



Programa de Doctorado en Turismo, Economía y Gestión

TESIS DOCTORAL

IMPORTANCIA DEL COMPORTAMIENTO DIRECTIVO Y DE LAS ACTITUDES
DE LOS PROFESIONALES PARA EL RENDIMIENTO DE LOS CENTROS DE
SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

María Carla Del Estal García

Mayo 2023

Las Palmas de Gran Canaria



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
ESCUELA DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Turismo, Economía y Gestión

TESIS DOCTORAL

IMPORTANCIA DEL COMPORTAMIENTO DIRECTIVO Y DE LAS ACTITUDES
DE LOS PROFESIONALES PARA EL RENDIMIENTO DE LOS CENTROS DE
SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

Tesis Doctoral presentada por Dña. María Carla Del Estal García

Dirigida por el Dr. Santiago Melián González

El Director

La Doctoranda

En Las Palmas de Gran Canaria, a 9 de mayo de 2023

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a mi director, Santiago Melián González, por su compañía e inestimable ayuda todos estos años. Sin él, esto no hubiera sido posible. Le estaré eternamente agradecida.

Gracias también a mi familia, por su paciencia y su cariño incondicional ante mi mal humor o mis penas cuando perdía el rumbo a lo largo de este proceso. En especial, a mi abuela, a mi madre y a mi hermanita, que siempre están conmigo y hacen mi vida mucho más feliz.

Gracias a mis amigas, que son lo mejor que tengo. Gracias por hacer que esas tardes en la biblioteca se convirtieran en el mejor momento del día.

Y por último, gracias a Federico, mi compañero desde hace 9 años, por su apoyo diario, por hacerme la vida más fácil y sobretodo, por no dejar de confiar en mí nunca.

ÍNDICE

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción	13
Bibliografía	18
Capítulo II. Percepción de la función directiva del personal de dirección de los centros de atención primaria	21
2.1. Introducción	23
2.2. Metodología	24
2.3. Resultados	26
2.4. Discusión	28
2.5. Conclusiones	30
Bibliografía	30
Capítulo III. Motivación por el servicio público de los profesionales de los centros de atención primaria: ¿qué es más importante el entorno o el apoyo directivo?	32
3.1. Introducción	34
3.2. Material y método	35
3.3. Resultados	39
3.4. Discusión	43
3.5. Conclusión	45
Bibliografía	46

Capítulo IV. Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en atención primaria	48
4.1. Introducción	50
4.2. Metodología	52
4.3. Resultados	55
4.4. Discusión	60
4.5. Conclusión	62
Bibliografía	63
Capítulo V. Importancia de la motivación por el servicio público del personal de enfermería para el rendimiento de los centros de atención primaria	66
5.1. Introducción	68
5.2. Metodología	71
5.3. Resultados	73
5.4. Discusión	76
5.5. Conclusiones	78
Bibliografía	78
Capítulo VI. Conclusiones generales	84
Bibliografía	85
Apéndice	88

LISTA DE TABLAS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos de la tesis doctoral	17
Tabla 2.1. Características del personal directivo entrevistado	25
Tabla 3.1. Muestra	40
Tabla 3.2. Variables de contexto	41
Tabla 3.3. Regresión lineal múltiple para compromiso con el interés público	42
Tabla 3.4. Regresión lineal múltiple para compasión	43
Tabla 4.1. Esquema general del estudio	56
Tabla 4.2. Resultados análisis factorial	57
Tabla 4.3. Datos de las variables de control y de la variable dependiente	58
Tabla 4.4. Regresión lineal múltiple para satisfacción del paciente	59
Tabla 5.1. Variables del estudio	74
Tabla 5.2. Resultados del análisis factorial confirmatorio	75
Tabla 5.3. Regresión lineal para rendimiento organizativo y compasión	76

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1. Esquema general del estudio	39
Figura 4.1. Esquema general del estudio	55

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de la salud (en adelante APS) es el primer nivel de atención sanitaria en gran parte de los sistemas de salud de muchos países. La misma se refiere a la organización de recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y frecuentes en la población, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, así como los procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo et al., 2011). La APS se considera el enfoque más inclusivo, equitativo, eficiente y efectivo para mejorar la salud de las personas (White, 2015). Concretamente, se estima que la mayoría de las patologías son resultas en dicho nivel (Vignolo et al., 2011), lo que hace que una atención primaria de calidad se asocie directamente con unos mejores índices de salud en la población (OMS, 2021).

Los centros de atención primaria son las unidades organizativas a través de las cuales se prestan los diferentes servicios sanitarios de atención primaria. En España, estos comprenden centros de salud y consultorios locales. El último informe sobre el sistema nacional de salud (Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, 2022), muestra las cifras de este nivel de atención sanitaria. Actualmente, en España hay 13.096 centros de atención primaria en los que trabajan 36.239 médicos y 30.537 enfermeras. En 2020 se atendieron en los mismos en torno a 380 millones de consultas.

La importancia que, al menos teóricamente, se da a la atención primaria se refleja en la cantidad de informes y artículos que se han elaborado valorando su situación. En los mismos es habitual encontrar críticas referidas a la necesidad de mejorar los recursos y la gestión de la APS (e.g., Lamata-Cotanda, 2017; González López-Varcárcel & Barber-Pérez, 2012; Zamorano de Castro et al., 2022). Conseguir que los centros de atención primaria funcionen de manera óptima no es una cuestión sencilla. Sería ingenuo pensar lo contrario. El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (Ministerio de Sanidad, 2021) contiene un total de 52 acciones para mejorar la APS. Muchas de estas acciones tienen que ver con los recursos humanos, su trabajo y su gestión. A modo de ejemplo, entre los objetivos que se incluyen en este plan están “Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo

del 8%” y “Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria”.

Esta tesis pretende contribuir a la mejora de la APS aportando evidencias sobre aspectos relevantes para el funcionamiento y rendimiento de los centros de atención primaria. Se parte de una premisa, recogida en los estudios e informes citados anteriormente, así como en cualquier manual sobre la APS (e.g., Zurro, Pérez & Badía, 2021): la dirección de los recursos humanos es un factor clave en la actividad de la APS.

La investigación sobre aspectos relacionados con la dirección de recursos humanos en la atención primaria es abundante. Temas de investigación frecuentes son la planificación de la oferta de profesionales sanitarios (González López-Varcárcel & Barber-Pérez, 2012), particularmente en países con una renta económica baja o media (Daviaud & Chopra, 2008; Kakuma et al. 2011), las actitudes de estos profesionales (Delobelle, et al., 2011; Robson & Robson, 2016; Wen et al., 2018), y el cambio de rol del personal de enfermería asumiendo tareas tradicionalmente reservadas para los médicos (Laurant et al., 2018; Martínez-González et al., 2015).

Respecto a la relación que tiene la dirección de recursos humanos con el rendimiento de las organizaciones sanitarias, Harris, Cortvriend & Hyde (2007) realizaron una revisión de los trabajos existentes. No hemos encontrado otra revisión posterior. Los autores concluyen que, en general, la dirección de recursos humanos ha mostrado tener potencial para mejorar diferentes resultados sanitarios relacionados con los pacientes. La mayor parte de los estudios se hicieron en hospitales. Harris, Cortvriend & Hyde (2007) demandan más investigación sobre los procesos que intervienen en esta relación, destacando la interpretación y percepción que los propios profesionales tienen de su experiencia en el trabajo. Con posterioridad, se han realizado otros estudios en este ámbito. En un hospital, Leggat et al. (2010) hallaron que la dirección de recursos humanos explicaba la calidad percibida, por parte de las enfermeras, del cuidado de los pacientes en función del empoderamiento y satisfacción laboral de las mismas. También en el nivel hospitalario, Baluch, Salge & Piening (2013) concluyeron que el civismo de los empleados hacia los pacientes intervenía en la influencia que la dirección de recursos humanos mostró tener en la satisfacción de los pacientes. En el área de la atención sanitaria domiciliaria, Vermeeren et al. (2014) encontraron que la dirección de recursos humanos bien directa, o a través de la satisfacción de los trabajadores, estaba relacionada

con el rendimiento organizativo. Shantz, Alfes & Whiley (2016), en los ámbitos hospitalario y de la atención primaria, pero sin diferenciar los resultados según cada uno, comprobaron que el *engagement* de las enfermeras mediaban el efecto de la dirección de recursos humanos en la calidad y seguridad del cuidado a los pacientes.

Como se puede observar, la relevancia de los profesionales sanitarios para el rendimiento de los centros de atención primaria es algo aceptado por todos, pero, en principio, con poca evidencia empírica. Además, en los casos en los que se incluye información de este nivel sanitario, el rendimiento organizativo es evaluado mediante la percepción de los propios profesionales sanitarios (e.g., Shantz, Alfes & Whiley, 2016). Debido a los potenciales problemas que genera esta cuestión, se ha indicado que los estudios que se realicen incluyan medidas objetivas e independientes (Shantz, Alfes & Whiley, 2016). Por otra parte, aunque el concepto de rendimiento organizativo es habitual en la literatura de las empresas privadas (Dyer & Reeves, 1995) e, incluso, se ha usado para representar el rendimiento de algún tipo de servicio sanitario (e.g., Vermeeren et al., 2014), no se ha propuesto para el caso de los centros de atención primaria.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, esta tesis doctoral tiene como objetivo global generar evidencia empírica sobre el papel de los recursos humanos de los centros de atención primaria en el rendimiento organizativo de estos últimos. Como primer objetivo específico se plantea representar en qué consiste la dirección de los centros de atención primaria, su rendimiento, y el proceso que da lugar al mismo. A este objetivo corresponde el trabajo descrito en el capítulo 2 de la tesis doctoral. La metodología empleada fue de tipo cualitativo. El estudio realizado para lograr este objetivo generó los resultados necesarios para continuar avanzando en el objetivo global.

Como se verá en el capítulo 2, las características del entorno que rodea a los centros de atención primaria se considera un aspecto importante para el rendimiento y las actitudes de sus trabajadores. Sin embargo, lo habitual es considerar que estas últimas dependen más de factores internos, como también surgió en el primer estudio. La importancia del entorno de los centros de atención primaria para las actitudes de su personal no se ha estudiado. En nuestro caso, dado el componente público que tiene la APS en España y en otros muchos países, lo hemos hecho tomado en consideración una actitud de los trabajadores característica de las organizaciones públicas: la motivación por el servicio público (Perry, 1997). Así, el segundo objetivo específico es: analizar en qué medida

influyen el apoyo percibido por el supervisor y el entorno social de los centros sanitarios en la motivación por el servicio público. La metodología aplicada fue de tipo cuantitativo, A este objetivo corresponde el capítulo 3 de la tesis doctoral.

El compromiso organizativo es una de las actitudes de los trabajadores más importante en la literatura sobre recursos humanos (Meyer & Herscovitch, 2001). Así surgió también en el primer estudio de esta tesis. En este, a la vez, se mencionó la importancia que tiene la satisfacción de los pacientes a la hora de representar el rendimiento de los centros de atención primaria. Por tanto, el tercer objetivo específico de investigación es: determinar en qué medida el compromiso organizativo del personal sanitario de los centros de salud es relevante para la satisfacción de los pacientes. La investigación realizada sobre esta cuestión se recoge en el capítulo 4. La metodología empleada fue, en su mayoría, de tipo cuantitativo.

El cuarto y último objetivo específico también busca valorar un posible determinante actitudinal del rendimiento de los centros de atención primaria. Como se mencionó, la motivación por el servicio público es una de las actitudes propias de los trabajadores de las organizaciones públicas. Su incidencia en el rendimiento de las organizaciones sanitarias no se ha estudiado. Así, el cuarto objetivo específico es: determinar si la motivación por el servicio público influye en el rendimiento de los centros de atención primaria. Se describe en el capítulo 5. La metodología aplicada fue de tipo cuantitativo.

Los trabajos que se presentan en los capítulos 2, 3 y 4 han sido publicados en revistas. El trabajo correspondiente al capítulo 5 está en proceso de publicación. La tabla 1.1 presenta los objetivos de la tesis y las revistas en las que se han publicado sus resultados.

Tabla 1.1. Objetivos de la tesis doctoral

OBJETIVO GENERAL: generar evidencia empírica sobre el papel de los recursos humanos en el rendimiento de los centros de atención primaria.		
CAPÍTULOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PUBLICACIÓN
2	Representar en qué consiste la dirección de los centros de atención primaria, su rendimiento, y el proceso que da lugar al mismo.	Del Estal-García, M.C., & Melián-González, S. (2021). Percepción de la función directiva del personal de dirección de los centros de atención primaria. <i>TESELA, Liderazgo y Gestión</i> , (29), http://ciberindex.com/c/ts/e13093 .
3	Analizar en qué medida influye el apoyo percibido por el supervisor y el entorno social de los centros sanitarios en la motivación por el servicio público.	Del Estal-García, M. C., & Melián-González, S. (2021). Motivación por el servicio público de los profesionales de los centros de atención primaria: ¿qué es más importante el entorno o el apoyo directivo?. <i>Atención Primaria</i> , 53(4), https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101995 . <i>JCR Q3</i> . FI: 2,206. Citas en Google Académico: 11.
4	Determinar en qué medida el compromiso organizativo del personal sanitario de los centros de salud es relevante para la satisfacción de los pacientes.	Del Estal-García, M.C. & Melián-González, S. (2022). Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en Atención Primaria. <i>Atención Primaria</i> , 54(4), https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102281 . <i>JCR Q3</i> . FI: 2,206. Citas en Google Académico: 5.
5	Determinar si la motivación por el servicio público influye en el rendimiento de los centros de atención primaria.	En proceso.

Para la realización de esta tesis doctoral se ha contado con la colaboración de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. Tras exponer la idea de investigación a sus responsables, se presentó un proyecto de investigación que se autorizó por esta gerencia el 27 de septiembre de 2018. El personal técnico de la Gerencia de Atención Primaria ha proporcionado la información de tipo secundario correspondiente a los centros de atención primaria y, también, ha facilitado los procesos de encuesta y

entrevista que esta investigación ha requerido. Asimismo, una vez realizado el primer estudio, descrito en el capítulo 2, sus resultados se presentaron en dos reuniones: la primera, a miembros del equipo directivo del Servicio Canario de la Salud, y la segunda, a los directores de los centros de atención primaria.

Finalmente, el capítulo seis de esta tesis presenta las conclusiones generales de los trabajos de investigación realizados.

Bibliografía

Baluch, A. M., Salge, T. O., & Piening, E. P. (2013). Untangling the relationship between HRM and hospital performance: The mediating role of attitudinal and behavioural HR outcomes. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3038-3061.

Daviaud, E., & Chopra, M. (2008). How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(1), 46-51.

Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 371-383.

Dyer, L., & Reeves, T. (1995). Human resource strategies and firm performance: what do we know and where do we need to go?. *International Journal of human resource management*, 6(3), 656-670.

González López-Valcárcel, B. & Barber Pérez, P. (2012). Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 46-51.

Harris, C., Cortvriend, P., & Hyde, P. (2007). Human resource management and performance in healthcare organisations. *Journal of health organization and management*, 21(4-5), 448-459.

Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663.

Lamata Cotanda, F. (2017). Atención Primaria en España: logros y desafíos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 164-167.

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G., & Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.

Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human resources for health*, 13(1), 1-14.

Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human resource management review*, 11(3), 299-326.

Ministerio de Sanidad (2021). *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023*.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primeria.pdf

OMS: Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. OMS. (1 de abril de 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Perry, J.L. (1997). Antecedents of public service motivation. *Journal Public Administration Review Theory*, 7(2), 181-197.

Robson, A., & Robson, F. (2016). Investigation of nurses' intention to leave: A study of a sample of UK nurses. *Journal of health organization and management*, 30(1), 154-173.

Shantz, A., Alfes, K., & Whiley, L. (2016). HRM in healthcare: The role of work engagement. *Personnel Review*, 45(2), 274-295.

Vermeeren, B., Steijn, B., Tummers, L., Lankhaar, M., Poerstamper, R. J., & Van Beek, S. (2014). HRM and its effect on employee, organizational and financial outcomes in health care organizations. *Human resources for health*, 12(1), 1-9.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Wen, T., Zhang, Y., Wang, X., & Tang, G. (2018). Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. *Human resources for health*, 16(1), 1-11.

White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations universal health systems. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103-116.

Zamorano de Castro, Sánchez-Fernández, Fernández- Ruíz, & Sánchez-Bayle (2022). La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas (Informe nº4). Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. <https://www.fadsp.org/>

Zurro, A. M., Pérez, J. F. C., & Badia, J. G. (Eds.). (2021). *Compendio de Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia*. Elsevier Health Sciences.

CAPÍTULO II

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN DIRECTIVA DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN DIRECTIVA DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen

Objetivo principal: Conocer la percepción que el personal directivo de los centros de salud tiene de su puesto y del rendimiento de sus centros.

Metodología: Se han realizado entrevistas en profundidad a los directores y subdirectores de los centros de salud del área de salud de la isla de Gran Canaria. Su contenido se analizó de acuerdo con la teoría fundamentada (*grounded theory*).

Resultados principales: Los directivos demandan dotar a su puesto de una mayor cantidad de recursos, sobre todo a nivel de competencias en gestión de recursos humanos. Creen que la actitud de los trabajadores es lo que mejor explica el rendimiento de los centros y las diferencias entre los mismos. A su vez, consideran que la satisfacción de los pacientes es lo que mejor refleja el rendimiento de los centros de salud.

Conclusión principal: Los directivos de los centros de salud comparten creencias respecto a: cómo debería ser su puesto, en qué consiste el rendimiento de un centro de salud, y los factores que impulsan el mismo. Para ellos, los planes de gestión convenida no son el referente principal en cuanto al rendimiento de los centros de salud.

Palabras clave: atención primaria de salud, centros de salud, gestión, teoría fundamentada.

2.1. Introducción

La Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) se concibe como la puerta de entrada al sistema nacional sanitario, siendo un elemento esencial para su correcto funcionamiento. Así, la atención primaria de calidad se asocia directamente con unos mejores índices de salud en la población, estimándose que el 80% de los problemas de salud pueden ser resueltos en dicho nivel asistencial¹.

La atención sanitaria afronta diferentes desafíos. Concretamente, debido a los cambios demográficos, nos encontramos ante la problemática de la sostenibilidad de un sistema sanitario que tiene que dar respuesta a una población cada vez más envejecida, con más problemas crónicos y complejos¹. Por tanto, dado el papel relevante de la APS en el sistema sanitario, parece evidente la conveniencia de mejorar su gestión de cara a los retos que presenta el actual contexto. Así, el presente trabajo aborda, desde el área de la gestión de las organizaciones, la dirección que se practica en los centros de salud a través de los cuales se realiza la APS.

Las administraciones competentes en materia de sanidad aspiran a que los centros de salud logren distintos objetivos relacionados con una atención primaria eficaz, eficiente, y centrada en el paciente¹. El alcance de estos objetivos reside, en buena medida, en el trabajo de los profesionales sanitarios que conforman los centros de salud. Por ello, la dirección de recursos humanos ha sido citada como un área prioritaria en la gestión de la APS³.

Una faceta de la dirección de recursos humanos en la APS la constituye la labor del personal directivo de los centros de salud. Así se explicita formalmente en sus atribuciones^{2,3}. Aparte, su importancia para el funcionamiento de los centros de atención primaria es reconocida en diferentes estudios^{4,5,6}. Por ello, conocer la opinión de este colectivo sobre su cargo puede ser revelador, ya que puede ayudar a comprender cómo se están ejerciendo estos puestos, el porqué de algunos resultados, y en qué medida la estructura organizativa de la que dependen ve reflejada su visión de cómo debe dirigirse un centro de salud.

Respecto a este colectivo, se sabe que, hasta la fecha y en general, han accedido a los cargos sin pasar por prácticas formales de evaluación y formación de recursos humanos. Su designación se ha basado en criterios como la antigüedad, la voluntariedad de los

profesionales sanitarios, o la lealtad política⁷. Así, diferentes estudios encuentran deficiencias en la labor gestora de los directivos de centros de salud, detectándose la necesidad de una mayor formación en materia de gestión^{4,7}. De igual manera, es importante destacar, que estos directores se enfrentan, entre otras, a limitaciones a nivel de presupuesto o de gestión de recursos humanos^{6,8}.

Cualquier trabajador tiene diferentes actitudes hacia su ocupación. En el caso del personal directivo destacan las creencias directivas. Estas hacen referencia a las creencias que estos trabajadores tienen respecto a distintos aspectos relacionados con el ejercicio su ocupación⁹. Estudiar las mismas es importante, ya que las creencias de los directivos pueden diferir de lo que la evidencia empírica muestra que es mejor para el funcionamiento de las organizaciones¹⁰. A su vez, las creencias directivas se caracterizan por su potencial para influir en el comportamiento directivo como, por ejemplo, la decisión de privatizar servicios sanitarios¹¹.

El objetivo de este trabajo es analizar la percepción y expectativas que tienen los directivos de los centros de salud respecto a su puesto y el fin del mismo: el rendimiento de los centros de salud. Ante la ausencia de investigaciones sobre este tópico, en este colectivo profesional, la metodología empleada en el presente estudio es cualitativa, dado el carácter exploratorio del trabajo, la profundidad requerida en el análisis, y la diversidad de reacciones que, a priori, pueden encontrarse.

2.2. Metodología

Primeramente, se mantuvieron dos reuniones con personal técnico de la Consejería de Sanidad de la Administración Autónoma del Gobierno de Canarias, al objeto de conocer la organización y funcionamiento de la APS. Posteriormente, en los meses de septiembre y noviembre de 2018, se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a los directores y subdirectores de los 40 centros de salud existentes en la isla de Gran Canaria. La media de trabajadores en estos centros, 20 urbanos y 20 rurales, era de 30'2 (dt:20'0). Las entrevistas se realizaron en los centros de salud, con una duración media de 30 minutos. Todas fueron grabadas y transcritas. El objetivo era entrevistar a la totalidad del personal directivo, pero finalmente no fue posible. La muestra supone el 77,5% del total del personal directivo. La tabla 2.1 recoge información de la misma.

Tabla 2.1. Características del personal directivo entrevistado

Cargo	Población		Muestra					
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Total	Edad ^a	Años en el centro de salud ^a	Años dirigiendo ^a
Director	20	14	61,5%	38,5%	26	52,0 (8,3)	12,6 (8,0)	7,8 (7,1)
Subdirector	30	7	79,3%	20,7%	29	48,9 (7,4)	12,8 (9,7)	8,8 (7,5)
Total	71		77,5%		55	50,5 (2,2)	12,7 (0,1)	8,3(0,7)

a. Desviación típica entre paréntesis.

El análisis del contenido de las entrevistas se basó en la teoría fundamentada (*grounded theory*), esta metodología implica la construcción de teorías o modelos a través de la recopilación y análisis sistemático de información¹². La misma ha sido empleada en otros estudios para el análisis de entrevistas en profundidad^{13,14}. A partir de las entrevistas transcritas, los dos investigadores realizaron el proceso de codificación abierta de manera independiente y, posteriormente, identificaron las categorías definitivas por consenso. El siguiente paso de codificación axial (i.e., identificar y proponer relaciones entre las categorías identificadas) fue realizado de manera conjunta por los investigadores.

Los resultados fueron presentados a los directivos de los centros de salud en unas jornadas de trabajo. Tras la presentación, se les pidió que contestaran dos cuestiones dirigidas a medir su grado de acuerdo con los mismos. Se respondían en una escala Likert de siete puntos, donde 1 era totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Las cuestiones fueron:

1. Los resultados mostrados reflejan con realidad la percepción que los directivos de los centros de salud tienen respecto a sus puestos y centros.

2. Los directivos de los centros de salud piensan y se comportan de una forma similar a la que se mostró en los resultados presentados.

Contestaron 32 personas. La correlación de Spearman entre las dos preguntas fue de 0,7 ($p < 0,00$).

2.3. Resultados

Los puestos directivos de los centros de salud se han ocupado sin tener en cuenta, de manera formal y explícita, criterios que tengan como fin garantizar la idoneidad de los ocupantes de estos cargos. Así, la mayoría accedió a los mismos a propuesta de la gerencia de atención primaria, sin tener formación ni experiencia profesional previa en puestos de dirección.

La ausencia de preparación formal no impide que la mayoría del personal directivo tuviera una visión crítica del diseño del puesto que ocupa. La demanda más mencionada por su parte consiste en dotar al puesto de más recursos. Con ello se refieren a contar con más competencias (e.g., para la gestión del personal), presupuesto o, incluso, hasta apostar por la figura de centros autogestionados. De hecho, entienden que el rol de la gerencia de atención primaria es apoyarlos y facilitarles su trabajo. Los directivos no manifestaron la necesidad de incrementar sus conocimientos y habilidades de gestión.

Los directivos, de manera mayoritaria, entienden que el rendimiento de los centros de salud se refleja en la satisfacción de los pacientes. También, pero en menor medida, creen que la satisfacción del personal expresa el rendimiento de los centros. Casi en el mismo nivel que esta sitúan, como reflejo del rendimiento de los centros de salud, a los aspectos técnicos como el cumplimiento de los planes de gestión que se acuerdan con los centros, las listas de espera, y las actividades de educación sanitaria y prevención.

Que los aspectos técnicos no surjan de manera predominante como indicadores del rendimiento de los centros de salud puede explicarse por la percepción desfavorable que,

en su mayoría, tienen del que se les aplica (i.e., planes de gestión convenida). Lo consideran irreal, incompleto, y poco equitativo. No obstante, hubo algunos casos que sí lo consideraban correcto.

Los directivos creen que el factor más importante para el rendimiento de un centro de salud es el humano, concretamente algunas variables psicológicas de los trabajadores. La motivación, el compromiso, la responsabilidad, y el compañerismo surgieron como factores primordiales. Otros aspectos de la plantilla, como su formación y tamaño, fueron mencionados, pero de manera claramente menos frecuente. Lo mismo ocurrió con el liderazgo.

De igual forma se perciben las diferencias en el rendimiento entre centros de salud. El mismo tipo de variables es, según los directivos, lo que hacen que un centro de salud rinda más que otro. En este caso, diferencias entre centros, no se percibe la formación del personal sanitario como algo relevante y son los subdirectores los que más mencionaron el liderazgo. También surgieron los aspectos tangibles del centro (i.e., la infraestructura), pero de manera menos frecuente y también por parte de los subdirectores. En cuanto a la cantidad de personal, apenas surgió como factor explicativo de las diferencias en el rendimiento entre los centros. En general, se reconoce que las características de la población asignada (nivel socioeconómico) a cada centro es un factor que también puede explicar las diferencias en el rendimiento entre los mismos. Estas características pueden afectar a la motivación y satisfacción laboral de los profesionales sanitarios.

La percepción que tenían de la tecnología como recurso para mejorar el rendimiento de los centros de salud es ambivalente. Entienden que puede facilitar las tareas que se llevan a cabo, pero se quejan de que si es complicada y/o falla supone un obstáculo, ya que impide su ejecución.

Coherente con todo lo anterior es la opinión de los directivos sobre qué debe caracterizar al personal de los centros de salud. Volvieron a surgir de manera predominante

características psicológicas como la motivación, el compromiso, y la responsabilidad. Solo algunos directivos mencionaron los conocimientos y el liderazgo.

En cuanto a las acciones que se llevaban a cabo en los centros de salud para mejorar su rendimiento, dentro del ámbito de actuación de los directivos, destacaron dos en, aproximadamente, la mitad de los centros: la formación continua y las reuniones. En ambos casos se buscaba principalmente, la mejora en cuanto a conocimientos, aspectos técnicos, y la comunicación entre el personal. Por qué no se hacen estas u otras acciones se debe, según los directores, a la falta de tiempo y de implicación por parte del personal.

Tras presentarse estos resultados a los directivos de los centros de salud, en general estos mostraron estar entre de acuerdo y medianamente de acuerdo con estos resultados (m: 4,5; dt: 0,9 en una escala de 1 a 7).

2.4. Discusión

Conforme con lo expuesto en la revisión de la literatura, el acceso a los puestos directivos de los centros de salud no implicó una evaluación previa de requisitos. Aun así, es un cuerpo profesional que comparte unas creencias directivas concretas en cuanto a la forma de entender su ocupación profesional y lo que conlleva.

Para los directivos está claro que el rendimiento de los centros se debe, en buena parte, al compromiso y la motivación del personal que trabaja en los mismos. Sin embargo, las actividades que, dentro de su ámbito, se realizan de cara a mejorar el rendimiento de los centros (i.e., acciones de formación y reuniones) no son suficientes para impulsar este tipo de variables en los trabajadores, ni están presentes en todos los centros. Esta opinión, en cuanto a la importancia de las actitudes de la plantilla, o de su faceta psicológica, encuentra respaldo en la literatura que muestra su relevancia para el rendimiento empresarial¹⁵. Así, los gestores de la APS, deberían reflexionar sobre qué se está haciendo

en este sentido y del rol que podrían asumir los directivos de los centros al respecto, dado que estos demandan ser una parte más activa en su gestión.

Relacionado con lo anterior, está la opción de rediseñar el puesto de directivo de centro de salud, al objeto de otorgarle más recursos. Este incremento en el poder de decisión del puesto debería incluirse en una acción más amplia que incluya una redefinición consensuada de las competencias del puesto, las habilidades requeridas, y de qué se debe entender por rendimiento de un centro de salud. Respecto al cargo de director, su faceta gestora queda resaltada por la importancia que dan los subdirectores al liderazgo como factor explicativo de las diferencias, en cuanto al rendimiento, entre los centros.

A pesar de que la APS se presta en centros de salud independientes entre sí, hay que tener en cuenta que su personal pertenece a una misma organización. Esto implica que cualquier descentralización, de acuerdo con demandas como las aquí expuestas por los directivos, debe evitar posibles situaciones de inequidad, entre el personal de los diferentes centros, y garantizar un mínimo de uniformidad en cuanto las prácticas que se usen para su dirección.

Un aspecto importante es la representación que hacen los directivos del rendimiento de los centros de salud. Dada la importancia que, para los gestores de la APS, tienen los planes de gestión convenida, llama la atención que no sean usados por la mayoría de los directivos para definir el rendimiento de los centros. La situación ideal sería contar con directivos alineados con estos planes de gestión. Sin embargo, en muchos casos, la percepción de los mismos es poco favorable. A su vez, los directivos no perciben una conexión clara entre los planes de gestión convenida y la satisfacción de los usuarios de la AP. Esta última suele ser un indicador universal del rendimiento de los servicios. Por su parte, la creencia de que la satisfacción del personal puede reflejar el rendimiento de los centros de salud coincide con la visión paternalista de la dirección de recursos humanos que se ha citado como propia, en algunos casos, de la gestión pública¹⁶. En este contexto resultan clave acciones dirigidas a mejorar la aceptación que los planes de

gestión convenida tienen entre los directivos de los centros de salud. Entre estas se encuentra desde la comunicación hasta la participación y, dado el caso, la reformulación.

2.5. Conclusiones

Los directivos demandan dotar a su puesto de una mayor cantidad de recursos, sobre todo a nivel de competencias en gestión de recursos humanos. Creen que la actitud de los trabajadores es lo que mejor explica el rendimiento de los centros y las diferencias que, en este sentido, pueden darse entre los mismos. A su vez, consideran que la satisfacción de los pacientes es lo que mejor refleja el rendimiento de los centros de salud. No consideran los planes de gestión convenida como indicadores de rendimiento, lo que muestra que no existe un alineamiento entre los objetivos de los directivos de los centros con los de la gerencia de atención primaria. En consecuencia, resulta primordial plantearse cómo mejorar actitudes de los trabajadores (e.g., compromiso, satisfacción) que han mostrado, en otro contexto, su contribución al rendimiento laboral y al de la organización. También urge mejorar la percepción de los directivos sobre los planes de gestión de gestión convenida, con el objetivo final de que se trabaje en una misma dirección y se logre en última instancia un mayor rendimiento de los centros. Si bien los resultados de este trabajo se circunscriben a un área de salud específica, estos podrían ser útiles para otras áreas de salud, dado el marco común en el que se organiza la atención primaria en España.

Bibliografía

1. Franco Giraldo Á. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado?. *Rev Fac Salud Pública*. 2012; 30(1): 83-94.
2. Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC 95 (25 julio 1997).
3. Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. BOCM (09 agosto 2010).

4. Arbeláez-Rodríguez G, Mendoza, P. Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador. *An Fac Med.* 2017; 78(2):154-60.
5. Rubio JC, Fernández JM, Páez, MM, Muñoz MC, Cobo JG, Balo AR. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar?. *Aten prim.* 2003;32(5):288-95.
6. Zurro AM, Castelltort AL, Miret AS. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Prim.* 2000;25(1),48-58.
7. López-Valcarcel B, Quintana CD, Socorro E. Spain. En: Rechel, B., Dubois, C., Mckee, M. The health care workforce in Europe: learning from experience. United Kingdom; 2006: 115-28.
8. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41,835-40.
9. Wofford JC, Goodwin VL. A cognitive interpretation of transactional and transformational leadership theories. *Leadersh Q.* 1995;5(2),161-86.
10. Rynes SL, Brown KG, Colbert AE. Seven common misconceptions about human resource practices: Research findings versus practitioner beliefs. *Acad Manag Perspect.* 2002;16(3),92-103.
11. Keane C. The effects of managerial beliefs on service: privatization and discontinuation in local health departments. *Health care Manage Rev.* 2005;30(1),52-61.
12. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual sociol.* 1990;13(1),3-21
13. Curtis K, Horton K, Smith P. Student nurse socialisation in compassionate practice: a grounded theory study. *Nurse Educ Today.* 2012;32(7), 790-95.
14. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med.* 2013;84,22-9.
15. Melian-González S, Bulchand-Gidumal J, González López-Valcárcel B. New evidence of the relationship between employee satisfaction and firm economic performance. *Personnel Review.* *Pers Rev.* 2015;44(6),906-29.
16. Ruíz Álvarez JL. Una panorámica sobre las tendencias recientes en la gestión pública de los recursos humanos. *Presup y Gasto público.* 2005;41,55-72.

CAPÍTULO III

MOTIVACIÓN POR EL SERVICIO PÚBLICO DE LOS PROFESIONALES DE
LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE EL
ENTORNO O EL APOYO DIRECTIVO?

MOTIVACIÓN POR EL SERVICIO PÚBLICO DE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE EL ENTORNO O EL APOYO DIRECTIVO?

Resumen

Objetivo: Explicar la Motivación por el Servicio Público de los profesionales sanitarios a partir de (a) el entorno social de su centro de trabajo y (b) el apoyo percibido por parte de sus supervisores.

Diseño: Estudio observacional, de corte transversal, cuantitativo, retrospectivo, y no controlado.

Emplazamiento: 40 centros de atención primaria pertenecientes al área de salud de Gran Canaria. Atención primaria.

Participantes: 605 profesionales sanitarios de centros de atención primaria. 46% médicos y 54% enfermeros. Muestreo no probabilístico por conveniencia con tasa de respuesta del 53,3%.

Mediciones principales: La variable dependiente es la Motivación por el Servicio Público de los profesionales sanitarios. Las variables independientes son el entorno social de los centros de atención primaria y el apoyo percibido por parte de los superiores. Los datos se analizaron mediante regresión lineal multinivel y regresión lineal múltiple.

Resultados: Las variables del entorno de los centros de salud: renta de la población, porcentaje de personas mayores de 65 años, y la cantidad de población asignada a los centros, no influyen en la Motivación por el Servicio Público de los profesionales

sanitarios. Por el contrario, el apoyo que estos perciben por parte de sus superiores sí impacta de forma significativa tanto en el factor compasión (β : 0,38; IC: 0,21-0,32) como en el compromiso por el interés público (β : 0,37; IC: 0,20-0,31).

Conclusiones: El apoyo percibido por parte del supervisor ejerce una influencia significativa sobre la Motivación por el Servicio Público de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el entorno social no afecta a este tipo de motivación.

Palabras clave: Motivación, Atención Primaria de salud, Salud Pública, Entorno, Administración de personal.

3.1. Introducción

Un elemento clave para la efectividad y eficiencia de la actividad que se lleva cabo en la Atención Primaria es la motivación de los profesionales sanitarios¹. En concreto, debido al carácter público de la asistencia sanitaria, destaca el papel de la Motivación por el Servicio Público (MSP), que se refiere a la predisposición de un trabajador a responder a motivos principalmente característicos de las instituciones públicas².

Debido a la influencia que la MSP ha mostrado tener sobre el rendimiento individual, el compromiso organizativo y la satisfacción laboral, comprender dicho constructo es importante^{3,4}. En este sentido, varios trabajos han encontrado que las necesidades y valores de los profesionales del sector público y privado son diferentes^{2,5}. Además, apenas existen estudios sobre la MSP en el ámbito sanitario público, así como tampoco se ha estudiado el contexto como un factor potencialmente influyente.

En el sector sanitario público, el contexto en el que trabajan los profesionales podría ser un aspecto a tener en cuenta^{6,7,8}. El nivel de educación y el nivel socioeconómico de la población, junto con el acceso a una mayor cantidad de información, aumentan las

exigencias y la demanda de servicios. En particular, la renta de la población, como variable representativa de su nivel socioeconómico, y su envejecimiento, influyen en el consumo de recursos sanitarios en el ámbito público^{9,10,11,12}. Así, los profesionales sanitarios se ven sometidos a una sobrecarga asistencial por parte de unos pacientes cada vez más exigentes y críticos⁸, lo cual incide negativamente en su motivación^{10,11,13}. En base a ello, es previsible pensar que la renta, la edad de la población, y la ratio paciente por profesional puedan influir en la MSP de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, se ha destacado lo importante que resulta la dirección del personal que presta los servicios sanitarios^{14,15}. Existe evidencia sobre la influencia que tiene la forma de dirigir de los superiores en lo concerniente al rendimiento de los equipos de trabajo¹⁶. En el contexto sanitario, diferentes trabajos también destacan el efecto de esta labor en la motivación y satisfacción de los profesionales^{1,3,4}. Por ello, el apoyo que estos perciben por parte de sus superiores, puede ser otra variable que incida en su MSP. Esta actitud ha mostrado influir, además, en factores tales como la satisfacción laboral, el compromiso organizativo y el rendimiento laboral¹⁷.

En base a todo lo expuesto, el objetivo de este trabajo es comprobar la influencia que tienen el entorno social y el apoyo percibido por parte de los superiores en la MSP de los profesionales sanitarios. Ambas cuestiones resultan clave de cara a diseñar acciones que busquen fortalecer la MSP.

3.2. Material y método

Diseño del estudio

Estudio observacional, de corte transversal, cuantitativo, retrospectivo, y no controlado.

Contexto

En el mes de mayo de 2019 se repartieron, de manera presencial, cuestionarios autoadministrados dirigidos a todos los médicos y enfermeros de los 40 centros de atención primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Posteriormente, entre los meses de

junio a septiembre, los cuestionarios fueron recogidos conforme iban siendo completados.

Participantes

Médicos y enfermeros con un mínimo de un año de antigüedad en su puesto de trabajo en el centro de atención primaria.

VARIABLES Y FUENTES DE DATOS

El cuestionario incluía dos constructos: la MSP y el apoyo percibido por parte del supervisor.

-MSP: definida como como la predisposición de un individuo a reaccionar a motivos vinculados principalmente o únicamente con instituciones y organizaciones públicas. Como instrumento de medida validado se utilizó la Escala de Perry, la cual incluye las tres dimensiones en las que encajan las diversas motivaciones propias de los trabajadores del sector público^{18,19}: ‘atracción por la política’, disposición del individuo a trabajar en servicios públicos y a participar en el proceso de formulación de políticas o en actividades para la comunidad (3 ítems), ‘compromiso con el interés público’, motivos normativos por los que el individuo cree en el interés público, lo que incluye un sentimiento cívico y de lealtad hacia las instituciones de gobierno (4 ítems), y ‘compasión’, se refiere a los motivos afectivos que se caracterizan por el deseo de ayudar a otras personas (3 ítems).

-Apoyo percibido por parte del supervisor: hace referencia a las creencias globales de los empleados sobre la medida en la que sus supervisores valoran sus contribuciones y se preocupan por su bienestar. Para su medición se utilizó la Encuesta de Apoyo Percibido (4 ítems)¹⁷.

Los ítems de los dos constructos se contestaban mediante una escala de respuesta tipo Likert de siete puntos en la que 1 era muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo. Aparte, el cuestionario incluía las siguientes variables:

-Puesto de trabajo: médico o enfermero.

-Edad.

-Sexo.

-Antigüedad en el centro.

-Antigüedad en el Servicio Canario de la Salud.

Además, a partir de fuentes secundarias, se incluyó información sobre las variables que siguen a continuación.

-Entorno social de los centros de salud: se refiere a los aspectos socioeconómicos y demográficos de la población adscrita a los centros de salud. Se incluyeron las siguientes variables: la ratio paciente por profesional sanitario, la renta media por hogar, la población con ingresos por unidad de consumo por debajo de 5000 euros (IUC5), 7500 euros (IUC7) y 10000 euros (IUC10), respectivamente, y la población mayor de 65 años. La ratio paciente por profesional sanitario se calculó a partir de los datos suministrados por el personal técnico de la Consejería de Sanidad de la Administración Autónoma del Gobierno de Canarias. El resto de variables se calcularon zonificando para cada centro, de acuerdo con la Orden de 6 de junio de 1990, relativa a la delimitación de Zonas de Salud y la ubicación de Centros de Salud y Consultorios Locales, de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias (BOC 76, 20/06/1990), los datos ofrecidos sobre las mismas por el INE.

-Centro de salud: tamaño (plantilla del centro) y tipo de centro (si está localizado en un núcleo urbano o rural). Los datos fueron proporcionados por la Consejería de Sanidad de la Administración Autónoma del Gobierno de Canarias.

Tamaño muestral

De una población de 1134 profesionales sanitarios de centros de atención primaria, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se recibieron 617 respuestas. Tras descartarse doce cuestionarios, por contener fallos u omisiones, la muestra definitiva fue de 605 profesionales: 46% médicos y 54% enfermeros. De todos los centros se obtuvo como mínimo el 50% de sus profesionales.

Análisis de datos

No se contó con datos ausentes. La fiabilidad se calculó utilizando el alfa de Cronbach (valor mínimo de 0,70) para cada uno de los factores de MSP y para el apoyo percibido por parte del supervisor. Posteriormente, se calcularon la fiabilidad compuesta (valor mínimo de 0,70) y la varianza extraída media (valor mínimo de 0,50)²⁰.

La dimensionalidad y validez convergente de las escalas se analizó mediante un análisis factorial con rotación varimax y método máxima verosimilitud.

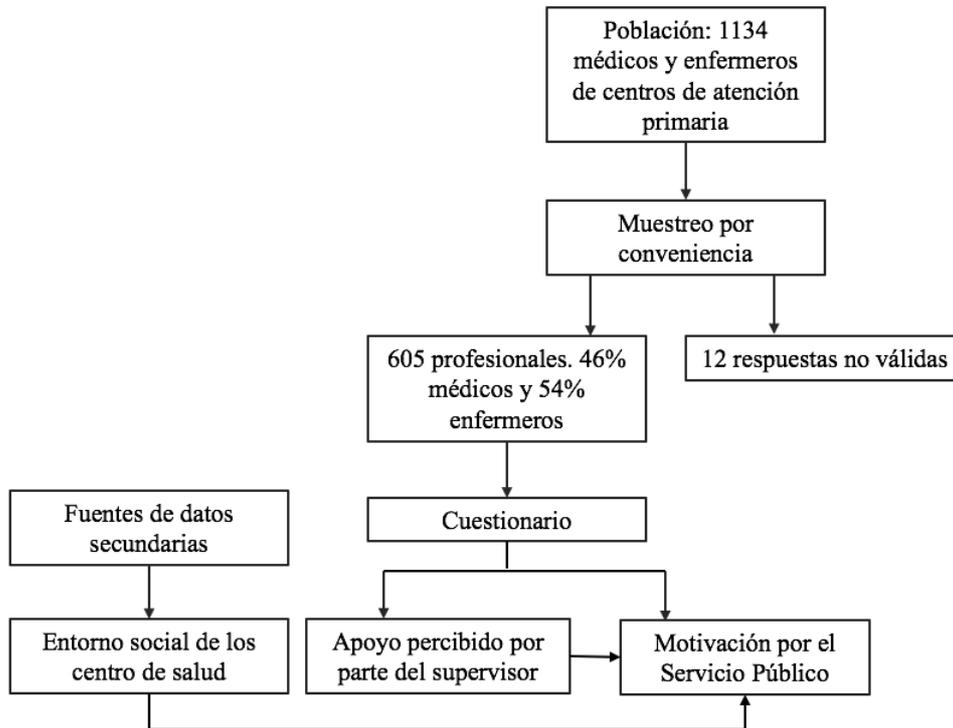
El diagnóstico de la multicolinealidad de las variables del entorno social se realizó mediante los índices de tolerancia y el factor de inflación de la varianza (valores menores que 0,10 y mayores de 10, respectivamente, indican problemas de colinealidad).

Con el objetivo de constatar cuáles son las variables que influyen en la MSP se usó el Modelo Lineal de Regresión Multinivel (MLRM) a través del programa SPSS. En este caso, dicho modelo es idóneo ya que los datos individuales se encuentran agrupados en unidades más amplias: los trabajadores y su MSP (nivel 1) se agrupan en los diferentes centros de salud (nivel 2). En primer lugar realizamos un modelo nulo, donde no se incluían variables independientes sino que únicamente contábamos con la MSP como variable dependiente. Posteriormente, se procedió a realizar un segundo modelo donde incluimos las variables independientes del nivel 2 o de grupo (IUC7, renta media por hogar, población >65 años, y pacientes por profesional).

Dado que no se encontró efecto grupo, se empleó la regresión lineal múltiple para explicar cada uno de los factores de la MSP. Como variable independiente se incluyó el apoyo percibido por parte del supervisor. Debido a su potencial influencia en la MSP³, se tuvieron en cuenta, como variables de control, el tamaño del centro, si es urbano o rural, el tipo de puesto de trabajo (médico vs. enfermero), la edad, el sexo, la antigüedad en el puesto y en el Servicio Canario de la Salud.

La figura 3.1 representa el esquema del estudio, desde la recogida de datos hasta su análisis. A partir de datos de encuesta y de fuentes secundarias, se pretende constatar en qué medida el apoyo que los profesionales sanitarios perciben por parte de sus supervisores y el entorno socioeconómico de los centros determinan la MSP de los profesionales sanitarios.

Figura 3.1. Esquema general del estudio



Fuente: elaboración propia

3.3. Resultados

La edad media de los participantes fue de 47,87 años y el 66,90% eran mujeres. La antigüedad media en el puesto de trabajo en el centro de salud era, aproximadamente, de 10 años y en el Servicio Canario de la Salud de 29 años. La tabla 3.1 recoge información sobre la muestra.

Tabla 3.1. Muestra

Total	605
Hombres	29,26%
Mujeres	66,90%
Médicos	46,20%
Enfermeros	53,80%
Edad	47,87(10,03) ^a
Antigüedad en el centro	9,98(8,94) ^a
Antigüedad en el Servicio Canario de Salud	29,21(9,83) ^a

a. Media (desviación típica)

Los resultados de la fiabilidad, a partir del alfa de Cronbach, para cada uno de los factores de MSP fueron: atracción por las políticas (0,44), compromiso con el interés público (0,73), compasión (0,79). Para el constructo apoyo percibido por parte del supervisor fue 0,85. Eliminamos el factor atracción por la política, por alcanzar un valor insuficiente. Posteriormente se calculó, para los factores restantes, la fiabilidad compuesta y la varianza extraída media (compromiso con el interés público: 0,74 y 0,54, compasión: 0,79 y 0,56, apoyo percibido por parte del supervisor: 0,88 y 0,65, respectivamente).

El análisis factorial constató que todos los ítems mostraban cargas factoriales superiores a 0,50 en sus respectivos constructos. Los resultados de dicho análisis se recogen en la tabla A.3.1 localizada en el apéndice.

En la tabla 3.2 podemos observar los datos de las variables del entorno social tenidas en cuenta. Se eliminaron dos de las variables relacionadas con los ingresos (IUC5 y IUC10), por tener una fuerte colinealidad con IUC7 (ver tabla A.3.2 en el apéndice).

Tabla 3.2. Variables de contexto

Variables	Media (dt)	Mediana	Mínimo	Máximo
Renta media por hogar	26218,76 (4782,44)	25084,33	21526,13	42044,13
IUC5	11,25 (2,54)	10,44	6,90	16,62
IUC7	22,79 (3,59)	22,10	15,90	30,48
IUC10	36,79 (5,47)	36,24	25,00	47,26
Población >65 años	3360 (2073)	3154	334	8586
Pacientes por Profesional	695,32 (237,80)	683,43	183,00	1630,05

Renta media por hogar: euros. IUC5, IUC7, IUC10: porcentaje de población con ingresos por unidad de consumo por debajo de 5000 euros, 7000 euros, 10000 euros, respectivamente (porcentaje).

Teniendo en cuenta lo anterior, se analizó la influencia de las variables independientes de grupo (IUC7, renta media por hogar, población >65 años, pacientes por profesional) y la individual (apoyo percibido por parte del supervisor), respectivamente, sobre las variables dependientes en las que se reflejó la MSP (compromiso con el interés público y compasión). La probabilidad de significación estadística de los modelos nulos del MLRM (uno para cada dimensión de la MSP) fue mayor que 0,05, indicando que el factor centro no contribuye a explicar ni el compromiso con el interés público ni la compasión.

Consecuentemente, se usó la regresión lineal múltiple para explicar cada uno de los factores de la MSP. En un primer modelo se incluyeron como variables de control las citadas en el apartado de metodología y aquellas relacionadas con el centro. En un segundo modelo se consideró el apoyo percibido por parte del supervisor como única variable independiente. En el caso de compromiso con el interés público (tabla 3.3), el modelo 1 arrojó un R^2 de 0,04, lo que indica que el compromiso con el interés público se ve explicado únicamente en un 4%, siendo la única variable significativa la edad de los profesionales sanitarios. En el modelo 2 la variable independiente apoyo percibido por parte del supervisor resultó significativa (β : 0,37; p: 0,00), al igual que la edad (β : 0,16; p: 0,04), y la R^2 aumentó a 0,17. En el caso de la dimensión compasión, también se

verificó la influencia del apoyo percibido por parte del supervisor (tabla 3.4). En el modelo 1 la R^2 fue 0,06, resultando significativas las variables: sexo, tamaño del centro, puesto de trabajo, antigüedad, y población mayor de 65 años (las tres últimas de manera negativa). Al pasar al modelo 2, y añadir la variable independiente apoyo percibido por parte del supervisor, esta resultó significativa (β : 0,38; p : 0,00), además del sexo (β : 0,11; p : 0,01) y la antigüedad (β : -0,11; p : 0,04). La R^2 aumentó a 0,20.

Tabla 3.3. Regresión lineal múltiple para compromiso con el interés público

Compromiso con el Interés Público	Modelo 1				Modelo 2				
	Variables	Coeficientes estandarizados	Sig.	Intervalos de confianza		Coeficientes estandarizados	Sig.	Intervalos de confianza	
				Límite Inferior	Límite Superior			Límite Inferior	Límite Superior
Sexo	0,07	0,12	-0,04	0,33	0,07	0,11	-0,03	0,31	
Edad	0,19	0,03	0,00	0,03	0,16	0,04	0,00	0,03	
Puesto de trabajo	-0,06	0,24	-0,31	0,08	0,01	0,92	-0,17	0,19	
Antigüedad	-0,04	0,45	-0,02	0,01	-0,01	0,92	-0,01	0,01	
Antigüedad Servicio Canario de Salud	-0,03	0,71	-0,02	0,01	0,00	1,00	-0,02	0,02	
Población >65 años	-0,12	0,32	0,00	0,00	-0,03	0,76	0,00	0,00	
Tipo	0,03	0,68	-0,23	0,35	0,01	0,93	-0,26	0,28	
Pacientes por Profesional	0,05	0,33	0,00	0,00	0,02	0,75	0,00	0,00	
Renta media por Hogar	-0,01	0,80	0,00	0,00	-0,03	0,57	0,00	0,00	
IUC7	0,05	0,30	-0,01	0,04	0,02	0,76	-0,02	0,03	
Tamaño	0,16	0,10	0,00	0,01	0,04	0,66	-0,01	0,01	
Apoyo percibido por parte del supervisor					0,37	0,00	0,20	0,31	
R^2	0,04	0,06			0,17	0,00			

Tipo: rural o urbano. Tamaño: plantilla del centro. IUC7: población con ingresos por unidad de consumo por debajo de 7000 euros.

Tabla 3.4. Regresión lineal múltiple para compasión

Compasión		Modelo 1			Modelo 2			
Variables	Coeficientes estandarizados	Sig.	Intervalos de confianza		Coeficientes estandarizados	Sig.	Intervalos de confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior			Límite Inferior	Límite Superior
Sexo	0,11	0,01	0,05	0,42	0,11	0,01	0,06	0,40
Edad	0,13	0,12	0,00	0,03	0,10	0,19	-0,01	0,02
Puesto de trabajo	-0,14	0,01	-0,46	-0,08	-0,07	0,13	-0,32	0,04
Antigüedad	-0,15	0,01	-0,03	0,00	-0,11	0,04	-0,02	0,00
Antigüedad Servicio Canario de Salud	0,06	0,50	-0,01	0,02	0,09	0,25	-0,01	0,03
Población >65 años	-0,25	0,03	0,00	0,00	-0,17	0,12	0,00	0,00
Tipo	-0,04	0,52	-0,39	0,19	-0,07	0,27	-0,42	0,12
Ratio pacientes por profesional	0,08	0,11	0,00	0,00	0,04	0,34	0,00	0,00
Renta media por Hogar	-0,01	0,81	0,00	0,00	-0,03	0,55	0,00	0,00
IUC7	0,05	0,30	-0,01	0,04	0,10	0,31	0,00	0,01
Tamaño	0,22	0,03	0,00	0,02	0,01	0,78	-0,02	0,03
Apoyo percibido por parte del supervisor					0,38	0,00	0,21	0,32
R ²	0,06	0,00			0,20	0,00		

Tipo: rural o urbano. Tamaño: plantilla del centro. IUC7: población con ingresos por unidad de consumo por debajo de 7000 euros.

3.4. Discusión

El análisis de datos refleja la influencia positiva que tiene el apoyo percibido por parte del supervisor en la MSP de los profesionales sanitarios. Esto ocurre tanto para el factor compromiso con el interés público (β : 0,37; p: 0,00) como para la compasión (β : 0,38; p: 0,00). Así, cuanto mayor es la creencia de los profesionales sanitarios respecto a que sus

superiores valoran sus contribuciones y se interesan por su bienestar, mayor es su compromiso con el interés público, la lealtad hacia la institución y su sentimiento cívico, consistente en el deseo de ayudar a otras personas. Todos estos efectos son importantes por la naturaleza de las actividades sanitarias en el contexto público.

Estos resultados concuerdan con los de otros estudios en los que se muestra que el hecho de sentirse apoyado por los superiores tiene un impacto positivo en la satisfacción de los trabajadores, el clima laboral, y sobre la MSP en un contexto distinto de la atención sanitaria. Concretamente, en una revisión sobre los antecedentes de la MSP³ se constata que, en el 80% de las investigaciones, variables relacionadas con el apoyo que dan los supervisores inflúan en la MSP. A su vez, esta influencia del apoyo percibido por parte del supervisor sobre la MSP contribuye, en última instancia, a un mayor rendimiento individual, satisfacción laboral y, en definitiva, a un mayor compromiso organizativo. En este sentido, en la revisión antes mencionada, más del 64% de los estudios encuentran una asociación positiva entre la MSP y estos factores.

Otras variables también mostraron una influencia significativa. En el caso del compromiso con el interés público, la edad de los profesionales. En la dimensión de compasión, el sexo y la antigüedad en el puesto de trabajo. Estos resultados también concuerdan con la literatura existente sobre la MSP³, donde se muestra que a mayor edad y más antigüedad en el puesto mayor es este tipo de motivación. No obstante, los coeficientes de determinación de este trabajo muestran que, aunque significativo, el poder explicativo de estas variables es bajo.

En lo que se refiere al contexto de los centros de salud, la literatura refleja que el nivel socioeconómico de la población adscrita afecta la actividad del sistema sanitario y la de sus trabajadores^{6,7,8}. Ello podría repercutir en las actitudes de los profesionales sanitarios. Nuestros resultados muestran que no ejercen ningún tipo de influencia sobre la MSP de los mismos. Esto quiere decir que, por ejemplo, la mayor demanda de servicios sanitarios y fármacos asociadas a las rentas bajas o a la edad de la población^{11,13} no influye en la MSP de los profesionales. Además, otras características propias de entorno de los centros,

como su localización (núcleo rural o urbano) y la cantidad de población a atender (número de pacientes por profesional), tampoco resultaron ser significativas para la MSP de los sanitarios, a pesar de que la sobrecarga asistencial es un factor que a priori era reconocido como potencialmente determinante.

Independientemente de los resultados mostrados en este estudio, se ha comprobado que pueden existir otros factores que contribuyen a explicar la MSP, no solo el apoyo percibido por parte del supervisor, ni tampoco, como ha quedado evidenciado, los factores del entorno considerados. Ello se debe a que existe un porcentaje importante del constructo MSP que no ha sido explicado.

Una de las limitaciones de este estudio es la tasa de respuesta lograda (53,3%). La participación en el mismo fue voluntaria y no tenemos razones específicas de contexto para explicar la no participación. Aunque la tasa de respuesta puede ser considerada técnicamente aceptable²¹, plantea limitaciones respecto a la generalización de los resultados. Para futuras investigaciones sería interesante plantear formas de motivar a los profesionales a participar, ya sea con incentivos de algún tipo, o implicar en una mayor medida a los directores en la obtención de respuestas.

Otra limitación, propia del tipo de estudio realizado, es que no se puede determinar una relación de causalidad entre las variables explicativas y la MSP. La literatura sostiene que el apoyo percibido por parte de los superiores actúa como predictor de la MSP, pero el diseño de este estudio lo que estadísticamente muestra es la asociación entre los dos constructos.

El resultado de que el apoyo percibido por parte de los superiores esté asociado a la MSP de los profesionales es un punto de partida para el diseño de acciones dirigidas a fomentar este tipo de motivación. Los gestores sanitarios tienen a su disposición prácticas de recursos humanos (e.g., formación, evaluación del rendimiento, e incentivos) que pueden adaptar teniendo como objetivo la MSP. Finalmente, como futuras líneas de investigación, sugerimos el estudio de otros factores determinantes de la MSP de los profesionales sanitarios, y la repercusión de la misma en su rendimiento y en el funcionamiento de los centros.

3.5. Conclusión

El apoyo que perciben los profesionales por parte de sus superiores constituye un punto de partida para fortalecer la MSP de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el entorno socioeconómico que rodea a los centros en los que estos trabajan, si bien puede ser un elemento relevante para otros aspectos de la gestión sanitaria, no ha mostrado ser un factor decisivo para la MSP.

Bibliografía

1. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2005;3(1):111-30.
2. Perry JL. Antecedents of public service motivation. *J Publ Adm Res Theory.* 1997;7(2):181-97.
3. Ritz A, Brewer GA, Neumann O. Public service motivation: A systematic literature review and outlook. *Public Adm Rev.* 2016;76(3):414-26.
4. Naff KC, Crum J. Working for America: does public service motivation make a difference?. *Rev Public Pers Adm.* 1999;19(4):5-16.
5. Houston DJ. "Walking the walk" of public service motivation: Public employees and charitable gifts of time, blood, and money. *J Public Adm Res Theory.* 2016;16(1):67-86.
6. Pablo González R. La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *Medifam.* 2005;31(5):214-22.
7. Guic E, Mora P, Rey R, Robles A. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Rev Med Chile.* 2006;134(4):447-55.
8. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *Medifam.* 2003;13(4):55-60.
9. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit.* 2003;17(5): 412-19.
10. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Prim.* 2000;26(9): 600-6.

11. Álvarez MA, Bayle MS, García CG, Martín RM. Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en atención primaria. *Anales Pediatr.* 2004;61(4):292-7.
12. Fernández JS, Maldonado JS. Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos: un análisis por comunidades autónomas. En: XVI Encuentro de Economía Pública. Palacio de Congresos de Granada; 2009 Feb 5-6. p.129.
13. Ortiz BR, Galilea MM. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Prim.* 1999; 23(3):110-5.
14. Arbeláez-Rodríguez G, Mendoza P. Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador. *An Fac Med.* 2017; 78(2):154-60.
15. Rubio JC, Fernández JM, Páez MM, Muñoz MC, Cobo JG, Balo AR. Clima laboral en atención primaria:¿qué hay que mejorar?. *Aten Prim.* 2003;32(5):288-95.
16. Burke CS, Stagl KC, Klein C, Goodwin GF, Salas E, Halpin SM. What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *Leadership Q.* 2006;17(3):288-307.
17. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology.* 2002;87(4):698-714.
18. Silva DS. La Motivación por el Servicio Público: Entendiendo las claves para tener un buen funcionario público. *Gestión pública y desarrollo.* 2011;13.
19. Riba C, Ballart X. Public Service Motivation of Spanish High Civil Servants. Measurement and Effects. *Reis.* 2016;65-82.
20. Ahmad S, Zulkurnain NNA, Khairushalimi FI. Assessing the validity and reliability of a measurement model in Structural Equation Modeling (SEM). *Journal of Advances in Mathematics and Computer Science,* 2006:1-8.
21. Baxter LA, Babbie ER. The basics of communication research. California: Thomson Learning; 2004.

CAPÍTULO IV

IMPORTANCIA DEL COMPROMISO DEL PERSONAL SANITARIO PARA LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

IMPORTANCIA DEL COMPROMISO DEL PERSONAL SANITARIO PARA LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen

Objetivo: Conocer en qué medida el compromiso organizativo de los profesionales sanitarios de atención primaria es importante para la satisfacción de los pacientes.

Diseño: Estudio observacional, de corte transversal, cuantitativo, retrospectivo, y no controlado.

Emplazamiento: 40 centros de atención primaria pertenecientes al área de salud de Gran Canaria. Atención primaria.

Participantes: 617 profesionales sanitarios (46% médicos y 54% enfermeros) y 1.537 usuarios de los centros de atención primaria (35% hombres y 65% mujeres). Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Mediciones principales: Para evaluar el compromiso organizativo se usó un cuestionario autoadministrado a profesionales sanitarios de centros de atención primaria. La satisfacción de los pacientes se obtuvo mediante encuesta telefónica y las variables de control a partir de fuentes secundarias. Los datos se analizaron mediante regresión lineal múltiple. Para profundizar en los resultados se usaron también entrevistas semiestructuradas.

Resultados: El entorno socioeconómico de los centros de salud no influye en la satisfacción de los pacientes. El compromiso organizativo de los trabajadores influye positivamente en la satisfacción de los usuarios de los centros de salud. También se encontró que los profesionales más comprometidos tienen menos disponibilidad en sus

agendas para citas a corto plazo. Las entrevistas sugieren que se debe a que dedican más tiempo a sus pacientes, lo cual hace que estén más satisfechos.

Conclusiones: El compromiso organizativo afectivo de los profesionales sanitarios es una actitud que permite mejorar la satisfacción de los pacientes, por ello, los gestores sanitarios deberían emplear prácticas dirigidas a fortalecer dicha actitud.

Palabras clave: satisfacción del paciente, compromiso organizativo, calidad asistencial, atención primaria, gestión de personal.

4.1. Introducción

En muchos países la atención primaria es la puerta de entrada de los usuarios al sistema sanitario, considerándose parte esencial o nuclear del mismo¹. Los países con una atención primaria de calidad presentan mejores índices de salud, mayor equidad en el reparto de recursos y muestran un sistema sanitario más eficiente, estimándose que alrededor del 80% de las patologías son resueltas en dicho nivel asistencial¹.

Como consecuencia de lo anterior, las administraciones sanitarias aspiran a que los centros de salud alcancen distintos objetivos relacionados con una atención primaria eficaz, eficiente e integral¹. Para ello, es importante considerar la experiencia y las percepciones de los usuarios de los centros, con el fin de lograr una población satisfecha^{2,3,4}. Tal y como se ha demostrado, la insatisfacción de los pacientes se relaciona con un aumento del coste de la atención sanitaria, la ineficacia de los tratamientos y con un número excesivo de peticiones de pruebas complementarias^{5,6}. En cambio, un paciente satisfecho buscará ayuda sanitaria de manera activa cuando sea necesario, cumplirá en mayor medida con las recomendaciones médicas y, a la hora de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, mostrará un comportamiento más condescendiente⁷. Por ello, en los últimos años, la satisfacción de los pacientes ha recibido un gran reconocimiento

como medida de calidad en el sector público⁴, considerándose un resultado de suma importancia para los servicios de salud^{4,5,8}.

En el caso de los clientes de una empresa, su satisfacción se define como la evaluación que los mismos realizan sobre si el producto o servicio ha cumplido con sus necesidades o expectativas⁷. En el ámbito sanitario la satisfacción de los pacientes se ha conceptualizado de manera similar⁸. Según muestra la evidencia, la dimensión más importante de la satisfacción de los pacientes es la referida al comportamiento de los médicos y enfermeros. Se encuentra por encima de la satisfacción con los siguientes aspectos de los servicios sanitarios: los resultados clínicos, la accesibilidad, la demora en las salas espera, y sobre en qué medida los servicios coinciden con las necesidades de los pacientes^{8,9}. Por ejemplo, variables como la amabilidad, la simpatía y el apoyo emocional de los profesionales sanitarios son más valoradas que la propia atención técnica^{10,11}.

De cara a conocer qué determina la satisfacción de los pacientes, todo lo anterior sugiere estudiar la actitud de los profesionales sanitarios y, en particular, su compromiso organizativo. El motivo es la evidencia disponible, a partir de estudios realizados en entornos no sanitarios, sobre la influencia positiva del compromiso de los trabajadores en la satisfacción del cliente^{12,13,14}. A pesar de esto último, esta relación no ha sido estudiada en profundidad en el ámbito sanitario.

El compromiso organizativo describe la fuerza de la identificación y el apego de una persona con una organización. Existe consenso en cuanto a su multidimensionalidad. Concretamente, se compone de tres dimensiones. El compromiso normativo, que refleja la obligación que siente el trabajador hacia la organización. El compromiso de continuidad, referido a la percepción de los trabajadores de los costes asociados a dejar la organización. Y, por último, el compromiso afectivo, que hace referencia al apego emocional, a la identificación y a la implicación del empleado con la organización. Esta última dimensión es la que ha mostrado estar directamente relacionada con la satisfacción del cliente^{15,16}. A su vez, la relación entre compromiso organizativo afectivo y rendimiento en el trabajo está constatada, así como con las variables comportamiento

cívico en el puesto de trabajo, asistencia, y bajos absentismo, stress y conflicto en la conciliación trabajo-familia, respectivamente^{17,18}. Por ello, en el caso de puestos de trabajo asistenciales, es esperable que el compromiso afectivo de los trabajadores influya en la satisfacción de los que reciben el servicio.

Por tanto, el objetivo de esta investigación es determinar, en el ámbito de la atención primaria, en qué medida el compromiso organizativo afectivo del personal sanitario de los centros de salud es relevante para la satisfacción de los pacientes.

4.2. Metodología

Diseño del estudio

Estudio observacional, de corte transversal, cuantitativo, retrospectivo, y no controlado.

Contexto

El estudio se realizó en 2019 en el Área de Salud de la isla de Gran Canaria, España. El Área de Salud consta de 40 centros de salud de atención primaria que dan asistencia a una población de 806.783 personas.

Participantes

Personal sanitario y usuarios pertenecientes a los centros de salud del Área de Salud de Gran Canaria. El personal sanitario incluía médicos y enfermeros que llevaran como mínimo un año de antigüedad en el centro de salud.

Variables y fuentes de datos

Los datos referentes a la satisfacción de los pacientes corresponden a 2019 y fueron cedidos por la Consejería de Sanidad de la Administración Autónoma del Gobierno de Canarias. La satisfacción de los pacientes se obtuvo a través de entrevistas telefónicas realizadas por el personal técnico dicha Consejería. La satisfacción se evaluó mediante una pregunta sobre satisfacción global. Esta se contestaba mediante un único ítem de escala tipo Likert de diez puntos, en la que 1 era totalmente insatisfactorio y 10 totalmente satisfactorio. Aparte, como variable objetiva relacionada con la satisfacción de los

pacientes, se tuvo en cuenta el indicador de rendimiento de los centros de salud, usado por la Consejería de Sanidad, denominado “demora”. Este indicador pretende evaluar el tiempo de espera de los pacientes para conseguir una cita. Concretamente, mide el porcentaje de agendas de los médicos que tienen disponibilidad, para las citas de los pacientes, en un plazo menor o igual a una jornada. La conveniencia de incluir esta variable se basa tanto en su carácter objetivo como en que la investigación ha mostrado una relación significativa y negativa entre el tiempo de espera por parte de los pacientes y su satisfacción¹⁹.

Los datos referentes al compromiso organizativo afectivo se obtuvieron a través de cuestionarios autoadministrados, repartidos por los investigadores, en mayo de 2019. Los cuestionarios iban dirigidos a todos los médicos y enfermeros de los 40 centros de atención primaria del Área de Salud de la isla Gran Canaria. Posteriormente, entre los meses de junio a septiembre, los cuestionarios fueron recogidos conforme iban siendo completados. Para la medición del compromiso organizativo afectivo se utilizó la escala del cuestionario de Meyer y Allen¹⁵, compuesta por seis ítems. Se contestaba mediante una escala tipo Likert de siete puntos en la que 1 era muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo.

A partir de fuentes secundarias, se incluyeron datos sobre las siguientes variables:

- Entorno socioeconómico de la población adscrita a los centros de atención primaria: hace referencia a los aspectos demográficos y socioeconómicos de los pacientes. Incluye las siguientes variables para cada centro de salud: población total, peso de la población mayor de 65 años y renta por hogar. Los datos se obtuvieron a través de la información ofrecida por el Instituto Nacional de Estadística, excepto la población total de usuarios de cada centro de salud que fue proporcionada por el personal técnico de la Consejería de Sanidad.
- Características de los centros de salud: hace referencia a la ratio de pacientes por profesional, la ratio de pacientes mayores de 65 años por profesional y el presupuesto por paciente. Las variables fueron calculadas a partir de los datos cedidos por el personal técnico de la Consejería de Sanidad. Para su análisis se calculó su logaritmo.

Además, tras finalizar el análisis cuantitativo, se realizaron entrevistas estructuradas a cinco directores de centros de salud para profundizar en los resultados encontrados.

Tamaño muestral

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia se recibieron 617 respuestas de una población de 1.134 profesionales sanitarios de centros de atención primaria. Tras descartarse doce cuestionarios, por contener fallos u omisiones, la muestra definitiva fue de 605 profesionales (29,26% hombres y 66,90% mujeres). 46% eran médicos y 54% enfermeros. De todos los centros se obtuvo como mínimo una participación del 50% de sus profesionales. La antigüedad media en el centro de salud fue 10,5 años y en la organización 20,8 años. En cuanto a los usuarios de los centros de salud, la muestra fue de 1.537 pacientes (35,39% hombres y 64,60% mujeres) de todos los centros de salud. El muestreo realizado por la Consejería de Sanidad de la Administración Autónoma del Gobierno de Canarias también fue un muestreo por conveniencia.

Declaración ética

Los individuos que han participado en el estudio lo hicieron de forma voluntaria. Se garantizó la confidencialidad de los participantes del estudio, no revelando ningún dato que favorezca la identificación de los mismos.

Se cumplen con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

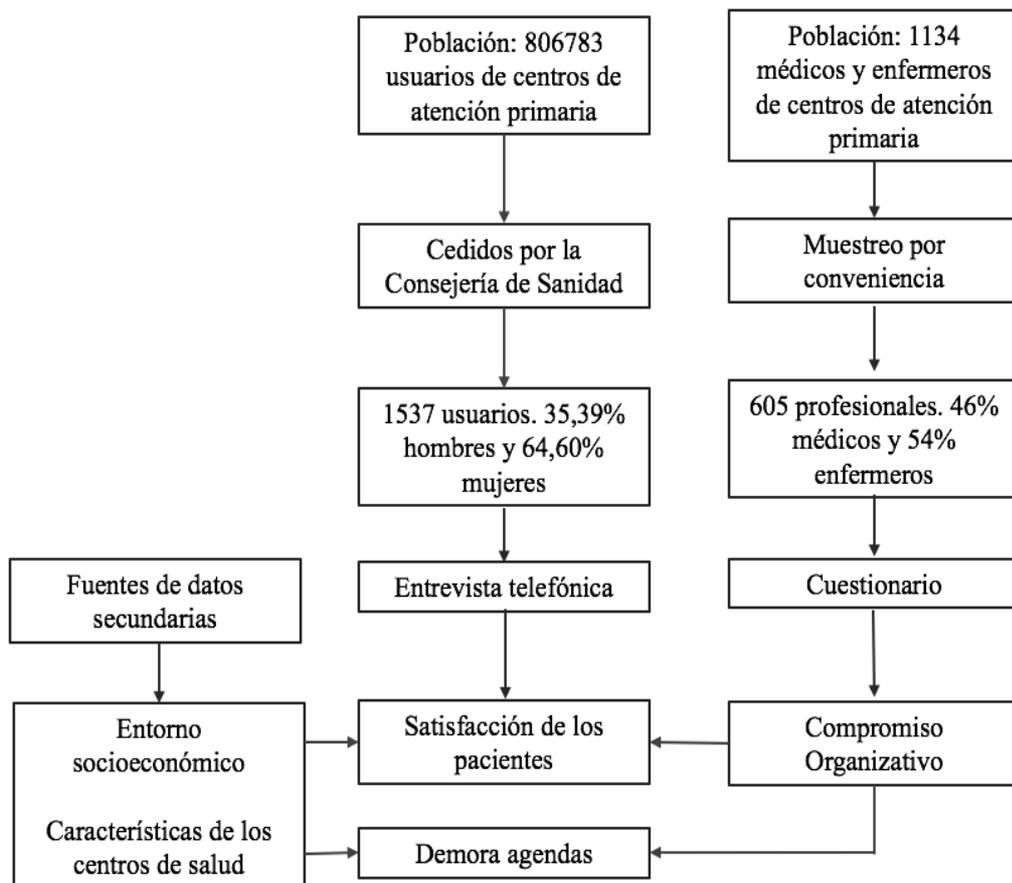
Análisis de datos

No se incluyeron datos ausentes. La fiabilidad para escala que medía el compromiso organizativo afectivo se calculó utilizando el alfa de Cronbach (valor mínimo de 0,70), la fiabilidad compuesta (valor mínimo de 0,70) y la varianza extraída media (valor mínimo de 0,50)²⁰. La dimensionalidad y la validez convergente de la escala se analizó mediante un análisis factorial con rotación varimax y método de máxima verosimilitud.

Con el objetivo de averiguar cuáles son las variables que influyen en la satisfacción de los pacientes y en el indicador de demora se utilizó el modelo lineal de regresión múltiple. Esta técnica permite analizar la influencia de un conjunto de variables sobre una variable dependiente. Como variable independiente se incluyó el compromiso organizativo afectivo. Así mismo, se incluyeron como variables de control las referidas al entorno socioeconómico de los centros de salud (población total, peso de la población mayor de 65 años y renta por hogar) y las concernientes a las características de los centros de salud (presupuesto por paciente, ratio de paciente por profesional, ratio de pacientes mayores de 65 años por profesional).

La figura 4.1. representa el esquema del estudio, desde la recogida de datos hasta su análisis. A partir de los datos de encuesta y de fuentes secundarias, se pretende conocer si el compromiso organizativo del personal sanitario influye en la satisfacción de los usuarios de atención primaria.

Figura 4.1. Esquema general del estudio



Fuente: elaboración propia

4.3. Resultados

La variable independiente, el compromiso organizativo afectivo, mostró las siguientes estadísticas: media (5,15); desviación típica (1,33), mínimo (1); y máximo (7). Su distribución por cuartiles fue: primer cuartil (5,02), segundo cuartil (5,24) y tercer cuartil (5,47). La fiabilidad de la escala, a partir del alfa de Cronbach, fue 0,87. La fiabilidad compuesta y la varianza extraída media fueron 0,88 y 0,55, respectivamente. En cuanto a la dimensionalidad, el análisis factorial generó un único factor y constató que todos los ítems mostraban cargas factoriales superiores a 0,50. Los resultados se recogen en la tabla 4.1.

Tabla 4.1. Resultados del análisis factorial

Compromiso Organizativo Afectivo	Carga factorial
Compromiso Organizativo Afectivo 1	0,65
Compromiso Organizativo Afectivo 2	0,63
Compromiso Organizativo Afectivo 3	0,78
Compromiso Organizativo Afectivo 4	0,75
Compromiso Organizativo Afectivo 5	0,79
Compromiso Organizativo Afectivo 6	0,85
Porcentaje de varianza explicada	62,47
Valor propio	3,75
Índice KMO	0,89
Test de esfericidad de Bartlett	1.722,21
Significación	0,00

En la tabla 4.2 podemos observar los datos de las variables dependientes y de control.

Tabla 4.2. Datos de las variables de control y de la variable dependiente

VARIABLES DE CONTROL DEL ENTORNO DE LOS CENTROS DE SALUD	Media (dt)	Mediana	Mínimo	Máximo
Renta media por hogar (euros)	26.218,76 (4.782,44)	25.084,33	21.526,13	42.044,13
Pacientes totales	20.686,74 (14.706,34)	20.762	1.464	75.399
Población >65 años	3.360 (2.073)	3.154	334	8.586
Peso población >65 años	0,17 (0,03)	0,18	0,11	0,25
VARIABLES DE CONTROL DEL CENTRO DE SALUD				
Pacientes por profesional	649,79 (138,77)	664,93	183,00	839,78
Presupuesto por paciente (euros)	443,63 (154,34)	407,39	198,04	977,69
Población >65 años por profesional	110,90 (25,97)	108,52	41,75	175,81
VARIABLES DEPENDIENTES				
Satisfacción de los pacientes	8,26 (0,59)	8,22	5,80	10,00
Demora (%)	16,86 (17,40)	14,29	0,00	100,00

dt: desviación típica.

En base a lo anterior se aplicó el modelo lineal de regresión múltiple tomando como variable dependiente la satisfacción del paciente. Se realizó un primer modelo donde se incluyeron las variables de control referidas al entorno socioeconómico de la población

asignada a los centros de salud: población total, peso de la población mayor de 65 años y renta por hogar. El modelo no resultó estadísticamente significativo, indicando que ninguna de ellas contribuía a explicar la satisfacción del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se procedió a realizar un segundo modelo donde se incluyeron como variables de control aquellas relacionadas con las características de los centros de salud: presupuesto por paciente, ratio paciente por profesional y ratio pacientes mayores de 65 años por profesional. En este modelo (tabla 4.3), resultaron significativas las variables presupuesto por paciente (β : 0,43; p: 0,05) y la ratio paciente por profesional (β : 0,78; p: 0,00). La R^2 ajustada es de 0,15, lo que indica que la satisfacción del paciente se ve explicada en un 15%.

Posteriormente se realizó un tercer modelo donde se incluyó, además, como variable independiente el compromiso organizativo afectivo. En el tercer modelo (tabla 4.3), la R^2 ajustada aumentó a 0,28, resultando significativas las variables ratio pacientes por profesional (β : 0,61; p: 0,02) y compromiso organizativo afectivo (β : 0,39; p: 0,01).

Tabla 4.3. Regresión lineal múltiple para satisfacción del paciente

Satisfacción del paciente Variables	Modelo 2		Modelo 3	
	Coefficientes estandarizados	Sig.	Coefficientes estandarizados	Sig.
Presupuesto por paciente	0,43	0,05	0,34	0,09
Ratio Pacientes por profesional	0,78	0,00	0,61	0,02
Ratio pacientes >65 años por profesional	-0,26	0,19	-0,19	0,31
Compromiso afectivo			0,39	0,01
R^2	0,22	0,03	0,36	0,04
R^2 ajustada	0,15		0,28	
F	3,24		4,72	

A continuación, se aplicó el modelo lineal de regresión múltiple empleando como variable dependiente en indicador de demora en las agendas de los profesionales. Se realizó el primer modelo incluyendo nuevamente las variables relacionadas con el entorno socioeconómico de los centros de salud. El modelo no resultó estadísticamente significativo. Se procedió a realizar el segundo modelo (tabla 4.4) con las variables relacionadas con las características de los centros de salud. Resultó significativa, en sentido negativo, la ratio de pacientes por profesional (β : -0,66; p: 0,01), obteniéndose una R^2 ajustada de 0,15. A continuación se realizó el tercer modelo añadiendo el compromiso organizativo afectivo. En este modelo (tabla 4.4) fueron significativas, ambas con influencia negativa, la ratio de pacientes por profesional (β : -0,50; p: 0,05) y la variable compromiso afectivo (β : -0,36; p: 0,02). La R^2 ajustada fue de 0,26.

Tabla 4.4. Regresión lineal múltiple para demora

Demora	Modelo 2		Modelo 3	
	Coefficientes estandarizados	Sig.	Coefficientes estandarizados	Sig.
Variables				
Presupuesto por paciente	-0,25	0,25	-0,16	0,43
Ratio pacientes por profesional	-0,66	0,01	-0,50	0,05
Ratio pacientes >65 años por profesional	0,10	0,62	0,03	0,87
Compromiso afectivo			-0,36	0,02
R^2	0,21	0,04	0,34	0,01
R^2 ajustada	0,15		0,26	
F	3,16		4,31	

Debido a que la contribución del compromiso organizativo afectivo al indicador de demora resultó en sentido contrario al esperado (más compromiso afectivo implica menos agendas con disponibilidad para citas en un tiempo igual o inferior a una jornada) se entrevistó a cinco directores de centros de salud para discutir este resultado. Todos coincidieron en que la explicación era que los profesionales más comprometidos dedicaban más tiempo a sus pacientes y, por ello, tenían menos disponibilidad para citas en el plazo recogido en el indicador. Comentaron que cuando las consultas de los médicos llevan retraso, y no tienen disponibilidad a corto plazo, es porque los profesionales dedican más tiempo a los pacientes y que estos se sienten satisfechos, ya que creen que se les dedica más tiempo y atención. En este sentido, la correlación entre la satisfacción de los pacientes y el porcentaje de agendas con disponibilidad para citas en un tiempo igual o inferior a una jornada fue negativa ($r: -0,62$, $p: 0,00$). De hecho, los directores resaltaron que los usuarios pueden cambiarse de médico si quieren (escogiendo a aquellos con más disponibilidad para citas en su agenda), pero no lo hacen, ya que dan más valor a la atención recibida que a que se les reciba de un día para otro. Así, los médicos que dedican más tiempo a los pacientes son los preferidos en los centros de salud.

4.4. Discusión

El análisis de los datos muestra la influencia positiva que tiene el compromiso organizativo afectivo sobre la satisfacción de los pacientes ($\beta: 0,39$; $p: 0,01$), lo que significa que cuanto mayor es el apego emocional y la implicación de los profesionales sanitarios con su centro de salud, mayor es la satisfacción de los pacientes. Este resultado coincide con los de otros estudios de sectores diferentes al sanitario^{12,13,14} que muestran la influencia positiva que ejerce el compromiso, en particular la dimensión afectiva, del empleado sobre la satisfacción del cliente.

El compromiso afectivo influye de manera negativa en el indicador demora en las agendas ($\beta: -0,36$; $p: 0,02$). Este resultado parece ir en contra del anterior hallazgo, y de lo que recoge la literatura, referente a que el tiempo de espera por parte de los pacientes está relacionado de manera negativa con su satisfacción¹⁹. Las entrevistas realizadas clarifican el resultado ya que, según los directores, contar con mucha disponibilidad para citas en tan corto plazo (una jornada o menos) refleja que el tiempo que se dedica a los pacientes es insuficiente para estos. Así, contar con un alto compromiso implicaría dedicar más

tiempo a los pacientes y, consecuentemente, no tener la disponibilidad que mide el indicador. La correlación negativa entre este y la satisfacción de los pacientes ($r: -0,62$, $p: 0,00$) es consistente con esta explicación.

El anterior resultado pone de manifiesto lo importante que es usar indicadores de evaluación adecuados. En este caso, el indicador demora es usado para la evaluación de los centros de salud. Nuestros resultados confirman que va en sentido contrario a la satisfacción de los pacientes y que son, precisamente, los profesionales con menos compromiso los que mejor se posicionan en el indicador. En palabras de unos de los entrevistados, este indicador parece reflejar más la rapidez con la que los profesionales despachan a los pacientes.

La ratio paciente por profesional resultó significativa para la satisfacción de los pacientes ($\beta: 0,61$; $p: 0,02$). El sentido positivo de la relación también parece contrario a lo que podría esperarse. La explicación podría residir en lo que ya hemos comentado referente a que, más que el cupo de pacientes que tienen los profesionales, lo que realmente hace que los usuarios estén satisfechos es el tiempo que se les dedica. Y, según las entrevistas, los que más lo hacen son los más preferidos y los que tienen más pacientes.

Si bien el presupuesto por paciente de los centros de salud parece influir en la satisfacción de los pacientes ($\beta: 0,43$; $p: 0,05$ de la regresión sin la variable compromiso), este pierde relevancia ($p > 0,05$) cuando se incluye el compromiso afectivo de los profesionales. Hay que tener en cuenta que la mayor parte del presupuesto de los centros lo componen sus profesionales. Este resultado, y la influencia positiva encontrada de la ratio de pacientes por profesional, reflejan que lo realmente importante para la satisfacción de los pacientes es el compromiso de los profesionales más que la cantidad de estos.

Las variables del entorno socioeconómico de la población (población total asignada, peso de población mayor de 65 años, y renta por hogar) no resultaron significativas, a pesar de que la literatura refleja que el nivel socioeconómico de la población ejerce efecto sobre la actividad del sistema sanitario y sus profesionales^{23,24}. Así, en los centros de atención primaria la satisfacción de los pacientes depende más de los recursos humanos de los propios centros, concretamente del compromiso afectivo de su personal y del tiempo que dedican a los pacientes, que de la cantidad y el nivel socioeconómico de los usuarios adscritos a los centros.

Tanto en el sector privado como en el público, los recursos humanos y económicos para la prestación de cualquier servicio siempre son finitos. De hecho, la sanidad pública siempre demanda más recursos. Por ello, mejorar la satisfacción de los pacientes a base de más recursos tiene un límite. Esta investigación muestra que la misma se logra, además, con una plantilla de profesionales sanitarios comprometidos. Los gestores sanitarios tienen a su disposición las prácticas de recursos humanos que han mostrado influir en el compromiso de los trabajadores. A su vez, la medición periódica del compromiso de estos es, con la ayuda de la tecnología actual, una acción sencilla y cuyos resultados pueden ayudar a implantar acciones que finalmente redundan en la mejora de la satisfacción de los pacientes.

Una de las limitaciones del estudio es la tasa de respuesta de los profesionales sanitarios, que, aunque técnicamente es aceptable²⁵, presenta limitaciones a la hora de generalizar los resultados. A su vez, la muestra de pacientes también es una muestra de conveniencia. Otra de las limitaciones es que el diseño de este estudio no muestra una relación de causalidad entre las variables utilizadas y la satisfacción del paciente, sino que muestra la asociación entre las variables estudiadas.

Finalmente, como futuras líneas de investigación se plantea evaluar el papel del compromiso organizativo de los profesionales sanitarios en otros indicadores del rendimiento de los centros de salud, como puede ser el cumplimiento de objetivos relacionados con la ejecución de programas sanitarios. A su vez, estudiar el rol que pueden desempeñar los medios tecnológicos actuales, en la relación de los profesionales con los pacientes, es otro aspecto a considerar en la búsqueda de la satisfacción de estos últimos.

4.5. Conclusión

La satisfacción de los pacientes de los centros de salud está relacionada con el compromiso afectivo de los profesionales sanitarios. Aunque el diseño de este estudio no muestra una relación causal, la literatura sí constata que los trabajadores comprometidos tienen un mayor rendimiento, por lo que, de cara a garantizar la satisfacción de los

pacientes, los gestores sanitarios deberían esforzarse por contar con una plantilla comprometida.

Bibliografía

1. Zurro AM, Solá GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria: *Medifam*. Spain: Elsevier; 2011.
2. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept?. *Soc Sci Med* 1994;38(4):509-516.
3. Ogbonnaya C, Tillman C J, Gonzalez K. Perceived organizational support in health care: The importance of teamwork and training for employee well-being and patient satisfaction. *Group Organ Manag.* 2018;43(3):475-503.
4. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MD, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cub Salud Pública.* 2008;34:1-10.
5. Cófreces P, Ofman SD, Stefani, D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *RCyS.* 2014;4:19-34.
6. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin.* 2000;114(3):26-33.
7. Jasiwal AK. Customer satisfaction and service quality management in Indian call centers. *Manag Serv Qual.* 2008;18(4): 405-16.
8. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med:* 1997;45(12):1829-43.
9. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer.* 1990;65:186-192.
10. Chan CMH, Azman WA. Attitudes and role orientations on doctor-patient fit and patient satisfaction in cancer care. *Singapore Med J.* 2012;53(1): 52.
11. Tishelman C. Cancer patients' hopes and expectations of nursing practice in Stockholm. *Scand J Caring Sci.* 1994;8: 213-22.

12. He Y, Li W, Lai KK. Service climate, employee commitment and customer satisfaction: evidence from the hospitality industry in China. *Int J Contemp Hosp Manag.* 2011;23(5): 592-607.
13. Conway N, Briner RB. Unit-level linkages between employee commitment to the organization, customer service delivery and customer satisfaction. *Int J Hum Resour Manag.* 2015;26(16):2039-61.
14. Murale V, Singh J, Preetha R. Employee commitment and patient satisfaction: An initial reflection from Indian healthcare sector. *Int J Cust Relat.* 2015;3(1):22.
15. Meyer JP, Allen NJ. Testing the “side-bet theory” of organizational commitment: Some methodological considerations. *J Appl Psychol.* 1984;69:372–78.
16. Meyer JP, Allen NJ, Gellatly IR. Affective and continuance commitment to the organization: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. *J Appl Psychol.* 1990;5:710–20.
17. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch, L, Topolnytsky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *J Vocat Behav.* 2002;61(1):20-52.
18. Harrison DA, Newman DA, Roth PL. How important are job attitudes? Meta-analytic comparisons of integrative behavioral outcomes and time sequences. *Acad of Manage J.* 2006;49(2):305-25.
19. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Inl J for Qual Health Care.* 2010;22(2):86-92.
20. Ahmad S, Zulkurnain NNA, Khairushalimi FI. Assessing the validity and reliability of a measurement model in Structural Equation Modeling (SEM). *J Adv Math Comput Sci.* 2006;1-8.
21. Ramón-Jerónimo JM, Flórez-López R, Domínguez-Lario N. Usefulness of the budget and the balanced scorecard in managing Primary Care Centres. Impact on staff motivation. *Aten prim.* 2017;50(3);166-75.
22. Barragán Naranjo JG. Estrategias para mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios del Centro de Atención en Salud Integral en la ESPOCH [thesis]. Ecuador: Chirombazo Polytechnic High School. 2019.
23. Guic E, Mora P, Rey R, Robles A. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Rev Med Chile.* 2006;134(4):447-55.

24. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *Medifam*. 2003;13(4):55-60.
25. Baxter LA, Babbie ER. *The basics of communication research*. California: Thomson Learning. 2004.

CAPÍTULO V

IMPORTANCIA DE LA MOTIVACIÓN POR EL SERVICIO PÚBLICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL RENDIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

THE IMPORTANCE OF PUBLIC SERVICE MOTIVATION OF NURSING PERSONNEL FOR THE PERFORMANCE OF PRIMARY CARE CENTRES

Abstract

Objective: to determine to what extent the public service motivation of nursing staff is important for the organisational performance of primary care health centres.

Background: Public service motivation has been shown to have a positive effect on the performance of public organisations, but its effect has not been studied in health organisations and, in particular, in primary care centres.

Design: Observational, cross-sectional, quantitative, retrospective, and uncontrolled study.

Methods: In 2019, the public service motivation of nursing personnel of the 40 public primary care centres on the island of Gran Canaria was evaluated using the Perry scale. In addition, data regarding the performance of primary care centres for the whole year were obtained and a multiple linear regression analysis was conducted to relate it to public service motivation.

Results: Public service motivation has a significant impact on the performance of health centres through the compassion factor ($\beta=0.36$; $p=0.02$). In addition, the budget per patient has also proven to be an influential factor in the performance of the centres.

Conclusions: Given the impact of public service motivation on the performance of health centres, health managers should adopt practices that help strengthen this attitude.

Key words: public service motivation, performance of health centres, nurses, primary care.

Summary Statements

What is already known on this subject?

- The attitudes of workers have been shown to exert a positive influence on the performance of organisations.
- Public service motivation is one of the important attitudes of workers in public organisations.
- The effect of the public service motivation on the performance of healthcare organisations has not been studied.

What this document contributes:

- The compassion factor of the public service motivation of the nursing staff has positive impact on the performance of primary care centres.
- The budget per patient of primary care centres influences their performance.

The implications of this document:

- Health managers should assess the attitudes of workers.
- Nursing students should be trained in performing compassion.
- Health centres should have programmes aimed at promoting compassion among their staff.

5.1. Introduction

Primary health care is the first level of health care in many of the health systems of many countries. It refers to the organisation of resources that allows the basic and frequent care needs of the population to be dealt with, including health promotion, disease prevention, as well as recovery and rehabilitation procedures (Agarwal et al., 2017). It is considered the most inclusive, equitable, efficient and effective approach to improve people's health (White, 2015). It is estimated that most pathologies are resolved at this level (Agarwall et al., 2017), which means that quality primary care is directly associated with better health indices in the population (WHO, 2021).

In primary care, the work of the nursing staff plays a key role in achieving the above aspirations, since it contributes to cost containment, humanisation, and the quality of health services (Bauer & Bodenheimer, 2017; Jackson et al., 2021; Kelly & Porr, 2018). Thus, at this health level, there is evidence that nurses and doctors achieve similar clinical results, with an equivalent cost per patient, in relation to the treatment of patients with chronic diseases (Jackson et al., 2018; Liu et al., 2020). In the same sense, in a group of seven results, out of a total of nine, referring to the treatment of patients from health centres (e.g., treatment of depression, imaging services, medical examination), no significant differences were found between those corresponding to doctors and nurses. In the remaining two (e.g., health education), the results of the nurses were more favourable (Kurtzman & Barnow, 2017).

The performance of an organisation is defined as the degree to which it achieves its objectives through the efficient and effective use of resources (Li & Benton, 1996). Organisational performance is a multidimensional construct usually based on financial and non-financial indicators (Abu-Jarad et al., 2010). Financial indicators regard with the economic results of organisations. For example, in the case of health centres Ortiz et al. (2005) consider total margin and costs. Non-financial indicators involve organisational results related to operations performance and consumer satisfaction. In this regard, Spano et al. (2022) include the level of execution of the services of healthcare organisations (e.g., level of vaccination of a population group).

In a review of the literature on the performance of health centres (Jack & Power, 2009), three main areas of performance are mentioned: quality of care, efficiency, and financial performance. Quality of care focuses on clinical outcomes, along with the technical systems and processes they require. Efficiency refers to how effective an organisation is

at using the smallest level of inputs to satisfy its outputs. Financial performance involves economic indicators such as profits, expenses, and revenues.

Outside the healthcare environment, different studies (Al-dalahmeh, 2018; Meutia, 2017; Yazid et al., 2017) have shown that the attitudinal variables of the workforce (e.g., satisfaction, organisational commitment) have a positive relationship with the performance of organisations. Therefore, in order to improve the performance of primary care centres, studying what attitudes can influence their performance should be a priority. In the case of public health care, the study of the public service motivation attitude (PSM from now on) is justified by its public nature. This attitude is defined as the predisposition of a worker to respond to reasons mainly characteristic of public institutions (Perry, 1997).

The PSM is made up of three dimensions (Borst, 2018; Riba & Ballart, 2016): attraction to politics (refers to the willingness of an individual to work in public services), commitment to public interest (refers to the reasons why the individual believes in public interest, including civic sentiment and loyalty towards the institution), and, finally, compassion (refers to the affective motives that are characterised by the desire to help other people). The PSM has shown to positively influence the performance of workers, their commitment to the organisation, job satisfaction, and the reduction of turnover intentions (Alonso & Lewis, 2011; Bright, 2021; Potipiroon & Ford, 2017; Pratama et al., 2022; Ritz et al., 2016; Shim et al., 2017).

The effect of PSM on the performance of public healthcare organisations has not been studied. Knowing if this attitude of public workers exerts a real influence on organisational performance is essential in order to design practices that seek to reinforce it. Thus, the final objective of this work is to determine to what extent the PSM of nurses affects the performance of public primary care centres. These professionals are key to the provision of health services because nurses intervene in most of them (Prybil et al., 2014). There is evidence about that nursing work has the potential to influence organisational-level outcomes such as patient mortality and different aggregated clinic results (Wong et al., 2013). In addition, nurses are increasingly present in health centres, and this is expected to continue growing (Bauer & Bodenheimer, 2017; Liu et al., 2020; Ministerio de sanidad [MINSAN], 2021).

5.2. Methods

Design

Observational, cross-sectional, quantitative, retrospective, and uncontrolled study.

Setting description

All of the 40 public primary care centres that exist on the island of Gran Canaria. To conduct the study, a research agreement was signed with the Ministry of Health from the Autonomous Government of the Canary Islands.

Target population

In January and February of 2019, self-administered paper questionnaires were distributed to the whole nursing staff of all the primary care centres. Previously, based on the research agreement, centre managers sent an email to their nursing staff. In this mailing, the nurses were informed about the study and invited to collaborate with it by filling out a questionnaire voluntarily and anonymously. Once this was done, the questionnaires were distributed together with an envelope to all the nursing staff. As they filled them out, they deposited them in the sealed envelope in a specific mailbox for the collection of the questionnaires. One of the researches collected them. This process took three months.

Evaluation variables and instruments

To measure the PSM construct, a Spanish version (Riba & Ballart, 2016) of the Perry's scale (Perry, 1997) was used. The scale included three dimensions: attraction to politics (3 items), commitment to public interest (4 items), and compassion (3 items). The items were answered using a seven-point Likert-type response scale, where 1 strongly disagreed and 7 strongly agreed.

In addition, from secondary sources, information was included on the following variables referring to the whole year 2019. All of them were obtained through the data provided by the technical staff of the Ministry of Health from the Autonomous Government of the Canary Islands.

-Performance of health centres: the dimension of organisational performance concerning the quality of services from an internal point of view (Li & Benton, 1996; Jack & Power, 2009) was measured. For this purpose, the objectives to be achieved by the primary care centres referring to nursing services were taken into account. These objectives are set by the Ministry of Health from the Autonomous Government of the Canary Islands and focus on the following activities and health services: continuity of care service between healthcare settings, implementation of the protocol for the elderly and / or high complexity, proportion of diabetic patients with an assessment of “diabetic foot” in the last 12 months, patients with arteriosclerotic vascular disease who have undergone a protocol in the last 12 months, proportion of hypertensive patients under 80 years of age with at least one determination in the table of constants in the last 12 months, and the proportion of patients who have seen a consultation in the last two years who have been registered or updated in the Habits and Activities module of the Health Classrooms. The achievement of these objectives by the centres was measured by a composite index that includes the percentage of nursing personnel who had achieved the incentives associated with their scope.

-Patient per nurse ratio: refers to the number of patients assigned to the health centre for each nurse. Its logarithm was calculated for analysis.

-Budget per patient: budget of the primary care centre divided by the number of patients assigned to it. Its logarithm was calculated for analysis.

Sample size

The sample is made up of the 40 primary care centres on the island of Gran Canaria. For each one, the variables described above were calculated. The nursing staff in these centres was made up of 650 professionals. Through a non-probability sampling, data were obtained from 327 nurses with more than one year of seniority in their job. A minimum response rate of 50% was obtained from all the centres.

Preliminary analysis of data

The reliability of the questionnaire data was established using Cronbach's alpha (minimum value of 0.70) for each of the PSM factors (attraction to politics, commitment to public interest, compassion). Subsequently, the composite reliability (minimum value of 0.70) and the mean extracted variance (minimum value of 0.50) (Ahmand et al., 2016)

were calculated. The dimensionality and convergent validity of the scales were analysed using a confirmatory factor analysis with the maximum likelihood estimation method.

Analysis of data

In order to verify the influence of the PSM on the performance of the health centres, three linear multiple regression were used. First, the control variables budget per patient and patient-nurse ratio were included. Later, the two dimensions of PSM finally verified (commitment to public interest and compassion) were added. These PSM dimensions were introduced in different regressions because an excess of independent variables can artificially increase the R^2 , as well as reduce the statistical significance of the significant variables (Granados-Montero, 2016).

The underlying assumptions of linear regression, which are linearity, normality and homoscedasticity were tested through the examination of the residuals and residuals plots against the predicted values. Furthermore, skewness, kurtosis and Kolmogorov Smirnov tests were calculated for the normality condition, and homoscedasticity was analysed through the Breusch-Pagan test.

All analyses were performed using the IBM SPSS Statistics for Macintosh, version 26.0 (IBM, Corp. Realised 2019. Armonk, NY: IBM Corp).

5.3. Results

Table 5.1 shows information about the variables.

Table 5.1. Variables of the study

Variables	Mean (std)	Minimum	Maximum	Skewness	Kurtosis
Commitment to public interest	5.87(0.38)	4.95	6.50	-0.91	0.06
Compassion	6.09(0.40)	4.89	6.83	-0.87	1.41
Organisational performance	89.02(7.06)	71.56	100.00	-0.91	0.19
Budget per patient	443.63(154.34)	198.04	977.69	0.42	0.69
Ratio of patients per professional	649.79(138.77)	183.00	839.79	-2.87	4.12

std: Standard deviation

Cronbach's alpha was calculated for each of the PSM factors (attraction to politics: 0.20, commitment to the public interest: 0.73, compassion: 0.81). As the attraction for politics factor did not reach the required value, it was eliminated. Subsequently, the composite reliability and the mean extracted variance (commitment to the public interest: 0.84 and 0.58, compassion: 0.89 and 0.73) were calculated. In all cases, the values were within the minimum required (Ahmad et al., 2016).

Results of the confirmatory factor analysis showed that the 7-item, two-factor model of PSM met goodness-of-fit indices ($\chi^2=32.203$, $df=13$, $p=0.002$, normed $\chi^2=2.477$, $GFI=0.984$, $AGFI=0.966$, $RFI=0.969$, $NFI=0.981$, $NNFI=0.982$, $CFI=0.989$, $RMSEA=0.049$ and $SRMR=0.023$). All of the scale items have standardized loads above the value of 0.50 with significant t-values. Table 5.2 shows the results.

Table 5.2. Results of the Confirmatory Factorial Analysis

Commitment to Public Interest			Factorial load				P-value			
	CIP1		0.78				0.00**			
	CIP2		0.96				0.00**			
	CIP3		0.85				0.00**			
	CIP4		0.75				0.00**			
Compassion			Factorial load				P-value			
	CO1		0.94				0.00**			
	CO2		0.77				0.00**			
	CO3		0.91				0.00**			
Fit indices										
χ^2	df	normed χ^2	GFI	AGFI	RFI	NFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
32.203	13	2.477	0.984	0.966	0.969	0.981	0.982	0.989	0.040	0.023

*p<0.05, **p<0.01

A first multiple linear regression model was performed to verify the influence of the PSM compassion dimension on organisational performance (Table 5.3). First, the budget per patient and patient-nurse ratio control variables were included. In this case, the budget per patient variable was significant ($\beta=0.60$; $p<0.05$). The adjusted R^2 was 0.19. Later, the compassion variable was added. In this case, budget per patient ($\beta=0.60$; $p<0.01$) and compassion ($\beta=0.36$; $p<0.05$) were significant. The adjusted R^2 increased to 0.29. Regarding lineal regression assumptions, normality was confirmed by the Kolmogorov Smirnov test ($p=0.29$) and Breusch-Pagan test confirmed homoscedasticity ($p=0.46$).

Table 5.3. Linear regression for organisational performance and compassion

Organisational performance	Model 1					Model 2				
	Standardised Coefficients	Sig.	df	Lower Limit	Upper Limit	Standardised Coefficients	Sig.	df	Lower Limit	Upper Limit
Logarithm ratio patient-nurse	0.21	0.32		-11.00	32.95	0.26	0.19		-7.28	34.54
Logarithm budget per patient	0.60	0.01		9.79	51.98	0.60	0.00		10.52	50.55
Compassion						0.36	0.02		1.24	11.25
R ²	0.23	0.01				0.35	0.00			
R ² adjusted	0.19					0.29				
F	5.47	0.01	(2 36)			6.05	0.00	(3 34)		

We then carried out the same procedure to check the influence of the commitment to the public interest on the organisational performance of the centres. In the second regression, the contribution of this aspect of the PSM was not significant ($p > 0.08$).

5.4. Discussion

Literature shows that nurse performance is relevant for primary care centres activity. In turn, there is evidence about employees' attitudes being related to organisations' performance. PSM is a particular and important attitude of workers in public organisations. In the case of nurses, its influence on job performance has been demonstrated (Bellé, 2013). Nevertheless, there is no evidence about its relevance for the performance of health organisations. This research shows that one of the dimensions of nurses PSM is related to the performance of primary care centres. Specifically, the more compassion showed by the nursing staff ($\beta = 0.36$; $p < 0.05$), the higher the performance of

primary care centres in terms of their operations results. This result coincides with those of other studies that show a positive link between PSM and the performance of public organisations (Alonso & Lewis, 2011; Ritz et al., 2016;).

However, despite what the literature shows in other cases (Perry, 1996; Silva, 2011), the PSM factor commitment to the public interest was not significant ($p=0.08$). In this sense, there are other studies that suggest that this factor is not the central determinant for joining public services (Bellé, 2013; Wright et al., 2017). Furthermore, it must be borne in mind that the three dimensions of the PSM do not have to be equally important for the variety of public services that exist. Compassion dimension of PSM refers to affective motives related to the desire of workers to help other people. In the case of health services, specifically, the compassion of workers is considered a fundamental aspect (Ling et al., 2021). Regarding nurses, it is expected that these show a high compassion at work (Lee & Seomun, 2016).

Different studies have revealed deficiencies in nursing care regarding aspects of care such as compassion (Durkin et al., 2022). The result that the nurses PSM, and specifically the compassion dimension, is associated with the performance of primary care centres is a starting point for health managers to consider strengthening this attitude among their workers. According to Tehranineshat et al. (2019), in nursing work there are organisational barriers (e.g., time limitations, heavy workload, shortage of staff, and disregarding compassionate care as a value) that hinder the development of compassion. There is already evidence that training programmes can increase compassion among healthcare workers (Condon & DeSteno, 2011) and that this attitude can be promoted before nurses enter the world of work (Hofmeyer et al., 2018). In addition, the roles of senior nurses and sections leaders through providing support and serving as models that show compassion are important drivers of this attitude (Tehranineshat et al., 2019).

Another of the variables that showed a positive influence on the performance of health centres was the budget per patient ($\beta=0.60$; $p<0.01$). Thus, the higher the budget allocated to each patient, the higher the performance of the centres. This is not surprising, since a lower budget reduces the autonomy of the centres, prioritising savings over quality of care (Jerónimo et al., 2021).

Ethical considerations

The individuals who participated in the study did so voluntarily. The questionnaire was anonymous, and the information obtained was analysed in an aggregate manner.

Study limitations

As regards the limitations of the study, it is necessary to mention the response rate, which, although technically acceptable (Baxter & Babbie, 2004), poses limitations when it comes to generalising the results. In addition, the cross-sectional design of the research prevents establishing clear causal relationships. Likewise, the external validity of the results is limited, given that the sample is made up of centres and health personnel from a single organisation and region. Finally, the study does not allow to assess the complete role of the PSM in nursing, given that Cronbach's alpha for the attraction for politics factor did not reach the required value. As other authors have suggested (Jacobsen et al., 2014; Kim, 2009), this may be due to that the Perry's scale measures this factor through just three items that are negatively worded.

5.5. Conclusion

The PSM of nurses is associated with the performance of public primary care centres through the compassion dimension. Given that the compassion of employees can be developed, health centres managers should invest in the different techniques that have shown to be useful in the enhancement of this attitude among the nursing staff. At the same time, it would be advisable to reduce the presence of factors that weaken compassion, such as burnout. Furthermore, nursing education should also consider developing compassion in students. Future research should analyse the role of the other PSM dimensions in the performance of primary care centres.

Bibliography

Abu-Jarad, I. Y., Yusof, N. A., & Nikbin, D. (2010). A review paper on organisational culture and organisational performance. *International Journal of Business and Social Science*, 1(3), 26-46.

Agarwal, R., Jain P., Ghosh, M.S., & Parihar, K.S. (2017). Importance of primary health care in the society. *International Journal of Health Science*, 1(1), 6-11. doi: 10.21744/ijhs.v1i1.17

Ahmad, S., Zulkurnain, N. N. A., & Khairushalimi, F. I. (2016). Assessing the validity and reliability of a measurement model in Structural Equation Modeling (SEM). *Journal of Advances in Mathematics and Computer Science*, 1-8. doi:[10.9734/BJMCS/2016/25183](https://doi.org/10.9734/BJMCS/2016/25183)

Al-dalahmeh, M., Khalaf, R. & Obeidat, B. (2018). The effect of employee engagement on organisational performance via the mediating role of job satisfaction: The case of IT employees in jordanian banking sector. *Modern Applied Science*, 12(6), 17-43. doi: 10.5539/mas.v12n6p17

Alonso, P., & Lewis, G. B. (2001). Public service motivation and job performance: Evidence from the federal sector. *The American Review of Public Administration*, 31(4), 363-380. doi:[10.1177/02750740122064992](https://doi.org/10.1177/02750740122064992)

Bauer, L., & Bodenheimer, T. (2017). Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing outlook*, 65(5), 624-632. doi: 10.1016/j.outlook.2017.03.011

Baxter, L.A., & Babbie, E. R. (2003). *The basics of communication research*. Cengage Learning.

Bellé, N. (2013). Experimental evidence on the relationship between public service motivation and job performance. *Public Administration Review*, 143-153. doi: 10.2307/23355447.

Bright, L. (2021). Does perceptions of organisational prestige mediate the relationship between public service motivation, job satisfaction, and the turnover intentions of federal employees?. *Public Personnel Management*, 50(3), 408-429. doi: 10.1177/0091026020952818

Condon, P., & DeSteno, D. (2011). Compassion for one reduces punishment for another. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(3), 698–701. doi: 10.1016/j.jesp.2010.11.016

Durkin, M., Gurbutt, R., & Carson, J. (2022). Effectiveness of an online short compassion strengths course on nursing students compassion: A mixed methods non-randomised pilot study. *Nurse Education Today*, 111(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105315>.

Hofmeyer, A., Toffoli, L., Vernon, R., Taylor, R., Klopper, H. C., Coetzee, S. K., & Fontaine, D. (2018). Teaching compassionate care to nursing students in a digital learning and teaching environment. *Collegian*, 25(3), 307-312. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.08.001>

IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jack, E. P., & Powers, T. L., (2009) A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews*, 11(2), 149-164. doi: 10.1111/j.1468-2370.2008.00235.x

Jackson, G.L, Smith, V.A, Edelman, D., Woolson, S.L., Hendrix, C. C., Everett, C.M., Berkowitz, T.S., White, B.S., & Morgan, P.A. (2018). Intermediate diabetes outcomes in patients managed by physicians, nurse practitioners, or physician assistants: a cohort study. *Annals of internal medicine*, 169(12): 825- 835. doi: 10.7326/M17-1987

Jackson, J., Anderson, J. E., & Maben, J. (2021). What is nursing work?. A meta-narrative review and integrated framework. *International Journal of Nursing Studies*, 122(2). doi:[10.1016/j.ijnurstu.2021.103944](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944)

Jacobsen, C. B., Hvitved, J., & Andersen, L. B. (2014). Command and motivation: How the perception of external interventions relates to intrinsic motivation and public service motivation. *Public administration*, 92(4), 790-806. doi: [10.1111/padm.12024](https://doi.org/10.1111/padm.12024)

Kelly, P., & Porr, C. (2018). Ethical nursing care versus cost containment: Considerations to enhance RN practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 23(1), 3-3. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2021.103944](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944)

Kim, S. (2009). Testing the structure of public service motivation in Korea: A research note. *Journal of public administration research and theory*, 19(4), 839-851. doi: [10.1093/jopart/mup019](https://doi.org/10.1093/jopart/mup019)

Kurtzman, E. T., & Barnow, B. S. (2017). A comparison of nurse practitioners, physician assistants, and primary care physicians' patterns of practice and quality of care in health centres. *Medical Care*, 55(6), 615-622. doi: 10.1097/MLR.0000000000000689

Lee, Y., & Seomun, G. (2016). Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Applied Nursing Research*, 30, 76-82. doi: 10.1016/j.apnr.2015.09.007

Li, L. X., & Benton, W. C. (1996). Performance measurement criteria in health care organisations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93(3), 449-468. doi: 10.1016/0377-2217(95)00375-4

Ling, D., Petrakis, M., & Olver, J. H. (2021). The use of common humanity scenarios to promote compassion in healthcare workers. *Australian Social Work*, 74(1), 110-121. doi: 10.1080/0312407X.2020.1808031

Liu, C. F., Hebert, P. L., Douglas, J. H., Neely, E. L., Sulc, C. A., Reddy, A., ... & Wong, E. S. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Services Research*, 55(2), 178-189. doi: 10.1111/1475-6773.13246

Meutia, M. (2017). Proactive Attitude and Organisational Performance. *International Journal of Economic Perspectives*, 11(1), 445-449.

Ministry of Health. Annual report of the National Health System. 2019. (2021) Madrid: Ministry of health, consumption and social welfare. Recovered from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

Montero-Granados, R (2016): Multiple linear regression models. Working paper in applied economics. University of Granada. Spain.

Ortiz, J., Fottler, M. D., & Hofler, R. (2005). Performance of health centres in networks. *Health Care Management Review*, 30(2), 126-138. doi: 10.1097/00004010-200504000-00007.

Perry, J. L. (1997). Antecedents of public service motivation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(2), 181-197. doi: 10.4324/9780429497957-13

Potipiroon, W., & Ford, M. T. (2017). Does public service motivation always lead to organisational commitment? Examining the moderating roles of intrinsic motivation and ethical leadership. *Public Personnel Management*, 46(3), 211-238. doi: 10.1177/0091026017717241

Pratama, E.N., Suwarni, E., & Handayani, M.A. (2022). The effect of job satisfaction and organisational commitment on turnover intention with person organisation fit as moderator variable. *Transactions on Management*, 6(1), 74-82. <http://doi.org/10.33050/atm.v6i1.1722>

Prybil, L.D., Dreher, M.C., & Curran, C.R. (2014). Nurses on boards: The time has come. *Nurse Leader*, 12(4), 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.05.011>

Ramón-Jerónimo, J. M., Flórez-López, R., & Domínguez-Lario, N. (2017). Usefulness of the budget and the balanced scorecard in managing Primary Care Centres. Impact on staff motivation. *Atención primaria*, 50(3), 166-175. doi: 10.1016/j.aprim.2017.02.009.

Riba, C., & Ballart, X. (2016). Public service motivation of Spanish high civil servants. Measurement and effects. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 154(1), 65-99. doi: 10.5477/cis/reis.154.65

Ritz, A., Brewer, G.A., & Neumann, O. (2016). Public service motivation: A systematic literature review and outlook. *Public Administration Review*, 76(3), 414-426. doi: 10.1111/puar.12505

Shim, D.C., Park, H.H., & Eom, T.H. (2017). Street-level bureaucrats' turnover intention: does public service motivation matter?. *International Review of Administrative Sciences*, 83(3), 563-582. doi: 10.1177/0020852315582137.

Sinclair, S., Kondejewski, J., Jaggi, P., Dennett, L., des Ordons, A. L. R., & Hack, T. F. (2021). What is the state of compassion education? A systematic review of compassion training in health care. *Academic Medicine*, 96(7), 1057-1070. doi:10.1097/ACM.0000000000004114

Spano, A., Aroni, A., Tagliagambe, V., Mallus, E., & Bellò, B. (2022). Performance and expenditure in Italian public healthcare organisations: does expenditure influence

performance? *Public Money & Management*, 42(2), 79-86. doi: 10.1080/09540962.2020.1789311

Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate care in healthcare systems: a systematic review. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546-554. doi: 10.1016/j.jnma.2019.04.002

White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations universal health systems. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103-116. doi: 10.1159/000370197

WHO: World Health Organisation. WHO. (2021). Recovered from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

Wong, C.A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. doi: 10.1111/jonm.12116

Wright, B.E., Hassan, S., & Christensen, R.K. (2017). Job choice and performance: Revisiting core assumptions about public service motivation. *International Public Management Journal*, 20(1), 108-131. doi: <https://doi.org/10.1080/10967494.2015.1088493>

Yazid, Z. N. A., Yahya, W. K., Ishak, M., & Achim, N. (2017). High performance work system (HPWS) and organizational performance: the mediating role of employee attitude. In *Intervarsities Multidisciplinary International Conference 2017 (IMICO 2017)*.

doi: 10.1108/JOEPP-04-2018-0029

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES GENERALES

CONCLUSIONES GENERALES

En el ámbito de la salud es frecuente escuchar y leer sobre la importancia que tiene la dirección de los recursos humanos involucrados en los servicios sanitarios. Además de lo que se puede aprender de las experiencias de otros sectores de actividad diferentes, tanto la entidad como las cifras propias de la APS hacen que sea pertinente contar con evidencia propia para este nivel de atención sanitaria. La revisión de las publicaciones llevada a cabo muestra que esta última es escasa. En este sentido, esta tesis aporta resultados que enriquecen la literatura y que, además, pueden ser útiles para el diseño de acciones dirigidas a mejorar el funcionamiento de los centros de atención primaria.

Desde el comienzo se pretendió que la investigación realizada en esta tesis estuviera contextualizada de acuerdo con las características propias de la APS. A tal efecto se realizó el estudio descrito en el primer artículo. Como se expone en el mismo, el personal directivo de los centros de atención primaria tiene una idea consistente sobre en qué consiste el rendimiento de los centros de salud y qué lo determina. Respecto al primer factor, destaca la satisfacción de los pacientes y, en cuanto al segundo, el compromiso y la dedicación del personal sanitario. Esta creencia coincide con lo que propone en la literatura sobre la dirección de recursos humanos, pero sin evidencia empírica en el caso de la APS.

El tercer artículo de esta tesis trata específicamente la cuestión anterior y confirma que el compromiso de los profesionales sanitarios está asociado con el nivel de satisfacción de los pacientes de los centros de atención primaria. La satisfacción de los pacientes de los centros se representó de manera doble, con un indicador subjetivo y mediante un indicador objetivo relacionado con la misma. Haber usado este último permitió revelar una contradicción en la gestión sanitaria: creer que los mejores centros de atención primaria son los que tienen menos demora en las listas de espera para sus pacientes. Contrariamente, se constató que son estos centros los que cuentan con profesionales menos comprometidos y con una satisfacción de pacientes menor. Por otra parte, el hecho de que sea la faceta afectiva del compromiso la que resultó significativa, apunta el tipo de prácticas que las organizaciones sanitarias deben promover para contar con una plantilla comprometida.

El personal directivo de los centros de atención primaria mencionó una cuestión habitualmente obviada en la literatura de dirección de recursos humanos sobre las

actitudes de los trabajadores: la influencia que puede tener el contexto externo de la organización en las actitudes de su plantilla. El motivo, según los entrevistados, son las notables diferencias que existen en las características de los entornos que rodean a cada uno de los centros de atención primaria. Este hecho no es habitual en muchas de las organizaciones en las que se han estudiado las actitudes de los trabajadores. Las mismas suelen localizar sus sedes en entornos más homogéneos en lo referente a las características de sus clientes. El segundo artículo de esta tesis muestra que una actitud característica de los trabajadores públicos, la motivación por el servicio público, no depende de las características del entorno de los centros de atención primaria. Sin embargo, esta actitud de los empleados públicos sí se ve influida por la percepción que estos tienen sobre el apoyo que les presta su superior. Este resultado concuerda con la importancia que la literatura muestra que tiene el comportamiento directivo de los mandos. A su vez, también apoya la demanda de mayores competencias directivas, por parte de los directores de los centros, encontrada en el primer artículo de esta tesis.

El rendimiento organizativo es un constructo multidimensional. Una de sus facetas tiene que ver con las operaciones que las empresas u organizaciones llevan cabo. Este es el enfoque adoptado por los responsables de la gestión de la atención primaria prestada por los centros que componen la muestra de esta tesis. El sistema de objetivos de rendimiento que usan para dar incentivos económicos se basa en niveles de servicios y operaciones de los centros de atención primaria. El cuarto artículo de esta tesis muestra que una de las dimensiones de la motivación por el servicio público del personal de enfermería, la compasión, está asociada al rendimiento operativo de los centros. La importancia de estos profesionales sanitarios en la atención primaria se constata con la cantidad de publicaciones que hay sobre su contribución a la salud de los pacientes. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el artículo segundo mostró que la motivación por el servicio público del personal sanitario depende de la percepción que este tiene del apoyo dado por sus superiores. Este resultado es también otra información relevante para que los responsables de la atención primaria diseñen acciones dirigidas al personal sanitario de los centros de atención primaria.

Respecto al rendimiento de los centros de atención primaria, los gestores responsables de la APS deben tener en cuenta que el personal directivo de los centros de atención primaria no reconoce que los planes de gestión convenida sean una forma idónea de medir el rendimiento organizativo. Este ejemplo de bajo alineamiento entre los que gobiernan la

atención primaria y los que la llevan a cabo, encontrado en el primer estudio, puede conllevar una motivación insuficiente para lograr lo que el equipo de gobierno de la APS considera adecuado.

Finalmente, como limitaciones, hay que mencionar que los artículos segundo, tercero y cuarto están basados en una muestra y que el muestreo fue no probabilístico. A su vez, el análisis transversal de la información impide establecer relaciones causales. En cuanto al primer artículo, mencionar la subjetividad propia de la metodología cualitativa usada.

APÉNDICE

Tabla A.3.1. Resultados del análisis factorial

Compromiso por el Interés Público	Carga factorial
Compromiso con el Interés Público 1	0,77
Compromiso con el Interés Público 2	0,75
Compromiso con el Interés Público 3	0,60
Compromiso con el Interés Público 4	0,50
Porcentaje de varianza explicada	58,00
Valor propio	2,30
Índice KMO	0,74
Test de esfericidad de Bartlett	575,48
Significación	0,00

Compasión	Carga factorial
Compasión 1	0,73
Compasión 2	0,75
Compasión 3	0,78
Porcentaje de varianza explicada	71,01
Valor propio	2,13
Índice KMO	0,70
Test de esfericidad de Bartlett	554,95
Significación	0,00

Apoyo percibido por parte del Supervisor	Carga factorial
Apoyo percibido por parte del Supervisor 1	0,91
Apoyo percibido por parte del Supervisor 2	0,78
Apoyo percibido por parte del Supervisor 3	0,88
Apoyo percibido por parte del Supervisor 4	0,50
Porcentaje de varianza explicada	72,41
Valor propio	2,89
Índice KMO	0,80
Test de esfericidad de Bartlett	1509,177
Significación	0,00

Tabla A.3.2. Estadísticas de colinealidad.

Variabes	Tolerancia	VIF
IUC5	0,092	10,927
IUC7	0,021	47,378
IUC10	0,04	24,832

IUC5, IUC7, IUC10: porcentaje de población con ingresos por unidad de consumo por debajo de 5000 euros, 7000 euros, 10000 euros, respectivamente (porcentaje).