, ajudar o cliente mas a um custo óbvio para a organização).	
v29	PSMe2	Prestando serviços ou produtos para os consumidores (doentes, utentes, clientes) de formas organizacionalmente consistentes.	
v30	PSMe3	Ajudando os consumidores (doentes, utentes, clientes) com questões pessoais não relacionadas com os serviços ou produtos da organização.	
v31	PSMi1	22. Faço o meu trabalho...	Sugerindo melhorias processuais, administrativas ou organizacionais.
v32	PSMi2		Colocando esforço extra no trabalho.
v33	PSMi3		Voluntariando-me para tarefas adicionais.
v34	MI6	23. Por favor, indique para cada uma das frases seguintes a resposta que melhor reflete a sua opinião.	Porque posso aprender coisas novas.
v35	PSMs1		Serviço público relevante é muito importante para mim.
v36	PSMs2		Fazer a diferença na sociedade significa para mim mais do que realizações pessoais.
v37	PSMs3		Estou preparado para fazer sacrifícios para o bem da sociedade.
v38	EME1		Motiva-me o facto de que, ao fazer o meu trabalho, cumpro a missão da instituição.
v39	EME2		Eu trabalho arduamente para garantir que a instituição é bem sucedida na consecução da sua missão.
v40	EME3		Eu realizo a missão quando faço bem o meu trabalho.
v41	PSMc3		Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores profissionais.
v42	PSMc4		Estou disponível e disposto a ajudar os meus colegas para que sejam melhores pessoas.

ANEXO 5 – Análisis factorial exploratorio

Análisis factorial exploratorio: matrices de componentes rotados para cada constructo

Integración

Matriz de componentes rotados

	Componentes	
	ITG1	ITG2
I1	-0,063	0,567
I2	0,335	0,763
I3	0,312	0,760
I4	0,486	0,551
I5	0,582	0,468
I6	0,556	0,290
I7	0,729	0,225
I8	0,288	0,051
I9	0,782	0,063
I10	0,800	0,094
I11	0,844	0,213
I12	0,875	0,193
I13	0,853	0,338
I14	0,836	0,277
I15	0,819	0,334
I16	0,819	0,379

Motivación extrínseca:

Matriz de componentes rotados

Componente	
	ME
ME3	0,862
ME2	0,849
ME4	0,660
ME1	0,710

Motivación Intrínseca:

Matriz de componentes rotados

Componente	
	MI
MI4	0,776
MI5	0,800
MI3	0,826
MI1	0,792
MI2	0,811
MI6	0,521

Pro Stakeholder Motivation:

Matriz de componentes rotados

	Componentes		
	1	2	3
PSMc1	0,758	0,203	0,081
PSMc2	0,638	0,041	0,434
PSMe1	-0,229	0,069	0,820
PSMe2	0,721	0,143	-0,136
PSMe3	0,351	-0,014	0,820
PSMi1	0,591	0,429	-0,097
PSMi2	0,575	0,358	-0,009
PSMi3	0,558	0,472	0,060
PSMs1	0,280	0,845	-0,030
PSMs2	0,204	0,913	0,024
PSMs3	0,226	0,876	0,106
PSMc3	0,656	0,453	0,093
PSMc4	0,670	0,319	0,237

BIBLIOGRAFIA

Adams, O., & Hicks, V. (2000). Pay and Non-pay Incentives, Performance and Motivation. *Human Resources for Health*, 4(3), 126–145.

Alegre Vidal, J. (2003). *La adopción de prácticas de gestión del conocimiento y su efecto sobre la generación de competencias distintivas y el desempeño innovador : un estudio empírico en el sector de Biotecnología*. Retrieved from <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/13253>

Amabile, T. M. (1993). Motivational synergy; Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace. *Human Resources Management Review*, 3, 185–201.

Analoui, F., & Karami, A. (2002). CEOs and development of the meaningful mission statement. *Corporate Governance*, 2(3), 13–20.
<http://doi.org/10.1108/14720700210440044>

Aparecida, C., Ferreira, A., Carla, F., Vasconcelos, W., Universitário, C., Brazil, U. N. A., ... Brazil, U. N. A. (2016). MOTIVATION AND REWARDS TO HEALTH PROFESSIONALS. *Revista Gestão E Planejamento*, 17(1), 41–58.

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(June), e82. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2707589&tool=pmcentrez>

&rendertype=abstract

Atrill, P., Omran, M., & Pointon, J. (2005). Company mission statements and financial performance. *Corporate Ownership & Control*, 2(3), 28–35.

Atun, R. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *BMJ*, 326, 655.

Retrieved from

<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1125549/pdf/655.pdf>

Axelsson, R., Axelsson, S. B., Gustafsson, J., & Seemann, J. (2014). Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework. *International Journal of Integrated Care*, (June).

Ayadi, M., & Love, D. (2015). Redefining the Core Competencies of Future Healthcare Executives Under Healthcare Reform. *Administrative Issues Journal Education Practice and Research*, 5(2), 3–16. <http://doi.org/10.5929/2015.5.2.1>

Bååthe, F. (2013). Engaging physicians in organisational improvement work. *Journal of Health Organization and Management*, 27(4), 479–497. <http://doi.org/10.1108/JHOM-02-2012-0043>

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–76. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2236836&tool=pmcentrez>
&rendertype=abstract

Barnard, C. (1938). *The functions of the executive*. Cambridge, Mass. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Functions+of+the+Executive#0>

-
- Barros, PP; Gomes, J.-P. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Retrieved from <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>
- Bart, C. (1997). Sex, lies and mission statements. *Business Horizons*, 9–18. Retrieved from <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract-id=716542>
- Bart, C. (2001). Measuring the mission effect in human intellectual capital. *Journal of Intellectual Capital*, (1). Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=883941&show=abstract>
- Bart, C. (2007). A comparative analysis of mission statement content in secular and faith-based hospitals. *Journal of Intellectual Capital*, 8(4), 682–694. <http://doi.org/10.1108/14691930710830837>
- Bart, C., Bontis, N., & Taggar, S. (2001). A model of the impact of mission statements on firm performance. *Management Decision*, 19–35. Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=865190&show=abstract>
- Bart, C. K. (2000). Mission statements in Canadian non-for-profit Hospitals: does process matter? *Health Care Management Review*, 25(2), 45–63.
- Bart, C. K., & Hupfer, M. (2004). Mission statements in Canadian hospitals. *Journal of Health Organisation and Management*, 18(2), 92–110. <http://doi.org/10.1108/14777260410538889>
- Bart, C. K., & Tabone, J. C. (1999). Mission Statement Content and Hospital the Canadian Health Care Sector. *Health Care Management Review*, 24(3), 18–29.

- Bart, C., & Tabone, J. (1998). Mission statement rationales and organizational alignment in the not-for-profit health care sector. *Health Care Management Review*. Retrieved from http://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/1998/10000/Mission_Statement_Rationales_and_Organizational.5.aspx
- Bartkus, B., Glassman, M., & McAfee, R. B. (2000). Mission statements: are they smoke and mirrors? *Business Horizons*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000768130080018X>
- Bartkus, B. R., & Glassman, M. (2007). Do Firms Practice What They Preach? The Relationship Between Mission Statements and Stakeholder Management. *Journal of Business Ethics*, 83(2), 207–216. <http://doi.org/10.1007/s10551-007-9612-0>
- Bartkus, B. R., Glassman, M., & McAfee, R. B. (2004). A Comparison of the Quality of European, Japanese and U.S. Mission Statements: *European Management Journal*, 22(4), 393–401. <http://doi.org/10.1016/j.emj.2004.06.013>
- Bastons, M., Rey, C., & Mas, M. (2016). Pro-stakeholders Motivation: uncovering a new source of motivation for business companies. *Journal of Management & Organization*.
- Batson, C. D., & Shaw, L. L. (1991). Evidence for Altruism: Toward a Pluralism of Prosocial Motives. *Psychological Inquiry*, 2(2), 107–122. http://doi.org/10.1207/s15327965pli0202_1
- Beach, M. C., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21 Suppl 1, S3-8. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>
- Begun, J. W., White, K. R., & Mosser, G. (2011). Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 119–23.

<http://doi.org/10.3109/13561820.2010.504135>

Begun, J., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. ... in *Health Care Organization ...*, 253–288. Retrieved from http://change-ability.ca/files/Complex_Adaptive.pdf

Benkler, Y. (2010). Law, policy, and cooperation. In *Government and markets: Toward a new theory of ...* (pp. 299–335). Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Ihu67Pk-AIsC&oi=fnd&pg=PA299&dq=Law,+Policy,+and+Cooperation&ots=BmlqWNe-L4&sig=TdTHqRrrOenXuWvWyNe5m-EcB6g>

Benkler, Y. (2011). *The penguin and the leviathan* (New York:). New York: New York: Crown Business. <http://doi.org/10.1145/2145204.2145206>

Benson, S. G., & Dundis, S. P. (2003). Understanding and motivating health care employees: Integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 315–320. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00409.x>

Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 307(14), 1513–6. <http://doi.org/10.1001/jama.2012.362>

Black, N. (2013). Can England's NHS Survive? *New England Journal of Medicine*. Retrieved from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1305771>

Blair-Loy, M., Wharton, a. S., & Goodstein, J. (2011). Exploring the Relationship between Mission Statements and Work-Life Practices in Organizations. *Organization Studies*, 32(3), 427–450. <http://doi.org/10.1177/0170840610397480>

- Bolon, D. S. (2005). Comparing mission statement content in for-profit and not-for-profit hospitals: does mission really matter? *Hospital Topics*, 83(4), 2–9.
<http://doi.org/10.3200/HTPS.83.4.2-10>
- Braithwaite, J. (2010). Between-group behaviour in health care: gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. A systematic review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 330. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-330>
- Brewer, G., & Selden, S. (1998). Whistle blowers in the federal civil service: New evidence of the public service ethic. *Journal of Public Administration Research and Theory*, (1). Retrieved from <http://jpart.oxfordjournals.org/content/8/3/413.short>
- Brief, A. P., & Motowidlo, S. J. (1986). Prosocial Organizational Behaviors. *The Academy of Management Review*, 11(4), 710. <http://doi.org/10.2307/258391>
- Burns, L. R., & Muller, R. W. (2008). Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. *The Milbank Quarterly*, 86(3), 375–434. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2008.00527.x>
- Bustamante-Ubilla, M. A., Econ, C., Río-rivero, M. C., Des, M., Lobos-andrade, G. E., Gest, C. De, ... Comer, I. (2009). Percepción de la motivación de los directivos intermedios en tres hospitales de la Región. *Salud Pública de México*, 51(5), 417–426.
- Byrkjeflot, H., & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 441–458. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/BIJ-10-2012-0068>
- Calfee, D. (1993). Get your mission statement working. *Management Review*, (January), 54–57. Retrieved from <http://elibrary.ru/item.asp?id=4430571>

-
- Campbell, A., & Nash, L. L. (1992). *A Sense of Mission: Defining Direction for the Large Corporation*. Addison-Wesley.
<http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199740420.003.0020>
- Campbell, A., & Yeung, S. (1991). Creating a sense of mission. *Long Range Planning*, 24(4), 10–20. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10114092>
- Cardona, P. (2000). Transcendental leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 21(4), 201–207. <http://doi.org/10.1108/01437730010335445>
- Cardona, P., & Rey, C. (2005). *Dirección por misiones*. DEUSTO S.A. EDICIONES.
- Cardona, P., & Rey, C. (2009). *Management by missions: how to make the mission a part of management* (Vol. 3).
- Carrier, E., Dowling, M. K., & Pham, H. H. (2012). Care coordination agreements: barriers, facilitators, and lessons learned. *The American Journal of Managed Care*, 18(11), e398-404. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198751>
- Carvalho Rodrigues, L. A. (2002). *Comprender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. (Colibri, Ed.) (Edições Co). Lisboa.
- Cha, J., Chang, Y. K., & Kim, T.-Y. (2013). Person–Organization Fit on Prosocial Identity: Implications on Employee Outcomes. *Journal of Business Ethics*, 123(1), 57–69. <http://doi.org/10.1007/s10551-013-1799-7>
- Charns, M. P., & Tewksbury, L. J. S. (1993). *Collaborative Management in Health Care: Managing the Integrative Organization*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1993.
- Christensen, L. (1997). Marketing as auto-communication. *Consumption, Markets and Culture*, 1(3), 197–302. Retrieved from

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10253866.1997.9670299>

Cohn, K., Allyn, T. R., & Reid, R. a. (2008). A strategy for engaging healthcare professionals: Moving from me to we. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 1(3), 262–272. <http://doi.org/10.1179/175330308791011470>

Collins, J. C., & Porras, J. I. (1995). Building a Visionary Company. *CALIFORNIA MANAGEMENT REVIEW*, 37(2).

Contandriopoulos, A. P. (2004). *The integration of health care: dimensions and implementation*. Montreal. Retrieved from <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/N04-01.pdf>

Correia, T., & Denis, J. L. (2016). Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal. *BMC Health Services Research*, 16(S2), 161. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1398-2>

Corwin, L., Corbin, J. H., & Mittelmark, M. B. (2012). Producing synergy in collaborations: A successful hospital innovation. *The Innovation Journal*, 17(1), 2–16.

Coxon, K. (2005). Common experiences of staff working in integrated health and social care organisations: a European perspective. *Journal of Integrated Care*, 13(2), 13–21. Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1934191&show=abstract>

Crosson, F. (2003). Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *BMJ: British Medical Journal*, 326(March), 654. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125548/>

-
- Crotts, J., Dickson, D., & Ford, R. (2005). Aligning organizational processes with mission: the case of service excellence. *The Academy of Management Executive*, 19(3). Retrieved from <http://amp.aom.org/content/19/3/54.short>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2563002&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Davies, H. T. O., & Harrison, S. (2003). Trends in doctor-manager relationships. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 646–9. <http://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.646>
- De Dreu, C. K. W. (2006). Rational self-interest and other orientation in organizational behavior: a critical appraisal and extension of Meglino and Korsgaard (2004). *The Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1245–52. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.91.6.1245>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. http://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management - the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*, 14(1), 36–48. <http://doi.org/10.1258/0951484011912519>
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J., & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 649–52.

<http://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.649>

Desmidt, S., & Heene, A. (2007). Mission statement perception: Are we all on the same wavelength? A case study in a Flemish hospital. *Health Care Management Review*, 1–27. Retrieved from http://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/2007/01000/Mission_statement_perception__Are_we_all_on_the.10.aspx

Desmidt, S., Prinzie, A., & Decramer, A. (2011). Looking for the value of mission statements: a meta-analysis of 20 years of research. *Management Decision*, 49(3), 468–483. <http://doi.org/10.1108/0025174111120806>

Desmidt, S., Prinzie, A., & Heene, A. (2008). The level and determinants of mission statement use: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1433–41. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.004>

Dessler, G. (1999). How to earn your employees' commitment. *Academy of Management Executive*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=10795545&AN=1899549&h=8amsDp7pTww8OIEdopjNkfpoWQHf7%2Fei%2BJWmlORsOWYm%2BZijj9p8hRbAGpQ2Dq82PWnK2fvYvsXdaBm261CD0w%3D%3D&crl=c>

Dieleman, M., & Harnmeijer, J. W. (2006). Improving health worker performance : in search of promising practices. *Human Resources for Health*, (September), 77. Retrieved from http://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Improving+health+worker+performance:+in+search+of+promising+practices&btnG=Search&as_sdt=2000&as_ylo=&as_vis=0#0

-
- Dodlova, M., & Yudkevich, M. (2009). Gift exchange in the workplace. *Human Resource Management Review*, 19(1), 23–38. <http://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.11.001>
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- Drucker, P. (1986). *Management: tasks, responsibilities, practices*. (E.P. Dutton, Ed.). New York: Truman Talley Books. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Tasks,+Responsibilities,+Practices#6>
- Drucker, P. E. (1989). What Business Can Learn from Nonprofits. *Harvard Business Review*, 67(7), 88–93.
- Dutton, J. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=00018392&AN=9410102165&h=6U05%2FZnEOe1Wjq2ObBn%2FCTf9e2iH%2Br3wuZDzwliZuHLUM6JXvTH95LmwpCb94jvhW9KIUdJBKXYJoxbK7RO6pA%3D%3D&crl=c>
- Edwards, N. (2003). Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients-what can be done? *Quality & Safety in Health Care*, 12 Suppl 1, i21-4. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1765767&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Edwards, N., Kornacki, M. J., & Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7341), 835–8. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122769&tool=pmcentrez>

&rendertype=abstract

Edwards, N., Marshall, M., McLellan, A., & Abbasi, K. (2003). Doctors and managers: a problem without a solution? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 609–10. <http://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.609>

Embertson MK. (2006). The importance of middle managers in health care organizations. *Journal of Healthcare Management*, 7–8(51).

Evans, J. M. (2012). Shared mental models of integrated care: aligning multiple stakeholder perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 713–736. <http://doi.org/10.1108/14777261211276989>

Fagin, L. (2004). The doctor-nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), 277–286. <http://doi.org/10.1192/apt.10.4.277>

Fairhurst, G., Jordan, J., & Neuwirth, K. (1997). Why are we here? Managing the meaning of an organizational mission statement. *Journal of Applied Communication Research*, 25(11), 243–263. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00909889709365480>

Fehr, E., & Gintis, H. (2007). Human Motivation and Social Cooperation: Experimental and Analytical Foundations. *Annual Review of Sociology*, 33(1), 43–64. <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131812>

Flynn, L., & Aiken, L. (2002). Does international nurse recruitment influence practice values in US hospitals? *Journal of Nursing Scholarship*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2002.00067.x/abstract>

Forbes, D. J., & Seena, S. (2006). The value of a mission statement in an association of not-

-
- for-profit hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(5), 409–419. <http://doi.org/10.1108/09526860610680058>
- Forehand, A. (2000). Mission and organizational performance in the healthcare industry. *Journal of Healthcare Management*. Retrieved from <http://www.biomedsearch.com/article/Mission-Organizational-Performance-in-Healthcare/63714418.html>
- Foster-Fishman, P. G., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D. W., Jacobson, S., & Allen, N. a. (2001). Building collaborative capacity in community coalitions: a review and integrative framework. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 241–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11446279>
- Fox, A., & Reeves, S. (2014). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 1820, 1–6. <http://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Franco, L. M., Bennett, S., Kanfer, R., & Stubblebine, P. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 54, 1255–1266. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00203-X](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00203-X)
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. (Beacon, Ed.) (Vol. 5). Boston.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gaboury, I., Lapierre, L. M., Boon, H., & Moher, D. (2011). Interprofessional collaboration

- within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 124–30. <http://doi.org/10.3109/13561820.2010.523654>
- Gagne, M., Forest, J., Gilbert, M.-H., Aube, C., Morin, E., & Malorni, a. (2010). The Motivation at Work Scale: Validation Evidence in Two Languages. *Educational and Psychological Measurement*, 70(4), 628–646. <http://doi.org/10.1177/0013164409355698>
- Galletta, M., Portoghese, I., & Battistelli, A. (2011). Intrinsic Motivation, Job Autonomy and Turnover Intention in the Italian Healthcare: The mediating role of Affective Commitment. *Journal of Management Research*, 3(2), 1–20. <http://doi.org/10.5296/jmr.v3i2.619>
- García, M. A. (2008). *Introducción al Octógono: una teoría de empresas centrada en el conocimiento y querer de las personas* (4ª Ed.). Empresa y Humanismo; cuaderno 93.
- Garelick, A. (2004). Doctor to doctor: getting on with colleagues. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 225–232. <http://doi.org/10.1192/apt.10.3.225>
- Garelick, A. (2005). The doctor-manager relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(4), 241–250. <http://doi.org/10.1192/apt.11.4.241>
- Gibson, C. (1990). An empirical investigation of the nature of hospital mission statements. *Health Care Management Review*, 15(3), 35–45. Retrieved from http://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/1990/01530/An_empirical_investigation_of_the_nature_of.5.aspx
- Gil, M. A., María, J., & García, B. (2016). The Healthcare System in Spain: From Decentralization to Economic Current Crisis. *Sociology and Anthropology*, 4(5), 306–

314. <http://doi.org/10.13189/sa.2016.040502>

Ginter, P. M., Swayne, L. E., Duncan. (1998). *The Strategic Management of Health Care Organizations*. (B. Business, Ed.) (3rd ed.). Blackwell Business.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–71. Retrieved from <http://www.mcgill.ca/files/desautels/ManagingCare-Part1-Winter2001.pdf>

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11233356>

Graber, D. (2009). Organizational and individual perspectives on caring in hospitals. *Journal of Health and Human Services Administration*. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25790745>

Grant, A. (2011). How customers can rally your troops. *Harvard Business Review*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:How+customers+c an+rally+your+troops#0>

Grant, A. M. (2007). Relational Job Design and the Motivation To Make a Prosocial Difference. *Academy of Management Review*, 32(2), 393–417. <http://doi.org/10.5465/AMR.2007.24351328>

Grant, A. M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 48–58. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.48>

- Grant, A. M. (2009). Putting Self-Interest Out of Business? Contributions and Unanswered Questions From Use-Inspired Research on Prosocial Motivation. *Industrial and Organizational Psychology*, 2(1), 94–98. <http://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2008.01113.x>
- Grant, A. M. (2012). Leading with Meaning: Beneficiary Contact, Prosocial Impact, and the Performance Effects of Transformational Leadership. *The Academy of Management Journal*, 55(2), 458–476. <http://doi.org/10.5465/amj.2010.0588>
- Grant, A. M. (2013). In the company of givers and takers. *Harvard Business Review*, 4, 1–4. Retrieved from <http://europemc.org/abstract/MED/23593770>
- Grant, A. M., & Berg, J. (2011). Prosocial motivation at work: When, why, and how making a difference makes a difference. *Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Prosocial+Motivation+at+Work:+When,+Why,+and+How+Making+a+Difference+Makes+a+Difference#1>
- Grant, A. M., Dutton, J., & Rosso, B. (2008). Giving commitment: Employee support programs and the prosocial sensemaking process. *Academy of Management Journal*, 51(5), 898–918. Retrieved from <http://amj.aom.org/content/51/5/898.short>
- Grant, A. M., & Hofmann, D. A. (2011). Outsourcing inspiration: The performance effects of ideological messages from leaders and beneficiaries. *Organizational Behavior and Human Decision ...*, 116(2), 173–187. <http://doi.org/10.1016/j.obhdp.2011.06.005>
- Groene, O., Brandt, E., Schmidt, W., & Moeller, J. (2009). The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and

implementation. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 21(4), 259–71.

<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzp024>

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225–30.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

Grono, Oliver; Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 1(June).

Grono, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(June).

Guillén, M., Ferrero, I., & Hoffman, W. M. (2014). The Neglected Ethical and Spiritual Motivations in the Workplace. *Journal of Business Ethics*, 128(4), 803–816.
<http://doi.org/10.1007/s10551-013-1985-7>

Hair, J F, Anderson R.E., Tatham, R.L., Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. (P. H. IBERIA, Ed.) (5ª). Madrid.

Hamel, G. (2011). First, Let's Fire All The Managers. *Harvard Business Review*, (December), 48–60.

Hauser, L. (2014). Work motivation in organizational behavior. *Economics, Management, and Financial Markets*, 9(4), 239–246. Retrieved from
[/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar?hl=en&start=500&as_sdt=0,2&scilib=1&citilm=1&citation_for_view=o24DEGkAAAAJ:KIAtU1dfN6UC&hl=en&oi=p](http://citations?view_op=view_citation&continue=/scholar?hl=en&start=500&as_sdt=0,2&scilib=1&citilm=1&citation_for_view=o24DEGkAAAAJ:KIAtU1dfN6UC&hl=en&oi=p)

- Headrick, L. (1998). Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ: British Medical Journal*, 316(3), 771–774. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112732/>
- Hibberd, P. A. (1998). The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork--missing link for seamless care? *Journal of Clinical Nursing*, 7(3), 274–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9661391>
- Huber TP, Godfrey MM, Nelson EC, Mohr JJ, Campbell C, B., & PB. (2003). Microsystems in health care: Part 8. Developing people and improving work life: what front-line staff told us. ... *Journal on Quality and Safety*, 29(10), 512–522. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/jcaho/jcjq/2003/00000029/00000010/art00002>
- Hurlock-Chorostecki, C., Soeren, M. van, MacMillan, K., Sidani, S., Donald, F., & Reeves, S. (2016). A qualitative study of nurse practitioner promotion of interprofessional care across institutional settings: Perspectives from different healthcare professionals. *International Journal of Nursing Sciences*. <http://doi.org/doi:10.1016/j.ijnss.2016.02.003>.
- Ireland, D., & Hitt, M. (1992). Mission statements: Importance, challenge, and recommendations for development. *Business Horizons*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Mission+statements:+importance,+challenge+and+recommendations+for+development#0>
- Kaplan, R., & Norton, D. (2004). Measuring the strategic readiness of intangible assets. *Harvard Business Review*. Retrieved from [http://ibmstudies.com.np/files/HardvardArticles/HarvardBusinessReview-February2004\(CompleteIssue\).pdf](http://ibmstudies.com.np/files/HardvardArticles/HarvardBusinessReview-February2004(CompleteIssue).pdf)

-
- Katongole, S. P., Mugisha, J. F., Ddm, R. A., Bikaitwoha, E. M., & Wampande, L. N. (2015). Perceptions of Health Workers and Managers on the Use of Non-Monetary Human Resource Motivation Tools in General Hospitals of Central Uganda. *International Journal of Public Health Research*, 3(5), 264–270.
- Kirk, G., & Nolan, S. B. (2010). Nonprofit mission statement focus and financial performance. *Nonprofit Management and Leadership*, 20(4).
<http://doi.org/10.1002/nml>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(November), e12. Retrieved from
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1480401&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V., & Niakas, D. (2009). Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Services Research*, 9, 164. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-9-164>
- Körner, M. (2013). Patient-centered care through internal and external participation in medical rehabilitation. *Health*, 5(6), 48–55.
<http://doi.org/10.4236/health.2013.56A2008>
- Koulikoff-Souviron, M., & Claye-Puaux, S. (2013). HR Practices as Antecedents of Supply Relationship Integration: The Inter- and Intra-Firm Contexts. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 1(December), 51–59.
- Krogstad, U., Hofoss, D. A. G., & Hjortdahl, P. E. R. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in*

Health Care, 16(6), 491–497.

Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M., & Hjortdahl, P. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*, 4(3). <http://doi.org/10.1186/1478-4491-4-3>

Krohe, J. (1995). Do you really need a mission statement? *Across the Board*, 32(7).

Retrieved from

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DO+YOU+REALLY+NEED+A+MISSION+STATEMENT+?#0>

Lambrou, P., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health*, 8(1), 26. <http://doi.org/10.1186/1478-4491-8-26>

Lawrence, P., Lorsch, J., & Garrison, J. (1967). *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Boston: Harvard University. Retrieved from <http://library.wur.nl/WebQuery/clc/352646>

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1–47.

Lee, T. H., & Cosgrove, T. (2014). Engaging doctors in the health care revolution.

Harvard Business Review, 92(6), 104–111, 138. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25051859>

Levin, I. M., Llp, Y., & Shaw, G. B. (2000). Vision Revisited Telling the Story of the Future.

THE JOURNAL OF APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE, 36(1), 91–107.

Lindgren, Å., Bååthe, F., & Dellve, L. (2013). Why risk professional fulfilment: A grounded

-
- theory of physician engagement in healthcare development. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(2). <http://doi.org/10.1002/hpm.2142>
- Loewy, E. H. (2007). Healthcare Systems and Motivation. *MedGenMed Medscape General Medicine*, 9(1). Retrieved from http://ac.els-cdn.com.proxy.libraries.smu.edu/S0277953614003980/1-s2.0-S0277953614003980-main.pdf?_tid=1077cde6-4ff7-11e4-ad9e-00000aab0f27&acdnat=1412888508_89a63bfcc722bdae6cbd9329740e26f2
- Low Kim Cheng, P., & Robertson, R. W. (2006). Not for Bread Alone—Motivation Among Hospital Employees in Singapore. *Public Organization Review*, 6(2), 155–166. <http://doi.org/10.1007/s11115-006-0004-1>
- MacMillan, K. M. (2012). The challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale? *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 410–415. <http://doi.org/10.3109/13561820.2012.699480>
- Malbašić, I., Rey, C., & Potočan, V. (2014). Balanced Organizational Values: From Theory to Practice. *Journal of Business Ethics*, 130(2), 437–446. <http://doi.org/10.1007/s10551-014-2238-0>
- M Leonard, S Graham, D. B. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13(suppl_1), i85–i90. <http://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Malhotra, N. (1998). *Marketing Research and Applied Orientation*. (Upper Saddle River, Ed.) (4th ed.). NJ: Prentice Hall.
- Marimon, F., Mas-Machuca, M., & Rey, C. (2016). Assessing the internalization of the mission. *Industrial Management & Data Systems*, 116(1), 170–187.

<http://doi.org/10.1108/IMDS-04-2015-0144>

Martin, G. P., Currie, G., & Finn, R. (2008). Leadership, Service Reform, and Public-Service Networks: The Case of Cancer-Genetics Pilots in the English NHS. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(4), 769–794.
<http://doi.org/10.1093/jopart/mun016>

Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2007). Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enfermería Clínica*, 17(1), 24–31. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862107717618>

Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine* (1982), 73(2), 193–200. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.025>

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 1820(2006), 1–8.
<http://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>

Mc Gregor, D. (1966). *Leadership and motivation* (Vol. 321). MIT Press.
<http://doi.org/10.1136/bmj.321.7256.S2-7256>

Melé, D. (2003). The challenge of humanistic management. *Journal of Business Ethics*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1023298710412>

Melé, D., Garriga, E., & Guillén, M. (2000). Políticas de Ética Empresarial en las 500 mayores empresas españolas. *Occasional Paper N 00/4, IESE Business ...*, 3, 0–18. Retrieved from <http://www.iese.edu/research/pdfs/OP-00-04.pdf>

-
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. Retrieved from <http://faculty.washington.edu/jwilker/571/571readings/MeyerRowan.pdf>
- Miller, J. H., & Page, S. E. (2009). *Complex adaptive systems: An introduction to computational models of social life*. (P. university Press, Ed.) (Princeton). Princeton university press.
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbrocetti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 21(1), 66–75.
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzn048>
- Minkman, M. M. N., Ahaus, K. T. B., & Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9, 42. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-9-42>
- Mintzberg, H. (2012). Managing the myths of health care. *World Hospitals and Health Services*, 48(3), 4–7. Retrieved from https://www.mcgill.ca/channels/sites/mcgill.ca.channels/files/channels/attach/managing_the_myths_of_health_care.pdf
- Mintzberg, H. (2013). To Fix Health Care, ask the right Questions, (October 2011).
- Morgan, P. I., & Ogonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61(1), 39–65.
<http://doi.org/10.1177/0018726707085945>
- Morrison, E. E., Burke, G. C., & Greene, L. (2007). Meaning in motivation: does your

- organization need an inner life? *Journal of Health and Human Services Administration*, 30(1), 98–115. Retrieved from http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=MarkedList&qid=32&SID=Y13l@MM8he9JjMmKKIJ&page=1&doc=6&colName=MEDLINE
- Nelson, E., & Batalden, P. (2002). Microsystems in health care: Part 1. Learning from highperforming front-line clinical units. *Journal on Quality Improvement*, 28(9), 472–493. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/jcaho/jcjq/2002/00000028/00000009/art00002>
- O'Malley, A., & Reschovsky, J. (2011). Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Archives of Internal Medicine*, 171(1), 56–65. Retrieved from <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/171/1/56.pdf>
- OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal*. <http://doi.org/10.1787/9789264191136-en>
- Onishi, M., Komi, K., & Kanda, K. (2013). Physicians' perceptions of physician-nurse collaboration in Japan: effects of collaborative experience. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2012), 231–237. <http://doi.org/10.3109/13561820.2012.736095>
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 17(2), 141–6. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>

-
- Paarlberg, L., & Lavigna, B. (2010). Transformational leadership and public service motivation: Driving individual and organizational performance. *Public Administration Review*, (October). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-6210.2010.02199.x/full>
- Pérez López, J. A. (1996). *Fundamentos de la dirección de empresas (Vol. 31)*. Ediciones Rialp. Ediciones RIALP. Retrieved from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=TPZiV6-gm_IC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Fundamentos+de+la+direcci%C3%B3n+de+empresas&ots=sQ-LFRFywm&sig=HX73Qob7S3Vl0u6qwIpDEaPnqoo
- Perry, J. L., Hondeghem, A., & Wise, L. R. (2010). Revisiting the Motivational Bases of Public Service: Twenty Years of Research and an Agenda for the Future. *Public Administration Review*, 70(5), 681–690. <http://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02196.x>
- Peterson, R. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381–391.
- Petrakou, A. (2009). Integrated care in the daily work: coordination beyond organisational boundaries. *International Journal of Integrated Care*, 9(July), 1–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748180/>
- Piliavin, J., & Charng, H. (1990). Altruism: A review of recent theory and research. *Annual Review of Sociology*. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2083262>
- Pillitteri, A., & Ackerman, M. (1993). The doctor-nurse game: a comparison of 100 years—1888-1990. *Nursing Outlook*. Retrieved from <http://www.unc.edu/courses/2007spring/nurs/596/960/module8/pillitteri.pdf>

- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7313), 625–8. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1121189&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Ponte, P. R., Conlin, G., Conway, J. B., Grant, S., Medeiros, C., Nies, J., ... Conley, K. (2003). Making Patient-centered Care Come Alive. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(2), 82–90. <http://doi.org/10.1097/00005110-200302000-00004>
- Press, M., Michelow, M., & MacPhail, L. (2012). Care Coordination in Accountable Care Organizations: Moving Beyond Structure and Incentives. *Am J Manag Care*, (december), 778–780. Retrieved from <http://www.ajmc.com/publications/issue/2012/2012-12-vol18-n12/Care-Coordination-in-Accountable-Care-Organizations-Moving-Beyond-Structure-and-Incentives/>
- Price, S., Doucet, S., & Hall, L. M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 103–9. <http://doi.org/10.3109/13561820.2013.867839>
- Puffer, S., & Meindl, J. (1992). the Congruence of Motives and Incentives in a Voluntary Organization. *Journal of Organizational Behavior*, 13(March 1991), 425–434. <http://doi.org/10.1002/job.4030130409>

-
- Radcliffe, M. (2000). doctors and nurses: new game, same result. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7241), 1085. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1117961&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Rainey, H., & Steinbauer, P. (1999). Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organizations. ... of *Public Administration Research and Theory*. Retrieved from <http://jpart.oxfordjournals.org/content/9/1/1.short>
- Ramanujam, R., & Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 827(June), 811–827. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.411/full>
- Ratanawongsa, N., Howell, E. E., & Wright, S. M. (2006). What motivates physicians throughout their careers in medicine? *Comprehensive Therapy*, 32(4), 210–217. <http://doi.org/10.1007/BF02698065>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. (C. Wiley-Blackwell, Ed.). Chichester: Wiley-Blackwell. <http://doi.org/10.1002/9781118542392.fmatter>
- Reeves, S., Macmillan, K., & Van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: A socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258–264. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x>
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD002213. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>

- Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2015). The mission, vision and values in hospital management. *Journal of Hospital Administration*, 5(1), 62–72.
<http://doi.org/10.5430/jha.v5n1p62>
- Regojo, P. (2014). *Ética para directivos y consejeros - cómo construir empresas excelentes y socialmente responsables*. (EUNSA, Ed.) (1ª). Pamplona: EUNSA.
- Reinertsen, JL, Bisognano, M, P. (2008). Seven leadership leverage points for organizational level improvement in health care (second edition). *Institute for Healthcare Improvement*, 1–43. Retrieved from papers3://publication/uuid/F5C1F35B-8545-4292-97DE-7E3F638009B9
- Rey, C. (2011). *La misión en la empresa*. Universidad Internacional de Cataluña.
- Rey, C., & Mas, M. (2013). Mission based motivation: relationship between extrinsic, intrinsic and prosocial motivacion. *Developmental Management: Theories, Methods and Applications in Entrepreneurship. GIKA Conference.*, 9 pp.
- Ribera, J., Gutiérrez Fuentes, J. A., & Rosenmoller, M. (2005). *Gestión en el sector de la salud, Vol 1 - Gestión del Sistema y de sus Instituciones*. (P. Education, Ed.) (Pearson Ed). Madrid: Pearson Education.
- Ríos, F., & Schonhaut, L. (2009). Atención Primaria de Salud : Factores de Desmotivación y Estabilidad Laboral de Médicos Generales. *Rev Clín Med Fam*, 2(8), 378–385.
- Rosanas, J. M. (2007). Beyond Economic Criteria: A Humanistic Approach to Organizational Survival. *Journal of Business Ethics*, 78(3), 447–462.
<http://doi.org/10.1007/s10551-006-9341-9>
- Rosanas, J. M. (2008). Beyond Economic Criteria: A Humanistic Approach to

-
- Organizational Survival. *Journal of Business Ethics*, (78), 447–462.
- Rudenstam, N.-G., & Holmberg, L. (2014). Inter-organizational cooperation: A rehabilitation project based on cooperation between health care and three social service agencies. *Health*, 6(5), 342–349. <http://doi.org/10.4236/health.2014.65050>
- Ryan, R., & Deci, E. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <http://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R., & Deci, E. (2000b). Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Sá, J. a. V. E., Olão, F., & Pereira, M. (2011). From Levitt to the global age: one more time, how do we define our business? *Management Decision*, 49(1), 99–115. <http://doi.org/10.1108/00251741111094464>
- Sargut, G., & McGrath, R. G. (2011). Learning to live with complexity: How to make sense of the unpredictable and the undefinable in today's hyperconnected business world. *Harvard Business Review*, 68–76.
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, 17(1–2), 5–24. <http://doi.org/10.1177/2053435414540615>
- Scott, C., Jaffe, D., & Tobe, G. (1993). (1993). Organizational Vision, Values and Mission (pp. 25–52).
- Senge, P. M. (1998). The practice of innovation. *Leader to Leader*, 1998(9), 16–22. <http://doi.org/10.1002/ltl.40619980907>

- Sistema Nacional de Salud. (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Monografía En Internet*, 16–29. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
- Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 7–18. <http://doi.org/10.1080/13561820020022837>
- Smith, R. (2003). What doctors and managers can learn from each other. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 610–1. <http://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.610>
- Snell, A. J., Briscoe, D., & Dickson, G. (2011). From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative Health Research*, 21(7), 952–967. <http://doi.org/10.1177/1049732311399780>
- Solberg, L., Asche, S., & Shortell, S. (2009). Is integration in large medical groups associated with quality. *The American Journal Of Managed Care*. Retrieved from <http://www.healthhelp.ca.gov/library/reports/news/rci/solberg.pdf>
- Solberg, L. I., Asche, S. E., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Taylor, N., Pawlson, L. G., ... Young, M. R. (2009, June). Is integration in large medical groups associated with quality? *The American Journal of Managed Care*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514807>
- Stallworth Williams, L. (2008). The Mission Statement: A Corporate Reporting Tool With a Past, Present, and Future. *Journal of Business Communication*, 45(2), 94–119. <http://doi.org/10.1177/0021943607313989>
- Stein, K., & Rieder, A. (2009). Integrated care at the crossroads—defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9(April), 1–7. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691940/>

Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699–703.

Retrieved from <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/16/6/699.pdf>

Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, 322(8), 546–9.

<http://doi.org/10.1056/NEJM199002223220810>

Suchman, M. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*. Retrieved from <http://amr.aom.org/content/20/3/571.short>

Suh, T., Houston, M. B., Barney, S. M., & Kwon, I.-W. G. (2010). The Impact of Mission Fulfillment on the Internal Audience: Psychological Job Outcomes in a Services Setting. *Journal of Service Research*, 14(1), 76–92.

<http://doi.org/10.1177/1094670510387915>

Suter, E., & Oelke, N. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13, 16–23. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>

Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses -- a negotiated order perspective. *Sociology of Health and Illness*, 18(3), 379–398.

<http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934735>

Tan, J., Wen, H. J., & Awad, N. (2005). Health care and services delivery systems as complex adaptive systems: Examining chaos theory in action. *Communications of the ACM*, 48(5), 36–44. <http://doi.org/10.1145/1060710.1060737>

Tett, G. (2015). *The Silo Effect: The Peril of Expertise and the Promise of Breaking Down*

Barriers. (S. and Schuster, Ed.). Simon and Schuster.

Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2014). Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *International Nursing Review*, 61(3), 361–370. <http://doi.org/10.1111/inr.12122>

Tsasis, P., & Evans, J. (2013). Outcome mapping for health system integration. *Journal of Multidisciplinary ...*, 99–107. Retrieved from <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=15472>

Tsasis, P., Evans, J., & Owen, S. (2012). Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. *International Journal of Integrated Care*, 12(7–9), 1–10. Retrieved from <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/843>

Uijen, A. a, Schers, H. J., Schellevis, F. G., & van den Bosch, W. J. H. M. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice*, 29(3), 264–71. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmr104>

Ullman, J. B. (2006). Structural equation modeling: reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 35–50. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_03

Vandenabeele, W. (2007). Toward a public administration theory of public service motivation. *Public Management Review*, 9(4), 545–556. <http://doi.org/10.1080/14719030701726697>

Vandijck, D., Desmidt, S., & Buelens, M. (2007). Relevance of mission statements in Flemish not-for-profit healthcare organizations. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 131–41. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00669.x>

-
- VanVactor, J. D. (2012). Collaborative leadership model in the management of health care. *Journal of Business Research*, 65(4), 555–561.
<http://doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.02.021>
- Vardanyan, A., & Kaur Grewal, N. (2015). *When “helping save lives” does not motivate, what does?* Norwegian School of Economics.
- Vazirani, S., Hays, R., Shapiro, M., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71–77. Retrieved from <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/1/71.short>
- Viitanen, E., Kokkinen, L., & Puolijoki, H. (2015). Hospital management teams – reflections on organizational and medical specialization cultures. *Journal of Hospital Administration*, 5(1), 90–99. <http://doi.org/10.5430/jha.v5n1p90>
- Wang, Y. (2011). Mission-Driven Organizations in Japan: Management Philosophy and Individual Outcomes. *Journal of Business Ethics*, 101(1), 111–126.
<http://doi.org/10.1007/s10551-010-0712-x>
- Warner, M. J. (1995). The Nested Mission Statement: Align Departmental Mission Statements with the Overall Mission Statement. *Executive Excellence*, 12(11), 8.
- Watson, E. (2013). *Coordinated healthcare, getting the incentives right?* Universitetet I Tromsø. Retrieved from <http://munin.uit.no/handle/10037/5330>
- Weiherl, J., & Masal, D. (2016). Transformational Leadership and Followers’ Commitment to Mission Changes. *International Journal of Public Administration*, 692(January), 1–11. <http://doi.org/10.1080/01900692.2015.1053611>

- Weiss, J., & Piderit, S. (1999). The value of mission statements in public agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Retrieved from <http://jpart.oxfordjournals.org/content/9/2/193.short>
- Wijngaarden, J. (2006). *Cooperation in Care: Integration of care in networks by steering, coordination and learning*. Erasmus University Rotterdam. Retrieved from <http://repub.eur.nl/handle/7921>
- Williams, J., Smythe, W., Hadjistavropoulos, T., Malloy, D. C., & Martin, R. (2005). A study of thematic content in hospital mission statements: a question of values. *Health Care Management Review*, 30(4), 304–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292007>
- Wolf, A., Ekman, I., & Dellenborg, L. (2012). Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 184. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-184>
- World Health Organization. (2015). *World Health Statistics*.
- Wright, B. (2007). Public service and motivation: does mission matter? *Public Administration Review*, (February). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-6210.2006.00696.x/full>
- Wright, B. (2012). Pulling the levers: Transformational leadership, public service motivation, and mission valence. *Public Administration Review*, 72(April), 206–215. <http://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2011.02496>
- Wright, B. E., & Pandey, S. K. (2010). Public Organizations and Mission Valence: When Does Mission Matter? *Administration & Society*, 43(1), 22–44. <http://doi.org/10.1177/0095399710386303>

-
- Wright, J. (2002). Mission and reality and why not? *Journal of Change Management*, 3, 30–44. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/714042524>
- Wright, S. M., & Beasley, B. W. (2004). Motivating factors for academic physicians within departments of medicine. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 79(9), 1145–50. <http://doi.org/10.4065/79.9.1145>
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140–153. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Zulueta, P. C. De. (2016). Developing compassionate leadership in health care: an integrative review. *Journal of Healthcare Leadership*, 8, 1–10. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/JHL.S93724>
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13(494), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-494>