



Documento
temático

3

Las cualidades del buen empleador

Copyright

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de cualquier parte de esta publicación mediante impresión, por medios fotostáticos o de cualquier otra manera, su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión de cualquier forma y su venta, sin el permiso expreso, por escrito, del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización pequeños extractos (de menos de 300 palabras), a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2006 por el CIE – Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 92-95040-62-7

Documento
temático

3

Las cualidades del buen empleador

Anne Marie Rafferty

Jill Maben

Elizabeth West

Dilys Robinson

Índice

Agradecimiento	6
Noticia sobre las autoras	6
Resumen	7
Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos de atención de salud.....	8
Introducción	10
Sección primera: La gestión de los recursos humanos y el 'buen empleador' – países en transición y países en desarrollo	15
Reforma del sector de salud	15
Problemas específicos de los países en desarrollo y de los países en transición	16
Mejorar la gestión de los recursos humanos de salud es esencial para la reforma del sector de salud	17
Conclusión y puntos más importantes.....	18
Sección segunda: Indicadores de los resultados de enfermería – pruebas y aplicaciones	20
Definir los indicadores de los resultados de enfermería	20
Elaborar indicadores de resultados.....	21
Los indicadores de resultados de enfermería: ¿por qué pueden ser útiles para un buen empleador?.....	21
Pruebas de los efectos de la enfermería: estudios empíricos recientes.....	23
Indicadores nacionales de los resultados de enfermería.....	26
Indicadores del entorno de trabajo	30
Indicadores de los resultados de enfermería: Resumen y conclusiones	33
Sección tercera: Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos en la atención de salud: Objetivos y métodos eficaces de evaluación	34
Los equipos en la atención de salud: ¿por qué son convenientes los equipos y el trabajo en equipo?	34
Desarrollo y funcionamiento de los equipos.....	35
Indicadores y medición de los resultados	36
Factores del entorno (externos) y de la organización (internos).....	37
Indicadores de buenos resultados del personal	40
Planteamientos e instrumentos utilizados para medir los resultados.....	43
Resultados de los equipos y de las personas: Resumen y conclusiones	49
Sección cuarta: Dedicación de los empleados.....	50
Compromiso de los empleados	50
Comportamiento cívico en la organización	55
Estudio de la dedicación de los empleados.....	60
Resumen y conclusiones	69
Sección quinta: Resumen general.....	71
Buenas prácticas de 'gestión de los recursos humanos' en el sector de salud	71
Indicadores de resultados de la enfermería: Base de pruebas.....	72
Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos en la atención de salud.....	72
Sección sexta: Consecuencias de política general.....	74
Anexo 1: Estrategia de búsqueda	76
Referencias	77

Agradecimiento

Este informe ha podido elaborarse gracias a la ayuda y las aportaciones de varias personas y organismos. En particular, debo agradecimiento a Linda Aiken, Robert Barkworth, Carol Borrill, Jim Buchan, Diane Doran, Carl-Ardy Dubois, Nancy Dunton, Barbara Fittal, David Guest, Sue Hayday, Susan Michie, Sarah Perryman, Patricia Rowell, Michael Silverman, Michael West, Linda Watterson y Helen Wolfe.

Sólo a las autoras incumbe la responsabilidad del contenido y de las conclusiones del informe.

Noticia sobre las autoras

Anne-Marie Rafferty, BS, M.Phil, PhD

Anne Marie Rafferty es Decana de la de la Escuela Florence Nightingale de Enfermería y Obstetricia, del King's College, Londres. Tiene títulos de estudios de enfermería (BS Social Science) de la Universidad de Edimburgo; M.Phil (Cirugía) de la Universidad de Nottingham; y PhD (Historia moderna) de la Universidad de Oxford. Obtuvo una Beca Harkness para la Universidad de Pennsylvania, EE.UU. para trabajar sobre la enfermería en la reforma de la salud. Su interés por la investigación abarca distintas materias como la historia, la política de salud y los servicios sociales. Después ha sido Directora del Centro para la política de investigación de enfermería en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical, de Londres, hasta 2004 año en que se hizo cargo del puesto de Decana de la Escuela de Medicina y Obstetricia.

Jill Maben, RGN, BA, MS, PhD

Jill Maben es enfermera especialista, actualmente profesora y postdoctorada de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical, de Londres. En su trabajo postdoctoral estudia los problemas de la retención del personal en el servicio de salud del Reino Unido, especialmente de Londres. Tiene una amplia experiencia de investigación, y ha estudiado la formación de las enfermeras incluido el 'Proyecto 2000', la adquisición de capacidades, la promoción de la salud y, más recientemente, la autorización de las enfermeras para recetar. En su trabajo doctoral examinó las experiencias de las enfermeras recién tituladas y la tensión entre los ideales profesionales de éstas y la realidad de la enfermería. Sus principales intereses de estudio son la calidad de la vida de trabajo de las enfermeras y los problemas de los recursos humanos.

Elizabeth West, RMN, DN, RGN, BS, MA, MS, PhD

Elizabeth West es profesora y postdoctorada de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical, de Londres. En su actual trabajo estudia la manera en que los recursos humanos de enfermería – su número, su formación y su experiencia y pericia profesional – influyen en los resultados de los cuidados intensivos en los pacientes. Comenzó sus estudios en la Universidad de Edimburgo y prosiguió su formación en enfermería psiquiátrica y en sociología en los Estados Unidos de América. Sus principales intereses son la organización y gestión de los cuidados de salud, las redes sociales, la política de salud y la integración de diferentes planteamientos de la investigación de enfermería. Elizabeth West fue enfermera contratada y encargada de sala en el Royal Hospital de Edimburgo durante siete años.

Dilys Robinson, BA, MBA

Dilys Robinson es Investigadora principal miembro del Instituto de Estudios del empleo, donde está encargada de la Red de investigación sobre la motivación, el bienestar y la retención de los empleados. Se interesa en especial por las actitudes de los empleados y su relación con los resultados empresariales y dirige las investigaciones sobre contratación de los empleados, del Instituto de Estudios del empleo. Anteriormente, trabajó para el National Health Service en diversas funciones regionales, de distrito y de hospitales, relacionadas con los recursos humanos y la gestión de proyectos.

Resumen

Introducción

En este documento se resumen las pruebas y las cuestiones relacionadas con la buena gestión de los recursos humanos en el sector de la atención de salud, en lo que se refiere a lo siguiente: a) indicadores de resultados y medición de los resultados de enfermería; b) cuestiones de resultados relacionadas con las personas y los equipos; y c) dedicación y compromiso de los empleados y comportamiento cívico en la organización. Hay dos temas principales: ¿Cuáles son las intervenciones y los indicadores relacionados con unos buenos resultados de la gestión de los recursos humanos y cómo pueden medirse esos resultados?

Los estudios indican que las inversiones en desarrollo y en aplicación de una política y práctica de mantenimiento de unos recursos humanos de salud eficaces contribuye de una manera positiva, eficaz y medible a los resultados de la organización (CIPD 2001; Caulkin 2001; Richardson y Thompson 1999; West et al. 1997). La práctica de recursos humanos contribuye a los resultados de las empresas de maneras en las que influyen tres perspectivas generales: 'las mejores prácticas', 'la contingencia' y 'por grupos' (Richardson y Thomson 1999). Sin embargo no hay "varita mágica". Las pretensiones de unas mejores prácticas universales son prematuras; la mera adopción de un determinado conjunto de estrategias de recursos humanos no conducirá al éxito de la organización, y puede ser que el mismo conjunto de políticas de recursos humanos no resulte universalmente aplicable (Richardson y Thomson 1999). Sigue siendo un enigma cómo y en qué combinación se aplican los vínculos entre las prácticas de gestión y la función superior (Caulkin 2001), y el examen de la gestión de los recursos humanos sigue siendo un 'campo nuevo de investigación'. (Guest 2001).

La gestión de los recursos humanos en el sector de salud tiene un conjunto exclusivo de circunstancias y características (por ejemplo, unos recursos humanos integrados por distintas ocupaciones y profesiones). La gestión de los recursos humanos en la atención de salud es objeto de escasos estudios y la mayoría de los trabajos se hacen en América del Norte (Buchan 2004). El problema que se plantea a los investigadores y analistas de políticas en el sector de salud es el de colmar la actual brecha de conocimientos: entre lo que sabemos por la base general de las pruebas sobre aportaciones y los resultados de los recursos humanos de salud y lo que sabemos por la base de pruebas específicas de la salud.

Indicadores de resultados de enfermería: la base de pruebas

Los indicadores de resultados de enfermería pueden ser de interés para el "buen empleador" por diversas razones. Entre ellas figuran la de mejorar la calidad de la atención de salud, facilitar la contratación y retención del personal, y aportar información para poder adoptar decisiones racionales y defendibles. Los indicadores de resultados de la enfermería son consecuencia de una convergencia de fuerzas, entre ellas las crecientes demandas de cuidados, la preocupación por la calidad, y los cambios culturales en busca de una mayor transparencia y responsabilidad en los servicios públicos. Frecuentemente los indicadores se seleccionan por motivos pragmáticos, pero cada vez se recurre más a métodos científicos tales como los exámenes sistemáticos de lo publicado y los métodos consensuados. Se ha abogado por un planteamiento integrado para la elaboración de medidas de la efectividad y funcionamiento de los equipos (Lovett et al. 2002). Esto ha estimulado el interés por las medidas estructurales, de los procesos y de los resultados, y desde hace poco los investigadores se centran en éstas últimas. Los resultados de la atención médica se evalúan en la forma de muerte, enfermedad, discapacidad, incomodidad e insatisfacción (Lohr 1988).

Los resultados sensibles a la enfermería se definen de diversas maneras, pero ponen de relieve variables dependientes de las intervenciones de enfermería. Entre las reservas en lo que se refiere a su empleo se ha citado la dificultad de evaluar la aportación de una profesión en el equipo de trabajo multiprofesional; la dificultad de medir aspectos importantes de la atención de enfermería; y el estrés adicional que los indicadores de resultados pueden suponer para el personal ya sobrecargado de trabajo. Un acervo de pruebas cada vez mayor indica que algunos pequeños cambios de las características de los recursos humanos de enfermería están relacionados con grandes cambios en los resultados obtenidos en los pacientes (por ejemplo, la

combinación de capacidades de la enfermería, la formación, la experiencia y la carga de trabajo influyen en la mortalidad de pacientes, en el fracaso de los cuidados, en los sucesos adversos y en la duración de las estancias hospitalarias).

Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos de atención de salud

Objetivos y métodos efectivos de evaluación: la base de pruebas

Los estudios indican que cuando los profesionales de salud cooperan en equipos, pueden prestarse mejores servicios a los clientes (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001). Para el 'buen empleador', el trabajo eficaz en equipos mejora la motivación del personal (Wood et al. 1994), la satisfacción en el trabajo y la salud (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992), y mejora también la retención y reduce la rotación del personal (Borrill et al. 2001). En un acervo de publicaciones de gran aceptación se identifica la eficacia de los equipos, tanto en lo que se refiere a su desarrollo como a su funcionamiento (por ejemplo, fase de desarrollo y comunicación en el equipo, flexibilidad, innovación, funciones y dirección del equipo) (Borrill et al. 2001; Heinemann y Zeiss 2002b).

La convergencia de fuerzas externas e internas ha dado lugar al desarrollo de la gestión de los resultados en la atención de salud. Entre los factores externos pueden contarse las presiones políticas y las reformas de la atención de salud; presiones financieras tales como el fomento de la eficiencia y las reducciones presupuestarias; la introducción de contratos de servicios y de contratos separados entre el comprador y el proveedor; y las presiones que ejercen las mayores expectativas de los clientes y usuarios. Dentro de las organizaciones, las presiones internas y los efectos que han dado lugar al deseo de definir, si no medir, los rendimientos, incluyen recursos como el personal, el entorno físico, la gestión de las personas y la cultura de la organización. (Michie y West 2003).

Para evaluar los resultados, han de tomarse en consideración las diversas dimensiones de los resultados del personal, como el rendimiento individual y de los equipos, el rendimiento en cada tarea y en el contexto, y las mediciones del proceso y de los resultados. Para medir los resultados en la atención de salud, la gestión de los recursos humanos ha de seguir de cerca los antecedentes de los resultados en la tarea concreta y en el contexto. Hasta hoy el centro de interés se ha puesto predominantemente en los resultados de las tareas (Michie y West 2003). Si bien los estudios de los cuidados de salud son siempre favorables al valor del trabajo en equipo, en la medición de los resultados de la atención de salud sigue siendo predominante la medición de los resultados individuales y, en particular, la evaluación de esos resultados. Los gestores disponen de numerosos sistemas e instrumentos de evaluación, entre ellos el método más reciente de evaluación individual de los resultados: 'evaluación de ida y vuelta' (Armstrong y Baron 2005). Los instrumentos fiables de medición de los resultados de los equipos se presentan como 'instrumentos de máxima actualidad' - tales como el inventario para la medición del clima del equipo (Anderson y West 1998) y como instrumentos de 'dignos de mención', tales como el índice de colaboración en el equipo (Aram et al. 1971; Lovett et al. 2002). La medición de los resultados del equipo pone de relieve numerosas dificultades que son comunes a cualquiera de esas mediciones, entre ellas la falta de un lenguaje común entre las distintas disciplinas y la adaptación a condiciones particulares tales como la preparación de equipos virtuales.

Dedicación de los empleados: la base de pruebas

La dedicación de los empleados tiene como base dos precursores cuyos fundamentos han sido estudiados a fondo: el compromiso de los empleados y el comportamiento ciudadano de la organización. Ambos cuentan con una sólida base de estudios y hacen que merezca la pena analizarlos más detalladamente que algunas otras iniciativas de recursos humanos. Un número de personas cada vez mayor acepta que el compromiso de los empleados debe considerarse una estructura multidimensional y un proceso doble. Las organizaciones experimentan la necesidad de crear compromiso porque éste tiene para la organización efectos beneficiosos tales como una mayor satisfacción en el trabajo. (Vandenberg y Lance 1992) y mejores resultados en el trabajo (Mathieu y Zajac 1990), además de una menor rotación de los empleados (Cohen 1991), menos ausentismo (Cohen 1993; Barber et al. 1999) e intención de abandonar (Balfour y Wechsler

1996). Estudios que se ocupan de las "expectativas cumplidas" sugieren que los empleados mostrarán más dedicación si hay un buen equilibrio entre lo que la persona lee en el anuncio de un puesto de trabajo y lo que el puesto da (Dawis 1992). Las expectativas no satisfechas son una de las causas de insatisfacción que se citan generalmente (Sturges y Guest 2000). También se ha demostrado que hay un nexo entre el compromiso y las primeras experiencias en el puesto de trabajo (Mignerey et al. 1995) y se ha insistido en la importancia de un buen programa de iniciación y una buena formación.

Se han identificado cuatro sectores en los que puede desarrollarse el sentido de confianza del empleado en el empleador (O'Mally 2000). Esos sectores son: 1) el crecimiento (atender a las necesidades de desarrollo de los empleados), 2) equilibrio de la vida laboral, 3) aceptación individual (flexibilidad o benevolencia hacia los empleados) y 4) salud y seguridad. El comportamiento ciudadano de la organización o los resultados contextuales (Michie y West 2003) probablemente serán especialmente importantes en la atención de salud, donde se requiere un elevado nivel de colaboración interdisciplinaria e interorganizacional. El nexo entre el comportamiento cívico en la organización y los resultados de la organización se mantiene pero no es definitivo (Podsakoff et al. 2000), y puede ser fructífero descubrir la manera de promover el comportamiento cívico en la organización. Sin embargo ese comportamiento puede precisar una mayor definición y claridad y quizá haya de incorporarse a los valores y al ethos de la organización para poder hacerse más explícito y para que los empleados puedan ser evaluados respecto de él.

La dedicación de los empleados tiene una base de investigación limitada y, hasta hoy, el trabajo se ha centrado en su definición, en establecer una medida de la dedicación, y en lo que más influye en él. El concepto de dedicación del empleado se superpone con los conceptos de compromiso del empleado y de comportamiento cívico en la organización, pero no coincide exactamente con ninguna de ellos. La dedicación del empleado no es una elaboración académica (proviene principalmente de consultorías y empresas encuestadoras), pero en este campo se han emprendido algunos estudios dirigidos por profesionales.

Introducción

Unos recursos humanos bien motivados y adecuadamente capacitados y distribuidos son de importancia crítica para el éxito de la aplicación de cualquier sistema de salud. La escasez de personal de salud cualificado, incluidas las enfermeras, se pone de relieve como uno de los mayores obstáculos para conseguir las Metas de desarrollo del milenio (MDM) para mejorar la salud y el bienestar de la población mundial. (Buchan y Calman 2004).

La actual escasez mundial de enfermeras colegiadas, especialmente en África, en América Central y del Sur, y en Asia, hace imperativamente necesario atraer nuevas candidatas y retener los actuales recursos humanos de enfermería (Buchan y Calman 2004). Por tanto, no puede subestimarse la importancia del buen empleador.

La gestión eficaz de los recursos humanos puede vincularse con los resultados del personal y de los cuidados, como se demuestra en ese trabajo. La gestión de las personas influye en medida importante en la salud y el bienestar de los empleados y en los resultados de las personas de los grupos y de la organización. (Michie y West 2004).

Hay una base limitada pero creciente, de las pruebas de las repercusiones de la gestión de los recursos humanos en los resultados de la organización en otros sectores, pero se han hecho relativamente pocos intentos de evaluar las consecuencias que esas pruebas tienen para el sector de salud. En los últimos años, viene reconociéndose cada vez más que una política y gestión 'acertadas' de los recursos humanos de salud han de situarse en el centro de cualquier solución sostenible para los resultados del sistema de salud. (Dussault y Dubois 2003; Diallo et al. 2003). Los métodos realmente empleados para gestionar los recursos humanos en la atención de salud pueden constituir en sí mismos una importante limitación, o ser un elemento que facilite la consecución de los objetivos de la reforma del sector de salud (Martinez y Martineau 1998).

En el presente documento se examinan algunos de los problemas subyacentes y las pruebas relacionadas con una 'buena' gestión de los recursos humanos en el sector de salud. En él se exploran esos problemas en referencia a:

- los indicadores de resultados y las mediciones de los resultados;
- los problemas de resultados relacionados con las personas y con los equipos; y
- un examen de lo publicado sobre la dedicación de los empleados y el diálogo social.

En nuestra búsqueda de las fuentes hemos sintetizado las pruebas procedentes de una amplia diversidad de sectores temáticos de diversos contextos nacionales e internacionales. (La estrategia de búsqueda puede verse en el Anexo 1). Hemos consultado ampliamente con expertos en este campo. Para situar en su contexto la base de pruebas sobre la gestión de los recursos humanos de salud, en las secciones siguientes se examinará la manera en que se ha definido la 'buena práctica' en la gestión de los recursos humanos y cuál es la fuerza de las pruebas en los diversos campos de los resultados considerados. Esencialmente, hay dos temas: cuáles son las intervenciones y los indicadores relacionados con unos buenos resultados de la gestión de los recursos humanos, y cuál es la mejor manera de medirlos. Aun cuando hay un consenso cada vez más amplio en cuanto a los factores que son importantes en una buena práctica de gestión de los recursos humanos, los comentaristas difieren en cuanto a la importancia que atribuyen a los distintos factores o "grupos" de factores, y en cuanto a los procesos por los que pueden obtenerse buenos resultados. Nosotros aducimos que se ha prestado mucha más atención al 'qué', que al 'cómo' o al 'por qué'. En la próxima sección se examinan los estudios de la relación entre la gestión de los recursos humanos y los resultados de la organización.

Los vínculos entre la gestión de los recursos humanos y los resultados de la organización

En un reciente examen de los estudios se decía lo siguiente:

"Más de 30 estudios realizados en el Reino Unido y en los Estados Unidos desde principios del decenio de 1990 no dejan lugar a dudas de que hay una correlación entre la gestión de las personas y los resultados de la empresa, que la relación es positiva, y que es acumulativa: cuanto más eficaces son las prácticas, mejor es el resultado" (CIPD 2001a:4).

Una conclusión similar, aunque más cualificada, comunicaron Richardson y Thompson (1999), quienes señalaron que en unos 30 estudios empíricos se ha tratado de abordar la relación que existe entre las prácticas en materia de recursos humanos y los resultados empresariales. Estos autores llegan a la conclusión de que en los estudios publicados se comunica generalmente que hay una relación estadística positiva entre una mayor adopción de prácticas de recursos humanos y los resultados de las empresas.

La lección más importante que puede derivarse de estos exámenes es que las inversiones en el desarrollo y mantenimiento de una política y una práctica eficaces de mantenimiento de la gestión de los recursos humanos puede contribuir mucho y de una manera medible a los resultados de la organización. (Véase también West et al. 1997). Un examen más detallado de algunos de los principales textos en este sector apoya de manera general esta opinión, pero también señala algunas limitaciones, especialmente si los resultados se consideran desde la perspectiva de los sistemas de atención de salud. Gran parte de la investigación se basa en medidas de los resultados de las organizaciones (por ejemplo, beneficios y resultados de las ventas), que no puede transferirse fácilmente a un sistema público de salud.

Richardson y Thompson (1999) señalaron tres aspectos generales de los modos en que la práctica de recursos humanos contribuye a los resultados de las empresas:

- i. 'Las mejores prácticas': puede identificarse un conjunto de prácticas de recursos humanos que, cuando se aplican, mejoran los resultados empresariales.
- ii. 'Contingencia': los resultados empresariales mejorarán cuando se consiga la mejor 'adaptación' entre la estrategia empresarial y las prácticas de recursos humanos.
- iii. 'Conjuntos': pueden identificarse determinados conjuntos de prácticas de recursos humanos que generen mejores resultados en las organizaciones, la composición más eficaz de esos 'conjuntos' será distinta en los diferentes contextos de las organizaciones (véase también MacDuffie 1995).

Inicialmente, despertaron el interés por las prácticas de recursos humanos los trabajos hechos en los Estados Unidos de América por Huselid (1995), y después por Pfeffer (1998), que esbozó un conjunto de siete políticas de recursos humanos:

- Seguridad del empleo.
- Contratación cuidadosa.
- Trabajo en equipo y descentralización.
- Sueldos elevados con un elemento de incentivo.
- Amplia prestación de formación.
- Pocas barreras y diferencias de estatus.
- Mucha comunicación (Pfeffer 1998).

Estos estudios estaban pensados generalmente para evaluar las prácticas de recursos humanos de una organización y relacionarlas después estadísticamente con unos resultados financieros, tales como la rentabilidad o los beneficios de los accionistas (Michie y West 2003). Los vínculos se ven continuamente influidos a medida que las empresas y las iniciativas estratégicas conforman su sistema de Gestión de los recursos humanos, lo que influye en el establecimiento de las capacidades que necesita el personal, en la motivación y en el diseño de los puestos de trabajo. A su vez, éstos generan comportamientos reales del personal (por ejemplo, creatividad y productividad), que dan lugar a una mejor aplicación de las estrategias lo que, a su vez, determina los resultados de las operaciones, los beneficios y el crecimiento, y el valor de mercado (Michie y West 2003). Muchas de las pruebas se centran en estudios de toda la organización, que utilizan grandes conjuntos de datos para examinar la relación que hay entre las intervenciones de recursos humanos y las medidas de los rendimientos y resultados de la organización.

No hay efectos mágicos

Con una nota de atención para el lector, Richardson y Thompson (1999) resumían en seis puntos su examen de las publicaciones:

1. Son prematuras las afirmaciones de que hay una estrategia universal de 'las mejores prácticas' de recursos humanos.

2. La adopción de un conjunto determinado de políticas de recursos humanos no conducirá por sí sola al éxito de la organización.
3. Puede ser que el mismo 'conjunto' de políticas de recursos humanos no sea aplicable en todos los casos.
4. Virtualmente todos los análisis estadísticos actuales de las estrategias de recursos humanos se basan en "sumar diversos puntos de una lista algo arbitraria de políticas y prácticas de recursos humanos".
5. Ha de dedicarse más atención y evaluación a los pasos intermedios entre los dos extremos de la estrategia de recursos humanos y de los resultados de la organización.
6. "La manera en que algo se hace es algunas veces más importante que lo que se hace", pero los estudios empíricos actuales se centran más en esto último.

Este último punto es importante pues indica que ninguna intervención, por sí sola, aportará una solución sostenible para todos los problemas de los recursos humanos, que se plantean a la organización. Caulkin (2001) sugiere que sigue siendo un enigma la manera en que se aplican los vínculos entre las prácticas de dirección y las funciones superiores – ¿son eficaces las organizaciones porque gestionan mejor a las personas, o adoptan una buena práctica porque ya son buenas? Este autor sugiere además que una de las lecciones principales es que "la manera en que" se gestiona a las personas (hacerlo bien) es tan importante como "lo que se hace" (hacer lo que debe hacerse).

Así pues, si bien la obra de Pfeffer, Huselid y otros ha influido en la conformación del pensamiento en este sector, Robinson y Thompson (1999), Guest (2001) y otros han puesto en duda la base de algunas de las afirmaciones 'universales' que se hacen acerca de la conexión entre la estrategia de gestión de los recursos humanos y los resultados obtenidos por la organización. No les convence la idea de que hay una receta general para las intervenciones de gestión de los recursos humanos, que puede aplicarse en toda organización, cualesquiera que sean el contexto y las prioridades, con probabilidad de un nivel similar de respuesta y de resultados. Guest (2001:1104) insiste en que el examen de la gestión de los recursos humanos y los resultados de la organización siguen siendo 'un campo de investigación nuevo' y establece un conjunto de problemas metodológicos que quedan por resolver, en cuanto a la medición de la gestión de los recursos humanos, la medición de los resultados y la medición de la relación entre aquella y éstos. Este autor llega a la conclusión de que "los resultados de los estudios transversales y temporales siguen siendo fuertemente positivos".

Acumulación de pruebas

Al panorama general de los efectos de la gestión de los recursos humanos ha venido a añadirse en el pasado decenio una serie de estudios realizados por el Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD). Estos estudios muestran que, en las empresas de fabricación, el 18% de las variaciones de la productividad y el 19% de la rentabilidad pueden atribuirse a las prácticas de gestión del personal, y que esa gestión es un factor de predicción de los resultados de la compañía mejor que la estrategia, la investigación, el desarrollo o la tecnología. Era ésta la primera vez que se hacía esta distinción (Patterson et al. 1997). El análisis de la encuesta sobre las relaciones de los empleados en el trabajo en el Reino Unido, hecha por Guest y Conway (2000), confirmó el vínculo existente entre el empleo de más prácticas de recursos humanos y una gama de resultados positivos, entre ellos una mayor participación, satisfacción y compromiso de los empleados. Una gestión eficaz de las personas por un mismo equipo indica que la aplicación de prácticas de recursos humanos se traduce en mejores resultados, y ello da lugar a mayor compromiso de parte de los empleados.

Estudios recientes (CIPD 2002) también han puesto de relieve un llamado 'primer elemento constructivo' de la gestión de los recursos humanos – el principio de 'CAMO'. Ha de haber suficientes empleados con la necesaria CAPACIDAD (capacidades, conocimientos y experiencia) para hacer el trabajo; tiene que haber la MOTIVACION adecuada para que apliquen sus capacidades; y ha de haber para ellos la oportunidad de mostrar un 'comportamiento discrecional' – hacer opciones acerca del modo en que hacen su trabajo. Los autores sugieren que las organizaciones que deseen obtener una contribución máxima de sus recursos humanos han de tener políticas viables en esos tres sectores generales.

Trabajos ulteriores han demostrado lo complejo que es traducir una buena práctica de recursos humanos en unos mejores resultados, y es claro que no existe una fórmula ya preparada que los directores puedan aplicar. Hay actualmente pruebas cada vez más claras de que las distintas compañías y, en realidad, las distintas ocupaciones, requieren diferentes conjuntos o 'grupos' de prácticas de recursos humanos para conseguir los máximos rendimientos y resultados (Purcell et al. 2003; Michie y West 2003). MacDuffie (1995) fue el primero que identificó ese 'grupo', y distintos grupos de investigadores han establecido distintas listas de 'grupos' (véase Becker y Gerhart 1996; Delaney y Huselid 1996; Snell y Youndt 1995; Youndt et al. 1996; Richardson y Thomson 1999). Caulkin (2001) sugiere que es más necesario examinar por qué debe funcionar una determinada combinación de políticas.

Trabajos más recientes, realizados por John Purcell y su equipo (2003) en la Escuela de Dirección de la Universidad de Bath, han profundizado en la 'caja negra' y han identificado los principales 'factores de éxito':

- Una 'gran idea', sencilla y unificadora que compendie los valores centrales y la cultura de la organización.
- El 'grupo' de recursos humanos: diferente para las distintas ocupaciones.
- La capacidad de los directores de primera línea para encarnar y vivir los valores centrales y llevarlos a la práctica.
- Resultados: qué, por qué y cuándo.

Los trabajos de Michie y West (2003) confirman y corroboran las conclusiones de Purcell et al. (2003) y además sugieren la importancia del 'clima de la organización' cuando los miembros comparten la creencia en una visión atractiva de lo que la organización trata de hacer.

Resumen

En resumen, el principal mensaje que se deriva de los estudios de la gestión de los recursos humanos y de los resultados de la organización es que la base de pruebas, a pesar de ser relativamente 'joven' y limitada, apoya en general la afirmación de que con la buena práctica de gestión de los recursos humanos (definida y medida por diferentes grupos de indicadores en los distintos estudios) pueden mejorar los resultados de la organización. En esos estudios se examinan diversos sectores, pero se centran sobre todo en el sector privado, en los ramos de la fabricación, las finanzas y los servicios. ¿Cuáles son las lecciones y las consecuencias de esta base de pruebas, limitada pero creciente, para el sector privado?

La gestión de los recursos humanos en el sector de salud

La gestión de los recursos humanos en el sector de salud ha de funcionar en un conjunto único de circunstancias y características. Entre ellas figuran las siguientes:

- Unos recursos humanos numerosos y diversos.
- Unos recursos humanos integrados por distintas ocupaciones y profesiones, unas con capacidades específicas por sectores y otras con capacidades más generales.
- La lealtad de quienes tienen capacidades específicas por sectores (por ejemplo, los médicos y las enfermeras) tiende a ser para con su profesión y los pacientes antes que para con su empleador.
- El acceso a la formación y al empleo profesionales de salud se controla mediante normas y requisitos de entrada, en muchos países.
- El sector de salud es un importante receptor del gasto público en muchos países.
- La prestación de atención de salud es un proceso politizado.
- La salud es un sector de uso intensivo de mano de obra y la proporción del presupuesto total que se dedica al personal es mucho mayor que en la industria y en muchos sectores de servicios.
- Los sistemas de salud tienen:
 - una amplia gama de personas activamente interesadas;
 - un elevado nivel de actuación y participación, directa e indirecta, del Estado y de los órganos reglamentarios;
 - repetidos intentos de reforma "que vienen de arriba" (Buchan 2004).

Sin embargo, aun cuando la gestión de los recursos humanos no está debidamente estudiada en la atención de salud, ha habido algunos intentos de examinar las características de la gestión de los recursos humanos 'de gran eficacia'. Estos estudios se han realizado sobre todo en América del Norte, lo que quizá es consecuencia de que se presta mayor atención a la práctica 'empresarial' de la atención de salud en el sector privado en los Estados Unidos y en el Canadá (Buchan 2004). Varios de esos estudios se tratan más detalladamente en la Sección tercera del presente documento y en ellos se sugiere que hay una relación entre los niveles de dotación de personal y los resultados que la organización obtiene en los pacientes.

Es evidente que, en términos de gestión de los recursos humanos, no es solamente el contexto de la organización lo que diferencia al sector de salud de muchos otros sectores. Las otras principales lecciones que se sacan de la base de pruebas examinada en este documento son las siguientes:

- La necesidad de tener en cuenta la 'contingencia' – tiene que haber una correlación entre el planteamiento de la gestión de los recursos humanos y las características, el contexto y las prioridades de la organización en que se aplica; y
- El reconocimiento de que los llamados 'grupos' de intervenciones coordinadas de gestión de los recursos humanos tendrán más probabilidades de conseguir mejoramientos sostenidos de los resultados de la organización que las intervenciones únicas o no coordinadas.

Finalmente, hay que señalar que una cosa es definir las pruebas de 'las mejores prácticas' y otra, muy distinta, es traducirlas en una aplicación generalizada del conjunto adecuado de intervenciones de gestión de los recursos humanos. Tanto Richardson y Thompson (1999) como Guest (2001) insisten en la cuestión de la relativa falta de 'adopción' de buenas prácticas de gestión de los recursos humanos. Aun cuando la práctica de gestión de los recursos humanos haya sido verificada en éste y en otros estudios, no es evidente que estas lecciones se apliquen en la práctica diaria en muchas organizaciones. Este hecho pone de relieve una cuestión importante para cualquier sector que desee mejorar la práctica de gestión de los recursos humanos: decidir cuál es la mejor manera de difundir las buenas prácticas de gestión de los recursos humanos es tan importante como determinar la manera de identificarlas y evaluarlas.

Conclusión

Muchas de las medidas de los resultados de salud de las organizaciones son exclusivas. Como se indicará en la próxima sección, 'los resultados' en el sector de salud sólo pueden evaluarse plenamente con indicadores que sean específicos para cada sector. Estos indicadores pueden referirse a medidas de la actividad clínica o de la carga de trabajo (por ejemplo, personal por cama ocupada, o medidas de la gravedad de los pacientes), a medidas de los rendimientos (por ejemplo, número de pacientes tratados) o, lo que es menos frecuente, a medidas de los resultados (por ejemplo, tasas de mortalidad, índice de complicaciones postoperatorias). El problema que se plantea a los investigadores y analistas de la política general en el sector de salud es salvar las deficiencias actuales de los conocimientos: la distancia que hay entre lo que conocemos sobre las aportaciones y resultados de la gestión de los recursos humanos a partir de la base general de pruebas, y lo que conocemos a partir de base de pruebas específicas de salud centradas en medidas de los resultados concretos del sector. Buchan (2004) señala un sector en el que ha habido un importante crecimiento en los dos últimos años, que ha aportado nuevos conocimientos a nuestro modo de entender los vínculos existentes entre los indicadores relacionados con el personal, por una parte, y los resultados, por otra parte. En estudios recientes (a veces, de gran escala) realizados en América del Norte y en Europa se han examinado las relaciones existentes entre los niveles de dotación de personal, la combinación del personal y los resultados. Si bien en ellos no se abordan directamente las intervenciones específicas de gestión de los recursos humanos, amplían nuestros conocimientos, como antes se ha sugerido, y además proporcionan un marco de criterios para identificar y evaluar la adecuación de los indicadores de resultados en relación con la dotación de personal. En el presente documento pasamos ahora a ocuparnos de esos estudios y de la base de pruebas relacionadas con el empleo de indicadores de resultados en la enfermería.

Sección primera: La gestión de los recursos humanos y el 'buen empleador' – países en transición y países en desarrollo

La presente sección se ocupa de la gestión de los recursos humanos y el 'buen empleador' en el contexto de los países en desarrollo y los países en transición. Los objetivos generales de la gestión de los recursos humanos y los factores que contribuyen a que un empleador sea 'bueno' son muy similares, si no los mismos, que en los países industrializados. Lo diferente es el contexto local, nacional y mundial en que operan esos factores. La gestión de los recursos humanos está subutilizada y es objeto de pocos estudios en el mundo en desarrollo, y esta sección se ocupa de los principales estudios, publicaciones y problemas. Supera el ámbito del presente examen abarcar todo esto en mayor profundidad, e indicamos a los lectores que deseen más información las referencias de esta sección y los informes de los países de esta serie de documentos del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); por ejemplo, véase en esta serie de publicaciones la Número 6: Visión general de los recursos humanos de enfermería en América Latina, y la Número 7: Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana.

Reforma del sector de salud

La reforma del sector de salud en los países en transición y en los países en desarrollo se ha centrado frecuentemente en los cambios de la estructura de la financiación o de la estructura organizativa, algunas veces olvidando el recurso principal: el personal del sector de salud. Así pues, el concepto de 'buen empleador' está muchas veces ausente de los debates. Berman (1995) define la reforma del sector de salud como "el cambio sostenido y orientado para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia del sector de salud". Puede conllevar cambios fundamentales del modo en que se financian, se organizan y se prestan los servicios públicos, y frecuentemente forma parte de un programa más amplio de reforma del sector público. Martineau y Buchan (2000) aducen que tratar ante todo de conseguir la reforma a través de la reestructuración de las organizaciones puede ser una empresa limitada en este sector de uso intensivo de la mano de obra. El personal es el recurso clave, pero también la principal partida de gastos del presupuesto de la atención de salud. Los costos y salarios representan aproximadamente las tres cuartas partes de los gastos de salud iterativos en la mayoría de los países (Adams y Buchan 2000). Sin embargo, sin un personal eficaz y dedicado, es poco probable que la reforma del sector de salud se lleve a buen puerto. (Chen et al. 2004; Martineau y Buchan 2000). En un Informe para el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID), hecho por Martínez y Martineau (2002), se sugiere lo siguiente:

"Los problemas que se plantean a los países en desarrollo cuando tratan de reformar sus sistemas de atención de salud y su sector público son, en gran medida, consecuencia del prolongado olvido de la planificación y de la gestión de los recursos humanos" (Martínez y Martineau 2002:22).

En realidad, es tal el olvido que algunos países han de convencerse de la necesidad de tener unidades activas de recursos humanos. No sucede esto en las organizaciones comerciales de esos mismos países. Sin embargo, algunos ministerios de sanidad, de todo el mundo, que tienen a su cargo decenas de miles de personas empleadas, tienen unidades de recursos humanos que sólo cuentan con dos o tres personas. Por eso, las políticas de distribución, retención y perfeccionamiento profesional son muy limitadas (Martínez y Martineau 2002). Martineau y Buchan (2000) aducen que, si bien la relación entre las reformas de la atención de salud y las de los recursos humanos de salud es compleja (se trata de profesiones y ocupaciones distintas, de uso intensivo de personal que tienen su propio centro de control, etc.), ello no es motivo para que se dejen de lado los recursos humanos de salud. En realidad, los recursos humanos de salud son cruciales para que las reformas de la salud sean eficaces en todos los países, industrializados, en desarrollo o en transición. Chen et al. (2004) sugieren que son los trabajadores de salud quienes impulsan los resultados del sistema, y que la única vía para conseguir las Metas de desarrollo del milenio (MDM) – que, según las Naciones Unidas, deben conseguirse antes de 2015

– es a través del trabajador, que sólo puede utilizar eficaz y eficientemente los medicamentos y suministros si está motivado y capacitado y cuenta con apoyo.

La reforma del sector de salud puede formar parte de un programa más amplio de reforma que abarca nuevos sistemas y estructuras de gestión financiera y la introducción de mecanismos de mercado para contribuir a la estabilidad fiscal y la descentralización. Todos estos aspectos inciden en la prestación de la atención de salud y frecuentemente tienen importantes repercusiones. Por ejemplo, en México, nuevos sistemas de gestión financiera han limitado el mantenimiento y el mejoramiento de los equipos y han impuesto reducciones de los salarios de los trabajadores de salud. A consecuencia de ello empeoraron las condiciones laborales y la calidad de la atención dispensada por el sector de salud pública (Laurell 2001). Algunos países han introducido el cobro de cargos a los usuarios para generar ingresos para el sector de salud, y ello ha tenido consecuencias para el acceso a los servicios y para la equidad, especialmente en África (Gilson 1995; Lucas y Nuwagaba 1999). Los derechos cobrados a los usuarios someten a nuevas presiones a los trabajadores de salud, especialmente cuando forman parte de los sueldos y salarios de éstos. En Nicaragua, el cobro de derechos a los usuarios y de servicios separados a pacientes privados y de pago empezó como iniciativa nacional, pero ya se ha incorporado a los sistemas de salud locales. Los derechos percibidos de los usuarios han pasado a ser la principal fuente de ingresos descentralizados: el 30% de ellos se dedica a suplementos salariales en los hospitales (Birn et al. 2000). Se considera que los pagos que se hacen a los trabajadores de salud drenan recursos del sistema de atención de salud, porque se hacen a las personas y no a las instituciones, y pocas veces están reglamentados. Asimismo, se piensa que impiden que las personas pobres accedan a los servicios porque no pueden hacer frente a los pagos extraoficiales. Por ello el Banco Mundial (Informe de 2002) sigue que los pagos extraoficiales son un obstáculo para la reforma del sector de salud.

También la descentralización acompaña frecuentemente a las reformas presupuestarias, pero en algunos países ello ha dado lugar a pérdidas de recursos para el sector de salud y a condiciones laborales deficientes para los trabajadores de ese sector. Por ejemplo, en Uganda los salarios de los auxiliares de enfermería, que antes pagaba el Ministerio del Interior, pasaron a ser responsabilidad de los comités locales. En la práctica, resultó que el personal pasaba grandes periodos sin cobrar (Jeppsson 2001). Asimismo en Uganda, cuando el gobierno central puso fin a una prima global, dejó de concederse a la atención primaria en el plano local la asignación que había previsto el Ministerio de Hacienda (Jeppsson 2001). La descentralización ha contribuido también a poner fin a la negociación colectiva nacional. Nuevas organizaciones y sindicatos reorganizados han terminado con la capacidad y experiencia en las relaciones laborales en Europa Central y Oriental (Brito et al. 2001).

Problemas específicos de los países en desarrollo y de los países en transición

Viejos y nuevos problemas amenazan a los recursos humanos que se ocupan de la planificación y de la prestación de atención de salud en los sistemas de salud nacionales financiados por el sector público. En ningún lugar es esto más claro que en el mundo en desarrollo y en los países en transición (Martinez y Martineau 2002). En esos países, entre los viejos problemas se cuentan los bajos salarios y la escasa motivación del personal, la distribución desigual y poco equitativa de los recursos humanos de salud, y los bajos rendimientos y responsabilidad del personal. Éstos siguen siendo los principales obstáculos con que tropieza el desarrollo del sector de salud. Entre los nuevos problemas pueden mencionarse la escasez mundial de trabajadores de salud y la migración de personal cualificado con el libre movimiento de los trabajadores de un país a otro y frecuentemente atraídos a los países industrializados por los mejores salarios, mejor acceso a la formación y mejores condiciones de trabajo (Chen et al. 2004; OMS 2004; Martinez y Martineau 2002). Ni siquiera los países que pueden formar y preparar un gran número de trabajadores de salud pueden retenerlos. Las pérdidas significativas de los países más pequeños y pobres inevitablemente influyen en su capacidad para prestar servicios de salud eficaces. A largo plazo, la migración mina los beneficios de las inversiones que el país ha hecho en formación y capacitación. El deseo de las profesiones de asegurarse de que cumplen las normas profesionales

internacionales no hace sino contribuir a la migración, y algunos países son a la vez importadores y exportadores, por ejemplo España y Sudáfrica (Martinez y Martineau 2002).

En casi todos los países hay desequilibrios de capacidades, lo que da lugar a enormes ineficiencias. Todos los países han de escuchar las voces de los trabajadores y mejorar los entornos de trabajo deficientes incrementando las buenas prácticas para mejorar la gestión de los recursos existentes (Chen et al. 2004). Además se tienen escasos conocimientos de los recursos humanos de salud, lo que hace más difícil la planificación, la elaboración de la política general y la aplicación de los programas. La base de conocimientos es difusa, con escasa investigación y datos fragmentarios. (Chen et al. 2004).

Las repercusiones de la epidemia del VIH/SIDA en los recursos humanos de salud es devastadora, especialmente en el África Subsahariana, donde ya ha producido ausentismo, imposibilidad de sustituir al personal retirado y un importante aumento de la carga de trabajo (Chen et al. 2004; Martinez y Martineau 2002). El virus se extiende también de manera rápida - con especial gravedad en algunos lugares de Asia, las Américas y Europa Oriental (Chen et al. 2004). En el Informe de 2004 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ponen de relieve los terribles aumentos de las muertes de personal de atención de salud a consecuencia del VIH/SIDA. Por ejemplo, en Malawi, las 44 muertes de trabajadores de salud ocurridas en 1997 - 98 representaron un 40% de las personas que salen cada año de las escuelas de formación y, en Zambia, las 185 muertes ocurridas en 1999 representaron el 38% de las personas que salen cada año de las escuelas de formación oficiales (Aitken y Kemp 2003). Las ausencias por enfermedad también han aumentado muchísimo, por ejemplo, en Malawi, pues los trabajadores de salud necesitan tiempo libre para cuidar a sus parientes enfermos (OMS 2004).

Estas fuerzas han afectado de la manera más dura a países que tienen dificultades económicas y son políticamente frágiles (Chen et al. 2004). Frecuentemente son obstáculos que frenan el desarrollo del sector de salud y, en particular, impiden que muchos empleadores del mundo en desarrollo y de los países en transición puedan llegar a ser 'buenos empleadores'. [Para más información, véase el documento monográfico preparado para la DFID: Los recursos humanos del sector de salud: una perspectiva internacional (Martinez y Martineau 2002) y Recursos humanos para la salud: superar la crisis (Iniciativa de aprendizaje conjunto 2004).]

Mejorar la gestión de los recursos humanos de salud es esencial para la reforma del sector de salud

Si bien se reconoce ya que mejorar la gestión de los recursos humanos es esencial para prestar unos servicios de salud más eficaces, eficientes y de calidad, son pocos los países en desarrollo que han hecho progresos importantes en los últimos años. (Martinez y Collini 1999):

- Todavía se da excesiva importancia a las cantidades – conseguir (a menudo, en exceso) personal de salud sin tener en cuenta las necesidades del sector, lo que da lugar a que unos recursos limitados se dediquen a demasiadas cosas.
- La productividad es baja porque los trabajadores de salud están mal pagados (o, sencillamente, no se les paga) y a menudo se vuelven a otros medios (a veces ilegales) de ganarse la vida.
- Los problemas de la gestión de los recursos humanos se han separado de la corriente, más amplia, de la política general. A menudo, los planes relativos al personal representan poco más que deseos vanos, y no guardan relación ninguna con los recursos disponibles ni con otros aspectos esenciales. Están aún por resolver problemas tales como el de compaginar la gestión estratégica (por ejemplo, mantener la equidad) con la respuesta a las necesidades locales (Martinez y Collini 1999).

Estos autores han argüido a favor de que se hagan esfuerzos equilibrados en cuatro sectores de la de la planificación y gestión de los recursos humanos de salud para mejorar el acceso de las personas pobres a unos servicios de salud de calidad, en particular en el nivel de la atención primaria. Esos cuatro sectores son:

1. Mejorar la eficiencia del empleo de los recursos humanos de salud.
2. Mejorar la equidad de la distribución de los recursos humanos de salud.
3. Mejorar la motivación del personal y los resultados.
4. Mejorar la capacidad de planificación estratégica en los ministerios de sanidad (Martinez y Collini 1999).

Mejorar la capacidad de planificación estratégica en los ministerios de sanidad

Mejorar la capacidad de planificación en los ministerios de sanidad de los países en desarrollo y de los países en transición es esencial para conseguir unos buenos resultados y acceso a la atención de salud. Es imprescindible ampliar las funciones de los recursos humanos de salud y hacer, al mismo tiempo, lo siguiente:

1. Aplicar los cambios necesarios en las estructuras organizativas y en los niveles de dotación de personal, y seguir de cerca los efectos para cerciorarse de que los objetivos están consiguiéndose.
2. Establecer una unidad de recursos humanos de salud adecuadamente dotada de personal y de una dirección eficaz.
3. Promover una mayor colaboración intersectorial, especialmente con los ministerios de hacienda y de gobernación, cuando se trate de una planificación descentralizada.
4. Conseguir la colaboración de los órganos profesionales especialmente cuando las reformas conlleven cambios de las condiciones de empleo, de las funciones del puesto de trabajo, o formación inicial,
5. Establecer nuevos sistemas de gestión (para la contratación, evaluación) y de capacidades para el personal encargado de ellos.
6. Mejorar el acopio de datos y las bases de información sobre los recursos humanos: para la planificación estratégica se precisa información actualizada sobre el personal por ubicaciones, tipos de servicio, cargos, categorías, etc.

Conclusión y puntos más importantes

En esta sección se ha pasado revista a los principales comentadores que creen que el poder de los trabajadores, que son los recursos humanos de salud, debe controlarse a favor de la equidad sanitaria, el desarrollo y el mejoramiento de la vida laboral del conjunto del personal del sector de salud. Fortalecer los recursos humanos es un problema general que exige soluciones conjuntamente elaboradas. Todo país, rico o pobre, debe disponer de un plan para sus recursos humanos, adaptado a su situación (Chen et al. 2004). Con la rápida movilización de los trabajadores y con unas inversiones prudentes puede conseguirse una infraestructura humana más sólida para sistemas de salud sostenibles. Está en juego nada menos que el avance de la salud mundial y el desarrollo en el siglo XXI y, si no actuamos, el costo está bien claro: no se conseguirán las Metas de desarrollo del milenio, las enfermedades epidémicas seguirán en aumento incontrolado, y unos recursos humanos desmoralizados serán incapaces de prestar ayuda. (Chen et al. 2004).

- **Los países en desarrollo y los países en transición tienen problemas específicos, locales y nacionales, que hacen difícil ser un 'buen empleador'.** Entre esos problemas figuran los siguientes: escasos salarios y baja motivación en el personal, distribución desigual y poco equitativa de los recursos humanos de salud y escasos resultados y responsabilidad del personal, unidos a las consecuencias que la epidemia del VIH/SIDA tiene para los recursos humanos de salud (Chen et al. 2004; Martinez y Martineau 2002).
- **La motivación no siempre guarda relación con los incentivos financieros:** En los países en transición, otros factores pueden motivar a los trabajadores de atención de salud, de la misma manera que en el mundo industrializado (Franco et al. 2004). Lo mismo puede decirse del mundo en desarrollo, pero son necesarios más estudios a este respecto. También es cierto que cuando los salarios son muy bajos, o tardan en pagarse (por ejemplo, en Uganda), mayores habrán de ser los incentivos financieros para que los trabajadores de salud puedan vivir y sostener a sus familias.

- **Debe haber una mayor conciencia de la** gestión de los recursos humanos: Los encargados de la elaboración de las políticas y los directores del sector de salud y sectores con él relacionados han de tener una comprensión más amplia de la gestión de los recursos humanos, de su alcance y de su importancia para el éxito de las reformas de la salud. Compartir la información documentando los casos de éxito y mediante viajes de estudio ayudará a los planificadores a aprender de la experiencia práctica de los demás (Chen et al. 2004; Martineau y Buchan 2000).
- **Es preciso crear capacidades para soportar los cambios de los recursos humanos de salud:** El compromiso para con los recursos humanos de salud en los niveles más elevados es esencial para el éxito de las reformas de los sistemas de salud, y para llevar a la práctica las estrategias de recursos humanos de salud se precisará un desarrollo sustancial de los sistemas y las capacidades. Muchas veces se subestima la amplitud de la creación de capacidades que se precisa. Por ejemplo, en Zambia y en el Reino Unido (Chen et al. 2004; Martineau y Buchan 2000).
- **Es esencial el apoyo a los recursos humanos:** En un programa de reforma muy cargado, los trabajadores y las organizaciones de trabajadores dóciles tienden a ser ignorados. Sin embargo, puede haber un umbral más allá del cual ellos se revelarán. Los sindicatos de Zambia se transformaron en una fuerte oposición a las reformas cuando se vieron amenazadas las condiciones de servicio. Filipinas también experimentó una resistencia similar e inesperada a la evolución, de parte de sus recursos humanos en el decenio de 1990 (Martineau y Buchan 2000).
- **El compromiso para con la gestión de los recursos humanos de salud es necesario para obtener el apoyo de los socios internacionales:** Los asociados internacionales han de estar más dispuestos a abordar las cuestiones de recursos humanos de salud, si desean reducir la pobreza y la carga de la enfermedad. Si la pobreza no puede erradicarse sin un contexto macroeconómico sano, tampoco podrá mejorarse la atención de salud sin prestar una atención mayor a los recursos humanos. (Chen et al. 2004; Martinez y Martineau 2002).

Sección segunda: Indicadores de los resultados de enfermería – pruebas y aplicaciones

Los indicadores de los resultados de enfermería están desarrollándose con gran rapidez en muchos contextos de atención de salud (Doran 2003; Mitchell y Lang 2004; Rowell 2001). La presente sección se ocupa de su significado y empleo en relación con la noción de 'buen empleador'. La exposición abarca una parte del pensamiento reciente acerca de los indicadores de resultados de enfermería, y la investigación empírica reciente que relaciona las aportaciones de la enfermería con los resultados en los pacientes. Se reconoce ya que varios indicadores son importantes para evaluar la calidad de la atención de enfermería, y nosotros revisaremos brevemente algo de la teoría, las cuestiones de medición y las pruebas en que se basan. En la penúltima sección se describe la manera en que una organización de enfermería, la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos (ANA), elaboró un conjunto de indicadores que actualmente se emplean en todo ese país, y se exponen las intenciones de varias otras organizaciones de enfermería de seguir el mismo camino. Asimismo se expone que en el Reino Unido se han elaborado y se emplean indicadores nacionales, y se dan dos ejemplos recientes de elaboración de indicadores locales. Finalmente, nos ocupamos de determinados indicadores que se emplean para medir las características del entorno de labor de la enfermería. Si queremos entender la amplitud de las variaciones de los resultados de enfermería, sea en términos de productividad o de calidad de los cuidados, parece importante examinar las aportaciones, especialmente los modos en que la organización apoya a las enfermeras para que obtengan unos resultados de salud óptimos para los pacientes.

Definir los indicadores de los resultados de enfermería

En la medición de la calidad de la atención de salud ha influido en gran medida el modelo de estructura (1980) (tener lo que se precisa), el proceso (hacer lo que se precisa) y los resultados (hacer que suceda lo que es preciso), de Donabedian. Hasta el decenio de 1990, las iniciativas de mejoramiento de la calidad se centraron principalmente en la estructura y en el proceso, pero gradualmente pasó a darse importancia a la medición de los resultados en los pacientes. Lohr (1988) estableció los resultados por los que puede evaluarse la atención médica: muerte, enfermedad, discapacidad, incomodidad e insatisfacción. Desde entonces ha habido un gran interés por los resultados en los pacientes. Han proliferado en este sector términos como: *"...tarjetas de informes, medidas de la calidad de la atención, perfiles, eventos centinela, pantallas de calidad, criterios, normas, medidas de proceso y medidas de resultados – a veces con sutiles distinciones entre ellos"* (Hofer et al. 1997:457).

Esto podría indicar que los indicadores de calidad se han desarrollado en direcciones distintas según la disciplina, la profesión o el lugar.

Idvall et al. (1997:7) examinaron lo publicado acerca de los indicadores de calidad en la enfermería clínica y llegaron a la conclusión de que podían definirse como "medidas cuantitativas que pueden utilizarse como guía para vigilar y evaluar la calidad de los cuidados importantes prestados a los pacientes y para prestar apoyo a las actividades de servicios." En esta definición se pone de relieve la función que desempeñan en el mejoramiento de la calidad. Más recientemente, Doran (2003:vii) definió los indicadores sensibles a la enfermería como "...resultados cuya responsabilidad puede atribuirse a la enfermera... pertinentes, basados en el ámbito y campo de la práctica profesional de las enfermeras, y para los cuales hay pruebas empíricas que relacionan las aportaciones y las intervenciones de enfermería con el resultado." Esta definición sugiere que es importante el modo en que se conceptualiza la función de la enfermera, y que es importante también la investigación que vincula ese indicador con las actividades y los comportamientos de enfermería.

Elaborar indicadores de resultados

El método RAND de elaboración de indicadores de la calidad es un modelo útil que se ha imitado y adaptado ampliamente (Brook et al. 1986). El proceso se basa en exámenes de las publicaciones científicas, realizados por expertos en la materia. Las listas de posibles indicadores se envían después a grupos de expertos, que las puntúan en cuanto a su validez y viabilidad para reunir datos sobre esos indicadores. Las puntuaciones se envían después a los miembros de grupos especiales, que celebran una reunión cara a cara, de dos días de duración, y después del debate hacen una nueva puntuación. El proceso de selección se basa en las puntuaciones de esta segunda serie. En este contexto, se piensa que la adopción de decisiones en grupo es preferible a la adopción individual de decisiones, porque reduce al mínimo la posibilidad de parcialidad de ésta. Entre los métodos de consenso que pueden servir para desarrollar indicadores de resultados, figuran las conferencias de desarrollo de consenso, la técnica Delphi, y la técnica del grupo nominal (Jones y Hunter 1995). Actualmente hay muchos métodos de elaboración de indicadores y la mayoría de ellos se basan en alguna combinación de examen sistemático de las publicaciones pertinentes para evaluar la calidad de las pruebas, con uno o más métodos de consenso.

West (2003) ha sugerido que algunos de los criterios por los que pueden distinguirse los indicadores útiles de los resultados de enfermería son los siguientes:

- Centrados en la perspectiva del paciente.
- Derivados de la teoría.
- Relacionados con la función de la enfermera.
- Incluidos en la esfera de responsabilidad de las enfermeras.
- Relacionados con las aportaciones de la enfermería por la investigación empírica.
- Capaces de medición.

Estos criterios pueden emplearse para juzgar qué indicadores deben vigilarse en el contexto de la práctica para evaluar si el personal está dispuesto y es capaz, o no, de reunir datos y si esos datos le resultan útiles para prestar servicios de enfermería de gran calidad. En la próxima sección se expone la manera en que los empleadores del sector de atención de salud pueden utilizar los indicadores de resultados de enfermería para mejorar su reputación de buenos empleadores.

Los indicadores de resultados de enfermería: ¿por qué pueden ser útiles para un buen empleador?

Varios son los motivos por los que un 'buen empleador' puede estar interesado en los indicadores de resultados de enfermería. En cualquier contexto de atención de salud, los indicadores de resultados pueden ser útiles para:

- La práctica de fijación de puntos de referencia: Con el acceso a los datos relativos a los resultados propios en relación con los resultados de otros, esas unidades permiten a las enfermeras comparar la calidad de los cuidados que prestan con la de los cuidados de unidades similares en determinados aspectos importantes de la atención a los pacientes. Cada equipo de enfermería puede vigilar su propia práctica adoptar las medidas adecuadas para conseguir el éxito y evitar el fracaso. Esto puede motivar al personal, mejorar la calidad de la vida de trabajo de las enfermeras y desempeñar una función importante para retener en la organización a las enfermeras capacitadas y experimentadas.
- La seguridad de los pacientes: La información acerca de los resultados en los pacientes puede alertar a la organización hacia los problemas para que pueda actuarse para prevenir accidentes, eventos adversos, prácticas inaceptables, o el deterioro de las normas de la atención.
- Centrarse en los cuidados a los pacientes: La información detallada sobre los cuidados dispensados a los pacientes puede ayudar a una organización a centrarse en sus asuntos principales. La teoría de la dirección sugiere que las organizaciones pueden ser apartadas fácilmente de sus principales objetivos, en particular cuando éstos son muy abstractos y difíciles de medir.

- Aportar pruebas que corroboren unas decisiones razonables y defendibles acerca de, por ejemplo unos niveles seguros de dotación de personal y de las necesidades de formación para conseguir que los recursos disponibles se utilicen de la manera más adecuada.

Por otra parte, hay diversos motivos por los que la propia profesión de enfermería debe interesarse en el desarrollo de indicadores de los resultados:

- Conseguir que las enfermeras participen más en la elaboración de la política general. Frecuentemente se precisan pruebas cuantitativas y cualitativas para influir con éxito en los encargados de la política general.
- Contribuir a la investigación de enfermería y a las ciencias sociales. Si se recogen habitualmente datos relativos a la calidad, ello permitirá una mayor y mejor investigación de enfermería. La presencia de datos sobre los resultados hará mucho más fácil evaluar los efectos de cualquier nueva intervención de enfermería.
- Aumentar nuestra comprensión de la contribución específica de la enfermería a la atención de salud, y así desarrollar la enfermería.
- Teoría y elementos del proceso de enfermería (dictámenes, planificación de los cuidados, intervenciones y evaluación).
- Aportar pruebas de la eficacia clínica y de la eficiencia en costos de determinadas intervenciones de enfermería.

Si bien el desarrollo de indicadores de los resultados de enfermería merece un gran apoyo dentro de la profesión y en el entorno sociopolítico más amplio, preocupan algunos de los efectos que pueden relacionarse con la aplicación generalizada de indicadores de los resultados de enfermería. Entre las cuestiones que se plantean figuran las siguientes:

- ¿Es aceptable centrarse en resultados obtenidos en los pacientes, que están directamente relacionados con aportes de la enfermería, cuando se ve que labor multiprofesional es clave para mejorar la calidad? Puede resultar difícil, si no imposible aislar la contribución de una sola profesión y, aun cuando pudiera hacerse, esto podría desalentar la colaboración entre profesiones.
- ¿Podrían los indicadores de resultados presionar aún más a las enfermeras que ya trabajan en puestos exigentes y en condiciones quizá no aptas para dispensar los cuidados de calidad a que ellas aspiran? Actualmente se presta más atención que nunca a las presiones inherentes al trabajo de las enfermeras y a las consecuencias que ellas tienen sobre las decisiones profesionales. Todavía está por explorar la relación que existe entre la gestión de los resultados y los resultados de la enfermería.
- Algunos de los aspectos más importantes de la atención de enfermería son difíciles de medir (Idvall et al. 1997). Si va a prestarse mayor atención a algunos aspectos concretos de la función de la enfermera, ¿podría esto significar que quizá se olvidan algunas de las intervenciones psicosociales más sutiles con los pacientes, o la comunicación con otros miembros del personal?

Aun cuando ha de tenerse en cuenta cada una de esas cuestiones, los indicadores de resultados son actualmente un elemento esencial de la gestión en el sector público y pueden reportar ventajas a los pacientes y sus familias, y a las enfermeras y demás personas interesadas del sistema de atención de salud (Harrington et al. 2003). En resumen, hay diversos factores que impulsan al desarrollo de indicadores de los resultados de enfermería. Los pacientes desean saber más acerca de la calidad de los cuidados que reciben y las enfermeras desean poder demostrar su contribución a la atención de salud. Los buenos empleadores quieren sistemas de vigilancia que fomenten la salud de los pacientes y la productividad y desarrollo de su personal, y den forma a la adopción de decisiones. Al mismo tiempo, hay ciertas reservas en cuanto a los indicadores de resultados en general y a los indicadores de los resultados de enfermería, en particular. La próxima sección se funda en debates acerca del valor de los indicadores para examinar algunos de los estudios en que se basan.

Pruebas de los efectos de la enfermería: estudios empíricos recientes

Las repercusiones que en los resultados en el paciente tienen el número, las capacidades y el modo de despliegue de los trabajadores de salud es el centro de interés de un acervo de estudios que ejerce una influencia cada vez mayor. En este sector hay ya varios estudios sistemáticos de gran calidad, entre ellos los hechos por Buchan y Dal Poz (2002), AHRQ (2004), Carr-Hill et al. (2003), Hewitt et al. (2003) y Westwood et al. (2003). Resumiendo los resultados de esos estudios, West, Rafferty y Lankshear (2004:8) afirman:

"Si bien los exámenes son cautos en cuanto a las limitaciones metodológicas tanto del análisis de datos secundarios como de los estudios basados en observaciones, llegan a la conclusión de que un acervo de pruebas cada vez mayor apunta una relación discernible entre el coeficiente de pacientes por enfermera especialista y resultados en los pacientes, tales como errores de medicación, caídas de los pacientes, infecciones de los tractos respiratorio y urinario, úlceras posicionales (heridas por presión) y quejas de los pacientes. Se han registrado conclusiones diversas en cuanto a la relación entre mortalidad y coeficientes de pacientes por enfermera de especialista."

Desde hace tiempo viene debatiéndose si la mortalidad es una medida adecuada de los resultados para los estudios sobre el impacto de la enfermería. Mitchell y Shortell (1997), por ejemplo, aducen que probablemente la enfermería tiene una mayor incidencia en los efectos adversos, que a veces pueden estar relacionados con la mortalidad. Sin embargo, muchos investigadores siguen utilizando la mortalidad, o una medida más compleja de fracaso de la curación, elaborada por Silber et al. (1992), como principal variable dependiente en la investigación en esta esfera.

Los resultados en los pacientes, cuya relación con la enfermería se ha demostrado son, entre otros, como antes se ha señalado, la mortalidad en los pacientes y los sucesos adversos, tales como las caídas, los errores de medicación, y las ulceraciones por presión. Estas variables dependientes se seleccionaron para el estudio porque puede esperarse razonablemente que guarden relación con las características de los recursos humanos de enfermería sobre la base de la teoría o de supuestos generalmente aceptados acerca de la función de la enfermera. Para un estudio cuantitativo, es importante también que la variable dependiente pueda medirse. En la elección de las variables dependientes influirán también motivos pragmáticos, por ejemplo, si resultaría difícil reunir datos sobre esas variables. En cuanto se presentan pruebas de que determinados resultados en el paciente están relacionados con las aportaciones de la enfermería, se crea un incentivo poderoso para utilizarlas como indicadores de resultados en los planos local y nacional. En la próxima sección se describen algunas contribuciones recientes al acervo de conocimientos, cada vez más amplio, sobre cómo influyen en los resultados en el paciente las características de los recursos humanos de enfermería.

Pruebas de los resultados de enfermería, obtenidas de estudios de cuidados intensivos

Aumentan de año en año las pruebas que demuestran que el número de enfermeras que hay en una unidad, o el número de enfermeras por paciente, influye en medida importante en los resultados obtenidos en los pacientes. West, Rafferty y Lankshear (2004) identificaron diversos estudios cuantitativos y de observación, publicados desde 2002, sobre las aportaciones de la enfermería y los resultados obtenidos en los pacientes. Se consideraron de gran calidad científica los estudios de Aiken et al. (2002a y 2003), Needleman et al. (2002), Tourangeau et al. (2002), Unruh (2003), Person et al. (2004) y McGillis Hall et al. (2003, 2004). A continuación se describen sus características principales.

Aiken et al. (2002a) utilizaron datos relacionados con el estudio, procedentes de las enfermeras contratadas y de pacientes en general, de unidades de cirugía ortopédica y vascular de 168 hospitales de Pennsylvania (EE.UU.) para investigar la relación entre los coeficientes de pacientes por enfermera y la mortalidad de los pacientes. Estos autores constataron que, aun después de hacer ajustes para tener en cuenta las características de los pacientes y de los hospitales, cada paciente adicional por enfermera daba lugar a un aumento demostrable de la mortalidad entre los pacientes y a una mayor probabilidad de fallo del tratamiento. En concreto, cada paciente

adicional por enfermera guardaba relación con un aumento del 7% en la probabilidad de muerte dentro de los 30 días siguientes a la admisión y a un aumento del 7% en las probabilidades de fallo del tratamiento. Además, cada paciente adicional por enfermera incidía en los índices de fatiga y agotamiento y de insatisfacción en el trabajo entre el personal de enfermería. Con la adición de un paciente aumentaba un 23% la probabilidad de agotamiento y la probabilidad de insatisfacción en el trabajo, un 15%. En este amplio y diversificado estudio se aportan pruebas de que con unos coeficientes más altos de pacientes por enfermera aumenta la mortalidad de los pacientes, y de que con el aumento de la carga de trabajo empeora la experiencia laboral de las enfermeras.

En un estudio posterior (Aiken et al. 2003) se comprobó la relación existente entre la titulación de las enfermeras y los resultados obtenidos en los pacientes. En su muestra de los hospitales de Pennsylvania, la proporción de enfermeras tituladas oscilaba entre el 0 y el 77%. Al verificar las características de los pacientes y de los hospitales (dimensiones, condición de hospital docente y nivel de tecnología), número de enfermeras, experiencia y si el cirujano estaba o no aprobado por el colegio médico, estos autores constataron que la titulación de las enfermeras guardaba relación con la mortalidad y con el fallo del tratamiento. El incremento del 10% en la proporción de las enfermeras que tienen un título medio universitario guardaba relación con una disminución, del 5%, en la probabilidad de que los pacientes murieran dentro de los 30 días siguientes a su admisión y las probabilidades de fallo del tratamiento. Así pues, el número de los recursos humanos de enfermería es importante, pero los niveles de formación de las enfermeras también lo son, al menos en lo que respecta a las tasas de mortalidad.

En varios estudios se ha examinado la relación entre la proporción de cuidados de enfermería dispensados por enfermeras especialistas y los resultados obtenidos en los pacientes. Needleman et al. (2002) utilizaron datos administrativos de 799 hospitales de 11 Estados norteamericanos para estudiar los resultados de los tratamientos en más de cinco millones de pacientes de medicina y más de un millón de pacientes de cirugía. En su análisis controlaron una serie de variables que podían influir en los resultados obtenidos en los pacientes, y el número de horas de cuidados dedicadas por las enfermeras especialistas. Los resultados en los pacientes de medicina fueron diferentes de los conseguidos en los pacientes de cirugía. Estos autores constataron que un mayor número de horas de cuidados dispensados por las enfermeras especialistas a los pacientes de medicina guardaba relación con una estancia más breve y con índices más bajos de algunos eventos adversos (infecciones del tracto urinario, sangrado gastrointestinal, neumonía, ataque o paro cardíaco, y fallo del tratamiento). El número de horas de cuidados dispensados por las enfermeras especialistas a pacientes de cirugía guardaba relación con unos índices más bajos de infección del tracto urinario y de fallo del tratamiento, definidos como muerte por neumonía, ataque, paro cardíaco, sangrado gastrointestinal, sepsis o trombosis venosa profunda. No se encontró asociación ninguna entre el aumento del número de enfermeras especialistas y las muertes en los hospitales, después tener en cuenta a los pacientes fallecidos por fallo del tratamiento. Tampoco encontraron relación ninguna entre el número de otros trabajadores de salud que dispensaban cuidados de enfermería, tales como los auxiliares técnicos sanitarios, o los auxiliares de enfermería y la aparición de eventos adversos. Así pues, el número de enfermeras especialistas y el número de horas de cuidados dispensados por estas enfermeras se relacionaron con el índice de eventos adversos, algunos de los cuales estaban a su vez relacionados con la mortalidad.

Tourangeau et al. (2002) corroboraron la importancia de las enfermeras especialistas. Estos autores formularon la hipótesis de que la mortalidad dentro de los 30 días siguientes a la admisión guardaría relación con diversas variables relativas a las enfermeras, entre ellas el número del personal de enfermería, la combinación de capacidades, un menor número de turnos perdidos, un mayor número de enfermeras en la unidad, una mayor proporción de enfermeras especialistas en dedicación completa, el apoyo a la función profesional de las enfermeras y la presencia de un entorno de práctica profesional de la enfermería. La unidad del análisis de este estudio era el hospital (75 en Ontario, Canadá) y las variables independientes se midieron recurriendo a datos de una encuesta hecha a 3.998 enfermeras. El número total de pacientes del estudio fue de 46.941 a los que se había diagnosticado un número limitado de enfermedades graves, de gran extensión o de alto riesgo. La probabilidad de muerte de cada uno de los pacientes se estimó por regresión logística. La variable dependiente fue el coeficiente de

mueres observadas respecto del de mueres previstas, a los 30 días de la admisión. En este estudio se constató que con una combinación más rica de capacidades y un mayor promedio de años de experiencia de las enfermeras de la unidad disminuía la mortalidad. No se constató que la cantidad de cuidados de enfermería guardase relación con la mortalidad dentro de los 30 días. En los hospitales en que las enfermeras notificaron que se perdían más turnos, los índices de mortalidad eran inferiores, pero no se ha explorado todavía el mecanismo que puede relacionar esas dos realidades.

Un estudio hecho por Unruh (2003) tenía por objeto examinar la manera en que el cambio del número y la proporción de enfermeras acreditadas influía en los eventos adversos ocurridos en los hospitales. El contexto eran los hospitales de enfermos graves de Pennsylvania, de 1991 a 1997. Se utilizaron datos sobre los pacientes y los hospitales para calcular la incidencia de los eventos adversos en los hospitales. Entre los eventos adversos que eran las variables dependientes en ese estudio figuraban los siguientes: colapso pulmonar, llagas por presión, caídas, neumonía, infecciones después de tratamientos e infecciones del tracto urinario. En el modelo, las variables de control eran el número anual de pacientes, la importancia y otras características del hospital. Los datos estadísticos descriptivos mostraron que el número de pacientes de las enfermeras acreditadas, a los que se controlaba para observar el efecto de la gravedad de las enfermedades de los pacientes, aumentaba en el periodo del estudio (1991 a 1997). La proporción entre las enfermeras acreditadas y el número total del personal de enfermería disminuyó entre 1994 y 1997. Las comprobaciones estadísticas mostraron que los hospitales que tenían un menor número de enfermeras acreditadas experimentaban mayores índices de casi todos los eventos adversos, y los hospitales que tenían una menor proporción de enfermeras acreditadas tenían una mayor incidencia de ulceraciones posicionales y de neumonía.

En un estudio reciente se examinaba la relación entre la dotación de enfermeras y los índices de mortalidad en 118.940 pacientes con infarto agudo de miocardio, utilizando datos de un proyecto de investigación de enfermedades cardiacas relacionado con datos administrativos (Person et al. 2004). En el estudio se analizaban las características demográficas y clínicas de los pacientes, y sus tratamientos, y características del hospital tales como su volumen, nivel de tecnología, condición de hospital docente y situación urbana. Las variables independientes del modelo eran los coeficientes de pacientes por enfermera, categorizados por cuartiles en el caso de las enfermeras especialistas y los auxiliares técnicos sanitarios. Estos autores constataron que unos niveles más elevados de personal de enfermeras especialistas guardaban relación con niveles de mortalidad más bajos. Sin embargo, en el caso de las auxiliares técnicos sanitarios sucedía lo contrario – unos niveles más altos de personal auxiliares técnicos sanitarios guardaban relación con unos índices más altos de mortalidad de los pacientes. Todo esto sugiere que una combinación de personal en el que haya más enfermeras especialistas produce mejores resultados en los pacientes.

McGillis Hall et al. (2003) evaluaron las consecuencias que tienen los distintos modelos de dotación de personal de enfermería sobre el estado funcional de los pacientes, el control del dolor y la satisfacción con los cuidados de enfermería en pacientes adultos de cirugía y en pacientes de obstetricia, en 19 hospitales docentes de Ontario, Canadá. Estos autores utilizaron diversos instrumentos normalizados, entre ellos la Medida de independencia funcional (FIM), el Estudio de resultados médicos SF-36, el Inventario breve del dolor, y el Cuestionario sobre el modo en que los pacientes juzgan la calidad de los hospitales. Estos autores constataron que la proporción de personal de enfermería reglamentado (acreditado) que había en la unidad guardaba relación con unas mejores puntuaciones en FIM y mejores puntuaciones en la función social de las altas hospitalarias. Una combinación de personal que incluía enfermeras especialistas y trabajadores no regulados (no acreditados) guardaba relación con unos mejores resultados de altas en los pacientes que una combinación de personal en la que había enfermeras especialistas/auxiliares de enfermería y trabajadores no acreditados. Los pacientes estaban más satisfechos con los cuidados de enfermería de obstetricia recibidos en las unidades en que había una proporción más alta de personal acreditado. Estos autores llegaban a la conclusión de que una proporción más alta de enfermeras especialistas/auxiliares de enfermería guarda relación con unos mejores resultados clínicos en el momento del alta hospitalaria.

Utilizando los mismos datos, McGillis Hall et al. (2004) publicaron un estudio posterior en el que se evaluaban las consecuencias que los distintos modelos de dotación de personal tenían en cuanto a resultados en los pacientes, incluidas las caídas de los pacientes, los errores de medicación, las infecciones de heridas y las infecciones del tracto urinario. Estos autores constataron que cuanto más baja era la proporción de personal profesional de enfermería empleado en una unidad, mayor era el número de errores de medicación y de infecciones de heridas. Cuanta menos experiencia tenía la enfermera, mayor era el número de infecciones de heridas. Los modelos de dotación de enfermeras que incluían una menor proporción de personal profesional de enfermería en la combinación necesitaban más horas de enfermería en este estudio, lo que incide en el costo de los cuidados.

Si bien el conocimiento científico es siempre provisional, parece que van acumulándose datos a favor de la conclusión de que las características de los recursos humanos de enfermería – el número de las enfermeras, la combinación de sus capacidades, formación, experiencia y carga de trabajo - inciden en un gran número de los resultados en el paciente, entre ellos la mortalidad, fallo del tratamiento, eventos adversos y duración de la estancia hospitalaria. Estudios como estos aportan la base de pruebas para el desarrollo de indicadores de los resultados de enfermería. En la próxima sección se examinan algunos de los trabajos realizados sobre determinados indicadores.

Indicadores específicos

Al menos cuatro grupos de indicadores que se han relacionado con los cuidados de enfermería son los siguientes (Hegyvary 1991):

- Clínicos (control o gestión de los síntomas).
- Funcionales (capacidades físicas, psicosociales y de autoatención).
- Seguridad, eventos adversos y complicaciones.
- Perceptivos (por ejemplo, satisfacción con los cuidados recibidos).

En un volumen recientemente publicado de exámenes de determinados indicadores (Doran 2003) se recogen capítulos sobre: el estado funcional; la autoatención; la gestión de los síntomas; el dolor; la seguridad; la satisfacción de los pacientes; la satisfacción de las enfermeras en el trabajo; y los conjuntos mínimos de datos de enfermería. En cada capítulo se analiza la manera en que se ha definido el concepto, y se examina la medida en que se ha demostrado que es 'sensible a la enfermería'. En el libro se examinan también los distintos métodos e instrumentos que se han empleado para medir la fiabilidad, la validez y la sensibilidad de estos conceptos. Este libro es un importante resumen del conocimiento actual – el estado de la ciencia – sobre los resultados sensibles a la enfermería, que es a la vez crítico y constructivo y prepara el camino para la futura investigación y desarrollo en este campo.

Indicadores nacionales de los resultados de enfermería

EE.UU.: La Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos (ANA)

En 1994, la ANA puso en marcha una importante iniciativa para investigar las repercusiones de la reestructuración de la atención de salud sobre la calidad de los cuidados y sobre la vida de trabajo de las enfermeras. La ANA está tratando actualmente de conseguir que todos los hospitales recojan información, y la comuniquen, sobre los 10 indicadores de la calidad de la enfermería siguientes, para demostrar que las enfermeras mejoran la situación de manera importante y económica al dispensar cuidados seguros y de gran calidad a los pacientes. En los contextos de cuidados intensivos esos indicadores son los siguientes:

1. La combinación de enfermeras especialistas, auxiliares técnicos sanitarios y personal no titulado que presta cuidados a los pacientes.
2. Total de horas de enfermería dispensados por paciente y día.
3. Llagas causadas por presión.
4. Caídas de pacientes.
5. Satisfacción de los pacientes con la gestión del dolor.
6. Satisfacción de los pacientes con la información.
7. Satisfacción de los pacientes con el conjunto de los cuidados.

8. Satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería.
9. Índice de infecciones hospitalarias.
10. Satisfacción del personal de enfermería.

En 1998, la ANA fundó la Base nacional de datos sobre Indicadores de la calidad de la enfermería (NDNQI) en el Midwest Research Institute, en Kansas City, para reunir información acerca de la calidad de la enfermería y los resultados en los pacientes, en los hospitales de los Estados Unidos. Una importante proporción de los hospitales estadounidenses presentan en la actualidad datos sobre las poblaciones adultas de cirugía y de cuidados intensivos. En cada unidad se hacen informes trimestrales de las observaciones y comentarios; los informes van repartidos según los tipos de las unidades y el tamaño de los hospitales, y van acompañados de informes confidenciales. Se ha elaborado un sistema riguroso para que los datos permanezcan confidenciales y no se descubra la identidad de la organización por la transmisión, el almacenamiento de los datos o por los informes de la Base NDNQI.

Para los informes trimestrales se ha introducido un nuevo formato (Dunton 2004) con dos tipos de cuadros. Los cuadros del trimestre en curso y de las tendencias incluyen lo siguiente: promedio por tipo de unidad; promedio nacional para las unidades de ese tipo; aspectos destacados de las diferencias significativas; puntos de corte en los cuartiles superior e inferior; y número de unidades de información.

Los cuadros de tendencias incluyen ocho trimestres de datos y los promedios de ocho trimestres. Estos datos son únicamente para los hospitales de un único tamaño y contienen información acerca de cada uno de los seis tipos (Dunton 2004). El director de la NDNQI dijo en una presentación reciente que los hospitales participantes pueden utilizar estos datos de muchas maneras, por ejemplo:

1. *Para la contratación de personal.* Los hospitales pueden anunciar que tienen más horas de enfermería por día de paciente o un porcentaje mayor de enfermeras especialistas que el promedio de la base de datos. Los hospitales pueden anunciar que sus enfermeras están muy satisfechas de su sueldo o de sus tareas, o que están por encima de la norma nacional.
2. *Los hospitales pueden publicitar la calidad de los cuidados que dispensan.* Por ejemplo, pueden hacer publicidad de que sus horas de enfermería son más o que las caídas de los pacientes son menos que el promedio nacional que recoge la base de datos. Pueden describir su posición en el plano nacional (por ejemplo, entre el 25% mejor), pero no pueden exponer públicamente las estadísticas nacionales.
3. *Los datos pueden emplearse para apoyar las peticiones presupuestarias dentro de la organización.* Por ejemplo, las enfermeras pueden aducir que hay una relación entre el hecho de que tienen menos horas de enfermería y un índice mayor de caídas de pacientes que los otros hospitales y que esto indica que se necesitan más enfermeras para mejorar la seguridad de los pacientes.
4. *Los datos facilitan la investigación y la auditoría.* Pueden utilizarse, por ejemplo, para hacer un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo y para vigilar los efectos de cualquier clase de intervención que pueda influir de algún modo en los resultados de enfermería o en los resultados en el paciente. Asimismo pueden utilizarse para identificar las posibilidades de mejorar la calidad, por ejemplo cuando algunos de sus indicadores de resultados sean inferiores al promedio nacional.
5. *Los datos pueden ayudar a los directores de las unidades hospitalarias a establecer metas realistas* en relación con anteriores resultados de la unidad y con los promedios nacionales.

Todos y cada uno de estos puntos pueden ser de interés e importancia para los 'buenos empleadores' porque pueden influir en la calidad de los cuidados y en la vida laboral de las enfermeras.

La ANA ha elaborado ya indicadores para su utilización en contextos de la comunidad, tales como escuelas, servicios de larga duración y cuidados a domicilio. Rowell (2001) describe el proceso por el que se desarrollaron. En 1997 se nombró un comité para ampliar la aplicación de los indicadores de la calidad de la enfermería más allá de los cuidados intensivos. Ese comité examinó lo publicado y consultó a expertos para identificar indicadores que guardasen relación con la enfermería, que pudieran aplicarse y tuvieran la capacidad de mejorar la atención de

salud. Los indicadores que surgieron de ese proceso y que se comprobarán en un estudio piloto en la comunidad son: la gestión del dolor; la coherencia de la comunicación; la combinación del personal; la satisfacción de los clientes; la prevención del uso del tabaco; la prevención de enfermedades cardiovasculares; la actividad de los dispensadores de cuidados; la identificación de dispensadores de atención primaria; las actividades de la vida diaria; y la interacción psicosocial. Rowell (2001) concluye diciendo que la 'información es poder' y, en este contexto, puede hacerse uso del poder para defender a los pacientes y a sus familias y para conseguir los recursos necesarios para prestar unos cuidados óptimos.

La ANA comunica que otros países han manifestado interés en elaborar sus propios indicadores de resultados de enfermería sobre la base del sistema de la ANA. Patricia Rowell (comunicaciones personales), miembro del personal de la ANA y experta en resultados sensibles a la enfermería y en calidad de la atención de salud, dijo que ha estado en contacto con compañeros de todo el mundo, entre ellos, de Australia, Canadá, China, Hungría, Israel, Japón, Letonia, Líbano, Lituania, Nueva Zelandia, Sudáfrica, Suecia, Taiwán y la mayoría de las repúblicas de la antigua Unión Soviética.

Reino Unido: Comisión auditora y Comisión de atención de salud

En el Reino Unido, la Comisión auditora investiga si los servicios públicos ofrecen tanto como cuestan. En el año 2000, esa Comisión hizo un estudio de los cuidados intensivos, en el que utilizó diversos indicadores para evaluar el nexo existente entre el gasto en personal y los resultados conseguidos en los pacientes (Comisión auditora 2001). Entre las preguntas más importantes a las que trató de responder figuraban las siguientes:

- ¿Cuánto gastan los hospitales de cuidados intensivos en personal de sala y cómo pueden explicarse las diferencias?
- ¿Hay pruebas de que pueden utilizarse recursos para dispensar cuidados a los pacientes de una manera más eficiente y eficaz?
- ¿Guarda relación el nivel de los recursos con el riesgo clínico: la calidad de los cuidados dispensados?

La Comisión auditora comunicó que había experimentado ciertas dificultades para identificar los resultados que pueden atribuirse con propiedad al personal de sala y que se vieron en dificultades porque los métodos de medición y de registro no se han sistematizado todavía en el Reino Unido. Sin embargo, se incluyeron en el estudio indicadores clínicos, en parte para determinar la manera en que muchos grupos podían suministrar los datos y fomentar el desarrollo de un planteamiento más coherente para reunir información sobre el riesgo clínico. La elección de los indicadores fue pragmática y se basó en

"...la medida en que los resultados son consecuencia de la atención de enfermería y, lo que es importante, la carga impuesta de acopio de los datos. En realidad, esto significaba basarse en gran medida en datos ya recogidos por otros grupos" (Fittal 2004).

Los cinco indicadores seleccionados se exponen el siguiente Cuadro 1.

Para cada uno de los cinco indicadores de riesgo clínico, se dio al grupo una puntuación en una escala de 1 a 10, adjudicándose las puntuaciones más altas a los resultados deficientes. La Comisión auditora (2001) constató que:

- Unos grupos gastan más que otros en personal de sala, aun teniendo en cuenta el tamaño de las salas y la combinación de especialidades.
- Aun en los hospitales había grandes diferencias entre las cantidades gastadas en personal en las distintas salas.
- Los grupos que incurrían en más gastos empleaban un mayor número de enfermeras y no enfermeras más experimentadas o de titulación más alta.

Cuadro 1: Indicación de la Comisión auditora

Indicador	Definición	Razón de ser
Quejas oficiales	Quejas acerca del personal de sala si las hay y, si no, quejas de todo tipo	Medida de la insatisfacción de los pacientes
Ulceraciones por presión	Incidencia en el grupo si se dispone de ella y, si no, prevalencia puntual	Las ulceraciones por presión pueden evitarse y causan dolor y sufrimiento y prolongan la duración de las estancias hospitalarias
Accidentes de pacientes	Todos los accidentes registrados por salas	Algunos accidentes pueden evitarse y pueden ser causa de lesiones, frenar la rehabilitación y prolongar las estancias hospitalarias
Accidentes del personal	Todos los accidentes registrados por salas	Pueden estar relacionados con el número de personal pero también pueden influir en ellos los equipos disponibles y la eficacia de la gestión
Auditorías	Número de auditorías realizadas en las salas	Son una medida sustitutoria de la cultura de aprendizaje y del interés por la calidad en las salas

Sin embargo, no encontraron una relación entre la cantidad gastada en personal de sala y la puntuación conjunta basada en sus cinco indicadores de resultados. Esto puede deberse, en parte, a defectos de la calidad de los datos. La Comisión auditora llegó a la conclusión de que han de definirse claramente las medidas de los resultados, para que el personal de sala pueda demostrar el valor de los cuidados que dispensa. Para que los grupos puedan comparar sus resultados, esas medidas deben definirse en el plano nacional.

En 2004, La Comisión de atención de salud, que se ha hecho cargo de una parte de labor de la Comisión auditora, terminó otra encuesta del personal de sala y los resultados en los pacientes. Reunieron datos sobre lo siguiente: incidencia de las ulceraciones por presión y periodo de prevalencia; quejas y reclamaciones por la atención de enfermería; accidentes/incidentes; heridas por instrumentos punzantes; y errores con los medicamentos.

Fittal (2004) describió algunos de los problemas que conlleva el acopio de estos datos, entre ellos la falta de evaluación sistemática de las afecciones cutáneas de los pacientes en el momento de la admisión, la falta de acuerdo general sobre los grados de las ulceraciones por presión que deben notificarse, y la falta de un sistema de notificación fácil y fiable. Además, puede ser que las enfermeras no entiendan por qué la notificación es importante y quizá temen que se les amoneste si comunican el hecho de que un paciente tiene una de esas ulceraciones.

Fittal (2004) lamentaba que no se hayan podido reunir datos sobre las contribuciones positivas que las enfermeras hacen para el mejoramiento del estado de salud o la capacidad funcional de los pacientes. De una manera más positiva, los datos reunidos en 2004 se completarán con datos de la encuesta nacional sobre los pacientes internos y darán alguna información acerca de las experiencias de los pacientes que han recibido cuidados en contextos en los que los niveles de dotación de personal son muy diferentes.

En la presente sección se ha tratado de entender la manera en que los datos de nivel nacional sobre los resultados de enfermería comenzaron a ser recopilados por la ANA y desempeñan actualmente una importante función en el mejoramiento de la calidad en los EE.UU. Asimismo, se han descrito algunos de los intentos de examinar las normas nacionales en relación con sus costos en el Reino Unido. Mientras tanto, en muchos hospitales del Reino Unido se trabaja para elaborar indicadores en el plano local. En la próxima sección se resumen algunos de los intentos recientes que se han comunicado en las publicaciones.

La evolución nacional en el Reino Unido

Un número reciente de *Journal of Nursing Management* se ocupaba de la relación existente entre los problemas de los recursos humanos y la calidad de los cuidados. Además del artículo escrito por Fittal (2004) sobre la elaboración de indicadores nacionales de los resultados de

enfermería (véase *supra*), dos autores describían sus propias experiencias de la participación en iniciativas de mejoramiento de la calidad en hospitales de cuidados intensivos.

En el estudio de casos de Harvey (2004) se documenta la manera en que un hospital especializado (en neurología y neurocirugía) estableció una estrategia de mejoramiento de la calidad basada en indicadores clínicos elaborados para ese contexto particular. En el artículo se describe la manera en que el hospital seleccionó uno de los aspectos de los cuidados clínicos – resbalones, tropezones y caídas – y lo hizo pasar por las diferentes fases del ciclo de efectividad clínica y trató de incluir las opiniones y las experiencias de los pacientes. Escribiendo desde la perspectiva del gestor de eficacia clínica, el autor aduce que los indicadores clínicos completan la información, más cualitativa, derivada de la Esencia de los cuidados, sistema clínico de fijación de puntos de referencia que ya se ha introducido en el National Health Service (NHS) del Reino Unido como parte del régimen clínico interno. En el artículo se detallan algunos de los problemas encontrados: resistencia de parte del personal clínico y directivo y problemas con la infraestructura de tecnología de la información. En este hospital se utilizan actualmente 25 indicadores clínicos desarrollados en el plano local y cinco indicadores clínicos nacionales, pero su personal reconoce que la calidad de los datos y los sistemas de acopio siguen siendo un problema.

En la misma publicación, Watterson (2004) describe un proyecto de dos años destinado a mejorar la lucha contra las infecciones en los hospitales de cuidados intensivos, del Reino Unido. Personal esencial, entre él las enfermeras, participó en la identificación de los indicadores. Watterson (2004) expone la manera en que un modelo que describía los elementos esenciales de la lucha contra las infecciones ayudó al Consejo a identificar indicadores que podían utilizarse para seguir de cerca los resultados en este sector. También ha ayudado al personal de otros niveles de la organización a pensar en los problemas que se plantean en la lucha contra las infecciones. Entre los resultados del proyecto pueden mencionarse la ampliación y reorganización del equipo de lucha contra las infecciones con una nueva orientación y un conjunto inicial de indicadores que han empezado a comunicarse al Consejo.

Estos dos artículos son representativos de un número mucho mayor de publicaciones, lo que sugiere un aumento exponencial de la elaboración de indicadores en los planos local y nacional. Elaborar indicadores de la calidad clínica es una actividad cara y prolongada, que puede fomentar la comunicación en el plano internacional. En la práctica esto significará que muchos países mirarán hacia los Estados Unidos. Sin embargo, la difusión de la tecnología entre los países puede ser problemática. Marshall et al. (2003) se preguntaron si los indicadores de la calidad de los cuidados de atención primaria podían transferirse entre países. A partir de un conjunto de indicadores creados mediante un procedimiento elaborado por RAND, que implica combinar sistemáticamente las pruebas de la investigación con las opiniones de los expertos (véase *supra*) estadounidenses, replicaron el proceso en el Reino Unido. Constataron que era muy ventajoso comenzar con el conjunto de indicadores estadounidenses, y que todo el proceso de colaboración internacional daba lugar a un aprendizaje en ambas partes, especialmente un aprendizaje de la manera en que los factores culturales y organizacionales son importantes para elaborar los indicadores de calidad. Sin embargo, los dos conjuntos de indicadores que surgieron del proceso a ambos lados del Atlántico no eran idénticos – cada uno de ellos contenía indicadores que no tenían equivalente exacto en el otro. Llegaron a la conclusión de que hay considerables posibilidades de que ambos países colaboren en el desarrollo de indicadores de calidad, pero siempre tendrá que haber un proceso de modificación para cerciorarse de que se adaptan al contexto en que van a utilizarse.

Indicadores del entorno de trabajo

Hasta ahora hemos expuesto con cierto detalle las cuestiones que se plantean en torno a la elaboración y al empleo de indicadores de los resultados en la enfermería. Pero también hemos de interesarnos en el modo en que las organizaciones de atención de salud apoyan a su personal para que éste pueda facilitar unos resultados de salud óptimos para los pacientes. En un volumen reciente de exámenes de publicaciones se expone la medida y la calidad de labor

realizada sobre los indicadores de calidad de los entornos de trabajo que fomentan la seguridad de las enfermeras y de los pacientes (McGillis Hall 2004). En cada uno de los capítulos se tratan la definición, los fundamentos teóricos y los planteamientos para la medición de un indicador; se examinan críticamente las pruebas empíricas; y se dan recomendaciones para ulterior investigación y desarrollo. En la presente sección se resumen brevemente algunas de las conclusiones más interesantes de ese examen en sectores prometedores para la investigación futura.

Personal de enfermería

El Comité del American Institute of Medicine (IOM) sobre la Adecuación del personal de enfermería en los hospitales y casas de convalecencia generó un gran interés por el personal de enfermería (Wunderlich, Sloan y Davis 1996). La posterior financiación de la investigación dio lugar a un aumento casi exponencial del número de documentos publicados en este sector a finales del decenio de 1990. Estos estudios, en su conjunto, han apoyado la conclusión de que la dotación de personal de enfermería influye en resultados importantes para los pacientes, las enfermeras y las organizaciones. Antes se han resumido muchos de los informes recientes en esta línea. McGillis Hall (2004) identificó algunos de los problemas metodológicos que se plantean en esta investigación. Por ejemplo, la dotación de enfermeras se mide en el plano de los hospitales más bien que en el de las unidades de servicios, mientras que muchos teóricos aducen que las diferencias entre las distintas unidades de un hospital pueden a veces ser tan grandes que el nivel de medición no está justificado teóricamente. Las variables de la dotación de personal de enfermería también se promedian a menudo para periodos de tiempo. Idealmente, si tuviéramos que diseñar un estudio de los resultados en pacientes individuales, desearíamos poder medir la cantidad de atención de enfermería que el paciente recibía a medida que su estado variaba a lo largo del tiempo. También es importante poder controlar la combinación de casos y la gravedad de los pacientes en la unidad.

La dotación de personal de enfermería puede medirse de muchas maneras. Algunas de las medidas que se han empleado son las siguientes:

Proporción de enfermeras especialistas. He aquí algunos ejemplos sacados de estudios recientes:

1. Horas de enfermera especialista = horas de cuidados directos a los pacientes por días de cuidados de enfermeras especialistas/pacientes en la unidad hospitalaria. Seguido de la proporción de enfermeras especialistas = horas de enfermera especialista por paciente y día en la unidad hospitalaria/todas las horas de enfermería por paciente y día en la unidad.
 - proporción de enfermera especialista (combinación de capacidades de enfermería) = puestos de enfermeras especialistas ocupados en la unidad/puestos totales de personal de enfermería ocupados en toda la unidad.
2. El total de las horas de cuidados de enfermería dispensados por día de paciente interno y la proporción de horas de cuidados de enfermería dispensados por cada categoría de personal de enfermería se emplearon para establecer un índice de la combinación de casos de enfermería para cada hospital y para ello también se empleó información sobre el nivel relativo de la atención de enfermería que necesitan los pacientes de cada categoría en relación con el diagnóstico.
3. Las horas de enfermería por paciente y día, donde las horas de enfermería en una unidad se dividen por el número de pacientes. Por ejemplo:
 - Total de horas = horas mensuales de atención directa a los pacientes dedicadas por las enfermeras especialistas, los auxiliares técnico sanitarios y días de cuidados de los ayudantes de enfermería/días de cuidados recibidos por el paciente en la unidad durante el mes.
 - Horas totales = total de horas productivas trabajadas por el personal de enfermería por paciente y día; horas de enfermeras especialistas = total de horas productivas trabajadas por las enfermeras especialistas por paciente y día; proporción de enfermeras especialistas = horas de enfermeras especialistas/total de horas.
4. Coeficiente de enfermeras especialistas y pacientes.
5. Número de equivalentes en tiempo completo.
6. Porcentajes de tiempo completo, tiempo parcial o personal temporero.
7. Combinación de personal de enfermería (combinaciones de las distintas categorías de trabajadores de atención de salud).

8. Nivel de formación de las enfermeras (certificado, diploma, título superior) y experiencia (en hospitales, unidades o funciones).

El examen sugiere que la futura investigación debe tratar de captar todos esos diferentes aspectos y que deben comprobarse distintas medidas del personal de enfermería en modelos de resultados en los pacientes. En esta esfera se precisa más trabajo, desarrollo teórico y nuevos planteamientos metodológicos, especialmente si la idea de los coeficientes de personal obligatorios se extiende a sistemas de atención de salud diferentes.

Clima y cultura de la organización

En las definiciones de cultura de la organización se insiste en los significados, las creencias, los valores, supuestos, símbolos y ceremonias que frecuentemente tienen un origen social y que se comparten dentro de las organizaciones. Es un aspecto complejo, que evoluciona y que está arraigado en la historia. Quizá las personas que forman parte de él no lo entienden a fondo. El clima de la organización se considera a menudo más superficial, más susceptible de manipulación deliberada, y menos resistente que la cultura de la organización. Sin embargo, ambos conceptos tienden a confundirse en los estudios reales, lo que hace difícil seleccionar los instrumentos de medida adecuados.

El examen de las publicaciones empíricas en este sector demostró que se ha utilizado una gama muy diversa de instrumentos para medir tanto el clima como la cultura (McGillis Hall 2004). Esos instrumentos captan diversos aspectos y demuestran una fiabilidad aceptable, pero es limitado el apoyo que prestan a la validez. Se ha evaluado un gran número de resultados, especialmente la satisfacción en el trabajo, y las pruebas indican que merece la pena examinar la cultura y el clima del lugar de trabajo en relación con el nuevo diseño de éste. Entre los problemas metodológicos que se plantean en este ámbito está el de encontrar el nivel de análisis adecuado y el tamaño de la muestra idóneo. Si la cultura es una característica de la organización, debe medirse en el nivel de la organización y no en el de la persona. El tamaño de la muestra es importante porque el carácter 'compartido' de la cultura indica que hay cierto grado de consenso en cuanto a las características culturales, aunque ese grado de consenso puede variar. También puede haber subculturas, y es importante examinar la manera en que pueden representarse sus opiniones.

Alcance del control

Esta denominación se refiere al número de personas que dependen de un único director, supervisor o dirigente. En el alcance del control puede influir el grado en que el personal realiza funciones similares, la proximidad geográfica, y la medida en que el personal necesita dirección, control y coordinación. Ese concepto describe el número de 'niveles' de la jerarquía de una organización y, durante muchos años, ha sido objeto de debate entre los teóricos. Este examen llega a la conclusión de que hay pruebas que sugieren que el ámbito de control influye en las medidas de los resultados y que, según se ha constatado, afectan a los resultados conseguidos en los pacientes. Además, tiene un efecto moderador entre la dirección y los resultados, y hace que ámbitos más amplios de control aparezcan como perjudiciales para la relación entre directores y personal. En ese examen se aduce que es necesario elaborar un instrumento de medida de la amplitud del control (McGillis Hall 2004).

Autonomía y adopción de decisiones

El concepto de autonomía está omnipresente en las publicaciones sobre enfermería y se supone en general que es beneficioso para las enfermeras, los pacientes y las organizaciones. Este examen (McGillis Hall 2004) demuestra que el concepto está mal definido y mal medido. La autonomía puede ser una característica estructural (parte de la descripción de un puesto de trabajo) o una actitud (convicción de los trabajadores de que pueden adoptar decisiones). La autonomía puede ejercerse clínicamente y en el plano de la organización. No implica una completa independencia. La autonomía depende de ciertas características personales, tales como la inteligencia, los conocimientos, el sentido moral y el dominio de sí, y depende también del deseo de autonomía y del entorno en que se ejerce la práctica profesional de la enfermería. La investigación realizada sobre los Hospitales Modelo muestra que la autonomía y la participación del personal en la adopción de decisiones están relacionados con la satisfacción en

el trabajo. (Véase la publicación Número 4 del CIE: Retención y contratación de las enfermeras, 2005). Sin embargo, el presente examen muestra que no hay pruebas que apoyen la conclusión de que con las enfermeras y las unidades de enfermería más autónomas hayan mejorado los resultados obtenidos en los pacientes. Por otra parte, se dispone de un acervo de trabajos descriptivos y de un gran número de instrumentos de medida para la futura labor sobre la autonomía y la adopción de decisiones.

Horas extraordinarias

El trabajo en horas extraordinarias es causa de gran preocupación para las enfermeras empleadas en muchos sistemas, pero hay muy pocos estudios sobre la manera en que el trabajo en horas extraordinarias influye en los resultados. En este examen (McGillis Hall 2004) se recomienda que los empleadores y las asociaciones profesionales favorezcan la medición precisa y la vigilancia de la cantidad de horas extraordinarias trabajadas en los contextos de atención de salud y que, en el futuro, en los estudios sobre los resultados de las enfermeras y en los pacientes en distintos entornos de trabajo se incluyan las horas extraordinarias como uno de los elementos de los modelos teóricos.

Conclusión

En esta sección se ha resumido una importante serie de exámenes de conceptos esenciales en la investigación de los problemas de los recursos humanos de enfermería, que se han publicado en un volumen (McGillis Hall 2004). Además de los sectores que hemos puesto de relieve – personal de enfermería, cultura y clima de la organización, alcance del control, autonomía y adopción de decisiones, y horas extraordinarias – hay también capítulos sobre la carga de trabajo y la productividad de la enfermería, el desarrollo profesional y el ausentismo, que quedan fuera de los límites del presente trabajo. El planteamiento del examen fue riguroso y amplio. Se consultó un gran número de estudios para cada capítulo, lo que ha hecho que éste sea un trabajo de referencia para futuros estudios de los problemas de los recursos humanos de enfermería. El planteamiento crítico para la definición de los conceptos y la medición, y los diseños de la investigación adecuados muestran la manera en que futuros estudios pueden mejorar los trabajos actuales. Los autores identifican en las publicaciones ciertos vacíos en lo referente a algunos aspectos del entorno laboral, especialmente respecto de la autonomía de las enfermeras, la participación en la adopción de decisiones, el clima y la cultura de la organización, las relaciones entre los miembros de los equipos, y las relaciones con los directores de las unidades y con las enfermeras dirigentes. Esta obra aporta mucho a nuestro modo actual de entender la manera en que los entornos laborales favorecen los buenos resultados para los pacientes y para las enfermeras al poner en entredicho algunas de las creencias y supuestos admitidos en la actual investigación sobre labor de la enfermería.

Indicadores de los resultados de enfermería: Resumen y conclusiones

Los indicadores de los resultados de enfermería tienen su origen en una convergencia de fuerzas, entre las que se cuentan la creciente demanda de cuidados, el interés por la calidad, y los cambios culturales en pro de una mayor transparencia y responsabilidad en los servicios públicos. Se basan en un acervo creciente de pruebas que muestran la manera en que pequeños cambios de las características de los recursos humanos de enfermería vienen unidos a grandes cambios en los resultados obtenidos en los pacientes. Todas las personas interesadas pueden beneficiarse si recurren a una base de investigación para informar las decisiones acerca del contexto de los cuidados en las organizaciones.

En la exposición anterior se pusieron de manifiesto algunos de los problemas principales que se plantean para definir y elaborar indicadores de los resultados de enfermería, referidos a la importancia que tienen para el buen empleador. Al fin de la sección, planteamos la cuestión de las aportaciones al proceso de la enfermería que son necesarias para contrarrestar el interés puesto en los resultados de enfermería. Nuestra atención se vuelve ahora a los resultados de los equipos y de las personas de atención de salud, examinando sus objetivos y métodos de medición.

Sección tercera: Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos en la atención de salud: Objetivos y métodos eficaces de evaluación

En esta sección se aborda la cuestión de los resultados y, en particular, los resultados de los equipos y de los trabajadores individuales en los contextos de atención de salud. Inicialmente, se trata de examinar este acervo de publicaciones en cuanto a su importancia para el concepto de 'buen empleador'. Los problemas de los indicadores y de la medición de los resultados se examinan antes de exponer los indicadores concretos. En particular, se exponen los requisitos previos del entorno (externos) y los requisitos previos de la organización (internos) junto con los indicadores de buenos resultados del personal. En este punto se ofrece una exposición de lo que puede y lo que debe medirse, y la medición de los resultados individuales frente a los resultados de los equipos; los resultados de las tareas frente a los resultados contextuales; y la medición del proceso frente a la medición de los resultados. Finalmente, en la última sección se exponen en detalle los planteamientos utilizados para medir los resultados.

Los equipos en la atención de salud: ¿por qué son convenientes los equipos y el trabajo en equipo?

El trabajo en equipo en la atención de salud tuvo lugar a todo lo largo del siglo XX y, más recientemente, se ha visto que el trabajo eficaz en equipos interprofesionales es una respuesta adecuada a los complejos problemas que se plantean en muchos contextos de atención de salud. En ese complejo de cuestiones figuran el creciente número de admisiones, la reducción del número de camas reservadas para casos críticos, y las presiones que se ejercen para reducir la duración de las estancias de los pacientes, por citar sólo algunas (Heinemann 2002). Los documentos de política general del National Health Service (NHS), del Reino Unido, insisten en la importancia del trabajo en equipo en la atención de salud (Departamento de Salud 1998, 2000; Oficina nacional de auditoría 2000). Se ha definido al equipo de la siguiente manera: *"un grupo de personas que colaboran para producir productos o prestar servicios de los cuales esas personas son respectivamente responsables. Los miembros del equipo comparten metas y se les tiene por responsables conjuntos de alcanzarlas, son interdependientes en su consecución, e influyen en los resultados mediante sus interacciones recíprocas. Como se considera colectivamente responsable al equipo, el trabajo de integración de todos es una de las responsabilidades de cada miembro"*. (Mohrman et al. 1995:20).

Sin embargo, algunos autores han visto también que el trabajo eficaz en equipo, especialmente en los contextos de atención de salud, ha sido difícil de conseguir por los obstáculos y las diferencias de estatus social entre grupos profesionales tales como los médicos y las enfermeras, por problemas de género, por la multiplicidad de líneas de dirección, y por la falta de sistemas y estructuras organizacionales de apoyo y dirección de los equipos (Borrill et al. 2001). *"El buen trabajo en equipo puede contribuir en medida esencial a la eficacia y a la innovación de la prestación de atención de salud, y contribuye al bienestar de los miembros del equipo"* (Borrill et al. 2000:371).

Un acervo cada vez mayor de estudios sugiere que pueden prestarse servicios mejores a los clientes si las capacidades, el conocimiento y la experiencia están bien coordinados entre los distintos grupos de profesionales (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001) y los equipos pueden integrarse y vincularse más eficazmente en las organizaciones complejas (Lawrence y Lorsch 1969; Galbraith 1993,1994). Con el trabajo eficaz en equipos pueden acortarse la hospitalización y reducirse los costos (Sommers et al. 2000; Jones 1992; Hughes et al. 1992; Eggert et al. 1991; Zimmer et al. 1990), mejorarse la calidad de los servicios prestados (Guzzo y Shea 1992; Weldon y Weingart 1993; Ross et al. 2000; Jansson et al. 1992; Jackson et al. 1993), aumentarse la satisfacción de los pacientes (Hughes et al. 1992;

Sommers et al. 2000) y fomentarse la innovación (Hoffman y Maier 1961; McGrath 1984; Jackson 1996; West y Wallace 1991; West y Anderson 1996).

En relación con los recursos humanos de salud y el 'buen empleador', se ha visto que el trabajo eficaz en equipo fomenta la motivación del personal (Wood et al. 1994), aumenta la satisfacción en el trabajo y mejora la salud mental (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992), además de mejorar la retención y reducir la rotación del personal (Borrill et al. 2001). Quienes trabajan en equipos claramente definidos experimentan niveles más elevados de apoyo social y claridad de sus funciones. La experiencia ha demostrado que cuanto mejor funcionaba un equipo (en relación con la claridad de sus objetivos, los niveles de participación, el compromiso con la calidad y el apoyo a la innovación) mejor era la salud mental de sus miembros en todos los aspectos de la atención de salud (Koerner et al. 1986; Borrill et al. 2001). A la inversa, la falta de una dirección clara iba asociada a una peor salud mental en los miembros del equipo (Borrill et al. 2000).

En los EE.UU. se evaluó, en una unidad médica de 27 camas de un hospital docente de 1.000 camas de Connecticut, un modelo de práctica en colaboración comparándolo con otra unidad similar (Koerner et al. 1986). Las enfermeras comunicaron que habían experimentado mayor autonomía e independencia y habían adoptado más decisiones clínicas, lo que había producido mayor satisfacción en el trabajo y un mayor índice de retención. La práctica en colaboración fomentó la comunicación entre enfermeras y médicos y produjo una mayor eficiencia del personal y una mejor calidad de los cuidados, y las enfermeras dedicaron más tiempo a los pacientes y sus familias. Las enfermeras y los médicos comunicaron que habían experimentado una mayor satisfacción en su práctica profesional (Koerner et al. 1986). Esto corrobora los trabajos hechos sobre los Hospitales Modelo en los Estados Unidos (por ejemplo, Aiken et al. 1998) y labor de evaluación de la introducción de cuidados compartidos en los equipos en los EE.UU. (Kirkhart 1995) y labor recientemente realizada en España en atención primaria de salud (Goni 1999). En realidad, los análisis de 131 estudios del cambio en las organizaciones para establecer su eficacia demostraron que, por las intervenciones de los equipos, la rotación del personal y el ausentismo se reducían más que por otras intervenciones, lo que demostraba que las prácticas en equipo pueden contribuir a una gestión eficaz de los recursos humanos de salud (Macy y Izumi 1993).

El trabajo eficaz en equipo también puede contribuir a obtener mejores resultados en los pacientes. En los EE.UU., cuando los miembros individuales de los equipos estaban más satisfechos de sus relaciones de trabajo era más probable que fueran más bajos los índices de hospitalización de pacientes de los equipos de atención primaria de salud (Sommers et al. 2000). Los trabajos realizados en el Reino Unido por West et al. (2002) también indican que hay una fuerte relación entre las prácticas de gestión de los recursos humanos y la mortalidad de los pacientes. Una de las tres prácticas de gestión de los recursos humanos más fuertemente relacionadas con la mortalidad era el trabajo en equipo: cuanto más elevado era el porcentaje del personal que trabajaba en equipos, menor era la mortalidad de los pacientes en los hospitales. Así pues, el trabajo eficaz en equipo puede ser positivo para el personal de atención de salud, para sus pacientes y clientes y para los gestores de los recursos humanos. Sin embargo, el trabajo eficaz en equipo se basa en que el equipo funcione bien. ¿Qué es el buen funcionamiento y cómo puede medirse?

Desarrollo y funcionamiento de los equipos

La aportación de varios profesionales de atención de salud con diferentes bases de conocimientos, niveles de capacidades y sistemas de valores es importante para conseguir los resultados eficaces que antes se han descrito. Sin embargo, un supuesto importante que se sitúa a la base del método de los equipos es que el propio equipo funcione bien (Heinemann 2002a). También es importante la terminología que se aplica a los equipos en la atención de salud. Por ejemplo, los términos multidisciplinario y multiprofesional se emplean a menudo en el mismo sentido que interdisciplinario o interprofesional. Sin embargo, Schmitt (1982) establece algunas distinciones útiles y sugiere que los miembros de un equipo multidisciplinario tienden a trabajar en paralelo o de manera secuencial, comunicándose con frecuencia pero colaborando raras

veces, mientras que todos los miembros de un equipo interprofesional participan en las actividades del equipo, comparten la dirección, y se basan unos en otros para conseguir las metas. Los equipos multidisciplinarios están menos bien desarrollados y quizá pueda considerarse que se encuentran en una fase temprana de desarrollo. Borrill et al. (2001) sugieren que, en consecuencia, los distintos equipos precisarán más o menos apoyo organizativo y reestructuración, y los equipos multidisciplinarios requerirán poca reestructuración, porque los profesionales permanecen en sus departamentos y mantienen sus funciones (véase también Mullins et al. 1999, y Schweikhart y Smith-Daniels 1996).

El marco más frecuentemente utilizado para comprender el funcionamiento o los resultados de los equipos se basa en las fases del desarrollo de los pequeños grupos o equipos (Heinemann 2002a; Bennis y Shepherd 1956; Bion 1961; Farrell et al. 1986; Gibb 1964; Jones 1973; Jones y Bearley 1993; Kormanski 1985; Kormanski y Mozenter 1987; Schutz 1982; Tuckman 1965; Tuckman y Jenson 1977; Wheelan 1993; Yalom 1970). Según este marco, los equipos pasan por, al menos, cuatro fases secuenciales, si bien el paso por esas fases no es siempre una progresión lineal (Kormanski 1990). Esas fases son:

1. pruebas y dependencia o 'formarse';
2. conflicto o 'probarse';
3. cohesión y consenso o 'regularse'; y
4. relación con las funciones o 'producción de resultados.

Entre los aspectos concretos del funcionamiento de los equipos se cuentan la capacitación, la flexibilidad, las metas comunes, la comunicación, la innovación, la diversidad, las funciones de equipo, la dirección y la adopción de decisiones (Borrill et al. 2001). Muchos de estos aspectos del proceso del trabajo en equipo pueden medirse y pueden medirse también la producción del equipo o el proceso de los resultados. Esto se expone más detalladamente a continuación.

Gran parte de lo que se ha publicado hace referencia a los indicadores de resultados, pero Martínez (2001) sugiere que los mejores sistemas de gestión de los resultados dan mayor importancia a los procesos y a las normas que a determinados indicadores de los resultados, si bien esto es controvertido. Más recientemente se ha insistido en los resultados, en contraposición con las estructuras y resultados (véase la Sección segunda). Los indicadores están relacionados con los modelos, los planteamientos, o los instrumentos utilizados en el contexto de la gestión de los resultados, y Edmonstone (1996) cita a Stewart (1990) que sugiere que puede ser útil para la gestión centrarse en los factores favorables y desfavorables, antes de tratar de introducir los indicadores de resultados.

Indicadores y medición de los resultados

'No hace mucho tiempo se consideraba en general que era imposible medir los resultados en el sector público' (Boland y Fowler 2000:1).

En los últimos años, las técnicas de gestión del sector industrial han penetrado profundamente en los organismos públicos. Ello se consideraba conveniente, pues una organización capaz de diseñar sus productos puede mostrar sus resultados, con lo cual puede mejorarse su eficiencia, su eficacia y la legitimidad de la actuación de la dirección. Sin embargo, De Bruijn (2002), entre otros, ha aducido que la medición de los resultados puede reducir a una única dimensión la complejidad de las actividades que realizan los organismos públicos: *"Conseguir los objetivos de producción no nos dice nada del profesionalismo o la calidad de tales resultados; el esfuerzo por alcanzar los objetivos de producción puede inclusive perjudicar al profesionalismo y la calidad"* (De Bruijn 2002:4).

Esto plantea el problema de **lo que debe medirse en términos de resultados en la atención de salud**, particularmente en relación con lo que hace al buen empleador. ¿Son los resultados conseguidos en los pacientes una buena medida de esto? El trabajo en los Hospitales Modelo estadounidenses sugeriría que los buenos resultados en los pacientes son consecuencia de unos buenos indicadores de personal, por ejemplo del trabajo autónomo de las enfermeras, la

participación en la adopción de decisiones y un desarrollo eficaz de las capacidades (Aiken et al. 2001). Todo esto se estudia más detalladamente en la Sección segunda. También hay pruebas (se han mencionado antes) de que con el trabajo eficaz en equipo disminuye la mortalidad de los pacientes (West et al. 2002). Sin embargo, en las publicaciones asistimos a cierta controversia acerca del vínculo existente entre la gestión de los recursos humanos y los resultados obtenidos en los pacientes (Black 2002). Se precisan todavía más trabajos a este respecto para mejorar las pruebas y para estar seguros del vínculo entre, por ejemplo el trabajo en equipo y los resultados conseguidos en los pacientes. En realidad, los resultados obtenidos en los contextos de atención de salud han de medirse de diversas maneras y deben reflejar los factores más necesarios para que el trabajo en equipo sea eficaz y los resultados del personal sean eficientes. Entre esos factores deben figurar los siguientes:

- Indicadores del entorno y de la organización, factores que son requisitos previos para unos resultados eficaces (contexto).
- Indicadores de buenos resultados del personal, tanto para las personas como para los equipos.
- Indicadores de los pacientes, o de resultados.

En esta sección se abordan los dos primeros indicadores, los requisitos previos del entorno y de la organización y los indicadores del personal, como medidas de resultados generales y de los recursos humanos. Los indicadores en el paciente son frecuentemente una medida de la calidad y un resultado de los servicios. Y son consecuencia de los resultados individuales, de los resultados de los equipos y de los resultados de la organización. Los resultados en el paciente y los resultados de la atención de salud se tratan más detalladamente en la Sección segunda.

Factores del entorno (externos) y de la organización (internos)

Los factores internos y los factores externos determinan la medida en que son posibles los resultados en equipo y los resultados individuales y explican el contexto en el que están empleados los trabajadores de salud. Michie y West (2004) elaboraron un marco basado en pruebas para gestionar las personas y los resultados. El modelo organizacional de estos dos autores tiene cuatro niveles, de los cuales los dos primeros elementos se refieren a factores de la organización y del entorno. El primer nivel es el contexto, que incluye la cultura y el clima de la organización y las relaciones entre los grupos. El segundo nivel es la dirección de las personas, que incluye la gestión de la cultura, las prácticas de comunicación, y la dirección (véase *infra*). Análogamente, Martínez (2001) sugiere que hay requisitos previos, organizacionales e internos, para la gestión de los resultados en las organizaciones de atención de salud, pero sugiere asimismo que también pueden intervenir factores del entorno o externos. Estos factores no se incluyen en el marco de Michie y West (2004), pero han desempeñado una importante función y no deben ignorarse. Estos prerrequisitos ambientales o externos se examinan más detalladamente a continuación.

Requisitos previos ambientales (externos)

Estudios realizados por Martínez y sus compañeros (los estudios en la UE a los que se hace referencia en Martínez 2001) sugieren que las organizaciones de atención de salud no siempre tienen los medios o el poder necesarios para impulsar más por sí mismas la orientación hacia los resultados. Necesitan el apoyo de los factores externos que actúan como desencadenantes, que pueden facilitar el establecimiento de la gestión de los resultados. Estos factores externos pueden ser, entre otros, los siguientes:

- *Las presiones políticas y las reformas de la atención de salud* – estos factores pueden hacer que se insista más en la gestión de los resultados (por ejemplo, las reformas del servicio de salud del Reino Unido desde el decenio de 1980, y las presiones ejercidas en Zambia a favor de la reforma a principios del decenio de 1990). Sin embargo, las reformas de la atención de salud no son necesariamente un estímulo eficaz para la gestión de los resultados, especialmente si no se dan todavía los requisitos previos de las organizaciones, tales como la necesidad de unos sistemas eficaces de dirección y gestión (véase *infra*). (Martínez 2001).
- *Presiones financieras* – con las iniciativas de aumento de la eficiencia y los recortes presupuestarios en todo el mundo, es ahora mayor el interés por la gestión de los

resultados, pero eso no siempre ha dado lugar al establecimiento de una eficaz gestión de éstos. Las reducciones presupuestarias ha producido muchas veces recortes de personal sin tener suficientemente en cuenta la necesidad de un personal idóneo con la combinación de capacidades adecuada (véase la Sección segunda) (Martinez 2001).

- *Introducción de la separación entre comprador y dispensador y de los contratos de servicios* – la separación entre la financiación y la prestación brinda oportunidades y ejerce presión a favor del mejoramiento de la gestión de los resultados. Ejemplos de ello son CAPVO (España), el NHS (Reino Unido) y CARE (Guatemala) donde la competencia con otros dispensadores ha obligado a los directores a ofrecer unos conjuntos atractivos de salarios y primas para retener al personal. Con ello ha mejorado la gestión de los resultados, para garantizar que éstos valen el dinero que se paga por ellos. (Martinez 2001).
- *Descentralización* de los sistemas de atención de salud – es una condición imprescindible para la gestión eficaz de los resultados del personal, pero importa que con ella se consigan sistemas de gestión eficaces que funcionen bien, y una buena dirección, planificación y asignación flexible de los recursos en el plano local (Martinez 2001).
- *Presión de los clientes/usuarios y garantía de la calidad* – con la presión del público, la legislación y los procedimientos oficiales de reclamación es cada día mayor la atención que se presta a la calidad, a la fijación de puntos de referencia y a la gestión de los resultados (por ejemplo, en el National Health Service, del Reino Unido). Muchos países en desarrollo comienzan a adoptar planteamientos de garantía de la calidad, lo que facilitará la aplicación de la gestión de los resultados (Martinez 2001).
- *Cambios en la formación de los profesionales de salud* – es de esperar que con el paso a una formación interprofesional en algunos países, como el Reino Unido, y con el paso de las enfermeras a la formación superior en muchos países, aumente la calidad de la dirección y del trabajo en equipo. En la atención de salud, aún está por ver que el trabajo interprofesional funciona eficazmente (Bond et al. 1985), si bien algunos talleres de creación de equipos interprofesionales han sido bien valorados y, según se ha dicho, mejoran el trabajo interprofesional (Gilbert et al. 2000; Walsh et al. 1995; Ivey et al. 1988). Sin embargo, esos juicios no son definitivos. Para 2006 está prevista una evaluación a gran escala de la formación interprofesional en el Reino Unido, y se encargará después otra evaluación del trabajo clínico interprofesional.

Los requisitos del medio y externos pueden, pues, ser importantes para establecer el clima o el marco legislativo que facilite la evaluación de los resultados en la atención de salud.

Requisitos previos de la organización (internos)

Michie y West (2004) sugieren que hay en las organizaciones factores internos que son requisitos previos importantes para la gestión de los resultados de los equipos y de las personas. Al relacionar esto con los equipos, Heinemann y Zeiss (2002a) sugieren que:

"Algunas organizaciones de atención de salud tienen estructuras que favorecen el método de los equipos, otras no los favorecen. En una estructura favorable, el método de los equipos se entiende, se aprecia y se utiliza en los distintos niveles de la organización, y la dirección apoya a los equipos con recursos y con recompensas por su eficacia y productividad. Cuando el método de los equipos no se entiende bien o no recibe apoyo, los equipos tienen que luchar para conseguir recursos; sólo se recompensa a las personas y, frecuentemente, los miembros de los equipos se desmoralizan y se "agotan" (Heinemann y Zeiss 2002a:31).

Por tanto, el contexto es de vital importancia en una organización e incluye recursos tales como el personal, el entorno físico, la dirección de las personas y la cultura de la organización (Michie y West 2003). Más en concreto, una estructura y un contexto de la organización favorables son vitalmente importantes para los resultados del equipo y para la gestión de los resultados, y deben incluir lo siguiente:

- Una buena gestión de los recursos humanos que cuente con: una planificación eficaz del personal; combinación de capacidades y políticas sobre igualdad de oportunidades; retención de capacidades; seguridad del puesto de trabajo; relaciones industriales y despidos (Michie y West 2004).
- Buenos sistemas de gestión de los recursos humanos orientados hacia los equipos, y para la selección y evaluación de los equipos (Hackman 1990; Tannenbaum et al. 1992).

- Una estructura organizativa en la que la jerarquía tenga pocos niveles para poder incluir mejor a una diversidad de empleados mayor que la estructura disciplinaria tradicional “de arriba abajo” (Heinemann y Zeiss 2002a).
- La misión, metas y dirección de la organización, y los equipos en ésta, deben estar claramente articulados (Brallier y Tsukuda 2002), la ‘gran idea’ (Purcell et al. 2003).
- Las normas de resultados, las normas, los valores y las expectativas se difunden entre todos los empleados (Brallier y Tsukuda 2002), y los directores de línea traducen y encarnan los valores de la organización (Purcell et al. 2003).
- Con aportaciones de los empleados, la dirección y los supervisores elaboran reglamentos, políticas y procedimientos que permiten a los empleados establecer prioridades y normalizar sus actividades de trabajo en toda la organización (Brallier y Tsukuda 2002).
- El modo en que se remunera a las personas es de importancia crucial (Hackman 1990; Tannenbaum et al. 1992) y requiere lo siguiente:
 - un nivel salarial o un conjunto salarial adecuado (Martinez 2001);
 - un sistema claro de dependencia, responsabilidad y remuneración (Brallier y Tsukuda 2002);
 - un equilibrio de los incentivos para motivar al personal (Martinez 2001), e impartir formación y capacitación (Brallier y Tsukuda 2002).
- Recursos adecuados para el personal, con inclusión del equipo, instrumentos y capacidades para hacer el trabajo. (Martinez 2001; Brallier y Tsukuda 2002).
- Capacitación para hacer el trabajo en equipo, con unos objetivos claros para éste, y observaciones y comentarios sobre los resultados (Hackman 1990; Tannenbaum et al. 1992).
- Desarrollo profesional y ayuda a los empleados (Harmon et al. 2002).
- El poder de los directores para adoptar decisiones y planificar sobre la base de las necesidades (locales) de servicios (Martinez 2001).
- El conocimiento, por los directivos y el personal, de los instrumentos de la planificación, tales como la fijación de metas y la vigilancia de los resultados (Martinez 2001).
- La comunicación eficaz entre la dirección y el personal y dentro de ellos. (Martinez 2001; Brallier y Tsukuda 2002).
- Una cultura de responsabilidad y apertura (Martinez 2001) en la que prevalezcan el cambio, la flexibilidad y la innovación (Harmon et al. 2002).
- Un clima de apoyo y aliento, que reduzca la probabilidad de conflicto o problemas de moral de trabajo y permita un trabajo más eficaz y eficiente en equipo (Hall 1969; Shockley-Zalabak 1981; Zeiss y Steffen 1996).
- Relaciones de apoyo recíproco (no competitivas) entre los equipos (Hackman 1990; Tannenbaum et al. 1992).
- Los directores demuestran fe y confianza en los empleados y los respetan y valoran, lo cual facilita el compromiso, la cohesión, la lealtad y una elevada motivación y moral de trabajo (Harmon et al. 2002).

Hay cierta superposición entre estos factores internos y los factores externos. Sin embargo, sin estos requisitos previos, la gestión de los resultados no funcionará o será ineficaz, o funcionará sólo durante un tiempo limitado (Martinez 2001). Hay numerosas pruebas del vínculo existente entre el contexto y los resultados de las organizaciones, en el sector de la atención de salud (Borrill et al. 2000) y en otros sectores, como el industrial (Denison 1990). Asimismo se ha demostrado que el clima de la organización guarda relación con la eficacia de los resultados de los grupos (Griffin y Mathieu 1997) y que un clima de gran autonomía y apoyo guarda una relación positiva con los resultados laborales (Pritchard y Karasek 1973). En un estudio de más de 500 equipos del NHS del Reino Unido, Borrill et al. (2001) constataron que los que tenían objetivos claros, altos niveles de participación orientación hacia las tareas, apoyo a la innovación y capacidad de reflexión eran más eficaces en la prestación de cuidados a los pacientes (véase también West y Anderson 1996).

Indicadores de buenos resultados del personal

Son muchas las dimensiones que pueden medirse para captar los resultados efectivos de las personas y de los equipos entre el personal: esas dimensiones se estudian en la presente sección. Abarcan los resultados de las tareas y de los contextos y la medición de los procesos o de los resultados. Sin embargo, uno de los aspectos más importantes es la distinción entre los resultados de los equipos y los de las personas, y si es adecuado medir los resultados de las personas o los de los equipos, o si pueden medirse unos y otros.

¿Medición de los resultados de las personas o del equipo?

Los sistemas modernos de gestión de los resultados y los procedimientos de examen de la planificación atribuyen más importancia a la evaluación del trabajo de equipo que a la evaluación del trabajo individual, y consideran que esta última es un mero aspecto de la gestión de los resultados. Sin embargo, la investigación ha puesto de relieve que un número relativamente pequeño de organizaciones han tomado disposiciones concretas para aplicar la gestión de los resultados a los equipos (Armstrong y Baron 1998). Los estudios sobre la atención de salud se muestran siempre favorables al valor del trabajo en equipo. Esto significa desarrollar organizaciones basadas en equipos, en las que los sistemas de formación y de comunicación, los sistemas de gestión y remuneración de las personas, y la cultura están orientados a la gestión de equipos y no de personas (Michie y West 2004). Por ejemplo, Borrill et al. (2000) sugieren que deben desarrollarse sistemas de gestión de los recursos humanos que seleccionen para el trabajo en equipo, evalúen a los equipos, recompensen los resultados conseguidos en el equipo y presten asistencia técnica y de procesos para apoyar a los equipos en su labor. Los resultados obtenidos por los equipos son más eficaces cuando las recompensas se conceden al conjunto del equipo, y no a las personas individuales, y cuando se dan incentivos a la colaboración y a la comunicación más bien que al trabajo individualizado (Hackman 1990). En realidad, Mohrman et al. (1995) comunican que cuanto más se recompensa a las personas por sus resultados individuales, peores son los resultados del equipo y, a la inversa, cuanto más se recompensa a las personas por los resultados del equipo mejor funciona éste. Borrill et al. (2001) sugieren, sin embargo, que en el Reino Unido, la dirección del NHS menoscaba directamente el trabajo en equipo en la atención primaria de salud cuando conceden a los médicos generalistas sistemas de bonificación como si fueran contratistas independientes, a pesar de que todo el equipo contribuye al resultado. (Borrill et al. 2001).

West y Borrill (2005, en la prensa) sugieren además que es esencial un compromiso sostenido de vigilancia de la eficiencia de los equipos y de facilitación a éstos de observaciones y comentarios sobre su actuación, ya que ello les permitirá mejorar sus resultados. Más en concreto, esto supone que hay que cerciorarse de que se aplican procesos para identificar los indicadores de resultados en los planos de la organización y de los equipos, para elaborar un conjunto adecuado de instrumentos de medida, para coordinar la evaluación de los distintos equipos, los procedimientos de vigilancia de las observaciones y comentarios y para formular propuestas sobre la formación de los equipos en el plano de la organización: *"Al medir los resultados de los equipos hay que tomar en consideración tanto los datos de la composición del equipo como los procesos del trabajo en equipo, y hay que evaluar también la influencia que la composición ejerce en los procesos y la medida en que una y otros influyen en los resultados.* (West y Borrill 2005, en la prensa).

Habida cuenta de las pruebas que hay a favor de la eficacia que el buen trabajo en equipo tiene para los resultados en el personal y en los pacientes, parece imperativo para las organizaciones ampliar ese modo de trabajo. Por tanto, lo más útil parecería medir los resultados de los equipos, en contraposición con los resultados de las personas. Los instrumentos de medida de la eficacia del trabajo en equipo se exponen en la Sección cuarta. Sin embargo, antes de ello se estudian las dimensiones de los resultados de las tareas o del contexto y la medición de los procesos y de los resultados.

¿Medición de los resultados de las tareas o de los resultados contextuales?

Según Michie y West (2003), los estudios y teorías recientes distinguen entre 'resultados de las tareas', que comprenden los comportamientos centrados en las actividades técnicas esenciales, y 'resultados contextuales', que incluyen actividades discrecionales al margen de los resultados centrales del puesto de trabajo. Éstos son los aspectos en gran medida invisibles de los comportamientos laborales que contribuyen a los resultados de la organización y establecen el vínculo que mantiene unida a la comunidad organizacional (Borman y Motowidlo 1993; Van Scotter y Motowidlo 1996). En estas actividades discrecionales se incluyen la participación en comités voluntarios, la promoción del departamento u organización, y el trabajo eficaz y colaborador en equipos. Michie y West (2003) sugieren que los resultados contextuales probablemente tienen especial importancia en las instituciones de atención de salud, que son organizaciones de servicios centradas en la atención a los pacientes y en las que se requiere un alto grado de colaboración disciplinar y colaboración entre departamentos y entre organismos. Por tanto, es más probable que los resultados contextuales se midan mediante los equipos y el trabajo en equipo, y que los resultados de las tareas se midan en el plano individual, aunque posiblemente también en el plano del equipo.

Tanto los resultados de las tareas como los resultados contextuales guardan relación con el clima general de la organización, y hay pruebas claras de que el clima de las organizaciones predice los resultados posteriores de éstas y afecta a los rendimientos de las personas, de los equipos de los departamentos de esas organizaciones (Michie y West 2003). Por ejemplo, las prácticas progresivas de gestión de los recursos humanos pueden fomentar impulsar los resultados contextuales en la forma de comportamientos ciudadanos (Tsui et al. 1992). Las actitudes estrechamente relacionadas con esto, como la satisfacción en el trabajo, influyen parcialmente en la relación entre la gestión de los recursos humanos progresiva y la productividad y rentabilidad de la organización. (Vandenberg et al. 1999). Todo esto se estudia más a fondo a continuación.

Michie y West (2003) afirman que en ningún estudio se ha comprobado todavía de manera exhaustiva la contribución relativa del conocimiento, las capacidades, las actitudes y la motivación a las dos dimensiones de los resultados de las tareas y contextuales en los resultados individuales en las organizaciones. Sin embargo, en los estudios se han hecho algunas propuestas generales. En ellos se sugiere, por ejemplo, que las intervenciones centradas en el conocimiento y en las capacidades, como la contratación, la selección, la formación y las observaciones y comentarios darán lugar a mejoras de los resultados de las tareas, mientras que las que van orientadas a la motivación, como la fijación de metas y el enriquecimiento de los puestos de trabajo, afectarán a los resultados contextuales a través de las actitudes del personal. Esto implica que para medir los resultados en la gestión de los recursos humanos en la atención de salud, dicha gestión debe seguir de cerca los antecedentes en cuanto a resultados de las tareas y contextuales. Hasta ahora, el centro de interés se ha puesto sobre todo en los resultados de las tareas. (Michie y West 2003)

¿Medición de los procesos o de los resultados?

Las publicaciones sobre la medición de los resultados tienden a centrarse en el producto final, es decir, en las realizaciones y en los resultados obtenidos para los equipos, las personas o, lo que es aún más probable, para la organización (Buchan 2004). Queda aún mucho que aprender acerca del proceso de transformación, y muchos progresos que hacer para la consecución de las metas que los profesionales de salud tratan de alcanzar cada día. Sin embargo, en definitiva se puede aprender mucho más acerca de lo que hace a un buen empleador tomando en consideración las medidas del proceso y las de los resultados.

Medidas del proceso: El término "proceso" se refiere a una serie de actividades progresivas y crecientemente integradoras que emplean en particular el personal de atención de salud y los equipos, para desempeñar sus tareas y conseguir sus metas (Heinemann y Zeiss 2002a). Estos autores sugieren que el proceso del equipo tiene dos dimensiones: i) interdependencia y ii) crecimiento y desarrollo y afirman que la interdependencia es la clave del trabajo interprofesional e interdisciplinario en equipos e incluye el empleo eficaz de los recursos, las capacidades y habilidades de los miembros, la comunicación, la solución eficaz de problemas,

compartir el poder y la dirección, y colaborar para realizar tareas y distribuir la carga de trabajo. La interdependencia se establece en los equipos que funcionan bien y hace que aumente la productividad y la posibilidad de que el equipo obtenga unos resultados positivos y unos efectos positivos en la organización (Heinemann y Zeiss 2002a; Nichols et al. 2002). La formación y la capacitación pueden contribuir al crecimiento y al desarrollo y, en los nuevos equipos, el dirigente es de importancia crucial para crear las condiciones favorables para él. La dirección abierta y democrática facilita el crecimiento y el mejoramiento a lo largo del tiempo, a medida que los empleados mejoran como miembros del equipo, los equipos maduran y mejoran su funcionamiento (Heinemann y Zeiss 2002a). En un estudio sobre la dirección de los equipos de salud mental (Corrigan et al. 1998) se sugería que la dirección es importante para los procesos del equipo y para el bienestar de los miembros éste. Los miembros de los equipos querían dirigentes capaces de asumir la responsabilidad y adoptar decisiones difíciles y, cuando los dirigentes se mostraban renuentes a hacerlo, era más probable que los miembros del equipo notificaran cansancio emocional y sentimiento de despersonalización (indicadores de agotamiento). Los miembros de los equipos también querían dirigentes capaces de adaptarse y de presentar metas y una visión de nivel superior, que les ayudasen a comprender el por qué de su trabajo (Corrigan et al. 1998). Mullins et al. (1999) sugieren que la falta de una dirección de calidad puede predecir iniciativas ineficaces del equipo y sugieren de manera convincente que los dirigentes de los equipos precisan formación específica.

Una dimensión esencial de la interdependencia en el proceso de formación de los equipos y en el trabajo interdisciplinario es la colaboración. Ésta se ha definido de diversas maneras; pero para los médicos, las enfermeras y los demás profesionales de salud, compartir la responsabilidad del paciente significa generalmente compartir información, coordinar el trabajo y adoptar conjuntamente decisiones sobre aspectos de los cuidados dispensados al paciente (Doran 2004). Las expectativas personales motivan experiencias de colaboración y, según un estudio, las expectativas de las enfermeras en cuanto a la intención de colaborar de los médicos influye en las decisiones de aquellas para resolver los conflictos de manera colaboradora. (Keenan et al. 1998). Factores tales como la comunicación desempeñan en los grupos una importante función en la colaboración; la comunicación eficaz permite a los miembros del equipo negociar entre sí de manera constructiva (Henneman et al. 1995). Se ha visto que los entornos que reconocen y recompensan la participación son un buen antecedente para la colaboración de los equipos, y los entornos que ofrecen sistemas de apoyo, libertad de expresión e interdependencia también fomentan la colaboración (Henneman et al. 1995). Entre los factores estructurales que militan en contra de la colaboración entre equipos se cuentan el recurso a personal de agencias, la falta de reuniones formales e informales del equipo, y la dispersión de los médicos por todo el hospital (Meerabeau y Page 1999).

En la atención de salud se ha investigado la comunicación en el equipo, aspecto crucial de la colaboración y del trabajo en equipo. Los obstáculos que se oponen a la comunicación eficaz son las relaciones de poder o de estatus social, los marcos de referencia distintos, y el empleo de términos y jergas desconocidos entre los profesionales (Shortell 1991). Fox (2000) constató que la mala comunicación se producía más frecuentemente entre personas con poca experiencia de trabajo en equipo y de cultura de equipos. En un estudio realizado para comprender los problemas de comunicación que se plantean en los equipos de cuidados a los pacientes se constató que los malos comunicadores eran identificados como miembros del equipo que dan órdenes y no hacen ruegos, entablan comunicación de un solo sentido, se consideran superiores a otros miembros del equipo, o carecen de competencia técnica (Drechslein et al. 1999).

Entre las medidas del proceso pueden incluirse las siguientes: la aplicación de "la gran idea", los valores y las metas de la organización (Purcell 2003); la eficacia de los principales directores para llevar a la práctica los valores de la organización y apoyar al personal de línea (Purcell 2003); la innovación (Anderson y West 1998); la colaboración y la adopción de decisiones (Baggs 1994); satisfacer los niveles de efectividad (Bailey y Helsel-DeWert 1983); la dirección (Poulton y West 1999); las fases de constitución de los equipos (Jones y Bearley 1993); la comunicación (Dickinson y McIntyre 1997); o la gestión de los conflictos (Skjørshammer 2001). En resumen, las medidas de proceso se utilizan para medir aspectos de los resultados del personal que contribuyen a las actividades progresivas e integradoras que emplean el personal y los equipos de atención de salud para conseguir sus objetivos de atención eficaz a los pacientes. Así pues, la

calidad de la atención de salud y del entorno de trabajo del personal depende de la manera en que los miembros del equipo se comunican, se coordinan, colaboran y negocian sus diferencias (Doran 2004).

Medida de los resultados o de la productividad: En los resultados y en la productividad se incluyen las estrategias que los equipos emplean para ser productivos, además de sus realizaciones o resultados reales. En el pasado, los resultados de los equipos se basaban casi por completo en los mejoramientos aportados a los elementos del proceso (por ejemplo, comunicaciones de calidad, adopción de decisiones por consenso, y capacidad para gestionar el conflicto). Sin embargo, actualmente los equipos tienen que demostrar consecución de objetivos de tareas, niveles de productividad, resultados de calidad y efectos en la propia organización. Los resultados positivos respecto del estado de salud de los pacientes son realizaciones importantes de los equipos clínicos (por ejemplo, los tratamientos y cuidados que producen la curación, el mantenimiento o un declive más lento del estado de salud), y los equipos que son eficaces deben ser recompensados y recibir de la dirección apoyo y recursos (Heinemann y Zeiss 2002a). Puede decirse que también el comportamiento de los empleados es una medida de los resultados, especialmente de la aportación y de la eficacia de los recursos humanos. Michie y West (2004) sugieren que el ausentismo y la rotación del personal, los rendimientos en las tareas y en el contexto, los errores y las casi pérdidas también pueden servir de medios para evaluar la gestión de las personas y los resultados. Estos autores identifican además otras medidas que pueden denominarse resultados del proceso de ser empleado de una institución de atención de salud – es decir, algunas de las consecuencias psicológicas resultantes para los empleados, como la salud y el estrés, la satisfacción y el compromiso, el conocimiento, las capacidades y la motivación. Éstas pueden utilizarse también como medidas ‘sustitutorias’ del funcionamiento de los equipos y de las buenas prácticas de gestión de los recursos humanos.

Hay en las publicaciones ciertas pruebas de que la calidad del trabajo en equipo influye en la vida laboral de las enfermeras. Por ejemplo, en un estudio de 42 unidades de cuidados intensivos (UCI) en los EE.UU., una interacción más eficaz entre los cuidadores de los equipos de esas unidades iba asociada de manera significativa a una menor rotación del personal (Shortell et al. 1994). En otro estudio de 446 enfermeras en los EE.UU. se constató que había una fuerte relación inversa entre la colaboración y las percepciones de estrés en la organización (Alt-White et al. 1983). Asimismo, hay pruebas de que una colaboración eficaz en el equipo produce resultados mejores en los pacientes y en el sistema (Doran 2004).

Deben medirse, sin lugar a dudas, tanto los procesos como los resultados y la productividad. Hay pruebas a favor de la idea de que los equipos eficaces producen mejores resultados para el personal y para los pacientes (como antes se ha expuesto), y que las prácticas eficaces de gestión de los recursos humanos producen mejores medidas de los procesos y de los resultados del personal, las cuales, a su vez producen mejores medidas de los resultados en los pacientes. En conjunto pues, las dimensiones de los resultados del personal que han de tenerse en cuenta al evaluar los resultados son:

- Los resultados de las personas y de los equipos;
- Los resultados de las tareas y del contexto; y
- Las medidas del proceso y de los resultados.

Se examinan a continuación los instrumentos y las herramientas utilizados para medir esos diversos aspectos de los resultados.

Planteamientos e instrumentos utilizados para medir los resultados

En esta última parte se examinan los planteamientos y los instrumentos utilizados para medir los resultados de las personas y los de los equipos y se expone su adecuación y su uso.

Modos de medir los resultados de las personas

Aun cuando hay pruebas de que con el trabajo en equipo pueden preverse mejor los resultados en los pacientes y en el personal, que con el trabajo individual, la medición de los resultados en

la atención de salud sigue dependiendo de la medición de los resultados de las personas, y en particular de la evaluación de éstas. Sin embargo, hay ciertas pruebas de una fuerte relación entre el nivel y la complejidad de la evaluación de los resultados individuales y la mortalidad de los pacientes (West et al. 2002), de manera que cuando esas evaluaciones se hacen con frecuencia y bien, resultan ventajosas para los pacientes y para el personal. Se ha demostrado que con las observaciones y comentarios sobre las evaluaciones aumenta la productividad de los trabajadores (Guzzo y Bondy 1983; Guzzo et al. 1985; Kopelman 1986; Landy et al. 1982; Patterson et al. 1997) y que la fijación de metas es el elemento más poderoso de la evaluación (Fletcher y Williams 1985; Murphy y Cleveland 1995).

En la evaluación de los resultados generalmente participan los directores, que hacen una evaluación "de arriba hacia abajo" y puntúan al personal en una reunión anual de evaluación de los resultados. Éste es un planteamiento más limitado de la gestión del capital humano de una organización que la gestión de los resultados (Armstrong y Baron 2005). Entre las publicaciones hay varias críticas de la evaluación de los resultados, sin embargo, éste sigue siendo el método más frecuentemente utilizado para medir los resultados de las personas en las organizaciones (véase, por ejemplo, Barlow 1989; Bowels y Coates 1993; Grint 1993; Englemann y Roesch 1996). Por ejemplo, en la encuesta de 2004 de la CIPD (n=506) se vio que el 65% de las organizaciones hacía una evaluación anual de las personas; el 27% hacía una evaluación semestral; el 30% recurría a la autoevaluación; el 8% hacía una evaluación por homólogos y sólo el 6% hacía una evaluación de los equipos. Gran parte de las críticas de este planteamiento se refieren a que es una evaluación de los resultados deficientemente diseñada y mal aplicada. En realidad, Purcell sugiere que "hacer mal las evaluaciones es mucho peor que no tener sistema ninguno de evaluación" (Purcell 2004:14). Armstrong y Baron (2005) sugieren además que muchas de las críticas que se hacen en las publicaciones se refiere a la evaluación de los resultados en el decenio de 1980 y sugieren que desde entonces han mejorado los procesos de gestión de los resultados. Algo menos de la mitad de los que respondieron (el 49%) a la reciente encuesta de la CIPD emplearon puntuaciones y, así, la evaluación de los resultados –en su sentido teórico más crudo- no se practicaba en la mayoría de las organizaciones.

Los directores interesados en medir los resultados tienen a su alcance numerosos sistemas e instrumentos de evaluación y no forma parte del presente estudio incluirlos en él. Entre las referencias útiles cabe mencionar las obras de Coens y Jenkins (2000) y de Smither (1998). Un planteamiento más reciente de la evaluación individual de los resultados es el de las observaciones y comentarios de toda procedencia. Se conoce también con el nombre de 'evaluación por múltiples fuentes' (Armstrong y Baron 2005). Su característica esencial consiste en que las personas son evaluadas bajo diversos aspectos por varias personas, entre ellas su jefe, sus compañeros, los clientes y los subordinados. Según el estudio hecho por el CIPD en 1997, el 11% de las organizaciones utilizaba las observaciones y comentarios de toda procedencia. Este porcentaje aumentó ligeramente y era del 14% en 2004, e investigaciones posteriores han demostrado que se utilizaba sobre todo para procesos de desarrollo y era generalmente voluntario. Los datos se obtienen en general mediante cuestionarios, y las observaciones y comentarios son en general anónimos. Uno de los factores esenciales del proceso es que las personas que hacen las observaciones y comentarios son personas capacitadas en el proceso de tales observaciones y comentarios. (Para más detalles, véase Chivers y Darling 1999; Ward 1997; London y Beatty 1993.)

Para evaluar la calidad y la aceptación de las evaluaciones en una institución o contexto de atención de salud determinados, pueden adoptarse diversas medidas, entre las que cabe citar las siguientes:

- Un porcentaje del personal de cada grupo profesional es objeto de reuniones de evaluación, como mínimo anuales.
- Un porcentaje del personal de cada grupo profesional que hace las evaluaciones recibe formación sobre cómo hacerlas.
- Evaluación de las evaluaciones por los 'evaluados'.
- Evaluación de las evaluaciones por los evaluadores.
- Ampliación de los procedimientos de vigilancia para que esas evaluaciones se realicen como deben para cada grupo profesional.

- Si las evaluaciones abarcan los resultados de las tareas y los resultados contextuales (véase supra).
- Si las evaluaciones incluyen los planes de desarrollo personal.
- Si las evaluaciones incluyen un número limitado de objetivos acordados en cuanto a resultados del personal.
- Si para las evaluaciones de algunos grupos del personal van a desarrollarse planteamientos complejos que incluyan evaluaciones de equipos (si hay tales equipos) y evaluaciones completas (Michie y West 2003).

El estudio del CIPD (véase Guest y Conway 2002) en el Reino Unido es un instrumento útil para determinar lo que las organizaciones están consiguiendo en cuanto a gestión de los resultados individuales, y la encuesta nacional del personal del NHS es otro instrumento útil para medir la gestión de los resultados y el empleo de las evaluaciones en el NHS (CHI 2003). (Véase también Armstrong y Baron 2005 si se desea más información acerca de la medida y la gestión de los resultados, y un ejemplo de marco de competencias)

Instrumentos para medir los resultados de los equipos

Zeiss (2002) esboza los problemas que plantea la medición de los resultados de los equipos. Este autor sugiere que, si bien hay numerosos instrumentos, también hay frecuentes obstáculos que reducen la utilidad de muchos de ellos. Entre esos obstáculos figuran los siguientes:

- Muchos instrumentos son de propiedad exclusiva y sólo puede disponerse de ellos con un costo considerable, a través de compañías consultoras.
- La preparación de los instrumentos no se ha comunicado siempre de manera normalizada.
- Muchos instrumentos que no son de propiedad exclusiva no han sido publicados y puede resultar difícil o imposible hallar la fuente original de un instrumento revisado.
- Puede ser que las pruebas psicométricas con un instrumento original no resulten ya útiles para una versión revisada.
- Muchos instrumentos se elaboraron para su utilización en las empresas y en la industria, con aplicaciones limitadas en los contextos de atención de salud.
- La información que hay acerca de la elaboración de instrumentos está dispersa entre numerosos campos y disciplinas, en obras publicadas y no publicadas, y se necesita demasiado tiempo para obtener información acerca de ellas.

Heinemann y Zeiss (2002b) examinaron 66 instrumentos de medición de aspectos de los resultados de los equipos en la atención de salud. Sesenta y cinco eran multidimensionales y uno era unidimensional, y utilizaban las dimensiones de estructura, contexto, proceso y productividad identificadas en el modelo de resultados de los equipos (Heinemann y Zeiss 2002a). Algunos instrumentos se desarrollaron específicamente para los equipos de atención de salud, mientras que otros se han utilizado en esos contextos o se han adaptado para utilizarlos en ellos. Heinemann y Zeiss (2002b) criticaron los 66 instrumentos y examinaron los datos pertinentes relativos a su fiabilidad, validez y utilidad, e identificaron también las deficiencias existentes en las publicaciones actuales y en los propios instrumentos (Zeiss 2002).

Varios otros factores se han juzgado importantes al considerar el valor potencial de los instrumentos de medición de los resultados de los equipos y su empleo en la atención de salud. Entre ellos se cuentan los siguientes:

- La naturaleza del propio proceso de evaluación.
- Los niveles del acopio de datos.
- Las pruebas psicométricas (véase Zeiss 2002).

Heinemann y Zeiss (2002b) han identificado 15 instrumentos como 'las mejores medidas', nueve de los cuales ellos consideran que son 'los más actuales' y seis merecen 'consideración de importancia' (Lovett et al. 2002). Que sean 'los más actuales' no significa que sean perfectos. Quizá algunos no sean siempre la mejor opción para una situación determinada, y los lectores tienen que ponderar numerosos factores cuando eligen un instrumento, por ejemplo el tiempo disponible, el auditorio al que van a dirigirse, y el uso último de la información. Sin embargo, al designar los instrumentos como "los más actuales" tenían en cuenta la solidez metodológica y conceptual, e identificaban los instrumentos con un modelo conceptual o una teoría claramente

articulados y de una profundidad y amplitud conceptual adecuadas. Además esos instrumentos tenían que demostrar:

- Puntos y posibilidades de respuesta claros y patentes.
- Accesibilidad adecuada para el grupo a que iban dirigidos.
- Procedimientos claros y prácticos de puntuación y de interpretación.
- Pruebas de fiabilidad y de validez.
- Instrumentos desarrollados con más de un método de acopio de datos (Lovett et al. 2002).

Los siguientes instrumentos se consideran idóneos para los investigadores que buscan una medida de los resultados de los equipos (véanse en el Cuadro 2 los instrumentos más actuales y, en el Cuadro 3, los instrumentos de mayor importancia. Véase también en Doran 2004 más evaluaciones de instrumentos de medición de los resultados de los equipos.)

Cuadro 2: Instrumentos más actuales para medir los resultados de los equipos

Instrumento	Primer autor y adaptador	Motivo de su selección
Inventario del clima de los equipos	Anderson y West (1994 y 1998)	Mide los aspectos del clima de los equipos que predicen la innovación; la fiabilidad preliminar y la validez de los datos.
Colaboración y satisfacción con las decisiones sobre los cuidados	Baggs (1994); adaptado por Schmitt, Heinemann y Farrell (véase Tsukuda 2002)	Marco teórico sólido; buena medida de la colaboración; única en su modo de medir la colaboración en relación con una situación concreta de adopción de decisiones; datos de buena fiabilidad y de gran validez; instrumento de investigación breve y conciso adecuado para profesionales muy ocupados.
Puntuación de la participación de las personas en los equipos	Bailey y Helsel-DeWert (1983)	Buena medida de la eficacia de las reuniones; única por su acopio de los datos entre los miembros del equipo y los observadores; finalidad doble – evaluar, vigilar y ayudar a mejorar la eficacia de las reuniones del equipo, y de la investigación; gran fiabilidad y validez.
Estudio del desarrollo de los equipos	Campbell y Hallam (1997)	Medida amplia de los resultados de los equipos, datos reunidos por formularios autoadministrados y de observadores; buena fiabilidad y validez de los datos; puede utilizarse legítimamente para seguir los resultados a lo largo del tiempo.
Perfil de la eficacia del equipo	Glaser y Glaser (1995)	Múltiples fines – evaluar y contribuir a mejorar el funcionamiento, identificar la fase de desarrollo, investigación; buenos datos preliminares de fiabilidad y validez; datos normativos establecidos.
Actitudes hacia los equipos de atención de salud	Heinemann, Schmitt y Farrell (1999)	Buen marco conceptual; finalidad doble: investigar y evaluar las intervenciones de formación; datos de gran fiabilidad y validez.
Medida de la integración del equipo	Lichtenstein, Alexander, Jinnett y Ullman (1997)	Marco teórico sólido; instrumento de investigación breve y conciso adecuado para los profesionales muy ocupados; buenos datos preliminares de fiabilidad y validez.
Instrumento ICU para enfermeras y médicos	Shortell y Rousseau et al. (1991); Adaptado por Schmitt, Heinemann y Farrell (Waite y Nichols 2002)	Datos de gran fiabilidad y validez; la adaptación es un instrumento de investigación breve y conciso, adecuado para profesionales muy ocupados.
Cuestionario de formación de grupos	Wheelan y Hochberger (1993)	Marco teórico sólido, validado; con múltiples funciones: evaluar, vigilar y contribuir a mejorar el funcionamiento o a identificar la fase de desarrollo o de investigación; se requiere formación para poder utilizarlo; datos de gran fiabilidad y validez; datos normativos establecidos.

Fuente: Lovett et al. (2002).

Cuadro 3: Instrumentos de mayor importancia para medir los resultados de los equipos

Instrumento	Primer autor y adaptador	Motivo de su selección
Índice de la colaboración del equipo	Aram, Morgan y Esbeck (1971)	Buen marco teórico; datos de buena fiabilidad y validez inicial.
Escala de anomia del equipo	Farrell, Heinemann y Schmitt (1992)	Buen marco teórico; investigación y evaluación de doble fin / ayuda a mejorar el funcionamiento; gran fiabilidad y validez.
Evaluación del desarrollo del grupo	Jones y Bearley (1993)	Buen marco teórico; con él se identifica la fase de desarrollo en dos dimensiones (comportamientos de tarea y comportamientos de proceso); acompañan al instrumento hojas de puntuación y guías de planificación claras.
Escala de puntuación del desarrollo de los equipos	Kormanski y Mozenter (1987)	Marco teórico fuerte; investigación y evaluación de doble fin / ayuda para mejorar el funcionamiento; identifica la fase de desarrollo y los resultados de la tarea y las relaciones relacionados con cada fase; datos de fiabilidad y validez preliminares; instrumento de investigación breve y conciso adecuado para profesionales muy ocupados.
Análisis de la eficacia de los equipos	McGregor, Bennisy McGregor (1967)	Marco teórico fuerte; influencia importante en el desarrollo de otros instrumentos de evaluación; buena cobertura de los resultados del equipo a pesar de ser un instrumento corto.
Hojas de evaluación de los equipos	McClane (1992)	Instrumento de medida amplio pero conciso; comprende aspectos exclusivos de los resultados de los equipos en los sectores de los contextos externo e interno, procesos del equipo, y resultados del equipo (por ejemplo, realizaciones del equipo con inclusión de los resultados obtenidos en los pacientes); sirve de excelente ejemplo de cómo adaptar a los clientes ciertas facetas del modelo de los resultados del equipo en el caso de un determinado equipo de atención de salud.

Fuente: Lovett et al. (2002).

Deficiencias de la medición del concepto de resultados de los equipos

Lovett et al. (2002) son partidarios del empleo de un planteamiento integrador y del uso de su propio modelo de resultados de los equipos (Heinemann y Zeiss 2002a) en las futuras iniciativas de formación, de investigación y de práctica profesional. Estos autores defienden un mayor desarrollo y refinamiento del modelo. Este objetivo puede ser loable, pero es poco probable que sigan ese parecer otros estudiosos (por ejemplo Anderson y West 1998), que han desarrollado su propio modelo más específico para un contexto del Reino Unido. Doran (2004) identifica algunos de los problemas de evaluación que surgen de la actual base de investigación. Entre ellos figuran los siguientes:

- Cómo se define el equipo, y desde la perspectiva de quién:
 - Un examen de lo publicado sugiere que no está confirmado el supuesto generalizado de que los miembros de un equipo tienen una comprensión común del término "equipo" (Cott 1998);
 - Doran (2004) sugiere que es preciso distinguir entre el equipo de enfermería y el equipo multidisciplinario.
- Cómo se reconcilian perspectivas múltiples y a veces contradictorias del trabajo en equipo:
 - Hay pruebas cada vez más numerosas de que los miembros del mismo equipo no comparten una visión común del trabajo en equipo (Doran 2004). En realidad no hay consenso entre los médicos, las enfermeras y el resto de los profesionales de atención de salud en lo que se refiere a las cuestiones del trabajo en equipo, especialmente en lo referente a la comunicación y coordinación de los cuidados (Lingard et al. 2002; Weiss y Davis 1985).

- ¿En qué nivel de análisis debe evaluarse el trabajo de equipo?
 - Con frecuencia los investigadores se basan en las personas para adquirir una comprensión del equipo, especialmente en cuestionarios, a pesar de que el equipo es la unidad de análisis, y Doran (2004) sugiere que se utilicen más los métodos cualitativos, como la observación, para estudiar las pautas de interacción.

Lovett et al. (2002) identifican también algunas de las dificultades que han de superarse:

- Muchas de las teorías aplicables a los resultados de los equipos utilizan un lenguaje específico para esta disciplina y una jerga que hacen que el lenguaje normal sea una meta aún por conseguir; en particular, hay que trabajar más para integrar lo publicado sobre las organizaciones y sobre la dirección en un marco de los resultados de los equipos.
- Sería útil la labor que integrara el conocimiento acerca de la motivación y el rendimiento humanos en modelos prácticos de resultados de los equipos. Por ejemplo, Bandura (2000) ha incluido en su trabajo sobre la eficacia personal un nuevo concepto de 'eficacia colectiva' y estudia la manera en que un sentido compartido de la eficacia fomenta el compromiso motivado del grupo, lo que puede aplicarse también a los resultados de los equipos interdisciplinarios.
- A medida que el sistema de atención de salud sigue cambiando, los modelos habrán de modificarse para que reflejen las repercusiones que esos cambios ejercen en los resultados del equipo (por ejemplo, la formación de equipos virtuales, geográficamente dispersos).

Lovett et al. (2002) sugieren también que el desarrollo de nuevos instrumentos debe fomentarse, aunque se plantean numerosos problemas, entre ellos la necesidad de desarrollar instrumentos más completos que midan más aspectos de los resultados de los equipos (por ejemplo, el proceso, el contexto y los resultados o la productividad); la necesidad de desarrollar instrumentos más precisos para medir aspectos de los resultados que cambian y surgen a medida que cambia la atención de salud; y la necesidad de desarrollar instrumentos de acopio de datos sobre los resultados del equipo a partir de personas encuestadas o de observadores ajenos al equipo, y de los propios miembros de éste.

Esos autores sugieren además que es necesario mejorar constantemente la fiabilidad y validez de los instrumentos existentes, y elaborar normas para algunos de los instrumentos actuales de medición de los resultados de los equipos. Actualmente, se comparan las puntuaciones de determinados equipos con unos resultados 'ideales' teóricamente definidos, que pueden constituir un punto de referencia poco realista. Quizá se preste un mejor servicio a los equipos si se les da a conocer el nivel de sus resultados en comparación con los de otros equipos de un contexto similar o de otros equipos que se encuentran en una fase comparable de desarrollo, aunque esto sería exigente y difícil, porque es difícil situar a un gran número de miembros de equipos en un contexto local. Para esto se precisarán iniciativas de colaboración entre los investigadores de los equipos para combinar conjuntos de datos.

Michie y West (2003) defienden que en general, debe insistirse más en vigilar los antecedentes de los resultados de las tareas y contextuales. Hasta ahora, el interés se ha centrado sobre todo en los resultados de las tareas, es decir, en los conocimientos y capacidades, y no en la fijación de metas, la cultura y el enriquecimiento del puesto de trabajo. Entender más a fondo las relaciones existentes entre grupos profesionales, departamentos y órganos en el contexto de una organización de salud es de vital importancia para los resultados, pues la cooperación y la confianza, y no la competencia y la desconfianza entre los distintos grupos, son fundamentales para prestar unos cuidados efectivos a los pacientes. Es éste un aspecto de los resultados que se ha olvidado casi por completo en las mediciones de los resultados del NHS y de otros organismos de atención de salud. Michie y West (2003) sugieren que apenas se puede exagerar la importancia que tiene para el funcionamiento eficaz de la organización.

Resultados de los equipos y de las personas: Resumen y conclusiones

En esta sección se ha examinado la cuestión de los resultados, en concreto los resultados de los equipos y de los trabajadores individuales en los contextos de la atención de salud. Los estudios sugieren que, cuando los profesionales de salud trabajan en equipos, pueden prestarse servicios mejores a los clientes (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001). En lo que respecta al 'buen empleador', el trabajo eficaz en equipo fomenta la motivación del personal, reduce la rotación y el estrés (Shortell et al. 1994; Alt-White et al. 1983; Wood et al. 1994), y fomenta la satisfacción en el trabajo y la salud mental (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992). También puede mejorar la retención (Borrill et al. 2001).

Como se ha expuesto en la anterior sección sobre los indicadores de resultados de la enfermería, la convergencia de fuerzas externas e internas ha dado lugar al desarrollo de la gestión de los resultados en la atención de salud. Entre los factores externos pueden mencionarse las presiones políticas y las reformas de la atención de salud; presiones financieras tales como las iniciativas de fomento de la eficiencia y los recortes presupuestarios; la introducción de la separación entre comprador y proveedor y los contratos de servicios; y la presión proveniente de una mayores expectativas de los clientes y usuarios. Dentro de las organizaciones, las presiones internas y los efectos que han dado lugar al deseo de definir y medir los resultados son, entre otros, recursos tales como el personal, el entorno físico, la gestión de las personas y la cultura de la organización (Michie y West 2003). Se considera que una estructura y un contexto de la organización favorables son de vital importancia para los resultados del equipo y para la gestión de esos resultados, y deben incluir elementos de una buena gestión de los recursos humanos, tales como la planificación eficaz del personal, la combinación de capacidades y políticas sobre igualdad de oportunidades, retención de capacidades, seguridad en el trabajo, relaciones laborales, y despidos (Michie y West 2004).

Más allá del nivel de la organización, hay un conjunto muy complejo de dimensiones que pueden medirse para captar los resultados efectivos de las personas y de los equipos entre el personal. Se han expuesto las dimensiones de la tarea o los resultados del contexto y la medición del proceso o de los resultados, y los resultados individuales o de los equipos. Si bien los estudios de la atención de salud son siempre favorables al valor del trabajo en equipo, la mayoría de los resultados se miden en el plano individual. Asimismo, se ha sugerido que, para medir los resultados en la atención de salud, la gestión de los recursos humanos ha de tener en cuenta los antecedentes de resultados de tarea y contextuales; hasta hoy el centro de interés se ha puesto de manera predominante en los resultados de las tareas (Michie y West 2003). En realidad, para evaluar los resultados han de tomarse en consideración diversas dimensiones de esos resultados, entre ellas los resultados personales y de los equipos, los resultados de las tareas y contextuales, y las medidas del proceso y de los resultados. Se han presentado y criticado los instrumentos y herramientas utilizados para medir distintos aspectos de los resultados de las personas y de los equipos. La identificación y la medición de los resultados individuales y de los equipos son relativamente nuevas en la atención de salud, y el conjunto de lo que constituye un buen empleador en la atención de salud está poco desarrollado. Sin embargo, a la atención de salud pueden aplicarse conceptos que han adquirido consistencia en el mundo empresarial. Entre ellos figuran los conceptos de compromiso, comportamiento cívico en la organización y dedicación de los empleados. Estos conceptos se examinan más detalladamente en la sección siguiente.

Sección cuarta: Dedicación de los empleados

En esta sección del informe se examina un concepto cada vez más corriente en el mundo empresarial, donde parece tener una aceptación intuitiva entre los altos directivos y profesionales de los recursos humanos. El centro de interés que se ha puesto en la dedicación ha sido impulsado por las consultorías y empresas encuestadoras más bien que por los investigadores, si bien el mundo académico comienza a tomar nota. La dedicación tiene a su base, dos precursores que han sido objeto de buenos estudios: el compromiso de los empleados y el comportamiento cívico en la organización. Esa base de estudios significa que la dedicación soporta un escrutinio más detallado que algunas otras iniciativas de recursos humanos, que los académicos rechazan a menudo como "inútiles". En la presente sección se examinará el compromiso y el comportamiento cívico en la organización, antes de pasar a describir los estudios actuales de la dedicación.

Compromiso de los empleados

Los mejores resultados obtenidos por el mayor compromiso de los empleados se demuestran ampliamente en las publicaciones. Entre esos resultados pueden mencionarse:

Más:

- Satisfacción en el trabajo (Vandenberg y Lance 1992);
- Resultados laborales (Mathieu y Zajac 1990);
- Beneficio total para los accionistas (Walker Information Inc. 2000); y
- Ventas (Barber et al. 1999).

Menos:

- Rotación de los empleados (Cohen 1991);
- Deseos de abandonar (Balfour y Wechsler 1996);
- Intención de buscar otros empleadores (Cohen 1993); y
- Ausentismo (Cohen 1993; Barber et al. 1999).

En los 15 últimos años, se acepta cada vez más ampliamente que el compromiso debe considerarse como realidad multidimensional. Allen y Meyer (1990) elaboraron un primer modelo que ha recibido considerable atención. El modelo, de tres elementos, que ellos defendían se basaba en su observación de que las definiciones de compromiso, entonces existentes, reflejaban al menos tres aspectos diferentes:

- un apego emocional afectivo hacia una organización (compromiso afectivo);
- el reconocimiento de los costos relacionados con el abandono de una organización (compromiso de continuidad); y
- una obligación moral de permanecer en una organización (compromiso normativo).

Un aspecto importante es que no todas las formas de compromiso de los empleados guardan una relación positiva con unos mejores resultados (Meyer 1997). Por ejemplo, es poco probable que un empleado con escaso compromiso afectivo y normativo, pero que tenga un fuerte compromiso de continuidad produzca mejoras de los resultados. La principal razón por la que ese empleado permanece en la organización es la razón negativa de que son demasiado elevados los costos que conlleva abandonarla.

En años más recientes, esta tipología se ha estudiado y afinado más para tener en cuenta la medida en que el entorno social creado por la organización hace que los empleados se sientan incorporados, y les proporciona un sentido de identidad. O'Malley (2000) afirma que de un examen de lo publicado sobre el compromiso resultan cinco factores generales relacionados con el desarrollo del compromiso de los empleados.

- *Compromiso afiliativo*: Los intereses y valores de una organización son compatibles con los de los empleados, y los empleados se sienten aceptados por el entorno social de la organización.
- *Compromiso asociativo*: La afiliación a la organización hace que aumente la autoestima y el estatus social de los empleados. Estos se sienten privilegiados por estar relacionados con la organización.
- *Compromiso moral*: Los empleados perciben que la organización está de su lado y ésta evoca en ellos un sentido de obligación recíproca en la que una y otros tienen un sentido de responsabilidad mutua. Este tipo de compromiso se llama frecuentemente en las publicaciones compromiso normativo.
- *Compromiso afectivo*: Los empleados obtienen satisfacción de su trabajo y de sus compañeros, y su entorno laboral fomenta esa satisfacción. Algunos investigadores (por ejemplo, Allen y Meyer 1990) sugieren que ésta es la forma más importante de compromiso, pues es la que ofrece más posibilidades de beneficios para las organizaciones. Los empleados que tienen un alto compromiso afectivo son los que irán más allá del deber por el bien de la organización.
- *Compromiso estructural*: Los empleados consideran que participan en un intercambio económico justo en el que se benefician materialmente de la relación. Hay incentivos para entrar en la organización y permanecer en ella y hay obstáculos para salir de ella. A este tipo de compromiso también se llama frecuentemente en las publicaciones compromiso de continuidad.

Se ha constatado que diversas variables demográficas guardan relación con el compromiso de los empleados (Mathieu y Zajac 1990). Por diversos motivos, la edad puede ser un elemento positivo de predicción del compromiso de los empleados. Como sugieren Mathieu y Zajac (1990), a medida que los empleados avanzan en edad, disminuyen sus opciones de empleos alternativos. En consecuencia, puede ser que los empleados de cierta edad consideren más favorablemente su actual empleo. Además, Dunham et al. (1994) sugieren que quizá los empleados de cierta edad están más comprometidos y dedicados porque han invertido más en su organización y han pasado más años en ella. En cuanto al género, varios estudios (por ejemplo, Mathieu y Zajac 1990) han expuesto que las mujeres son más dedicadas y comprometidas que los hombres. Esto se explica generalmente por el hecho de que las mujeres tienen que superar más obstáculos que los hombres para llegar a su puesto en la organización. También se ha demostrado que el *estado marital* guarda relación con el compromiso: los empleados casados muestran generalmente más dedicación y compromiso (Mathieu y Zajac 1990). Se sugiere que la razón de esto es que los empleados casados tienen característicamente mayores obligaciones financieras y responsabilidades familiares, lo cual hace mayor su necesidad de permanecer en la organización. Nótese, sin embargo, que todo esto se refiere al compromiso estructural (o compromiso de continuidad) ya que el costo que conlleva el abandono de la organización hace que aumente el compromiso para con ésta. Como antes se ha dicho, el compromiso estructural no guarda necesariamente relación con unos mejores resultados.

O'Malley (2000) aduce que las organizaciones han de prestar más atención a satisfacer la necesidad de *afiliación* y de pertenencia de los empleados. Indica este autor que los empleados desean estar en entornos que les hagan sentirse cómodos. Las organizaciones tienen metas y valores, y las personas contratadas por ellas deben compartirlos. A este respecto, el argumento válido es que, para conseguir el compromiso, la organización ha de tener ante todo el tipo adecuado de empleados. Los sentimientos de pertenencia de éstos empiezan a desarrollarse antes de que ellos formen parte de la organización. Como señalan Parks y Floyd (1996), hay varias cosas que las organizaciones pueden hacer para que los empleados se sientan acogidos y valorados a medida que se desarrolla el proceso de selección y contratación: compartir detalles acerca de la organización; dar a los empleados ayuda y apoyo a todo lo largo del proceso de contratación y selección; y transmitir los intereses y valores que la organización comparte con los empleados.

Las organizaciones han de ser atractivas para el tipo de personas adecuado; el contacto inicial entre la organización y el candidato es muy importante. Como señala Troy (1998), las organizaciones tratan cada vez más de comunicarse con sus futuros empleados de una manera

coherente, presentando una 'marca de empleador'. En esa marca deben condensarse la naturaleza básica de la organización, cuáles son sus valores y cómo se trabajará en ella. La principal finalidad de la marca es reunir eficientemente a empleadores y empleados para establecer una relación. Así pues, una buena marca debe transmitir a la vez las ventajas exclusivas del entorno de la organización y el tipo de persona que probablemente progresará en ese contexto. Después la organización tendrá que asegurarse de que cumple esas promesas hechas a sus empleados, de lo contrario sus esfuerzos habrán sido vanos. En un estudio reciente hecho en nombre de la CIPD por el Profesor John Purcell y su equipo en la Escuela de Dirección de la Universidad de Bath (Purcell et al. 2003) se identificaba una 'gran idea', sencilla y unificadora, que encierra los valores centrales y la cultura de la organización como uno de los tres principales 'factores de éxito' de ésta.

Una línea de estudio de las 'expectativas satisfechas' sugiere que los empleados se comprometerán más si hay un buen equilibrio entre lo que la persona busca en un puesto de trabajo y lo que ese puesto aporta (Dawis 1992). Otra idea con ésta relacionada es que el compromiso será mayor cuando las experiencias de los empleados en su trabajo coincidan con sus expectativas anteriores a la entrada en ese puesto. En un análisis hecho por Wanous et al. (1992) se comunicaba que la correlación media entre las expectativas cumplidas y el compromiso era de 0,39. Como señalan Sturges y Guest (2000), la expectativas no cumplidas son una causa de insatisfacción muy comúnmente mencionada. Esas expectativas generalmente guardan relación con el tipo de trabajo que se encomienda a los empleados y con las oportunidades de formación y desarrollo que se les dan. Teniendo esto presente, pueden ser muy útiles las experiencias realistas previas del puesto de trabajo (ofrecer a los candidatos una experiencia real del puesto de trabajo). Por ejemplo, Premack y Wanous (1985) hallaron que había una alta correlación positiva entre las experiencias previas del puesto de trabajo y el compromiso. Guest y Conway (2002) han utilizado el concepto del contrato psicológico para tratar las 'expectativas cumplidas' mediante un análisis de la manera en que las obligaciones y las promesas coinciden entre las organizaciones y los empleados. Estos autores sugieren que al aumentar las presiones del trabajo es probable que se viole el contrato psicológico, en particular las promesas y compromisos de los empleadores para con los empleados. En el estudio CIPD de 2002, realizado en el Reino Unido por Guest y Conway (2002), se señala que desde 1990 ha habido cierta disminución de la satisfacción en el trabajo, y que esto se aprecia sobre todo en el sector público. Particularmente en el servicio de salud, se vio que los trabajadores padecían, por las pesadas cargas de trabajo y los horarios laborales, un estrés que podía perjudicar su salud, (Guest y Conway 2002).

Varios estudios han demostrado que hay un vínculo entre las primeras experiencias laborales y el compromiso (por ejemplo, Mignerey et al. 1995). El programa de introducción debe ser el último paso del proceso de contratación y selección. Con un buen programa de introducción los nuevos empleados se familiarizarán mejor con la organización y se sentirán mejor en ella. Los empleados entran en la organización dando por supuesto que son compatibles con ella y que serán bien recibidos. Así será más probable que los nuevos contratados se muestren receptivos a las observaciones y comentarios y demás intervenciones que fomentan la integración social. La formación es también una parte importante del proceso de inducción. Si bien el compromiso no es necesariamente el objetivo pretendido, o al menos el más evidente, de la formación, puede influirse en él durante el proceso. Gaertner y Nollen (1989) constataron que el compromiso guarda relación con el modo en que los empleados perciben los esfuerzos que hace la organización para darles formación, pero no está relacionado con sus experiencias de formación reales.

En varios estudios se ha constatado que los empleados que tienen buenas relaciones con sus directores inmediatos muestran mayor compromiso (Green et al. 1996; Nystrom 1990; Settoon et al. 1996). En un estudio reciente de la CIPD (2001) se llegaba a la conclusión de que una buena relación entre directivos y empleados es uno de los factores más importantes que afectan a la motivación en el trabajo. La función capital que desempeñan los directores de línea en la creación de compromiso en la organización fue demostrada por Barber et al. (1999). El programa mejor elaborado de una organización puede fracasar en el momento de su transmisión por una dirección deficiente. Purcell et al. (2003) así lo confirmaron en su reciente obra para la CIPD, en la que sugerían que otro criterio clave para el éxito en una organización es

la capacidad de los directores de línea para encarnar y vivir los valores centrales y llevarlos a la práctica.

Si bien los lazos emocionales con los compañeros del lugar de trabajo son un elemento importante del compromiso, no bastan por sí solos. Sin embargo, este importante aspecto no ha de olvidarse, sino mantenerse mediante contactos frecuentes y agradables con los compañeros (Baumeister y Leary 1995). Si no hay ocasiones para una interacción frecuente y remuneradora, es poco probable que surjan sentimientos de pertenencia más fuertes, capaces de vincular a los empleados con la organización. Las organizaciones que desean conseguir niveles de compromiso más elevados deben buscar modos de hacerlo mediante actividades de grupo dentro y fuera del trabajo. Para crear compromiso, el ser miembro de una determinada organización no sólo debe satisfacer la necesidad social de afiliación y pertenencia de los empleados, sino que también ha de crear un sentido de identidad colectiva que diferencie al grupo de otras organizaciones. Hay dos maneras de conseguirlo (Hogg et al. 1995):

1. establecer un límite social que indique que hay un conjunto o unidad identificable de personas; y
2. el grupo debe asumir algún significado de valor, es decir, el grupo ha de ofrecer algo que el empleador desea o necesita.

Son muchos los aspectos de las situaciones que contribuyen al sentido de pertenencia al grupo. Cuanto mayor es el contacto de los empleados con esos aspectos, mayor es la probabilidad de que se sientan parte del grupo e incorporen esa pertenencia a su idea de quiénes son.

Se aduce también que los empleados evalúan sus experiencias en el trabajo en términos de si son justas y reflejan un interés de la organización por el bienestar de los empleados (Meyer 1997). Las conclusiones de ciertos estudios (por ejemplo, los de McFarlin y Sweeney 1992) sugieren que el compromiso de los empleados para con la organización puede estar condicionado en parte por el modo en que perciben el grado de justicia con que la organización les trata. Las publicaciones a este respecto sugieren que, al tratar equitativamente a los empleados, las organizaciones comunican su compromiso para con ellos. Esto sugiere que las organizaciones que deseen fomentar un mayor compromiso en sus empleados deben, ante todo, dar pruebas de su compromiso para con ellos.

La justicia de la organización también está relacionada con el concepto de confianza. Según Kramer (1999), la confianza en una organización puede mejorar la aceptación de las iniciativas de ésta. Cuando hay confianza, los empleados están dispuestos a suspender el juicio y remitirse a la autoridad de otros. Por otra parte, la confianza permite a la organización ser flexible, porque la respuesta no ha de ser ni inmediata ni de valor equivalente. O'Malley (2000) identifica cuatro sectores en los que puede aumentarse el sentido de confianza de los empleados en el empleador.

- *Crecimiento*: Como la mayoría de los empleados desean mejorar en su trabajo, una buena manera de inspirar confianza es atender a sus necesidades de desarrollo.
- *Equilibrio trabajo-vida*: La mayoría de los empleados desean que las organizaciones les permitan más tiempo para su vida personal cuando lo necesitan.
- *Acomodo individual*: La confianza se establece mediante actos de flexibilidad o de benevolencia de la organización para con sus empleados.
- *Salud y seguridad*: Es más probable que se confíe en las organizaciones que tienen el compromiso de proteger la salud y seguridad de sus empleados.

También pueden influir en el compromiso las políticas y prácticas relacionadas con la promoción. Por ejemplo, Schwarzwald et al. (1992) constataron que el compromiso era mayor entre los empleados que habían sido ascendidos, y también guardaba relación con el modo en que los empleados percibían que la organización prefería contratar en el mercado interno de trabajo. Esa política podía percibirse como una característica del compromiso de la organización para con el empleado, del que antes se ha hablado. Entre los candidatos a promoción, es probable que el resultado de la decisión influya en su compromiso. Sin embargo, en el caso de algunos, puede ser todavía más importante la percepción de equidad en el proceso de adopción de decisiones.

Esto sugiere que las organizaciones deben comunicar claramente la manera en que se han tomado sus decisiones y por qué no eran adecuados los que no fueron elegidos.

Un aspecto clave en el que insisten los estudios, especialmente en los últimos años, es la medida en que los empleados perciben que pueden conseguir el equilibrio adecuado entre la familia y el trabajo. La mayoría de las organizaciones así lo reconocen y hacen esfuerzos más concertados para introducir múltiples programas destinados a hacer más llevaderas las cargas de los empleados. Se trata de iniciativas tales como: disposiciones de horario laboral flexible; cuidado de los hijos; políticas de tiempo libre; atención a los ancianos; atención de salud; información y asesoramiento, y servicios útiles, por no citar sino unos pocos. En un estudio importante hecho por el Instituto de la familia y el trabajo (1998) se vio que ese apoyo del empleador guardaba relación con un aumento del compromiso de los empleados. En el NHS del Reino Unido, el Departamento de salud introdujo para sus empleados una serie de normas de resultados titulada 'Mejorar la vida laboral' (Departamento de salud 2000). Estas normas guardan relación con prácticas tales como el horario laboral flexible, las horas anuales trabajadas, las interrupciones de la carrera profesional, los planes de apoyo al cuidado de los niños y el reconocimiento de las necesidades de los cuidadores. En el Reino Unido se exigió a los grupos que demostrasen que alcanzarían este nivel antes de 2003, y la práctica de las normas Mejorar la vida laboral exigía un mejoramiento constante de la vida laboral del personal de NHS.

La satisfacción que experimenta un empleado en su trabajo influye profundamente en su comportamiento y en su compromiso. De los metaanálisis (por ejemplo, el de Laffaldano y Muchinsky 1985), se desprende claramente que los empleados que disfrutan de sus puestos de trabajo, trabajan más y permanecen más largo tiempo con sus empleadores que los empleados que no disfrutan de sus puestos. En relación con el compromiso, son muy importantes la satisfacción en el trabajo y la satisfacción con la vida laboral. La satisfacción en el trabajo es un sector muy amplio; sin embargo, para exponerlo de manera concisa, característicamente un trabajo satisfactorio tiene tres propiedades:

- Tiene características intrínsecamente agradables: Mathieu y Zajac (1990) constataron que la correlación más fuerte con el compromiso se obtuvo para dos características del puesto de trabajo, particularmente el ámbito del puesto de trabajo (enriquecimiento).
- Proporciona una oportunidad de crecimiento y desarrollo.
- Hace que los empleados se sientan eficaces en sus funciones (que pueden influir positivamente en los resultados de la organización).

En los estudios se comunica permanentemente una relación positiva entre la satisfacción en el trabajo y el compromiso, utilizando diversas medidas de la satisfacción y el compromiso (Balfour y Wechsler 1990, 1991; Cook y Wall 1980; Green et al. 1996).

Como antes se ha dicho, puede ser que los empleados permanezcan en la organización porque hay limitaciones que frenan su marcha e incentivos favorables a su permanencia. Es importante que las organizaciones estructuren la economía de la relación de manera que no obstruya el compromiso. Uno de los motivos para permanecer en una relación es que esa relación tiene sentido económicamente. El salario hace que merezca la pena mantener la relación de empleo, porque hay una dependencia recíproca. Las organizaciones que añaden otras ventajas están echando los cimientos para otras formas más ricas de compromiso, al producir una necesidad de la relación (crean dependencia).

Según las pruebas empíricas, la administración de las ventajas repercute en el compromiso de los empleados. Por ejemplo, Grover y Crooker (1995) emplearon datos recogidos en una encuesta nacional hecha a más de 1.500 trabajadores estadounidenses para examinar la relación existente entre la disponibilidad de ventajas para la familia y el compromiso afectivo con la organización. Estos autores hallaron una correlación positiva entre la disponibilidad de tales ventajas y el compromiso, aun en el caso de quienes no se beneficiaban directamente. Aducen estos autores que los empleados perciben que las organizaciones que ofrecen esas ventajas muestran mayor

solicitud e interés y que son más justas en su trato con los empleados. Análogamente, Cohen y Gattiker (1994) examinaron el nexo existente entre el compromiso con la organización y las remuneraciones, tratado como ingresos reales y satisfacción salarial. Estos autores constataron que el compromiso guarda una relación más fuerte con la satisfacción salarial que con los ingresos reales. Como afirman Rusbult y Buunk (1993), las personas mantienen las relaciones en la medida en que dependen de ellas de una manera exclusiva en relación con las otras alternativas. Cuanto más atractivas son las alternativas y más bajos los costos de terminación, menos utilizan las personas sus relaciones actuales como fuente de satisfacción.

En resumen, es cada vez más claro que las organizaciones adoptan medidas positivas para crear compromiso porque observan que es un elemento esencial para el éxito empresarial. Reconocen que puede adoptar diversas formas y pueden centrarse en las que son de interés para ellas. El compromiso es un proceso de doble sentido que la propia organización ha de iniciar. Esto puede hacerse creando una clara marca del empleador e identidad del grupo, de manera que se contrate a las personas adecuadas. La organización ha de cerciorarse después de que los valores de su imagen de marca se respetan tratando a los empleados de manera equitativa y manteniendo la confianza. Esto se consigue muchas veces y se transmite a través de los directores de primera línea (Purcell 2003). La satisfacción en el trabajo es una importante componente del compromiso, pero no debe percibirse como equivalente a él. El compromiso tiene resultados más positivos para la organización en términos de resultados de los empleados. La satisfacción en el trabajo puede fomentarse haciendo que éste resulte lo más agradable que sea posible, aportando oportunidades de crecimiento y desarrollo y tomando disposiciones para que el personal las aproveche para que le ayuden a equilibrar su vida laboral y personal. Una vez establecido, el compromiso ha de mantenerse cerciorándose de que el personal tiene funciones y responsabilidades claras y entiende lo que se pide de él en el puesto de trabajo. La buena comunicación y la apertura en toda la organización es de importancia vital, especialmente en tiempos de cambio. La función de los directores de línea ha de reconocerse y apoyarse, porque es un elemento de vital importancia para la creación y el mantenimiento del compromiso de los empleados.

Comportamiento cívico en la organización

El comportamiento cívico en la organización viene estudiándose desde hace unos 20 años, si bien gran parte del interés por este concepto ha aparecido más recientemente. Ese comportamiento abarca un amplio grupo de conductas, que van desde la ayuda a los compañeros hasta dar una impresión positiva a las demás personas de la organización. Ha recibido cierto apoyo la idea de que esas conductas pueden dar lugar a un aumento de la efectividad de la organización, pero la investigación en este aspecto está todavía en sus inicios. La gran mayoría de los estudios han dirigido sus esfuerzos a establecer por qué los empleados demuestran este comportamiento y, a partir de ahí, el estudioso puede adoptar ideas para contribuir a la creación de un entorno en el que los resultados puedan mejorarse por el comportamiento cívico en la organización.

Lo que ahora comienza a aparecer es que las mejoras de los resultados pueden ser frenadas por los comportamientos más dúctiles y por los más inflexibles pero, mientras que los directores pueden analizar los comportamientos en las funciones, los comportamientos cívicos en la organización son de carácter voluntario y más difíciles de discernir. La comprensión de estas cuestiones puede dar lugar a una ventaja competitiva.

No hay una definición sencilla de comportamiento cívico en la organización ya que los estudios y las publicaciones han dado lugar a una proliferación de descripciones y de tipos. Un buen punto de partida es considerar por qué comenzó el interés en este asunto y cómo se concibió inicialmente dicho comportamiento. Las primeras ideas al respecto fueron las que expresó en un ensayo Organ (1977, según se citan en Organ y Paine 1999), donde ese autor defendió la idea práctica de que con la satisfacción mejoran los resultados. Organ aducía que, aun cuando no había recibido el apoyo empírico de los estudiosos, su opinión era retenida por los que ejercían la profesión, quizá porque éstos tenían una visión más amplia de los resultados. La visión tradicional de los resultados había podido compararse con las descripciones de los puestos de

trabajo en cuanto a resultados prácticos, pero lo que no se había tenido en cuenta eran las cuestiones menos claras, como la puntualidad de los empleados y el respeto de las normas de la organización. El comportamiento cívico en la organización se definió después como: "el comportamiento individual discrecional, no reconocido directa ni explícitamente por el sistema formal de remuneración, y que en conjunto impulsa el funcionamiento eficaz de la organización" (Organ 1988).

Lo primero que hay que señalar acerca de esta definición es que el comportamiento es discrecional o al margen de la función, de manera que los empleados pueden elegir si desarrollan o no ese comportamiento. Como esos tipos de comportamiento no forman parte generalmente del sistema de recompensas, la falta de ellos no es punible por la organización, pero su presencia debe conducir a un funcionamiento más eficaz de ésta. Antes de evaluar las publicaciones que tratan de los correspondientes resultados de las organizaciones, es preciso presentar una tipología de los comportamientos que pueden incluirse en la categoría de comportamiento cívico en la organización.

Como antes se ha dicho, se han identificado y definido muchas formas distintas de comportamiento cívico en la organización. De hecho, Podsakoff et al. (2000) detallan 30 formas en sus recientes estudios de esta cuestión. En su ensayo, estos autores clasificaron estos comportamientos en siete temas:

- *Comportamiento de ayuda*: Implica la ayuda voluntaria a los demás, por ejemplo ayudar a los que se han retrasado en su trabajo, e identificar y poner fin inmediatamente a los problemas relacionados con el trabajo.
- *Deportividad*: Entre los comportamientos que comprende la deportividad están la capacidad de seguir adelante - con una actitud positiva - frente a la adversidad, estar dispuesto a dejar de lado los intereses personales por el bien del grupo y mantenerse imperturbable cuando se rechazan nuestras sugerencias.
- *Lealtad a la organización*: Consiste ésta en comportamientos que implican promover la organización en el mundo exterior, y permanecer comprometido con ella aun cuando hacerlo conlleve algún sacrificio personal.
- *Cumplimiento organizativo*: Se dice que los empleados cumplen con la organización cuando siguen las normas de ésta aun sin estar vigilados. Esto se considera uno de los comportamientos cívicos en la organización aun cuando se estime que las normas 'pertenecen a la función', ya que muchos empleados no siguen todas las normas en todo momento.
- *Iniciativa individual*: Este conjunto de comportamientos demuestra unos resultados superiores a los esperados. Entre esos comportamientos se incluyen el trabajo con un entusiasmo extremo, la adopción de funciones extraordinarias y mostrar interés en mejorar la manera en que se hacen las cosas para incrementar los resultados.
- *Virtud cívica*: La virtud cívica se demuestra mediante comportamientos que muestran un interés en el conjunto de la organización, como el que un ciudadano leal mostraría hacia su país. Ejemplos de esos comportamientos son el voluntariado, interesarse en las actividades de los comités de la organización y estar atentos a las amenazas contra la organización.
- *Desarrollo de sí mismo*: Estos comportamientos incluyen el de mejorar voluntariamente los propios conocimientos, capacidades y habilidades de manera que sean útiles a la organización. Esta forma de comportamiento cívico en la organización requiere un centro de interés a más largo plazo que los otros e implica un compromiso para con la organización, que alcanza un futuro lejano.

La última parte de la definición de comportamiento cívico en la organización, que da Organ (1988), es que ese comportamiento fomenta la eficacia del funcionamiento de la organización. Se han hecho muy pocos trabajos para comprobar empíricamente esta proposición; en la mayor parte de los trabajos se examina el vínculo que existe entre la satisfacción en el trabajo y el comportamiento cívico en la organización. Si bien la afirmación de Organ tiene sentido intuitivamente, sin un análisis empírico parece que es poco importante orientar las políticas de recursos humanos a promover un resultado que quizá no sea beneficioso. De hecho, Podsakoff et al. (2000) comunican que de los 160 ensayos sobre este asunto, sólo cinco habían verificado el nexo con la efectividad de la organización.

El primero en comprobar esta proposición (Karambayya 1999, citado en Podsakoff et al. 2000) constató que los empleados que trabajan en unidades de altos rendimientos tenían más probabilidades de mostrar un comportamiento cívico en la organización que los que trabajaban en unidades de bajos rendimientos. Sin embargo este estudio se basaba en informaciones subjetivas de los resultados de las unidades, comunicadas por distintas personas de las 12 organizaciones participantes, por lo que surgen dudas acerca de la fiabilidad de los resultados. Lamentablemente, este documento no ha podido recuperarse porque no se publicó, pero ninguno de los autores que lo citan hacía referencia al tipo de comportamiento cívico en la organización que se medía.

En estudios más recientes se ha constatado que, si bien algunas formas de comportamiento cívico en la organización dan lugar a una mayor eficacia de la organización, parece que otras la frenan (Podsakoff y MacKenzie 1994). Este estudio se hizo en una gran organización de seguros, que tenía una elevada rotación de personal. Estos autores vieron que la deportividad y la virtud cívica guardan una relación positiva con el éxito de los departamentos, cosa que no sucede con los comportamientos de ayuda, y presentaron varios posibles motivos de ello. Primero, mientras que el receptor del comportamiento de ayuda puede beneficiarse y, por tanto, mejorar sus resultados, esto puede limitar la producción de la persona que ayuda por el tiempo que dedica a ayudar. Se daría por supuesto que con ello aumentaría la producción total a medida que el nuevo contratado aprende el trabajo, pero los autores razonan que, por la elevada rotación, puede ser que nunca lleguen a realizarse beneficios. Otro motivo por el que los comportamientos de ayuda no produjeron en este caso mejoras de los resultados fue porque la asistencia dispensada no fue, en realidad, útil para el receptor. Así pues los resultados de este estudio, si bien aportan ciertas pruebas en favor de la creciente efectividad organizativa del comportamiento cívico en la organización, plantean el problema de que ha de tomarse en consideración el contexto en que el comportamiento cívico en la organización se produce. Esto sugiere la posibilidad de que ese comportamiento no sea el conveniente en todas las circunstancias.

Un apoyo más importante para el vínculo entre el comportamiento cívico en la organización y los resultados proviene de un estudio de una fábrica de papel, en el que se midieron la cantidad y la calidad de los resultados (Podsakoff et al. 1997). Es alentador que los resultados mostrasen que tanto la deportividad como el comportamiento de ayuda influyeran en medida importante en la cantidad, al tiempo que el comportamiento de ayuda incidía en la calidad de los resultados. Estos autores explican este mejoramiento de los resultados porque los trabajadores se ayudaron entre sí, compartiendo sus conocimientos y pericia y tratando de evitar problemas para el futuro. Hay comparaciones entre esta corriente de trabajo y la del diseño de los puestos de trabajo. En particular, un estudio realizado por Wall et al. (1992) mostró que cuando se daba a los operadores de máquinas más autonomía para rectificar los fallos, disminuía el tiempo muerto de las máquinas y, en consecuencia, mejoraban los resultados. Relacionando esto con el estudio de Podsakoff et al. (1997), podría decirse que el comportamiento de ayuda sólo ayudaba en este caso porque se daba a los trabajadores autonomía para que pudieran aplicar sus conocimientos para impedir futuros problemas. Una vez más, esto pone de relieve la importancia del contexto en el que se produce el comportamiento cívico en la organización, y la interacción con otras políticas y prácticas ya en aplicación.

Aportan otras pruebas Walz y Niehoff (1994, citados en Podsakoff et al. 2000), quienes constataron que los empleados de los restaurantes de comida rápida, de alto rendimiento, demostraban más comportamiento cívico en la organización que los de empleados de restaurantes de bajo rendimiento. En términos de comportamientos específicos, el comportamiento de ayuda iba asociado a una mayor eficiencia operativa, mayor satisfacción de los clientes y mayores ingresos generados por cada miembro del personal, y guardaba una relación negativa con los desechos y desperdicios. Asimismo, la virtud cívica y la deportividad guardaban una relación negativa con las quejas de los clientes.

Finalmente, ulteriores estudios realizados en el sector de las ventas de seguros revelaron que los clientes consideran que los empleados que despliegan altos niveles de comportamiento cívico en la organización prestan un servicio de mejor calidad (Bell y Menguc 2002). Los autores explican

que esto se debe a ese comportamiento orientado hacia el cliente y que tal comportamiento hace que aumente la eficacia interna de la organización.

Como se expone en la Sección cuarta, los trabajos de Michie y West (2003, 2004) sugieren que el comportamiento cívico en la organización, o lo que esos autores definen como 'resultados del contexto', pueden ser especialmente importantes en las instituciones de atención de salud, en las que se requiere un elevado nivel de colaboración entre organismos e interdisciplinario. En los 'resultados del contexto', tal como los definen estos autores, se incluyen actividades discrecionales ajenas al núcleo central de los resultados del puesto de trabajo. Son éstos los aspectos en gran medida invisibles de los comportamientos laborales que contribuyen a los resultados de la organización y hacen que se mantenga unida la comunidad de la organización y, como tales, se equiparan con el comportamiento cívico en la organización (Michie y West 2003).

En el estudio hecho por Podsakoff et al. (2000) del nexo existente entre el comportamiento cívico en la organización y los resultados de ésta, estos autores llegan a la conclusión de que los estudios hasta ahora realizados apoyan esta idea, si bien el nexo es mayor en el caso de algunos tipos de comportamiento cívico en la organización (como el comportamiento de ayuda) que en el de otros (como la deportividad y la virtud cívica). Las conclusiones sugieren que puede conseguirse mejorar los resultados cuando los empleados demuestran tal comportamiento, por lo que sería una línea útil de estudio descubrir la manera de promover esos comportamientos.

Además de los resultados conseguidos en el plano de la organización, se han desplegado iniciativas para ver cuáles son las consecuencias para las personas que muestran comportamiento cívico en la organización. En un estudio (MacKenzie et al. 1991) se examinaban las evaluaciones o juicios que los directores hacen de sus empleados, y se vio que el comportamiento cívico en la organización (en la forma de altruismo o civismo) contaba tanto, en esas evaluaciones, como los niveles objetivos de resultados. Esta conclusión plantea el problema de que se está evaluando a los empleados no sólo con relación a las descripciones de sus puestos de trabajo, sino también con relación a criterios no escritos, lo que puede considerarse injusto. El comportamiento cívico en la organización, por definición, es voluntario y queda al margen de las funciones – por eso los empleados que desempeñan todas las tareas de su puesto en grado óptimo, pero no son conscientes de que también ellos están siendo evaluados en cuanto a comportamiento cívico en la organización, pueden sentirse desmotivados si el resultado de la evaluación es deficiente. Este problema puede superarse incorporando el comportamiento cívico en la organización a los valores y al ethos de ésta, lo que indicaría que esos son comportamientos deseados.

Otro resultado de interés es la relación que existe entre la demostración de comportamiento cívico en la organización y la rotación de personal. Chen et al. (1998) constataron que era más probable que abandonaran la organización los empleados que mostraban niveles bajos de comportamiento cívico en la organización. Un elemento temporal de este estudio mostraba que no sólo había una correlación negativa entre ese comportamiento y la intención de marcharse, sino también con la rotación real. Esta constatación añade una nueva dimensión al empleo del estudio del comportamiento cívico en la organización, pues éste no sólo tiene consecuencias en cuanto a los resultados, sino que también incide en la retención.

Habida cuenta de que los estudios indican que unos recursos humanos que demuestran comportamiento cívico en la organización dan lugar a una mayor efectividad de ésta, ¿qué es lo que causa el comportamiento cívico en la organización y qué políticas de recursos humanos pueden aplicarse para fomentarlo? Indicadores de actitudes tales como la satisfacción en el trabajo, el compromiso con la organización, el apoyo y la equidad de los dirigentes guardan una relación con el comportamiento cívico en la organización en niveles similares (0.23-0.31), lo que sugiere que puede haber un factor general de 'moral' que explica el comportamiento cívico en la organización (Organ y Ryan 1995). En estudios recientes se ha examinado más a fondo el indicador de equidad (Williams et al. 2002) y se ha visto que el aspecto más importante de la equidad es el trato justo por parte de los supervisores. A medida que esta percepción aumentaba en la persona, aumentaba también la probabilidad de mostrar comportamiento cívico en la organización. Y, lo que resulta interesante, las percepciones de remuneraciones justas y procedimientos formales equitativos no eran indicadores de intenciones de comportamiento cívico en la organización.

Con la cuestión de la equidad está relacionada toda una corriente de trabajo dedicado a examinar el contrato psicológico y el comportamiento cívico en la organización. Los contratos psicológicos se refieren a las creencias (generalmente no escritas) que tienen las personas en cuanto a las promesas intercambiadas entre ellas y su empleador (Rousseau 1995). Cuando el empleador quebranta este contrato psicológico, ello puede tener repercusiones en la satisfacción laboral del empleado, en el compromiso con la organización y en el comportamiento cívico en la organización. Turnley et al. (2003) constataron que, si bien el quebrantamiento del contrato psicológico guarda relación con los resultados conseguidos en las funciones y con el comportamiento cívico en la organización dirigido hacia ésta y hacia la persona, está vinculado sobre todo con el comportamiento cívico en la organización dirigido hacia ésta. Es decir, cuando un empleado percibe que su empleador ha quebrantado el contrato psicológico, es muy probable que retire el comportamiento cívico en la organización centrado en ésta. Desglosando aún más estos resultados, se vio que el quebrantamiento de la relación de empleo era más importante que el de la relación salarial. Asimismo, ciertas pruebas sugerían que cuando la organización comunica adecuadamente los motivos por los que se ha quebrantado el contrato, se aminorará la consiguiente disminución de la producción (en las funciones y fuera de ellas). Esto corrobora los resultados de estudios anteriores (Robinson 1996), en los que también se constató que es menos probable que ocurra la disminución de los resultados en las organizaciones en que los niveles de confianza eran elevados antes del quebrantamiento del contrato.

También tiene que ver con la idea de equidad el concepto de 'supervisión abusiva', que incluye un comportamiento violento, tiránico y vejatorio (Zellars et al. 2002). No es de sorprender que se haya constatado, en un entorno militar en los Estados Unidos, que quienes tienen una supervisión abusiva demuestran menos comportamiento cívico en la organización que los demás. Los autores constataron además que este efecto es mayor para quienes definen el comportamiento cívico en la organización como ajeno a las funciones, ya que consideran que no tienen que demostrar tales comportamientos. Por rara que sea la supervisión abusiva, importa que las organizaciones tomen en serio esta cuestión, no sólo por obligación moral sino también porque puede incidir en la "línea de base".

En el metaanálisis de Organ y Ryan (1995) también se examinaba la teoría de que las variables de disposiciones eran factores de predicción del comportamiento cívico en la organización. Estos autores aducían que disposiciones de una persona, tales como su capacidad de colaboración, afectividad y seriedad, predisponen a ésta para ciertos estados en los que tienen probabilidades de recibir un tratamiento satisfactorio, justo y remunerador. Así pues, se aduce que las disposiciones de una persona pueden influir en el comportamiento cívico en la organización que demuestran, porque influyen en su moral general. Los resultados de esta línea de investigación son algo decepcionantes. Se han hallado correlaciones significativas entre las disposiciones y entre diversas formas de comportamiento cívico en la organización. No obstante, cuando Organ y Ryan (1995), en su examen de esos estudios, excluyeron los que se basan en la manifestación de comportamiento cívico en la organización (por problemas de que éste produce niveles artificialmente elevados), la mayoría de las correlaciones pasaron a ser no significativas. La excepción fue la correlación entre conciencia y cumplimiento generalizado.

Cuando se consideran las variables demográficas, el metaanálisis realizado por Podsakoff et al. (2000) incluye cuatro estudios, en los que se examina el vínculo existente entre el desempeño del puesto y el comportamiento cívico en la organización, y cinco en los que se examina el género. Estas dos variables demográficas no dan lugar a correlaciones significativas ni demuestran el comportamiento cívico en la organización. Sorprendentemente, estos autores constataron que el género no guarda relación con tal comportamiento, teniendo en cuenta que se habían presentado argumentos teóricos sólidos en el sentido de que ciertos tipos de comportamiento cívico en la organización eran más bien de tipo femenino (altruismo) o de tipo masculino (virtudes cívicas). En estudios posteriores (Kidder 2002) se examinó más a fondo esta idea y se vio que era más probable que quienes tenían una ocupación predominantemente del género femenino (enfermería) demostrasen un altruismo de tipo femenino, y que quienes tenían ocupaciones desempeñadas por el género masculino (ingeniería) era más probable que demostrasen comportamientos de virtudes cívicas más afines al género masculino. También hallaron una pauta similar en las ocupaciones de identidad más femenina que masculina. Esto

supone un problema para las organizaciones, ya que la demostración de ciertos tipos de comportamiento cívico en la organización puede estar relacionada con el género y, por extensión, también en las puntuaciones de los resultados puede influir el género.

En diversos estudios se han relacionado con el comportamiento cívico en la organización tres tipos de característica de las tareas: las observaciones y comentarios, la rutina, y las tareas intrínsecamente satisfactorias. En su metaanálisis, Podsakoff et al. (2000) constataron que todos guardaban una correlación significativa con el altruismo, la cortesía, la conciencia, la deportividad y la virtud cívica. Las relaciones iban en la dirección positiva, excepto la rutina de las tareas, que estaba relacionada con la demostración de un menor número de comportamientos cívicos en la organización. Se investigó otro tipo de tarea, la de participar en la adopción de decisiones, y se constató que tenía un efecto positivo sobre la demostración de comportamiento cívico en la organización (Van Ypren et al. 1999). Estos autores vieron que cuantos más empleados participan en la adopción de decisiones, más comportamiento cívico en la organización demuestran (altruismo, seriedad, deportividad, cortesía y virtudes cívicas). Los resultados también sugieren que no era la participación en la propia adopción de decisiones, sino el consiguiente apoyo a la dirección percibido, lo que conducía a la demostración de comportamiento cívico en la organización. Podsakoff et al. (2000) constataron que el único elemento de predicción en el plano de la organización, coherente en relación con el comportamiento cívico en ésta es la cohesión del grupo, que guarda una relación positiva con el comportamiento cívico en la organización.

Son varios los tipos de dirección que se han identificado y examinado para ver el efecto que ejercen sobre los niveles de comportamiento cívico en la organización de los subordinados. Al examinar esos elementos de predicción del estilo de dirección, Podsakoff et al. (2000) indicaron que la dirección transformadora (la dirección que conlleva un elemento carismático, motivación inspiradora, estímulo intelectual y consideración individualizada) guardaba una correlación significativa con el altruismo, la cortesía, la seriedad y la deportividad. Dos tipos de dirección transaccional (que consiste en la recompensa o el castigo contingente o no contingente) guardaban relación con el comportamiento cívico en la organización. La recompensa contingente guardaba una relación positiva, mientras que el castigo no contingente guardaba una relación negativa. Se constató que la aclaración de la dirección de apoyo y de la función del director o líder (aspectos de la teoría Path-Goal de la dirección) guardaban relación con el altruismo, la cortesía, la seriedad y la deportividad, y que el primero también guardaba relación con la virtud cívica.

Estudio de la dedicación de los empleados

Aun cuando la dedicación no es una idea académica (la mayoría de las referencias guardan relación con empresas encuestadoras y consultorías), se han hecho algunos estudios razonablemente sólidos dirigidos por profesionales, en particular por el Instituto de Estudios del empleo (IEE) y el Royal Bank of Scotland, junto con Hewitt Associates. Los trabajos se han centrado en definir la dedicación, idear una medida de ésta y averiguar qué es lo que más influye en ella. En la presente sección se describen los estudios realizados hasta ahora.

Hewitt Associates han sugerido que la dedicación es la medida del compromiso emocional e intelectual del empleado a su organización y al éxito de ésta, y creen que es la medida de un resultado ya que describe la manera en que se comportan los empleados a consecuencia de su interacción con la organización. Por otra parte, se considera que la dedicación va más allá de la satisfacción en el trabajo, y se refiere al estado personal de participación, contribución y propiedad del empleado.

En un estudio (Harter et al. 2002) se constató que tanto la satisfacción como la dedicación del empleado guardan relación con resultados empresariales objetivamente mensurables. En su estudio participaron 36 organizaciones, de distintos ámbitos de los sectores público y privado, y en él trataron de examinar la relación existente entre la satisfacción y dedicación de los empleados y los resultados de cada unidad empresarial. Entre éstos se incluían la satisfacción de

los clientes, la productividad, los beneficios, la rotación de empleados y los accidentes de trabajo. Harter et al. definieron que la dedicación se refería a la participación y satisfacción de la persona en su trabajo, y su entusiasmo por él. Esto se basaba en la opinión de Kahn (1990), a saber, que la dedicación se produce cuando las personas tienen una conexión emocional con otras, y están cognitivamente alerta en su trabajo.

Las conclusiones iniciales de este estudio indicaban que la dedicación de los empleados tiene un efecto positivo en la satisfacción y en las puntuaciones de lealtad de los clientes, y en los resultados financieros, mientras que se observa una relación negativa con la rotación de los empleados.

Las conversaciones mantenidas por el Instituto de Estudios del empleo (IEE) con 46 organizaciones de los sectores público y privado dieron lugar a una idea general clara y coherente de los modos en que se comporta el empleado dedicado (véase al Figura 1). También se vio claramente que la dedicación es un concepto de dos sentidos – las organizaciones tienen que trabajar para contratar a los empleados, y quizá han de poner mucho para conseguir su objetivo de unos recursos humanos dedicados, entusiastas y comprometidos. Si bien la dedicación contiene numerosos elementos de compromiso y de comportamiento cívico en la organización, no coincide exactamente con ninguno de los dos. En particular, ni el compromiso ni el comportamiento cívico en la organización reflejan suficientemente dos aspectos de la dedicación – su naturaleza de dos sentidos y la medida en que se espera que los empleados contratados tengan un elemento de conciencia de la empresa. El ofrece la definición siguiente: *‘La dedicación es una actitud positiva del empleado hacia la organización y sus valores. El empleado dedicado es consciente del contexto empresarial y coopera con sus compañeros para mejorar los resultados obtenidos en el puesto de trabajo en beneficio de la organización. La organización ha de trabajar para alimentar, mantener y hacer que aumente la dedicación, lo que precisa una relación de dos sentidos entre el empleador y el empleado.’* (Robinson et al. 2004:9)

Medir un concepto como el de dedicación resulta difícil, pues ello supone tratar de medir sentimientos y emociones complejos. La encuesta de actitudes es un instrumento útil para recoger, medir y analizar las opiniones de los empleados, si bien no puede hacer justicia plena a las sutilidades y matices de las diferencias de opinión. Tras haber llegado a una comprensión de las opiniones que tienen las organizaciones de la naturaleza de la dedicación, y haber elaborado una definición de ésta, el IEE inició el proceso de desarrollo y verificación de una serie de afirmaciones relativas a las actitudes sobre la dedicación. En un entorno del NHS se prepararon y comprobaron doce afirmaciones:

- Hablo muy bien de esta Institución a mis amigos.
- Me agradecería que mis amigos y mi familia recibieran tratamiento aquí.
- Se sabe que esta Institución es un buen empleador.
- Esta Institución tiene buena reputación en general.
- Me siento orgulloso de decir que formo parte de esta Institución.
- Esta Institución me impulsa a todo lo mejor en cuanto resultados en el trabajo.
- Veo que mis valores son muy similares a los de la Institución.
- Siempre hago más de lo que realmente se pide.
- Trato de ayudar a las demás personas de esta Institución siempre que puedo.
- Trato de mantenerme al día en la evolución de sector.
- Me ofrezco voluntario para hacer, al margen de mi trabajo, cosas que contribuyan a los objetivos de la Institución.
- Frecuentemente hago sugerencias para mejorar el trabajo de mi equipo / departamento / servicio.

El cuestionario de 12 afirmaciones sobre la dedicación se administró a 14 organizaciones del NHS. Estas organizaciones eran instituciones del NHS de distintos tipos – de cuidados críticos, de docencia, y de atención primaria. La organización más pequeña aportó a la base de datos 46 cuestionarios completados, y la organización más grande aportó 2.685. En total, la base de datos en que tuvo lugar la comprobación contiene 10.024 casos.

En el cuestionario utilizado para verificar las afirmaciones sobre la dedicación del IEE se recogió, sobre las personas que respondieron, una gran cantidad de información – biográfica, relacionada con el trabajo, actitudes y experiencias – que se ha empleado para evaluar la medida en que los niveles de dedicación varían por grupos de empleados y cómo influye en esos niveles la naturaleza de los trabajos que hacen los empleados y sus experiencias laborales.

En la Figura 1 se relacionan las características del empleado dedicado con las declaraciones de dedicación y se sugiere que es razonablemente sencillo configurar esas declaraciones en percepciones generales de lo que es la dedicación, y cómo se comporta el empleado dedicado. En las declaraciones se articula también en cierta medida la naturaleza, de doble sentido, de la dedicación, y la aportación que ha de hacer la organización. A la base de varias de las declaraciones se sitúa un elevado nivel de motivación personal, que los participantes en los debates del IEE con las compañías dieron por supuesto que eran un requisito previo para la dedicación. Esta motivación tiene un aspecto altruista; sin embargo, está orientada al mejoramiento general de la organización y no a conseguir los fines del individuo. Se vio que las 12 declaraciones sobre la dedicación aumentaban estadísticamente al mismo tiempo, y tenían un elevado nivel de fiabilidad (conseguían una puntuación alpha de 0,86).

Se analizó la base de datos del NHS, empleando el indicador de dedicación para ver si los niveles de ésta guardaban alguna relación con las características biográficas, las características del puesto de trabajo o las experiencias laborales. En la siguiente descripción de los resultados, se relacionan las diferencias de las puntuaciones de la dedicación, que se consideraron estadísticamente significativas. Las puntuaciones se expresan con un número en una escala de cinco puntos, de 1 (dedicación nula) a 5 (altísima dedicación), en la que el 3 era el punto medio.

Características biográficas

- La diferencia en las puntuaciones de dedicación entre hombres y mujeres no es estadísticamente significativa.
- Los empleados de minorías étnicas tienen niveles de dedicación más elevados que sus compañeros blancos (3,48 frente a 3,34). Además, el grupo étnico introduce una diferencia: los empleados negros, chinos y asiáticos tienen puntuaciones más elevadas que los de grupos mixtos y blancos. Esta conclusión parece corroborar otras investigaciones que muestran los beneficios empresariales que supone aceptar la diversidad en el lugar de trabajo.
- Cuando los niveles de dedicación se analizan por grupos de edades, aparecen diferencias significativas en las puntuaciones. En general, los niveles de dedicación descienden en medida significativa a medida que los empleados envejecen, hasta que llegan al grupo de los mayores, de 60 años y más, en que aparecen los niveles de dedicación más altos. El análisis más a fondo indica que los empleados de edades comprendidas entre los 40 y los 50 años tienen los niveles más altos de tensión laboral y probablemente les resulte difícil equilibrar el trabajo y la vida de familia, lo que indica que con la atención a las políticas favorables a la familia pueden aumentar los niveles de dedicación de las personas de estos grupo de edades. Los altos niveles de dedicación que manifiestan los empleados muy experimentados que se acercan al final de su vida laboral sugiere que en muchas organizaciones hay una fuente de potencial no aprovechada.
- La necesidad de un planteamiento favorable para la familia y una mayor insistencia en el equilibrio entre vida y trabajo viene corroborado por el hecho de que los empleados que tienen responsabilidades de cuidado de hijos presentan niveles de dedicación significativamente inferiores (3,33) a los de quienes no tienen tales responsabilidades (3,38).
- Quienes tienen una discapacidad o una enfermedad presentan niveles de dedicación inferiores a los de quienes no la tienen (3,31 frente a 3,37). Esto sugiere que los empleadores deben examinar las aspiraciones de los empleados que tienen una discapacidad – quizá estos empleados sienten que su potencial está siendo desestimado y que ellos pueden ofrecer mucho más.

Características del trabajo

El grupo de trabajo puede mejorar mucho los niveles de dedicación, como muestra la Figura 2. En general, los directivos y los profesionales tienen niveles de dedicación más elevados que los de sus compañeros que ocupan puestos auxiliares. Sin embargo, las puntuaciones, relativamente bajas de los médicos y de las matronas, y las puntuaciones, relativamente altas, del personal auxiliar, sugieren que la relación entre la función laboral y la dedicación es más compleja de lo que sugeriría este enunciado general.

La pauta de trabajo y el horario laboral diferencian los niveles de dedicación. Quienes trabajan a tiempo completo están significativamente más dedicados que los que trabajan a tiempo parcial (3,40 frente a 3,27), mientras que los empleados que trabajan de día (3,39) están más dedicados que sus compañeros que trabajan en turnos (3,28) o en rotación (3,32). Esto sugiere que los empleados han de trabajar más con personas que no necesariamente están en el trabajo durante el horario 'normal' para cerciorarse de que reciben las comunicaciones, son dirigidos eficazmente y tienen oportunidades de crecer y desarrollarse en sus puestos de trabajo.

La Figura 3 demuestra que los niveles de dedicación bajan a medida que aumenta la duración del servicio – lo que indica a los empleadores que han de cerciorarse de que los empleados con más años de servicio siguen expuestos a retos nuevos e interesantes.

Experiencias en el trabajo

- Sufrir un accidente o una lesión en el trabajo tiene importantes consecuencias en los niveles de dedicación. Los empleados que no han sufrido accidente o lesión tienen niveles relativamente elevados de dedicación (3,38). Sufrir un accidente o lesión guarda relación con una disminución de la puntuación en dedicación hasta 3,33, mientras que cuando se tienen entre dos y cinco accidentes o lesiones la puntuación hasta 3,19. Esta conclusión indica la importancia de la prevención de los accidentes y la necesidad de buenas políticas, prácticas y formación de seguridad e higiene en el trabajo.
- La exposición al acoso (verbal, racial o sexual) o a la violencia en el trabajo incide fuertemente en la dedicación. Quienes han experimentado acoso o violencia tienen en dedicación una puntuación media de 3,22, frente a 3,40 quienes no han tenido tal experiencia. El origen del acoso es importante. Las consecuencias del acoso o violencia ejercidos por los directores o compañeros son más graves que cuando su origen son los pacientes o sus parientes; la de éstos últimos es frecuentemente una parte previsible, aunque desagradable, del trabajo.

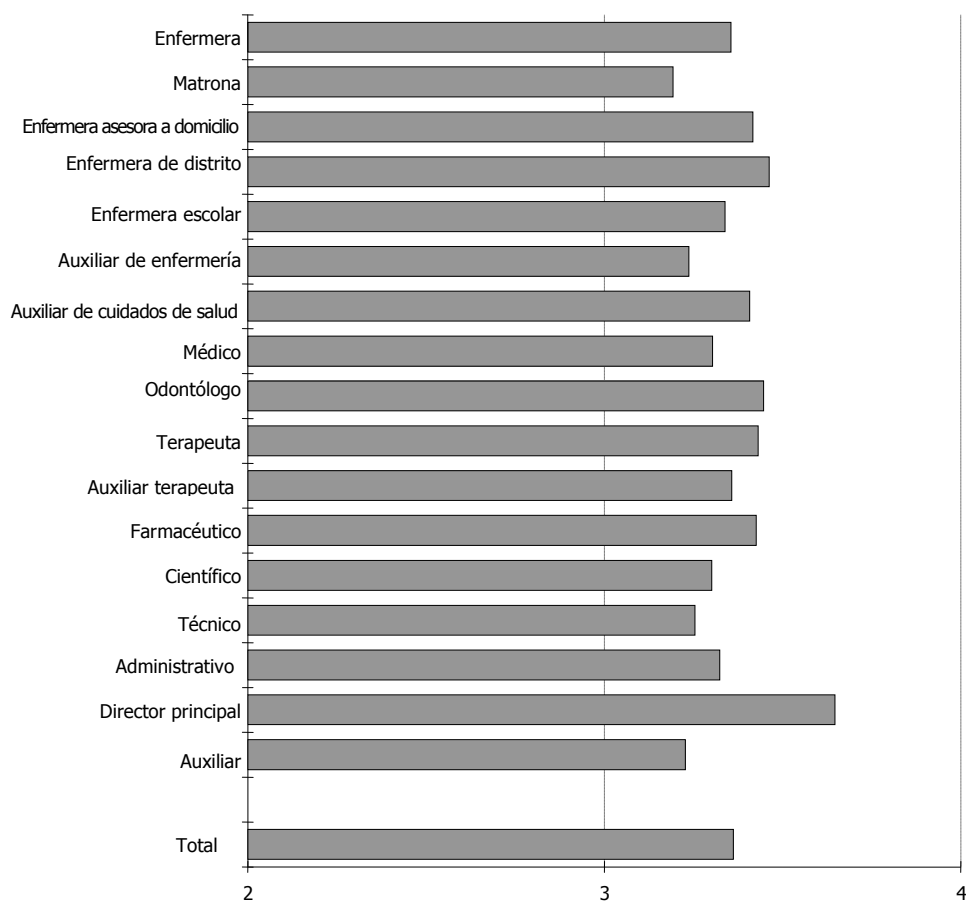
Disponer de un plan de desarrollo de los resultados, y recibir una evaluación formal guardan relación con niveles de dedicación significativamente más altos (los que tienen un plan de desarrollo de los resultados, por ejemplo, puntúan 3,50, frente a 3,24 los que no lo tienen). Estos aspectos de la vida laboral indican a los empleados que la organización toma en serio sus necesidades de formación y sus aspiraciones de desarrollo y profesionales; e indican también que el director de línea de esa persona se preocupa en medida suficiente de los informes directos que recibe de ella para detenerse a hablar con ella de su futuro.

Figura 1: Características del empleado dedicado, en paralelo con las afirmaciones sobre dedicación



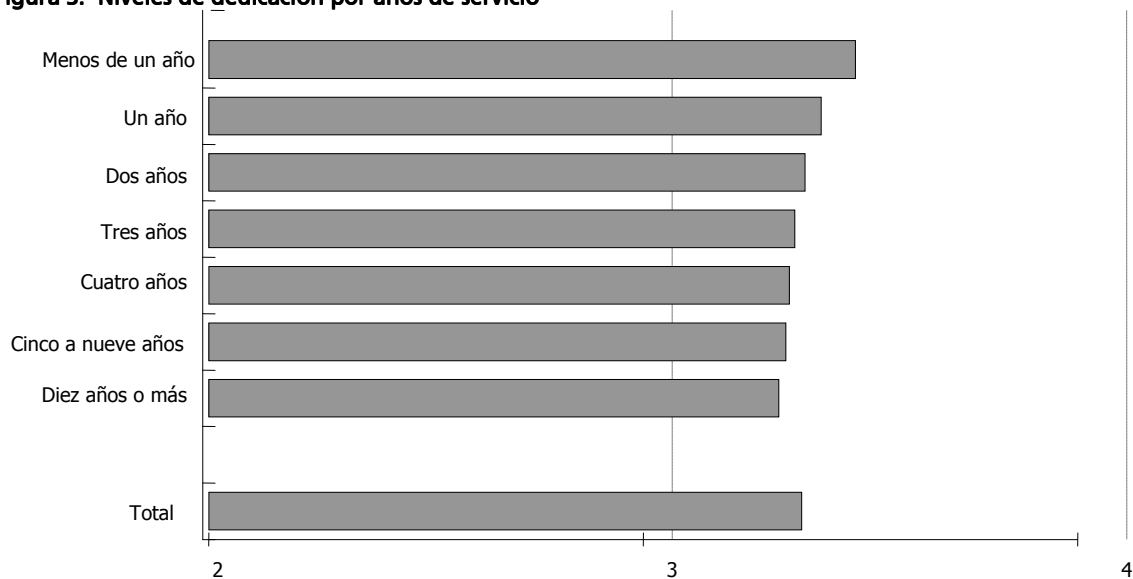
Fuente: Robinson et al. (2004).

Figura 2: Niveles de dedicación por grupos profesionales



Fuente: Robinson et al. (2004).

Figura 3: Niveles de dedicación por años de servicio



Fuente: Robinson et al. (2004).

Relaciones de dedicación

Correlaciones

El indicador de dedicación está claramente relacionado con actitudes hacia otros aspectos de la vida laboral, como puede verse en la Figura 1. Este indicador relaciona la dedicación con diversas otras actitudes y experiencias expresadas por las personas que respondieron a la encuesta del NHS, que se empleó para verificar la variable de dedicación.

Todas las correlaciones son muy significativas. Todas, excepto una, son positivas, lo que significa que el aumento está relacionado con un nivel más alto de dedicación – así, por ejemplo, unos niveles más altos de satisfacción con la comunicación guardan relación con unas puntuaciones en dedicación más elevadas. La excepción son los años (duración) de servicio, que guardan una correlación negativa – es decir, que los niveles de dedicación descienden a medida que aumenta la duración del servicio.

El principal impulsor

Es evidente que el elemento impulsor más fuerte es un sentido de verse valorado e implicado. Esto es comprensible intuitivamente, pues los elementos del indicador 'sentirse valorado e implicado' guardan relación con varios aspectos ya identificados como importantes para la dedicación. La medida en que el sentirse valorado e implicado es el elemento impulsor puede verse recurriendo a un modelo de regresión estadística. En sí mismo, sentirse valorado e implicado representa más del 34% de la variación de las puntuaciones de dedicación, lo que indica que es un poderoso elemento de predicción de la dedicación. Las seis variables siguientes representan más del 47% de la variación, lo que es extraordinariamente elevado para un modelo de regresión: 1) sentirse valorado e implicado, 2) cooperación, 3) satisfacción en el trabajo, 4) igualdad de oportunidades y trato equitativo, 5) aspectos étnicos (blanco / minoría étnica) y 6) comunicación.

Cuadro 4: Relaciones de dedicación altamente significativas

Actitud / experiencia	Coefficiente de correlación	N
Sentirse valorado e implicado	0,588	9.941
Cooperación	0,515	9.868
Comunicación	0,481	9.933
Formación, desarrollo y carrera profesional	0,485	9.943
Igualdad de oportunidades y trato equitativo	0,479	9.911
La Institución como lugar de trabajo, comparado con lo que era hace dos años *	0,452	7.267
Satisfacción en el trabajo	0,410	9.944
Gestión inmediata	0,401	9.941
Salario y demás prestaciones	0,398	9.904
Resultados y evaluación	0,381	9.923
Compañeros	0,280	9.934
Intenciones profesionales actuales	0,257	9.700
Estrés y presión laboral	0,155	9.930
Número de días dedicados a la formación y desarrollo en los 12 últimos meses	0,069	9.459
Duración del servicio	-0,062	9.744

* No se incluyen los empleados con menos de dos años de servicio
Fuente: Robinson et al. (2004).

¿Qué fomenta el sentido de valor?

En el Cuadro 5 figuran los elementos del sentirse valorado e implicado, y de nuevo se muestran sólo las asociaciones que son muy significativas. La función principal del director de línea puede verse claramente – no solo como vínculo directo, sino también indirectamente pues el director de línea actúa en aspectos tales como hacer evaluaciones de los resultados, suavizar la formación, comunicar y demostrar la igualdad de oportunidades. Una vez más, casi todas las correlaciones son positivas. La dos correlaciones negativas son la edad y los años de servicio, que significan claramente que uno se siente menos valorado e implicado a medida que aumentan la edad y los años de empleo.

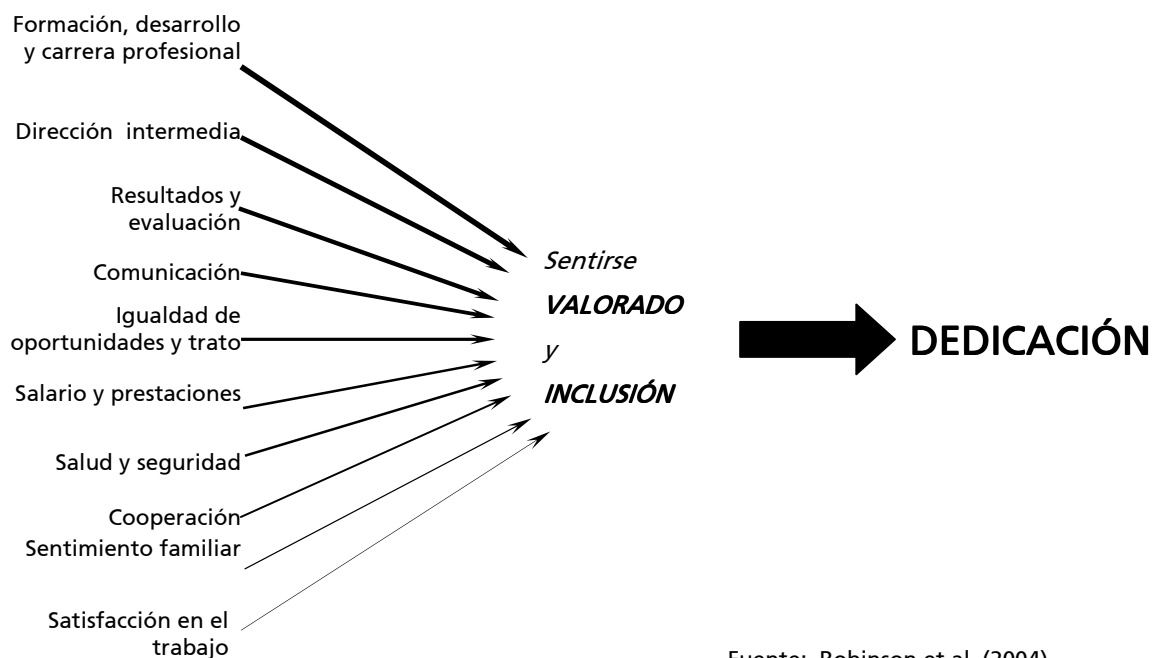
Cuadro 5: Asociaciones muy significativas con el sentirse valorado e implicado

Actitud / experiencia	Coefficiente de correlación	N
Formación, desarrollo y carrera profesional	0,689	9.940
Dirección intermedia	0,636	9.940
Resultados y evaluación	0,616	9.938
Comunicación	0,614	9.950
Igualdad de oportunidades y trato equitativo	0,592	9.915
Salario y prestaciones	0,532	9.919
En que medida la Institución ha mejorado como empleador en los dos últimos años*	0,478	7.274
Cooperación	0,473	9.866
Satisfacción en el trabajo	0,409	9.937
Compañeros	0,355	9.934
Planes profesionales actuales	0,302	9.703
Estrés y presión en el trabajo	0,273	9.929
Duración del servicio	-0,090	9.755
Edad	-0,076	9.644
Número de días dedicados a la formación y desarrollo formal en los últimos 12 meses	0,066	9.459

* No se incluyen los empleados con menos de dos años de servicio

Fuente: Robinson et al. (2004).

Figura 4 : Factores que fomentan la dedicación de los empleados: instrumento de diagnóstico



Fuente: Robinson et al. (2004).

Un instrumento de diagnóstico de la dedicación

En la Figura 4 se representan en forma de diagrama los factores que favorecen la dedicación. Es importante comprender que en ella se representa la imagen general de los encuestados que forman la base de datos del NHS empleada para el estudio del IES. Si se examinan los subgrupos (por ejemplo, si los datos se analizan por grupos del personal, grupos de edades, por etnias o por Instituciones), cambia la importancia de los diversos factores. Hay un vínculo claro entre las experiencias de los empleados y en modo general en que perciben la vida de trabajo y su sentido de ser valorados y estar implicados – y, por tanto, también con sus niveles de dedicación. Se cree que la dedicación es un paso más allá del compromiso, que, según se ha demostrado, incide en los

resultados empresariales; también está relacionado con un propósito más decidido de permanecer en la organización. Por tanto, tiene sentido que las organizaciones vigilen los niveles de dedicación de los empleados, y actúen para incrementarlos.

Los estudios realizados por el IES indican que los siguientes aspectos son de importancia fundamental para la dedicación.

- **Una buena dirección de línea** – directores que:
 - Se preocupan de sus empleados;
 - Los mantienen informados;
 - Los tratan equitativamente;
 - Les animan a trabajar bien;
 - Se interesan por sus aspiraciones profesionales;
 - Allanan el camino hacia las oportunidades de formación y desarrollo.
- **Cooperación abierta, de dos sentidos** – que permite que los empleados expongan ideas y sugieran modos mejores de hacer las cosas, al tiempo que se mantiene a los empleados informados de lo que es de interés e importancia para ellos (como la relación que hay entre sus puestos de trabajo y las operaciones generales).
- **Cooperación efectiva dentro de la organización** – entre los distintos departamentos y funciones y entre la dirección y los sindicatos.
- **Interés en el desarrollo de los empleados** – para que las personas sientan que la organización adopta una visión a largo plazo del valor de ellas y les aporta la formación que necesitan ahora y un acceso justo a las oportunidades de desarrollo.
- **Compromiso con el bienestar del empleado** – demostrado porque se toma en serio la salud y seguridad, se trabaja para reducir al mínimo los accidentes, las lesiones, la violencia y el acoso, y se actúa eficazmente si se plantea algún problema.
- **Políticas y prácticas claras y accesibles de recursos humanos** con las que están comprometidos los directores de línea y los directores principales – especialmente en lo que respecta a evaluaciones, igualdad de oportunidades y amistad familiar.
- **Equidad en lo que respecta a salarios y prestaciones** – en términos comparativos dentro y fuera de la organización.
- **Entorno laboral armonioso** – que anima a los empleados a respetarse y ayudarse mutuamente.

Los problemas y los retos

Funciona en ambas direcciones: en esta sección se ha puesto de relieve muchas veces que la dedicación va en las dos direcciones. Frecuentemente, los nuevos contratados llegan con elevados niveles de dedicación y con un sentido de optimismo en cuanto a su futuro. Las organizaciones no pueden esperar que esos niveles de dedicación se mantengan por sí mismos, sino que han de trabajar para alimentar el importantísimo sentido de verse valorado e implicado. Un aspecto que la dedicación tiene en común con el contrato psicológico es la facilidad y rapidez con que puede anularse; un acto de la organización mal pensado, extemporáneo o simplemente torpe puede destruir años de buena voluntad pacientemente acumulada. Por esto, las organizaciones no deben intentar elevar los niveles de dedicación si no están dispuestas a invertir en ello mucho tiempo, esfuerzo y dinero. La importancia del director de línea en el modelo de dedicación, por ejemplo, sugiere que quizá sea necesaria una importante inversión en el mejoramiento de la dirección de línea, mientras que tomar en serio la salud y seguridad pueden conllevar importantes gastos en adquisición de nuevos equipos y en formación.

Lo mismo no vale para todos

Si bien el modelo del IES funciona bien como planteamiento general, los empleados no son todos idénticos. Las organizaciones que empleen encuestas de las actitudes de los empleados para medir los niveles de dedicación podrán comparar las puntuaciones de los distintos grupos, y probablemente llegaran a conclusiones similares a las halladas en el NHS: que los niveles varían cuando los grupos de empleados se comparan utilizando criterios personales y relacionados con el puesto de trabajo, y en relación con las experiencias de los empleados en el trabajo. Esto indica que es necesario continuar el análisis, si los datos lo apoyan, para explorar si los factores que impulsan la dedicación son los mismos para todos los grupos.

En el NHS, sentirse valorado e implicado es el principal elemento impulsor de la dedicación de los empleados en todos los grupos laborales, excepto uno - el de los farmacéuticos – para el cual el factor más importante es la satisfacción en el trabajo. No hay indicación clara de por qué esto ha de ser así, salvo que tenga alguna relación con la independencia relativa de este grupo profesional. Otra observación interesante es que la importancia de la igualdad de oportunidades y del trato equitativo varía considerablemente y, en general, esta variación está relacionada con el porcentaje de los empleados de minorías étnicas que haya en el grupo laboral. En cuanto a los auxiliares de atención de salud y los auxiliares de enfermería (grupo en el cual hay un elevado porcentaje de empleados de minorías étnicas) es, por orden de importancia, el cuarto factor que contribuye a la dedicación, mientras que en el caso de las enfermeras de la comunidad y los terapeutas (cuyos porcentajes son bajos), es respectivamente el undécimo y el séptimo.

Grupos profesionales: ¿dedicación a qué?

El conjunto de datos del NHS reveló una interesante conclusión en relación con los grupos profesionales. Si bien, en general, los empleados de esos grupos tienen unos niveles de dedicación algo más elevados que sus compañeros que ocupan funciones de apoyo, no es eso lo que sucede con todos los profesionales; por ejemplo, los médicos y las matronas tienen niveles de dedicación inferiores al promedio, aun cuando sus puntuaciones de satisfacción en el trabajo son superiores al promedio. Es evidente que los profesionales sienten a menudo un nivel más elevado de compromiso y lealtad hacia su trabajo – y, en el NHS, hacia sus pacientes – que hacia su organización. Esto significa que quizá no estén demasiado interesados en los objetivos y valores de la organización, y prefieran más bien ir allí donde crean que pueden ejercer mejor su oficio y recibir, a cambio, el aprecio de sus colegas y de sus clientes. En cierta medida, quizá esto no importe a las organizaciones, especialmente si estas personas obtienen resultados eficientes mientras están empleadas. Sin embargo, el hecho de que la pérdida de personas muy capacitadas puede ser un duro golpe para los resultados de la organización indica que quizá merezca la pena tratar de comprender qué es lo que impulsa la dedicación de esos profesionales esenciales.

La cuestión de los años de servicio

El declive de los niveles de dedicación a medida que aumentan los años de servicio es un grave problema para las organizaciones. Es claro que el conocimiento y la experiencia de los empleados que llevan mucho tiempo en el puesto son de enorme valor para organización – pero la incidencia que esos empleados pueden tener quizá está siendo mitigada por sus niveles de dedicación, relativamente bajos. Se sugieren todo tipo de motivos para esa menor dedicación, tales como frustración profesional, (ser postergados en los ascensos), aburrimiento (el trabajo se ha convertido en rutina), cinismo (no les queda nada por ver) y quizá desilusión (consigo mismos o con su organización). Si bien el esfuerzo necesario para aumentar los niveles de dedicación de quienes llevan largos años de empleo puede ser considerable, en todos los casos salvo en los más difíciles quizá merece la pena, habida cuenta de las recompensas también mayores. Se hallan en curso otras investigaciones del IES para verificar el indicador de la dedicación y el instrumento de diagnóstico en distintos sectores de empleo.

Resumen y conclusiones

La dedicación de los empleados se basa en dos precursores que han sido objeto de detallada investigación: el compromiso de los empleados y el comportamiento cívico en la organización; ambos cuentan con una buena base de investigación, que hace que la **dedicación** merezca quizá un análisis más detallado que algunas otras iniciativas de recursos humanos.

Un número de personas cada vez mayor acepta que el compromiso de los empleados debe considerarse una realidad multidimensional y un proceso de dos sentidos. Las organizaciones experimentan la necesidad de crear compromiso porque reporta a la organización beneficios tales como una mayor satisfacción en el trabajo (Vandenberg y Lance 1992) y mejores resultados laborales (Mathieu y Zajac 1990), menor rotación de los empleados (Cohen 1991), ausentismo (Cohen 1993; Barber et al. 1999) e intención de abandonar (Balfour y Wechsler 1996). Con una marca e identidad grupal claras del empleador puede conseguirse contratar a las personas adecuadas y los empleados han de sentir que se les trata equitativamente y que se mantiene la confianza. La satisfacción y el compromiso laboral son conceptos similares pero no son idénticos; y si el compromiso del empleado se consigue eficazmente, tiene para la organización mejores

beneficios en términos de resultados que la satisfacción en el trabajo. La importancia de la buena comunicación, la apertura y la función de los directores de línea son elementos de vital importancia para la creación y mantenimiento del compromiso de los empleados.

El comportamiento cívico en la organización cuenta con una base de estudios de más de 20 años y, en esencia, fomenta el funcionamiento eficaz de la organización mediante comportamientos discrecionales como el altruismo, las virtudes cívicas, la seriedad y la cortesía. Asimismo, los elevados niveles de comportamiento cívico en la organización reducen la rotación e incrementan la retención del personal. Sin embargo, ciertos comportamientos cívicos en la organización, como los comportamientos de ayuda, no siempre facilitan el éxito en la organización y pueden reducir la mejora de los resultados y de la producción (Podsakoff y Mackenzie 1994).

La dedicación de los empleados cuenta con una base de investigación limitada y hasta ahora el trabajo se ha centrado en su definición, en idear una medida del compromiso y de lo que más influye en él. Se superpone a los conceptos de compromiso de los empleados y comportamiento cívico en la organización, pero no coincide exactamente con ellos. Los trabajos del IES han impulsado el conocimiento en este sector al identificar la manera en que se comportan los empleados contratados, sus características biográficas y las características del puesto de trabajo, y el modo en que experiencias laborales como los accidentes o lesiones inciden en los niveles de dedicación. El factor principal que se identifica en esos trabajos es el sentido de considerarse valorado e implicado, y también se identifican en ellos los factores que fomentan el sentido de valor. Entre éstos hay algunos aspectos fundamentales de lo que hace a un 'buen empleador', tales como la formación y el desarrollo, la evaluación de los resultados, la igualdad de oportunidades y el trato equitativo, un marco familiar acogedor, el sueldo y las prestaciones, la comunicación y, como antes se ha dicho en este mismo documento, es evidente la función clave que desempeñan los directores inmediatos. En realidad, es de vital importancia contar con una buena dirección de línea, lo que significa que tener unos directores que se preocupan por sus empleados, les mantienen informados, les tratan con equidad, los alientan y se interesan en sus resultados y en su carrera profesional. En esta importante esfera se precisan más trabajos, que ya están en curso.

Sección quinta: Resumen general

En este documento se han compendiado la base de pruebas y las cuestiones relacionadas con la buena gestión de los recursos humanos en el sector de salud con referencia a los indicadores de resultados y a la medición de los resultados de enfermería; las cuestiones de los resultados relacionadas con las personas y los equipos; y la contratación, el compromiso y dedicación de los empleados y el comportamiento cívico en la organización. Se han examinado dos temas fundamentales: las intervenciones y los indicadores relacionados con unos buenos resultados de la gestión de los recursos humanos; y la manera en que éstos pueden medirse.

Las pruebas examinadas sugieren que con las inversiones en el desarrollo y mantenimiento de políticas y prácticas eficaces de gestión de los recursos humanos se hace una contribución importante y medible a los resultados de la organización (CIPD 2001; Caulkin 2001; Richardson y Thompson 1999; West et al. 1997). La práctica de los recursos humanos contribuye a los resultados de las empresas de maneras en las que influyen tres perspectivas generales: 'la mejor práctica', 'la contingencia' y los 'grupos' (Richardson y Thomson 1999). Por otra parte, no hay 'varita mágica': las pretensiones de una mejor práctica universal son prematuras, la adopción de un conjunto determinado de estrategias de recursos humanos no conducirá por sí sola al éxito de la organización, y quizá el mismo 'grupo' de políticas de recursos humanos no sea universalmente aplicable (Richardson y Thomson 1999). En realidad, sigue siendo un enigma cómo y en qué combinación se ejercen los vínculos entre las prácticas de dirección y la función superior (Caulkin 2001). El examen de la gestión de los recursos humanos sigue siendo un "campo de investigación nuevo" (Guest 2001).

Buenas prácticas de 'gestión de los recursos humanos' en el sector de salud

La gestión de los recursos humanos en el sector de salud tiene un conjunto exclusivo de circunstancias y características, por ejemplo, unos recursos humanos que abarcan distintas ocupaciones y profesiones. Lo principal de la gestión de los recursos humanos en la atención de salud está todavía poco estudiado y la mayor parte de ese estudio se ha hecho en América del Norte (Buchan 2004). Problemas antiguos y nuevos amenazan a los recursos humanos encargados de la planificación y la prestación de la atención de salud en los sistemas de salud nacionales financiados por el sector público, y en ninguna parte éstos están tan amenazados como en el mundo en desarrollo y en los países en transición (Martinez y Martineau 2002). Antiguos problemas como los bajos salarios y motivación del personal, la distribución desigual y no equitativa de los recursos humanos de salud, los bajos resultados y responsabilidad del personal siguen siendo los principales obstáculos que frenan el desarrollo del sector de salud.

Entre los nuevos problemas pueden citarse la migración de personal cualificado que se mueve libremente entre los distintos países, frecuentemente atraído hacia los países industrializados por unos mejores salarios y mejor acceso a la formación y mejores condiciones laborales (Martinez y Martineau 2002; Informe de la OMS 2004). Las consecuencias devastadoras que la epidemia del VIH/SIDA ha tenido en los recursos humanos de salud probablemente serán importantes, especialmente en África, donde ya ha producido un creciente ausentismo y disminución del personal y un importante aumento de la carga de trabajo (Martinez y Martineau 2002). El problema que se plantea a los investigadores y analistas de la política general en el sector de salud es el de colmar el actual desfase del conocimiento: entre lo que sabemos por la base general de pruebas sobre las aportaciones y los resultados de la gestión de los recursos humanos, y lo que sabemos por la base de pruebas específicas de salud.

Indicadores de resultados de la enfermería: Base de pruebas

Los indicadores de los resultados de la enfermería pueden ser de interés para el 'buen empleador' por diversas razones. Entre ellas están el mejoramiento de la calidad de los cuidados, facilitar la contratación y retención del personal, y aportar información de base para la adopción de decisiones racionales y defendibles. Los resultados sensibles a la enfermería se definen de diversas maneras, pero ponen de relieve variables dependientes de las intervenciones de enfermería. Entre las reservas para su empleo cabe mencionar la dificultad de evaluar la aportación de una determinada profesión al trabajo de equipo multiprofesional; la dificultad de medir aspectos importantes de la atención de enfermería; y el estrés adicional que los indicadores de resultados pueden causar al personal que ya tiene un trabajo excesivo. Un acervo creciente de pruebas sugiere que pequeños cambios de las características de los recursos humanos de enfermería están relacionados con grandes cambios en los resultados conseguidos en los pacientes (por ejemplo, la combinación de las capacidades de enfermería, la formación, la experiencia y la carga de trabajo inciden en la mortalidad de los pacientes, en los fallos de los tratamientos, en los eventos adversos y en la longitud de las estancias hospitalarias).

Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos en la atención de salud

Objetivos y métodos eficaces de evaluación: base de pruebas

Los estudios realizados sugieren que, cuando los profesionales de atención de salud colaboran en equipos, puede prestarse un mejor servicio a los clientes (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001). En términos del 'buen empleador', el trabajo eficaz en equipo fortalece la motivación del personal (Wood et al. 1994), aumenta la satisfacción en el trabajo, favorece la salud mental (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992), mejora la retención y reduce la rotación del personal (Borrill et al. 2001). Hay un sólido conjunto de publicaciones en las que se identifica la efectividad de los equipos, en términos de su desarrollo y de su funcionamiento (por ejemplo, las fases de desarrollo y la comunicación en el equipo, la flexibilidad, la innovación, las funciones en el equipo y la dirección) (Borrill et al. 2001; Heinemann y Zeiss 2002b).

Para medir los resultados en la atención de salud, la gestión de los recursos humanos debe tener en cuenta los antecedentes de los resultados de la tarea y del contexto. Hasta ahora, el centro de interés se ha puesto sobre todo en los resultados de la tarea (Michie y West 2003). Si bien los estudios sobre la atención de salud favorecen siempre el valor del trabajo en equipo, muchas de las mediciones de los resultados en la atención de salud siguen basándose en la medición de los resultados individuales, en particular en la evaluación de éstos. Los directores disponen de numerosos sistemas e instrumentos de evaluación, entre ellos el método, más reciente, de evaluación individual de los resultados: 'observaciones y comentarios totales' (Armstrong y Baron 2005). Los instrumentos adecuados para medir los resultados de los equipos se presentan como los instrumentos 'más actuales', (por ejemplo, el inventario del ambiente del equipo) (Anderson y West 1998) y como instrumentos 'dignos de mención' (por ejemplo, el índice de colaboración en el equipo) (Aram et al. 1971; Lovett et al. 2002). En la medición del concepto de resultados del equipo se ponen de manifiesto muchas dificultades comunes a la medición de cualesquiera resultados, entre ellas la falta de un lenguaje común entre las distintas disciplinas y la adaptación a las condiciones locales (por ejemplo, el desarrollo de equipos virtuales).

Dedicación de los empleados: base de pruebas

La dedicación de los empleados tiene una base limitada de estudios e investigación y, hasta ahora, el trabajo se ha centrado en su definición, en idear una medida de la dedicación y averiguar que es lo que más influye en ella. El concepto de dedicación de los empleados se superpone con los de compromiso de los empleados y comportamiento cívico en la organización, pero no coincide exactamente con ninguno de ellos. Hay un consenso cada vez más amplio en que el compromiso de los empleados debe verse como una realidad multidimensional y un proceso en dos sentidos. Las organizaciones ven la necesidad de crear compromiso porque éste comporta para la organización beneficios tales como una mayor satisfacción en el trabajo (Vandenberg y Lance 1992), mejores

resultados laborales (Mathieu y Zajac 1990), menor rotación de los empleados (Cohen 1991), ausentismo (Cohen 1993; Barber et al. 1999) e intención de abandonar (Balfour y Wechsler 1996). Estudios que se ocupan de las 'expectativas cumplidas' sugieren que los empleados se sentirán más comprometidos si lo que la persona busca en un trabajo se adapta bien a lo que éste ofrece (Dawis 1992); y se dice generalmente que las expectativas no cumplidas son una de las causas de la insatisfacción (Sturges y Guest 2000). También se ha demostrado que hay un nexo entre las primeras experiencias laborales y el compromiso (Migenerey et al. 1995), y la importancia de un buen programa de introducción y de la formación. Se han identificado cuatro sectores en los que puede desarrollarse el sentido de confianza del empleado en el empleador (O'Mally 2000). El vínculo entre el comportamiento cívico en la organización y los resultados de ésta, aun sin ser definitivo, recibe apoyo (Podsakoff et al. 2000) y quizá resulte difícil descubrir la manera de promover el comportamiento cívico en la organización. Sin embargo quizá éste comportamiento haya de definirse más claramente y haya de incorporarse a los valores y al ethos de la organización para que sea más explícito y para que los empleados puedan ser evaluados con respecto a él.

Sección sexta: Consecuencias de política general

- No debe subestimarse la importancia de ser un 'buen empleador', especialmente teniendo en cuenta la escasez mundial de enfermeras. En realidad, la escasez de personal de salud cualificado, inclusive de enfermeras, es uno de los mayores obstáculos para la consecución de las Metas de desarrollo para el milenio con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la población mundial (Buchan y Calman 2004).
- La gestión de los recursos humanos eficaz puede estar relacionada con los resultados en el personal y en los cuidados, e influye en la salud y bienestar de los empleados y en los resultados individuales, de los grupos y de la organización (Michie y West 2004).
- Con una marca del empleador y una identidad del grupo claras puede garantizarse que se contrata a las personas idóneas.
- Los empleados han de sentir que se les trata equitativamente y que se mantiene la confianza.
- Orientar adecuadamente la política de recursos humanos para lograr unos recursos humanos bien motivados, adecuadamente capacitados y distribuidos ha de ser el centro de cualquier solución sostenible que se aplique para los resultados del sistema de salud (Dussault et al. 2003, Diallo et al. 2003).
- Siguen planteados varios problemas metodológicos y no es probable que ninguna intervención única aporte una solución sostenible a todas las cuestiones de los recursos humanos que se plantean a una organización, por ello puede ser importante preguntar qué se hace y cómo debe hacerse. La mayoría de los estudios empíricos se centran en este último aspecto y ha de prestarse atención al examen de los pasos intermedios entre la estrategia de recursos humanos y los resultados de la organización.
- La ANA comenzó (1994) a reunir datos de nivel nacional sobre los resultados de enfermería, y con ello ha desempeñado una importante función de mejoramiento de la calidad en los EE.UU. Otros muchos países están interesados en seguir su sistema como modelo.
- Se han hecho intentos de examinar las normas nacionales en el Reino Unido (Comisión Auditora 2001; Comisión de Atención de Salud 2004) pero la falta de orientaciones nacionales para evaluar los sectores de presión, por ejemplo, pueden haber puesto en peligro los datos reunidos. Hay también en el Reino Unido iniciativas locales para recoger datos sobre los resultados de enfermería (Harvey 2004; Watterson 2004).
- Marshall et al. (2003) sugieren que hay considerables posibilidades de que los países colaboren en el plano internacional para desarrollar indicadores de la calidad, pero quizá se requieran modificaciones para conseguir la mejor adaptación en el plano nacional.
- Una estructura y contexto organizativos de apoyo se consideran vitales para los resultados de los equipos y para la gestión de los resultados y deben incluir una buena gestión de los recursos humanos, consistente en una planificación eficaz de los recursos, la combinación de capacidades, políticas sobre igualdad de oportunidades, retención de las capacidades, seguridad en el trabajo, relaciones laborales y despidos (Michie y West 2004).
- Ha de fomentarse la elaboración de nuevos instrumentos para medir los resultados y la efectividad de los equipos y debe incluir lo siguiente:
 - instrumentos que midan más aspectos de los resultados de los equipos;
 - instrumentos más orientados que midan aspectos nuevos de los resultados, como los cambios en la atención de salud; e
 - instrumentos que reúnan datos acerca de los resultados del equipo, procedentes de encuestados u observadores externos al equipo (Lovett et al. 2002).

- Los trabajos ulteriores han de ocuparse de las relaciones existentes entre los profesionales de la atención de salud – medidas del funcionamiento interprofesional efectivo. Es éste un sector que se ha olvidado en la medición de los resultados de las organizaciones de atención de salud, y sin embargo apenas puede exagerarse la importancia que tiene para el funcionamiento eficaz de las organizaciones de atención de salud (Michie y West 2003).
- La identificación y la medición de los resultados individuales y de los equipos son relativamente nuevas en la atención de salud; el conocimiento de lo que hace a un buen empleador en la atención de salud está relativamente subdesarrollado, pero ciertos conceptos que se han establecido en el mundo empresarial pueden aplicarse con precaución a la atención de salud.
- La satisfacción y el compromiso en el trabajo son conceptos similares, pero no son idénticos y, si el compromiso del empleado se consigue eficazmente, produce para la organización beneficios mayores en términos de resultados, que la satisfacción en el trabajo.
- La importancia de una buena comunicación y apertura y la función de los directores de línea son elementos de vital importancia para la creación y el mantenimiento del compromiso de los empleados.
- En esencia, el comportamiento cívico en la organización fomenta el eficaz funcionamiento de ésta mediante comportamientos tales como el altruismo, las virtudes cívicas, el espíritu deportivo, la seriedad y cortesía, y unos altos niveles de comportamiento cívico en la organización hacen que disminuya la rotación del personal y aumente la retención.
- Algunos elementos del comportamiento cívico en la organización, como los comportamientos de ayuda, no siempre facilitan el éxito en la organización y pueden reducir las mejoras de resultados tales como la producción (Podsakoff y Mackenzie 1994).
- En el caso de los empleados del sector de los seguros que despliegan niveles más elevados de comportamiento cívico en la organización, los clientes perciben que prestan un servicio de mayor calidad (Bell y Menguc 2002).
- Los trabajos del Instituto de Estudios del empleo (IES) han hecho avanzar el conocimiento en este sector al identificar la manera en que se comportan los empleados dedicados, sus características biográficas y las características del puesto, y la manera en que las experiencias laborales - como un accidente o lesión – inciden en los niveles de dedicación.
- El elemento impulsor más fuerte que ha identificado el IES es el sentirse valorado e involucrado, y se han identificado también factores que fomentan el sentido de valor. Entre éstos figuran aspectos clave de lo que hace a un 'buen empleador' tales como la formación y desarrollo, la evaluación de los resultados, la igualdad de oportunidades y el trato equitativo, el apoyo familiar, el sueldo y las prestaciones, la comunicación y la función esencial de la dirección de línea inmediata.
- Una dirección de línea de buena calidad es vital para la dedicación de los empleados, es decir, los directivos que cuidan de sus empleados, los mantienen informados, los tratan equitativamente, los alientan y se interesan por sus resultados y por su carrera profesional.
- Entre los problemas que se plantean está el carácter de doble sentido de la dedicación. "No a todos conviene un tamaño único" y la dedicación de grupos profesionales es un problema particular. Frecuentemente los profesionales tienen un nivel más elevado de compromiso y lealtad para con su trabajo, el sistema nacional de salud y sus pacientes que para con su organización. Y quizá valga la pena comprender mejor los factores que impulsan la dedicación de esos profesionales esenciales (por ejemplo, médicos y matronas).
- En este importante sector se precisan más trabajos, que ya se encuentran en curso.

Anexo 1: Estrategia de búsqueda

Los estudios de investigación pertinentes se identificaron mediante una búsqueda de PubMed, Web of Science, Cinahl, BMJ, ERIC, PSYCHINFO, MEDLINE y Resúmenes de disertaciones aplicando las siguientes combinaciones de términos de búsqueda:

Indicadores	resultados de enfermería, indicadores de enfermería, indicadores de los resultados nacionales de enfermería, indicadores nacionales de enfermería, resultados de enfermería en los pacientes, tarjetas de informes.
Resultados	evaluación de los resultados, resultados de los tratamientos, resultados clínicos, resultados en los pacientes, mortalidad, morbilidad, eventos adversos, calidad de los cuidados, duración de la estancia hospitalaria, complicaciones, errores, readmisiones, admisiones.
Recursos humanos	fuerza de trabajo, recursos humanos de salud, mano de obra, política de recursos humanos, formación, educación, enfermeras, niveles de dotación de personal, coeficientes de dotación de personal, combinación de capacidades, sustitución, especialización, capacitación, educación, títulos, desarrollo del personal.
Resultados de la organización	motivación de los empleados, buen empleador, empleador modelo, equilibrio entre vida y trabajo, resultados, eficacia de la organización, contrato psicológico, buen empleador e incentivos, resultados y objetivos laborales, resultados y evaluación del puesto de trabajo, resultados laborales y medición, resultados laborales y el buen empleador, resultados laborales y trabajadores individuales, resultados laborales e incentivos.
Equipos	evaluación de los equipos, resultados de los equipos, aprendizaje interprofesional, formación interprofesional.
Participación	comportamiento cívico en la organización, dedicación de los empleados, contratación de los empleados.

Además se hicieron búsquedas en los sitios web de las organizaciones siguientes:

AHRQ (American Health Research and Quality)
ANA (American Nurses Association) (Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos)
Audit Comisión (Comisión auditora)
CHI (Commission for Health Improvement)
CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation)
CIPD (Chartered Institute of Personnel and Development)
Cochrane Collaboration Library
DFID (Department for International Development)
DH (Department of Health)
Google
Healthcare Commission
IES (Institute of Employment Studies) (IEE - Instituto de Estudios del empleo)
Institute of Medicine (IOM) (Instituto de Medicina)
The World Bank (Banco Mundial)
WHO (World Health Organization) (OMS Organización Mundial de la Salud)

Referencias

- Adams O and Buchan J (2000). Health Sector Issues. The World Bank. Available: www.worldbank.org/publicsector/civilservice/health.htm. (Accessed 2005, 1 February).
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2004). "Hospital Nurse Staffing and Quality of Care". Research in Action (14), MD, USA.
- Aitken JM and Kemp J (2003). "HIV/AIDS, equity and health sector personnel in southern Africa. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, (Equinet Discussion Paper No. 12), Harare, Zimbabwe.
- Aiken L, Sloane D and Sochalski J (1998). "Hospital organization and outcomes". Quality in Health Care, 7, 222-226, Oxford University Press, UK.
- Aiken L, Smith H and Lake, E (2002a). "Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care". Medical Care, 32(8), 771-787, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM and Sochalski J (2001). "An international perspective on hospital nurses' work environment: The case for reform". Policy, Politics and Nursing Practice, 2(4), 255-263, Sage Publications. USA.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM Sochalski J and Silber JH (2002b). "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction". Journal of the American Medical Association, 288(16), 1987-1993, Chicago, IL, USA.
- Aiken LH et al. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. Journal of American Medical Administration 290(12), 1617-1623, Chicago, IL, USA.
- Allen N and Meyer J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organisation. Journal of Occupational Psychology, 63, 1-18, UK.
- Alt-White AC, Charms M and Strayer R (1983). Persona, Organizational and managerial factors related to nurse-physician collaboration. Nursing Administration Quarterly 8, 8-18, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- American Nurses Association (1997). Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes. American Nurses Publishing, Washington DC, USA.
- American Nurses Credentialling Center (ANCC) (2001). Magnet Nursing Service Recognition Program. Health Care Organisations Instructions and Application Profess Manual 2000-2001. ANCC, Washington DC, USA.
- Anderson N and West MA (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. Journal of Organisational Behaviour, 19, 235-258, Australia.
- Anderson NR and West MA (1994). The Team Climate Inventory. Assessment Services for Employment, NFER- Nelson, Windsor, UK.
- Aram, JD, Morgan CP and Esbeck ES (1971). Relation of collaborative interpersonal relationships to individual satisfaction and organizational performance. Administrative Science Quarterly 16 289-296, Cornell University, USA.
- Armstrong M and Baron A (1998). Performance Management – the new realities. The Institute for Personnel Development, London, UK.
- Armstrong M and Baron A (2005). Managing Performance: performance management in action, Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), London, UK.
- Audit Commission (2001). Ward staffing – review of the national findings. Audit Commission, London, UK
- Baggs JG (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. Journal of Advanced Nursing 20 176-182, Blackwell Publishing, UK.

- Bailey DB and Helsel-DeWert M (1983). Rating individual participation on the inter-disciplinary team. *American Journal of Mental Deficiency* 88 247-254, Bricker Publications, USA.
- Balfour D and Wechsler B (1996). Organisational commitment: Antecedents and outcomes in public organisations. *Public Productivity and Management Review*, 29, 256-277, Sage Publications, USA.
- Balfour D and Wechsler B (1990). 'Organizational commitment: A reconceptualization and empirical test of public-private differences. *Review of Public Personnel Administration*, Vol. 10(3), pp.23-40, Sage Publications, USA.
- Bandura A (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78, American Psychology Society, Blackwell Publishing, USA.
- Barber L, Hayday S and Bevan S (1999). From people to profits, IES Report 355, Institute for Employment Studies, UK.
- Barlow G (1989). Deficiencies and the perpetuation of power: latent functions in performance appraisal. *Journal of Management Studies*. September p449-517, Blackwell Publishing, UK.
- Baumeister R and Leary M (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Becker BE and Gerhart B (1996). The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of Management Journal* 39 779-801, USA.
- Bell S J and Menguc B (2002). The employee-organisation relationship, organisational citizenship behaviours, and superior service quality, *Journal of Retailing*, 78, 131-146, Elsevier Science, USA.
- Bennis WG and Shepherd HA (1956). A theory of group development. *Human Relations* 9, 415-437, Tavistock Institute, London, UK.
- Berman P (1995). Health sector reform: making health development sustainable. In *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Edited by Berman P. 13-36, Harvard University Press, Boston, MA, USA.
- Bion WR (1961). *Experiences in Groups*. Basic Books, New York, USA.
- Birn A-E, Zimmerman S and Garfield R (2000). To decentralise or not to decentralise – is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990s. *International Journal of Health Services*, 30(1):111-129, Baywood Publishing Co., New York, USA.
- Black N (2002). Greater Caution needed in interpreting research evidence. Letter response. 3 October 2002. *British Medical Journal*, UK.
- Boland T and Fowler A (2000). A systems perspective of performance management in public sector organizations. *The International Journal of Public Sector Management* 13 (5). MCB University Press, Emerald Group Publishing, UK.
- Bond J, Cartilidge AM, Gregson BA, Philips PR, Bolam F and Gill KM (1985). A study of interprofessional collaboration in primary health care organisations. Report No 27 (2), Newcastle-upon-Tyne, Health Care Research Unit, University of Newcastle-upon-Tyne, UK.
- Borman WC and Motowidlo SJ (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. In Schmia N and Borman WC and associates (eds) *Personnel Selection in Organisations*. Jossey-Bass, San Francisco, USA.
- Borrill C, Carletta J, Carter A, Dawson J, Garrod S, Rees A, Richards A, Shapiro D and West M (2001). The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. Aston University, University of Glasgow, University of Leeds, UK.
- Borrill C, West M, Shapiro D and Rees A (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 6(8), 364-371, Mark Allen Group, UK.

- Bowels ML and Coates G (1993). Image and substance: the management of performance as rhetoric or reality? *Personnel Review* 22(2): 3-21, Emerald Group Publishing, UK.
- Brallier SA, and Tsukuda RA (2002). Organizational and Team Structure. In: Heinemann, G.D. and Zeiss, A.M. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Brito P, Galin P and Novick M (2001). Labour Relations, Employment Conditions and Participation in the Health Sector. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France. Available: www.who.int/hrh/documents/en/workforce_strategy.pdf (Accessed 2005, 2 February).
- Brook RH, Chassin MR and Fink A et al. (1986). A method for detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1986;2:53-63.
- Buchan J and Dal Poz M (2002). Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence. *Bulletin of the World Health Organisation*, 80(7), 575-580, Geneva, Switzerland.
- Buchan J (2004). What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health* 2:6. Available: www.human-resources-health.com/content/2/1/6 (Accessed 2005, 2 February).
- Buchan J and Calman L (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. The Global Nursing Review Initiative for the International Council of Nurses: Geneva, Switzerland.
- Campbell D and Hallam GL (1997). Team Development Survey. National Computer Systems Inc, Rosemont IL, USA.
- Carr-Hill R, Currie L and Dixon P (2003). Skillmix in Secondary Care: SDO Scoping Exercise: Final Report, University of York Centre for Health Economics, UK.
- Cassels A (1995). Health Sector Reform: Key Issues in Developing Countries. *Journal of International Development*, 7(3), 329-347, University of Sheffield, UK.
- Caulkin S (2001). The Time is Now. *People Management*, 30 August, 32-34.
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2002). Sustaining Success In Difficult Times: Research Summary. London, UK.
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2001a). The change agenda: People management and business performance. CIPD August 2001. Reference 2242. Available: www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/1A7F222F-D8C1-4BC3-8711-5DE06675E0C8/0/perform_throu_peop.pdf (Accessed 2005, 21 February).
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2001b). Employers' perceptions of the psychological contract', CIPD Report 112, London, UK.
- Chen XP, Hui C and Segoe DJ (1998). The role of organisational citizenship behaviour in turnover: Conceptualisation and preliminary tests of key hypotheses. *Journal of Applied Psychology*, 81(3), 922-931, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Chivers W and Darling P (1999). 360-degree Feedback and Organisational Culture. Institute of Personnel and Development, London, UK.
- Coens T and Jenkins M (2000). Abolishing performance appraisals: why they backfire and what to do instead. McGraw Hill Education, USA.
- Cohen A (1991). Career stage as a moderator of the relationship between organisational commitment and its outcomes: A meta-analysis. *Journal of Occupational Psychology*, 64, 253-268, UK.
- Cohen A (1993). Age and tenure in relation to organisational commitment: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 143-159 Lawrence Erlbaum Associates, Inc, NJ, USA.
- Cohen A and Gattiker (1994). Cited in *Consequences of Satisfaction with Pay Systems: Two Field Studies*, Miceli M P, Mulvey P W, January 2000, *Industrial Relations*, Vol. 39, no. 1, pp. 62-87(26) Blackwell Publishing, UK.
- Commission for Health Improvement (CHI) (2003). NHS National Survey 2003: Summary of Key Findings. Available: www.chi.nhs.uk/eng/surveys/nss2003/key_findings.pdf (Accessed 2005, 2 February).

- Cook J and Wall T (1980). New work attitude measures of trust, organisational commitment and personal need non-fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52 UK.
- Corrigan P, Garman AN, Lam C and Leary M (1998). What mental health teams want in their leaders. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(2), 111-123, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
- Cott C (1998). Structure and meaning in multi-disciplinary teamwork. *Sociology of Health and Illness* 20 (6): 848-873, Blackwell Publishing, UK.
- Dawis R (1992). Person-environment fit and job satisfaction. In CJ. Cranny et al. (eds.) *Job Satisfaction*, New York: Lexington, USA.
- De Bruijn H (2002). *Managing performance in the public sector*. London, Routledge, UK.
- Delaney JT and Huselid MA (1996). The impact of human resource management practices on perceptions of organisational performance. *Academy of Management Journal* 39 949-969, USA.
- Denison DR (1990). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. John Wiley, New York, USA.
- Department of Health (1998). *A First Class Service. Quality in the NHS*. Department of Health, London, UK.
- Department of Health (2000). *Improving Working Lives Standard*. Department of Health Crown Copyright, London, UK.
- Department of Health (2000). *The NHS Plan: A Plan For Investment, A Plan For Reform*. Department of Health, London, UK.
- Diallo K, Zurn P, Gupta N and Dal Poz M (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 1, 3, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Dickinson T and McIntyre R (1997). A conceptual framework for teamwork measurement. In Brannick M, Salas E and Prince C (eds) *Team performance assessment and measurement* (p19-44) Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ, USA.
- Donabedian A (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, American College of Healthcare Executives, USA.
- Doran DM, ed. (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*. Jones and Bartlett, Sudbury, MA, USA.
- Dreachlin JL, Hunt PL and Sprainer E (1999). Communication patterns and group composition: Implications for patient-centered care team effectiveness. *Journal of Health Care Management* 44(4): 252-268, Mark Allen Group, UK.
- Dunham R, Grube J and Castaneda M (1994). Organisational Commitment: The utility of an integrative definition. *Journal of Applied Psychology*, 79, 370-380, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Dunton N (2004). How to use your new NDQI reports. Presentation given by N. Dunton, Director of NDQI at the University of Kansas, Missouri, USA.
- Dussault G and Dubois C (2003). Human Resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1:1, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Edmonstone J (1996). Appraising the state of performance appraisal. *Health Manpower Management* 22 (6): 9-13, Emerald Group Publishing, UK.
- Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ and Friedman B (1991). Case management: A randomised controlled study comparing a neighbourhood team and a centralized individual model. *Health Services Research*, 26 (4), 471-507, Blackwell Publishing, UK.
- Englemann CH and Roesch CH (1996). *Managing Individual Performance*. American Compensation Association, Scottsdale Arizona, USA.

- Farrell MP, Heinemann GD and Schmitt MH (1986). Informal roles, rituals and styles of humor in interdisciplinary health care teams: Their relationship to stages of group development. *International Journal of Small Group Research*, 2, 143-162, Sage Publications, USA.
- Farrell MP, Heinemann GD and Schmitt MH (1992). A measure of anomie in health care teams. In Snyder J.R. (Ed) *Interdisciplinary Health Care Teams: Proceedings of the Fourteenth Annual Conference in Chicago* (p186-197). Indianapolis In: School of Allied Health Sciences, Indiana University School of Medicine, Indiana University Medical Center, USA.
- Fittal B (2004). Can we measure how changes in the nursing workforce affect patient care? *Journal of Nursing Management*. (in press), Blackwell Publishing , UK.
- Fletcher C and Williams R (1985). *Performance Appraisal and Career Development*. hutchinson, London, UK.
- Franco L, Bennett S, Kanfer R and Stubblebine (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine* 58: 343-355, Elsevier Publishing, UK.
- Gaertner K and Nollen S (1989). Career experiences, perceptions of employment practices, and psychological commitment to the organisation, *Human Relations*, 42, 975-991, Tavistock Institute, London, UK.
- Galbraith JR (1993). The business unit of the future. In J. R. Galbraith, E. E. Lawler III and Associates (Eds), *Organizing for the Future: The New Logic for Managing Complex Organizations*. Jossey-Bass, San Francisco, USA.
- Galbraith JR (1994). *Competing with Flexible Lateral Organisations* (2nd edn). Addison-Wesley, Reading, MA, USA.
- Gibb JR (1964). Climate for trust. In Bradford, LP, Gibb JR and Benne KD (eds) *T-Group theory and laboratory method: Innovations in re-education*. John Wiley, New York, USA.
- Gilbert JHV, Camp RH, Cole CD, Bruce C, Fielding DW and Stanton SJ (2000). Preparing students for inter-professional teamwork in health care. *Journal of Interprofessional Care*, 14 (3), 223-235, Taylor & Francis, UK.
- Gilson L (1995). Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. In *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*. Edited by: Berman P. Harvard University Press:277-316, Boston, USA.
- Glaser R and Glaser C (1995). *Team Effectiveness Profile: How is your team working?* (3rd ed.) Organization Design and Development Inc, King of Prussia PA, USA.
- Goni S (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*, 48, 107-117, Oxford University Press, UK.
- Green S, Anderson S and Shivers S (1996). Demographics and organisational influences on leader-member exchange and related work attitudes. *Organisational Behaviour and Human Decision Processes*, 66, 203-214, Elsevier Publishing, UK.
- Griffin MA and Mathieu JE (1997). Modeling organisational processes across hierarchical levels: climate, leadership and group processes in work groups. *Journal of Organisational Behavior*, 18, 731-744.
- Grint K (1993). What's wrong with performance appraisal? A Critique and a suggestion. *Human Resource Management Journal*. Spring p61-77, Emerald Publishing Group, London, UK.
- Grover S and Crooker K (1995). Who appreciates family-responsive human resource policies: The impact of family-friendly policies on organisational attachment. *Personnel Psychology*, 48, 271-288, USA.
- Guest D (2001). *Personnel's Paradox*. *People Management* pp 25-29.
- Guest D and Conway N (2002). *Pressure at work and the psychological contract*. Research report. Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), London, UK.
- Guest D and Conway N (2000). *The psychological contract on the public sector*. Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), London, UK.

- Guzzo RA and Shea GP (1992). Group performance and intergroup relations in organisations. In MD Dunnette and LM Hough (Eds), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (Vol 3, pp. 269-313). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, USA.
- Guzzo RA and Bondy JS (1983). *A Guide to Worker Productivity Experiments in the United States 1976-1981*. Pergamon, New York, USA.
- Guzzo RA, Jette RD and Katzell RA (1985). The effects of psychologically based intervention programs on worker productivity: a meta-analysis. *Personnel Psychology* 38, 275-292, USA.
- Hackman JR ed. (1990). *Groups That Work (and Those That Don't): Creating Conditions for Effective Teamwork* Jossey-Bass, San Francisco, USA.
- Hall J (1969). Conflict Management Survey: A survey of one's own characteristic reaction to and handling of conflicts between himself and others. Teleometrics International, Conroe TX, USA.
- Harmon SK, Brallier SA and Brown GF (2002). Organizational and Team Context. In: Heinemann GD, and Zeiss AM. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Harrington C, O'Meara J, Kitchener M, Simon LP and Schnelle JF (2003). Designing a report card for nursing facilities: What information is needed and why. *Gerontologist*. 43 (Spec No 2), 47-57, The Gerontology Society of America, USA.
- Harter JK, Schmidt FL and Hayes TL (2002). 'Business-Unit-Level Relationship Between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis' *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, No.2 pp.268-279, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Harvey R (2004). Using Clinical Performance Information to Improve the Quality of Care in a Specialist NHS Trust. *Journal of Nursing Management*, 12(6), 427-435, Blackwell Publishing , UK.
- Healthcare Commission (2004). 2003 Staff Survey. July 2004. Available from Healthcare commission website: www.healthcarecommission.org.uk (Accessed 2005, 11 February).
- Hegyvary ST (1991). Issues in outcomes research. *Journal of Nursing Quality Assurance* 5 (2), 1-6, USA.
- Heinemann GD and Zeiss AM (2002a) A Model of Team Performance In: Heinemann, G.D. and Zeiss, A.M. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Heinemann GD (2002). Teams in Healthcare Settings In: Heinemann GD and Zeiss AM *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Heinemann GD and Zeiss AM, eds (2002b). *Team Performance In Health Care: Assessment and Development*. Kluwer academic / Plenum Publishers, London, UK.
- Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP and Brallier SA (1999). Development of an Attitudes Towards Health Care Teams Scale. *Evaluation and the Health Professions*. 22 123-142, Sage Publications, USA.
- Henneman EA, Lee JL and Cohen JI (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21(1): 103-109, Blackwell Publishing, UK.
- Hewitt C et al. (2003). *Health Service Workforce and Health Outcomes - A Scoping Study*. Service Delivery and Organisation, London, UK.
- Hoffman LR and Maier NRF (1961). Sex differences, sex composition, and group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 453-456, American Psychology Association, USA.
- Hofer TP, Bernstein SJ, Hayward RA and DeMonner S (1997). Validating quality indicators for hospital care. *Jt Comm J Qual Improv. Sep; 23(9):455-67*.
- Hogg M, Terry D and White K (1995). A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory, *Social Psychology Quarterly*, 58, 255-269, American Sociological Association, USA.

- Hughes SL, Cummings J, Weaver F, Manheim L, Brawn B and Conrad K (1992). A randomised trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research*, 26 (6), 801-817, Blackwell Publishing, UK.
- Huselid M (1995). The Impact of Human Resource Management Practices on Turnover, Productivity and Corporate Financial Performance. *Academy of Management Journal*, 38(3), 635-672, USA.
- Iaffaldano M and Muchinsky P (1985). Job satisfaction and job performance: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 251-273 American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Iddvall E, Rooke L and Hamrin E (1997). Quality Indicators in Clinical Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 6-17, Blackwell Publishing, UK.
- Ivey SL, Brown KS, Teske Y and Silverman D (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings, *Journal of Allied Health*, 17, 189-195, PA, USA.
- Jackson G, Gater R, Goldberg D, Tantam D, Loftus L and Taylor H (1993). A new community mental health team based in primary care: A description of the service and its effect on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry*, 162, 375-384, Royal College of Psychiatrists, UK.
- Jackson SE (1996). The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In M. A. West (Ed.), *Handbook of Work Group Psychology* (pp. 53-76). Wiley, Chichester, UK.
- Jansson A, Isacsson A and Lindhom LH (1992). Organization of health care teams and the population's contacts with primary care. *Scandinavian Journal of Health Care*, 10, 257-265, Taylor & Francis, UK.
- Jeppsson A (2001). Financial priorities under decentralisation in Uganda. *Health Policy and Planning*, 16(2):187-192, Oxford University Press, UK.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human Resources For Health: Overcoming The Crisis*. Harvard University, USA.
- Jones JE and Bearley WL (1993). Group development Assessment. *Organizational Design and Development Inc*, King of Prussia, PA, USA.
- Jones JE (1973). A model of group development. In Jones, J.E. and Pfeiffer, J.W. (Eds) *The 1973 annual handbook for group facilitators* (p127-129). University Associates, San Diego, Ca, USA.
- Jones JJ and Hunter D (1995). Consensus Methods for Medical and Health Services Research. *British Medical Journal*, 311, 376-380, Blackwell Publishing, UK.
- Jones RVH (1992). Teamworking in primary care: how do we know about it? *Journal of Interprofessional Care*, 6, 25-29, Taylor & Francis, UK.
- Kahn WA (1990). 'Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work' *Academy of Management Journal*, Vol. 33, No.4 pp.692-724, USA.
- Karambayya R (1999). Contexts for organisational citizenship behaviour: Do high performing and satisfying units have better 'citizens'?, York University working paper, UK.
- Keenan GM, Cooke R and Hillis SL (1998). Norms and nurse management of conflict: key to understanding nurse-physician collaboration. *Research in Nursing and Health* 21, 59-72.
- Kidder DL (2002). The influence of gender on the performance of organisational citizenship behaviours. *Journal of Management*, Official Journal of the Southern Management Association, 28(5), 629-648, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org
- Kirkhart DG (1995). Shared care: Improving health care, reducing costs. *Nursing Management*, 26 (6), 26-32, Lippincott, Williams & Wilkins, USA.
- Koerner BL, Cohen JR and Armstrong DM (1986). Professional behaviour in collaborative practice. *Journal of Nursing Administration*, 16 (10), 39-43, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.
- Kopelman RE (1986). Objective feedback. In Locke, E.A. (ed) *Generalizing from Laboratory to Field Settings* Lexington Books, Lexington MA, USA.

- Kormanski C and Mozenter A (1987) A new model of team building: A technology for today and tomorrow. In Pfeiffer J.W. (Ed) The 1987 annual: Developing human resources (p255-268). University Associates, San Diego, CA, USA.
- Kormanski C (1985). "A Situational Leadership™ Approach to Groups Using the Tuckman Model of Group Development." *Developing Human Resources*. San Diego, CA: University Associates, 217-224.
- Kormanski C (1990). Team building patterns of academic groups. *The Journal for Specialists in Group Work* 15, 206-214, Taylor & Francis, USA.
- Kovner C, Jones C, Zhan C, Gergen P and Basu J (2002). Nurse staffing and post surgical adverse events: An Analysis of administrative data from a sample of US hospitals 1990-1996. *Health Services Research*, 27(3), 611-629, Blackwell Publishing, UK.
- Kramer R (1999). Trust and distrust in organisations: Emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598 CA, USA.
- Landy FJ, Farr JL and Jacobs RR (1982). Utility concepts in performance measurement. *Organisational Behavior and Human Performance*, 30, 15-40, USA.
- Laurell AC (2001). Health reform in Mexico: the promotion of inequality. *International Journal of Health Services* 31(2):291-321, Baywood Publishing Co., New York, USA.
- Lawrence PR and Lorsch J (1969). *Organization and Environment*. : Harvard University Press, Cambridge, MA, USA.
- Lichtenstein R, Alexander JA, Jinnett K and Ullman E (1997). Embedded intergroup relations in interdisciplinary teams: Effects on perceptions of level of team integration. *Journal of Applied Behavioral Science*. 33 413-434, Sage Publications, USA.
- Lincoln C, Evans T, Anand S, Ivey Boufford J, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A and Wibulpolprasert S (2004). *Human resources for Health: overcoming the crisis Lancet*; 364: 1984-90, Elsevier Publishing, UK.
- Linguard L, Reznick R, Espin S, Regehr G and DeVito I (2002). Team communication in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Adad Medicine* 77, 232-237, USA.
- Lohr KN (1988). Outcome Measurement: Concepts and Questions. *Inquiry*, 25(1), 37-50.
- London M and Beatty RW (1993). 360-degree feedback as competitive advantage. *Human Resource Management*. Summer/ Fall, 353-372.
- Lovett S, Zeiss AM and Heinemann GD (2002). Assessment and Development: Now and in the future In: Heinemann G D and A M Zeiss (Eds). *Team Performance In Health Care: Assessment and Development*. Kluwer academic / Plenum Publishers, London, UK.
- Lucas H, Nuwagaba A (1999). Household Coping Strategies in Response to the Introduction of User Charges for Social Services: A Case Study on Health in Uganda. *IDS Working Paper 86*. Falmer: University of Sussex, UK.
- MacDuffie J (1995). Human Resource bundles and manufacturing performance: organisational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial and Labour Relations Review*, 48(2), 197-221, Cornell University, USA.
- Macy BA and Izumi H (1993). Organizational change, design and work innovation: A meta-analysis of 131 North American field studies-1961-1991. *Research in Organizational Change and Design* (Vol. 7). JAI Press, Greenwich, CT, USA.
- MacKenzie SB, Podsakoff PM, Fetter R (1991). 'Organizational citizenship behaviour and objective productivity as determinants of managerial evaluations of Salespersons' performance', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 50, pp.123-150, Elsevier Publishing, UK.
- Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH and Roland MO (2003). Can Health Care Quality Indicators be Transferred Between Countries? *Quality and Safety in Health Care*, 12, 8-12, BMJ Publishing Group, USA.

- Martineau T and Buchan J (2000). Human resources and the success of Health Sector Reform. *Human Resources for Health Development Journal* Vol 4. No.3 174-183.
- Martinez J and Martineau T (1998). Human Resources in Healthcare Reform: A Review of Current Issues. *Health Policy and Planning*, 13(4), 345-358, Oxford University Press, UK
- Martinez J and Collini L (1999). A Review of Human Resource Issues in the Health Sector. Briefing paper. Produced by the DFID Health Systems Resource centre. Available: www.dfidhealthrc.org/shared/publications/briefing_papers/HR.PDF (Accessed 2005, 2 February).
- Martinez J (2001). Assessing Quality, Outcome And Performance Management. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, World Health Organization, Department of Organization of Health Services Delivery, Geneva, Switzerland.
- Martinez J and Martineau T (2002). Human Resources In The Health Sector: An International Perspective. Issues Paper. DFID Health Systems Resource Centre. Available: www.healthsystemsrc.org (Accessed 2005, 2 February).
- Mathieu J and Zajac D (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organisational commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194 American Psychological Association, Washington DC, USA.
- McClane WE (1992). Evaluation and accountability. In Skodie IL. *American Congress of Rehabilitation Medicine. Guide to interdisciplinary practice in rehabilitation settings* (p158-172).
- McFarlin D and Sweeney P (1992). Distributive and procedural justice as predictors of satisfaction with personal and organisational outcomes. *Academy of Management Journal*, 35, 626-637, USA.
- McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L and Donner GJ (2003). Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes. *Medical Care*, 41(9), 1096-1109, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- McGillis Hall L, ed. (2004). *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Jones and Barlett Publishers, London, UK.
- McGillis Hall L, Doran D and Pink GH (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.
- McGrath JE (1984). *Groups: Interaction and Performance*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA.
- McGregor D, Bennis WG and McGregor C (1967). *The Professional Manager* (Chapter 10 p159-182) McGraw Hill, New York, USA.
- Meerabeau L and Page S (1999). I'm sorry if I panicked you: Nurses' comportamiento cívico en la organización de teamwork in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Interprofessional Care* 13(1) 29-40, Taylor & Francis, UK.
- Meyer J (1997). Organisational commitment. In Cooper CI and Robertson IT (eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 12, 175-228, John Wiley & Sons, UK.
- Michie S and West M (2003). *Measuring Staff Management and Human Resource Performance*. Commission for Health Improvement, London, UK.
- Michie S and West M 2004. *Managing People and Performance: An Evidence Based Framework Applied to Health Service Organisations*. *International Journal of Management Reviews* 5/6(2): 91-111, Blackwell Publishing, UK.
- Mignerey J, Rubin R, Gordon W (1995). Organisational entry: An investigation of newcomer communication behaviour and uncertainty. *Communication Research*, 22, 54-85, Oxford University Press, UK.
- Mitchell PH, Lang NM (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? . 42(2 Suppl), 114-11, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.

Mitchell PH, Shortell SM (1997). Adverse Outcomes and Variations in Organisation of Care Delivery. *Medical Care*. 35(11: Suppl), American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.

Mohrman SA, Cohen SG and Mohrman AM (1995). *Designing Team Based Organizations: New Forms for Knowledge Work*. Jossey-Bass, San Francisco, USA.

Mullins LL, Balderson BHK and Chaney JM (1999). Implementing team approaches in primary and tertiary care settings: Applications from the rehabilitation context. *Family, Systems and Health*, 17 (4), 413-426, American Psychological Association, Washington DC, USA.

Murphy KR and Cleveland JN (1995). *Understanding Performance Appraisal*.: Sage Publications, London, UK.

National Audit Office (2000). *Inpatient Admissions and Bed Management in the NHS Acute Hospitals*. HMSO, London, UK.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M and Zelevinsky K (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722, Massachusetts Medical Society, USA

Nichols LO, DeFrise AM and Malone CM (2002). Team Process In: Heinemann GD, and Zeiss AM. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.

Nystrom P (1990). Vertical exchanges and organisational commitments of American business managers. *Group and Organisational Studies*, 15, 296-312.

O'Malley M (2000). *Creating commitment*, John Wiley and Sons. Chichester, UK.

Organ DW (1977). Cited by Organ DW and Paine JB (1999). 'A new kind of performance for industrial and organizational psychology: Recent contributions to the study of organizational citizenship behaviour', In Cooper CL and Robertson IT (eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 14, pp.337-367, John Wiley & Sons, London, UK.

Organ DW and Ryan K (1995). 'A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behaviors' *Personnel Psychology*, Vol. 48, pp.775-802

Organ DW and Paine JB (1999). "A new kind of performance for industrial and organisational psychology: Recent contributions to the study of organisational citizenship behaviour". In Cooper CL and Robertson IT (eds), *International Review of Industrial and Organisational Psychology*, 14, 337-367, John Wiley & Sons, UK

Organ DW (1988). *Organisational citizenship behaviour: The good soldier syndrome* Lexington Books, Lexington, MA, USA.

Parks M and Floyd K (1996). Meanings for closeness and intimacy in friendship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 85-107, Sage Publications, USA.

Patterson M, West MA, Lawthorn R and Nickell S (1997). *Impact Of People Management Practices On Business Performance*, Issues In People Management. No22 Institute of Personnel and Development, London, UK.

Peiro JM, Gonzalez-Roma V and Romos J (1992). The influence of work team climate on role stress, tension, satisfaction and leadership perceptions. *European Review of Applied Psychology*, 42 (1) 49-46, Elsevier Publishing, UK.

Person SD et al. (2004). Nurse Staffing and Mortality for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.

Pfeffer J (1998). *The Human Equation: building profits by putting people first*. Planning, 15, 319-325, Harvard Business School, Boston, USA.

Podsakoff PM, MacKenzie SB, Paine JB and Bacharach DG (2000). Organizational citizenship behaviours: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26(3), 513-565. Official Journal of the Southern Management Association, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org

- Podsakoff PM and Mackenzie SB (1994). Organisational citizenship behaviour and sales unit effectiveness. *Journal of Marketing Research*, 31, 351-363.
- Podsakoff PN, Ahearne M and MacKenzie SB (1997). Organisational citizenship behaviour and the quantity and quality of work group performance. *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 262-270, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Poulton B and West M (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care* 13 7-18, Taylor & Francis, UK.
- Premack S and Wanous J (1985). A meta-analysis of realistic job preview experiments. *Journal of Applied Psychology*, 70, 706-719, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Pritchard RD and Karasek BW (1973). The effects of organisational climate on managerial job performance and satisfaction. *Organisational Behavior and Human Performance*, 9, 126-146, USA.
- Purcell J, Kinnie N, Hutchinson S, Rayton B and Swart J (2003). *Understanding People and Performance Link: Unlocking the Black Box*. Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), London, UK.
- Rafferty AM, Ball J and Aiken LH (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*. 10, S32-S37, Oxford University Press, UK.
- Richardson R and Thompson M (1999). *The Impact of People Management Practices on Business Performance: A Literature Review* Institute of Personnel and Development, . London, UK.
- Robinson D, Perryman S and Hayday (2004). *The Drivers of Employee Engagement*, Institute of Employment Studies, IES report 408, Brighton, UK
- Robinson SL (1996). Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41, 574-599, Cornell University, USA.
- Ross F, Rink E and Furne A (2000). Integration or pragmatic coalition? An evaluation of nursing teams in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 14 (3), 259-267, Taylor & Francis, UK.
- Rousseau DM (1995). *Psychological contracts in organisations: Understanding written and unwritten agreements*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA.
- Rowell PA (2001). *Beyond the Acute Care Setting: Community-Based Nonacute Care Nursing-Sensitive Indicators*. *Outcomes Management for Nursing Practice*. 5,1 Available: www.nursingcenter.com (Accessed 2005, 2 February).
- Rusbult C and Buunk B (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 175-204, Sage Publications, USA.
- Schmitt M (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47-66, Taylor & Francis, UK.
- Schmitt MH (1982). Working together in health care teams. In Janosik EH, and Phipps LB. (Editors) *Life Cycle Group Work in Nursing* (p179-198). Wadsworth Health Sciences Division, A Division of Wadsworth, Inc., Monterey California, USA
- Schutz WD (1982). *The Schutz Measures: An integrated system for assessing elements of awareness*. University Associates, San Diego CA, USA.
- Schwarzwald J, Koslowsky M and Shalit B (1992). A field study of employees' attitudes and behaviours after promotion decisions. *Journal of Applied Psychology*, 77, 511-514, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Schweikhart SB and Smith-Daniels V (1996). Reengineering the work of caregivers: Role definition, team structures, and organizational redesign. *Hospital and Health Services*, 41 (1), 19-27.
- Settoon R, Bennet N and Liden R (1996). Social exchange in organisations: Perceived organisational support, leader-member exchange, and employee reciprocity. *Journal of Applied Psychology*, 81, 219-227, American Psychological Association, Washington DC, USA.

- Shockley-Zalabak P (1981). The effects of sex differences on the preference for utilisation of conflict styles of managers in a work setting: An exploratory study. *Public Personnel Management Journal*, 10, 289-295, International Public Management Association, VA, USA.
- Shortell SM (1991). *Effective Hospital-Physician Relationships*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Shortell SM, Rousseau D, Gilles R, Devers K and Simons T (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct Development, reliability, and validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. *Medical Care* 29, 709-726, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Draper EA, et al. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care* 32(5) 508-525, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Silber JH, Williams SV, Krakauer H and Schwartz JS (1992). Hospital and patient characteristics associated with death after surgery. A study of adverse events and failure to rescue. *Medical Care*, 30(7), 615-629, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Skjørshammer M (2001). Co-operation and conflict in a hospital: Interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care* 15, 7-18, Taylor & Francis, UK.
- Smither JW, ed. (1998). *Performance Appraisal: State of the art in practice (professional practice)*. Jossey Bass Wiley, USA.
- Snell SA and Youndt MA (1995). Human resource management and firm performance: testing a contingency model of executive controls. *Journal of Management*, 21 711-737. Official Journal of the Southern Management Association, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org
- Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC and Randolph J (2000). Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors, *Archives of Internal Medicine*, 160, 1825-1833, American Medical Association, USA.
- Sturges J, Guest D (2000). 'Who's in charge? Graduates' attitudes to and experiences of career management and their relationship with organizational commitment.' *European Journal of Work and Organizational Psychology* Vol. 9(3), pp.351-370, Taylor & Francis, UK.
- Tannenbaum SI, Beard RL and Salas E (1992). Team building and its influence on team effectiveness: An examination of conceptual and empirical developments. In K. Kelley (Ed.), *Issues, Theory and Research in Industrial /Organizational Psychology* (pp. 117-153), North Holland, London, UK.
- The Families and Work Institute (1998). Reported in *USA Today*, July, No. 43.
- Tourangeau A, Giovanetti P, Tu J, Wood M (2002). Nursing related determinants of 30 day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88, McGill School of Nursing, Canada.
- Troy K (1998). *Managing the corporate brand*. The Conference Board, New York USA.
- Tsui AS, Pearce JL, Porter LW and Tripoli AM (1992). Alternative approaches to the employee organisation relationship: does investment in employees pay off? *Academy of Management Journal*, 40, 1089-1121, USA.
- Tsukuda RA (2002). *Focused Instruments*. In: Heinemann, G.D. and Zeiss, A.M. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Tuckman BW and Jenson MAC (1977). Stages of small group development revisited. *Group and Organisational Studies*, 2,419-427.
- Tuckman BW (1965). Development sequences in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 384-399 American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Turnley WH, Bolino MC, Lester SW and Bloodgood JM (2003). 'The impact of psychological contract fulfilment on the performance of in-role and organizational citizenship behaviors', *Journal of Management*, Vol. 29(2), pp.187-206. Official Journal of the Southern Management Association, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org

- Unruh L (2003). Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. *Medical Care* 41(1), 142-152, American Public Health Association, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Van Scotter JR and Motowidlo SJ (1996). Interpersonal facilitation and job dedication as separate facets of contextual performance. *Journal of Applied Psychology* 81, 525-531, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Van Ypren N W, Van Den Berg AE and Willering MC (1999). Towards a better understanding of the link between participation in decision-making and organisational citizenship behaviour: A multilevel analysis. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 73, 377-392, British Psychological Society, UK.
- Vandenberg R and Lance C (1992). Satisfaction and organisational commitment. *Journal of Management*, 18, 153-167. Official Journal of the Southern Management Association, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org
- Vandenberg RJ, Richardson HA and Eastman LJ (1999). The impact of high involvement work processes on organisational effectiveness: a second-order latent variable approach. *Group and Organisation Management* 24, 300-339, Sage Publications, USA.
- Waite MS and Nichols LO (2002). Broad-Spectrum Instruments. In: Heinemann, G.D. and Zeiss, A.M. *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Walker Information Inc. (2000). *Employee commitment and the bottom line: Ethical Issues in the Employer-Employee Relationship*, Work, USA.
- Wall TD, Jackson PR and Davids K (1992). Operator work design and robotics system performance: a serendipitous field study *Journal of Applied Psychology*, 77, 353-362 , American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Walsh PL, Garbs CA, Goodwin M and Wolff EM (1995). An impact evaluation of a VA geriatric team development program. *Gerontology and Geriatrics Education*, 15 (3), 19-35.
- Wanous JP, Poland TD, Premack SL and Davis KS (1992). 'The effects of met expectations on newcomer attitudes and behaviors: A review and meta-analysis' *Journal of Applied Psychology*, Vol. 77, pp.288-297, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Walz and Niehoff (1994). Cited by Podsakoff PM, MacKenzie SB, Paine JB and Bacharach DG (2000). 'Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research', *Journal of Management*, Vol. 26(3), pp.513-565. Official Journal of the Southern Management Association, Athens, GA, USA. www.journalofmanagement.org
- Ward P (1997). *360-degree Feedback*. Institute of Personnel and Development, London, UK.
- Watterson L (2004). Using indicator development to revise infection control activities in an acute trust. *Journal of Nursing Management*. 12(6), 403-410, Blackwell Publishing , UK.
- Weiss SJ and Davis HP (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research* 34, 299-304, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.
- Weldon E and Weingart LR (1993). Group goals and group performance. *British Journal of Social Psychology*, 32, 307-334, British Psychological Society, UK.
- West E (2003). *Clinical Indicators*. Presentation given at the Royal College of Nursing Institute, UK.
- West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). *The Future Nurse: Evidence for the Impact of Registered Nurses*. Paper produced for the Royal College of Nursing, UK.
- West MA and Anderson NR (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*, 81(6), 680-693 , American Psychological Association, Washington DC, USA.
- West MA and Borrill C (2005:in press). The influence of team working on doctors' performance. In Cox J, King J and Hutchinson A (eds) *Understanding Doctors' Performance*. Radcliffe Publishing Ltd, USA.

- West MA, Borrill C and Dawson J (2002). The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *The International Journal of Human Resource Management* 13(8): 1299-1310, Taylor & Francis, UK.
- West MA, Patterson M, Lawthom R and Nickell S (1997). The Impact of People Management Practices on business performance, IPD Research Paper 22. Institute of Personnel and Development, London, UK.
- West MA and Wallace M (1991). Innovation in health care teams. *European Journal of Social Psychology*. 21, 303-315, John Wiley & Sons, UK.
- Westwood M, Rodgers M and Sowden A (2003). Patient Safety: A Mapping of the Research Literature. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, UK.
- Wheelan SA and Hochberger JM (1993). The Group Development Questionnaire. GDQ Associates, Philadelphia, PA, USA.
- Wheelan SA (1993). The Group Development Questionnaire: A Manual for Professionals. GDQ Associates, Philadelphia, PA, USA.
- Williams S, Pitre R and Zainuba M (2002). Justice and organisational citizenship behaviour intentions: Fair rewards versus fair treatment. *The Journal of Social Psychology*, 142(1), 33-44, British Psychological Society, UK.
- Wood N, Farrow S and Elliott B (1994). A review of primary health care organisation. *Journal of Clinical Nursing*, 3(4), 243-250, Blackwell Publishing, UK.
- World Bank (2002). World development report 2002: building institutions for markets. New York: Oxford University Press, UK.
- World Health Organisation (2004). The World Health Report: Changing History. Available at: www.who.int/whr/2004/en, WHO, Geneva, Switzerland.
- Wunderlich GS, Sloan FS, and Davis CK (1996). Nursing staff in hospitals and homes: Is it adequate? Washington DC: National Academy Press.
- Yalom ID (1970). Team Development Manual. New York: John Wiley and Sons.
- Youndt MA, Snell SA, Dean JE and Lepak DP (1996). Human resource management, manufacturing strategy, and firm performance. *Academy of Management Journal* 39 836-866, USA.
- Zeiss AM and Steffen A (1996). Interdisciplinary health care teams: The basic unit of geriatric care. In Carstensen LL, Edelstein BA and Dornbrand L (eds) *the Handbook of Clinical Gerontology* (p423-450) Thousand Oaks CA: Sage Publications Inc, UK.
- Zeiss AM (2002). Measuring team performance in health care settings. In: Heinemann GD and Zeiss AM *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, USA.
- Zellars KL, Tepper BJ and Duffy MK (2002). 'Abusive supervision and subordinates' organizational citizenship behavior', *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87(6), pp.1068-1076, American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Zimmer JG, Eggert GM and Chiverton P (1990). Individual versus team case management in optimising care for chronically ill patients with dementia. *Journal of Aging and Health*, 2 (3), 357-372, Sage Publications, USA.
- Zwarenstein M, Bryant W, Baillie R and Sibthorpe B (1997). Interventions to change collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 3, Update software; 1997. Updated in the *Cochrane Library* Issue 4, 2000, Oxford, UK.

Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra
Suiza
Tel +41 22 908 0100
Fax +41 22 908 0101
Cor. el: icn@icn.ch
www.icn.ch