



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol LLEIALTATS CONTRAPOSADES?
EL COMPROMÍS DELS METGES AMB L'HOSPITAL I
AMB LA PROFESSION.

Realitzada per MANEL PEIRÓ POSADAS

en el Centre ESADE – ESCOLA SUPERIOR D'ADMINISTRACIÓ I
DIRECCIÓ D'EMPRESAS

i en el Departament POLÍTICA D'EMPRESA, RECURSOS HUMANS I
SISTEMES D'INFORMACIÓ

Dirigida per DR. ALFONS SAUQUET ROVIRA
DR. JOAN MANEL BATISTA FOGUET

Per a Marisa.

I per a Marc i Maria.

Índex

1. PROPÒSIT DE L'ESTUDI	1
2. JUSTIFICACIÓ DE L'INTERÈS I RELLEVÀNCIA DEL TEMA ESCOLLIT	3
2.1. INTERÈS I RELLEVÀNCIA DE L'ESTUDI EN EL CONTEXT CATALÀ I ESPANYOL	8
2.1.1. <i>L'evolució de la despesa sanitària</i>	8
2.1.2. <i>L'evolució en el nombre de metges</i>	9
2.1.3. <i>Els metges en la transformació del sistema de salut a Catalunya i Espanya</i>	10
2.2. CONSIDERACIONS FINALS DE LA JUSTIFICACIÓ	14
3. ESTAT ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓ ACADEMICA	19
3.1. EL COMPROMÍS AMB L'ORGANITZACIÓ	19
3.1.1. <i>Evolució de la recerca sobre el compromís organitzatiu</i>	20
3.1.2. <i>Conceptualitzacions multidimensionals. El model de Meyer i Allen</i>	24
3.1.3. <i>Altres models multidimensionals de compromís organitzatiu</i>	27
3.1.4. <i>Els focus del compromís</i>	35
3.1.5. <i>Antecedents del compromís organitzatiu</i>	38
3.1.6. <i>Conseqüències del compromís organitzatiu</i>	45
3.2. EL COMPROMÍS AMB LA PROFESSIÓ	55
3.2.1. <i>El model de Meyer, Allen i Smith</i>	57
3.3. EL CONFLICTE ORGANITZACIÓ - PROFESSIONAL	61
3.3.1. <i>Tipologies organitzatives</i>	64
3.3.2. <i>Professionals en organitzacions: metges assalariats</i>	64
3.3.3. <i>La decadència de les professions</i>	66
3.3.4. <i>Locals i cosmopolites</i>	68
3.3.5. <i>La lleialtat condicionada</i>	69
3.3.6. <i>La contraposició dels compromisos</i>	70
4. OBJECTIUS DE LA RECERCA	75
5. METODOLOGIA	79
5.1. MÈTODES PER A LA RECOLLIDA DE DADES	80
5.1.1. <i>Revisió de la literatura</i>	80
5.1.2. <i>Entrevistes amb experts</i>	80
5.1.3. <i>Selecció dels hospitals en què portar a terme la recerca</i>	81
5.1.4. <i>Preparació de l'instrument de mesura</i>	81
5.1.5. <i>Prova inicial dels indicadors, adaptació i avaluació del qüestionari</i>	88
5.1.6. <i>Qüestionari definitiu</i>	89
5.1.7. <i>Administració del qüestionari als metges dels hospitals seleccionats</i>	89
5.1.8. <i>Anàlisi de les dades i resultats</i>	92
5.1.9. <i>Entrevistes individuals amb metges enquestats</i>	95
5.1.10. <i>Experiència professional del mateix investigador</i>	96
5.2. JUSTIFICACIÓ DE LA METODOLOGIA PROPOSADA	98
6. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS	101
6.1. COMPROMÍS ORGANITZATIU	101
6.1.1. <i>Compromís organitzatiu afectiu</i>	102

6.1.2. Compromís organitzatiu de continuïtat	116
6.1.3. Compromís organitzatiu normatiu	129
6.1.4. Resum de l'anàlisi i discussió dels resultats del compromís organitzatiu.....	139
6.2. ELS FOCUS DEL COMPROMÍS ORGANITZATIU	140
6.2.1. Compromís afectiu amb el servei i amb el cap de servei	140
6.2.2. Compromís de continuïtat amb el servei i amb el cap de servei	148
6.2.3. Compromís normatiu amb el servei.....	153
6.2.4. Resum de l'anàlisi i resultats dels focus del compromís organitzatiu....	156
6.3. COMPROMÍS PROFESSIONAL.....	159
6.3.1. Compromís professional afectiu.....	159
6.3.2. Compromís professional de continuïtat	166
6.3.3. Compromís professional normatiu	171
6.3.4. Resum de l'anàlisi i resultats del compromís professional.....	176
6.4. COMPATIBILITAT ENTRE COMPROMISOS	178
6.4.1. Estratègia seguida per utilitzar l'anàlisi de clústers.....	178
6.4.2. Clúster 1: "Lleials amb condicions"	181
6.4.3. Clúster 2: "Idealistes ressentits"	188
6.4.4. Clúster 3: "Triomfadors compromesos"	196
6.4.5. Clúster 4: "Joves amb qualitats".....	201
6.4.6. Resum de l'anàlisi i resultats de la compatibilitat entre compromisos.....	208
7. CONCLUSIONS, IMPLICACIONS, LIMITACIONS.....	211
7.1. CONCLUSIONS	211
7.2. IMPLICACIONS PER A LA GESTIÓ	218
7.3. LIMITACIONS DERIVADES DE LA METODOLOGIA I RECERCA FUTURA	224
7.3.1. Limitacions de la recerca derivades de la metodologia utilitzada.....	224
7.3.2. Recerca futura	228
8. BIBLIOGRAFIA	233
9. ANNEXOS	251
ANNEX 1. MODEL DE CARTA DE PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI ALS METGES, PROPOSADA A L'ALTA DIRECCIÓ DE L'HOSPITAL.....	251
ANNEX 2. MODEL DE CARTA DE RECORDATORI DE L'ESTUDI ALS METGES, PROPOSADA A L'ALTA DIRECCIÓ DE L'HOSPITAL.....	252
ANNEX 3. QÜESTIONARI	253
ÍNDEX DE GRÀFICS	261
ÍNDEX DE TAULES	263
ÍNDEX ONOMÀSTIC	265
ÍNDEX ALFABÈTIC	269

Agraïments

“A vosotros pecadores
como yo, que me avergüenzo
de los palos que no me han dado,
señoritos de nacimiento
por mala conciencia escritores
de poesía social,
dedico también un recuerdo,
y a la afición en general.”

JAIME GIL DE BIEDMA (1966): *En el nombre de hoy*

“Ja ho tens!” em va dir el doctor Alfons Sauquet en la primera revisió formal del meu projecte de tesi doctoral. Mai oblidaré aquest comentari, que tenia un innegable propòsit encoratjador, però la finalització del treball no ha estat tan veloç com es podria imaginar un lector no avesat en els intricats camins de la recerca doctoral. La realització de la tesi m’ha ocupat quasi quatre anys, en el decurs dels quals he anat compatibilitzant de la millor manera possible la seva elaboració amb la meva activitat professional. En un període de temps tan llarg, han estat moltes les persones que m’han ajudat i han contribuït que finalitzés la meva recerca. Algunes m’han influït de manera decisiva des d’abans que comencés la meva tesi, fins i tot des d’abans que decidís iniciar el programa de doctorat, en els últims anys del segle passat. Em sento deutor de totes elles i els vull expressar el meu reconeixement i agraïment.

En primer lloc al doctor Eduard Bonet, per obrir-me les portes del programa de doctorat d’ESADE. En les seves classes em va fer sentir intensament el plaer i el patiment de l’aprenentatge, imbuïnt-me d’una ferma convicció en el que estava fent. En el programa doctoral vaig gaudir d’extraordinaris professors, com el mateix doctor Bonet o el doctor Carles Comas, en el curs del qual em vaig sentir absolut privilegiat. Vull agrair també les sessions que van impartir els doctors Àngel Castiñeira, Josep Miralles, Jordi Montaña, Eugenio Recio, Luis de Sebastián, dels qui vaig tenir l’oportunitat d’admirar els coneixements i la capacitat docent i que m’han regalat la seva amistat.

La doctora Xari Rovira, durant el temps que va exercir la direcció del programa de doctorat, va ajudar-me a superar els entrebancs acadèmics. Els seus consells i amistat em van resultar imprescindibles així com els de la doctora Núria Agell, la seva successora en el programa, qui de manera pragmàtica i afectuosa m’ha ajudat a encarrilar el tram final de la tesi. En Carlos Losada, director general; en Xavier Mendoza, degà i de la tesi del qual la meva és continuadora en bona mesura, i els vicedegans Alfred Vernis i Josep Bisbe m’han donat el suport institucional d’ESADE per facilitar-me en tot el possible l’elaboració i finalització d’aquest treball.

Els companys del Departament de Direcció de Recursos Humans d’ESADE m’han ofert el seu interès, ajut i afecte permanent, malgrat que m’han patit en les queixes i en les presentacions informals del meu treball amb què els he marejat. En Jaume Filella em va orientar sobre el compromís organitzatiu en facilitar-me un primer text que va ser

determinant perquè m'endinsés en un territori llavors per mi completament desconegut. En Ceferí Soler, director del Departament durant el temps d'elaboració de la tesi, m'ha brindat reiteradament el seu absolut suport personal i el més formal del Departament, facilitant i autoritzant les qüestions prosaiques però imprescindibles per a la realització de la recerca. En Paco Longo m'ha animat freqüentment amb la seva intel·ligent ironia i m'ha encarregat col·laboracions sobre el tema de la meua recerca per a les publicacions de l'Institut de Direcció i Gestió Pública que dirigeix. En Roberto Quiroga m'ha facilitat articles; amb en Ricard Serlavós hem compartit recerques i veïnat de passadís. A tots els companys de departament els agraeixo el seu ajut i els ànims que m'han ofert reiteradament.

Per a en Carlos Obeso, que a més de company de departament i veí de passadís és amic més que íntim, un germà gran, el meu agraïment és més profund. D'una banda, perquè en ell reconec el meu mestre, qui em va ensenyar el que sé, qui em va introduir professionalment i qui fa més de vint anys em va convèncer (no li va costar massa esforç certament) per incorporar-me a ESADE. D'altra banda, perquè, com tantes altres vegades, ell fou qui primer va posar de manifest en el nostre entorn la importància del compromís dels metges amb l'hospital en un treball de principis dels anys noranta, i la meua tesi és deutora i filla intel·lectual de la seva aportació.

M'hauria agradat poder expressar el meu agraïment a un altre company de departament, el doctor Samuel Husenman, en Sam, l'absència absurda del qual em resulta encara avui dolorosa. Sempre disposat a debatre i a polemitzar, sento la nostàlgia del que no em va poder dir i em consolo inútilment imaginant-lo mentre exerceix la seva crítica àcida, intel·ligent, generosa, apassionada.

El doctor Marcel Planellas fou el meu primer tutor i qui em va orientar en les meves primeres passes amb el projecte de tesi. Em va convidar a integrar-me en el Seminari del Departament de Política d'Empresa amb un grup de professors que en aquell moment estaven elaborant la tesi. El seminari va fomentar un imprescindible "ambient doctoral" i estic convençut que va contribuir que Luisa Alemany, Agustí Canals, Xavier Gimbert, Alberto Gimeno, Laura Lamolla, Pedro Parada i Tamyko Ysa ja siguin doctors, mentre que amb Eugènia Bieto hem seguit compartint l'últim tram del nostre treball doctoral i les expectatives del futur postdoctoral.

El meu agraïment és especial per a en Javier Nieto, ell també ho sap bé, amb qui, a més de compartir anyada, hem estat companys de cordada en la travessa del doctorat i la tesi. El doctorat ens ha fet més amics, potser perquè hem après "el que és guardar fusta al moll", perquè ens hem sostingut l'un a l'altre, perquè ens hem sabut a prop en els bons moments i en els no tan bons, perquè en definitiva, "*nos sobran los motivos*".

En Santiago Díaz Quijano em va prestar un ajut inestimable. Sense conèixer-nos personalment va tenir la gentilesa i generositat de comentar-me per escrit el projecte de la tesi que li vaig fer arribar. Els seus comentaris em van ser de gran utilitat i van influir de manera determinant en el desenvolupament posterior del meu treball.

Per a la realització del treball de camp fou imprescindible l'ajut desinteressat dels gerents i directors dels hospitals amb els quals vaig contactar per facilitar-me l'accés als facultatius dels centres. Però sobretot vull expressar el meu agraïment als metges que anònimament van contestar els qüestionaris i ho van fer en una quantitat molt superior a

la que m'esperava. La recepció diària dels sobres que em remetien els metges amb els qüestionaris emplenats era un moment particularment emocionant. El meu agraïment és també per als professionals que van acceptar participar en la validació del qüestionari i de manera especial per als metges que acceptaren dedicar-me el seu temps per sotmetre's a l'entrevista que els vaig proposar.

A Eva Garrido vull agrair-li la paciència que ha tingut per ajudar-me en les parts més confuses i per mi més desconegudes de l'estadística. L'Antònia Rigo, en Gabriel Genescà i en Jordi Palau, del Servei Lingüístic d'ESADE, sempre han estat disposats a ajudar-me, a corregir-me els textos i a buscar, i trobar, una manera millor de dir les coses. Josefina Morente va fer la tramesa dels qüestionaris i va coordinar la revisió i impressió dels originals amb l'eficàcia i la dedicació que la caracteritzen. Mercè Borderia va transcriure generosament les gravacions de les converses amb els metges que vaig entrevistar.

Però malgrat tots aquests ajuts, no hauria pogut realitzar aquesta tesi sense la direcció del doctor Alfons Sauquet i del doctor Joan Manuel Batista-Foguet. De manera diferent, cadascú en el seu estil, m'han escoltat, m'han ensenyat, m'han regalat el seu temps, el seu treball, les seves idees. La seva generositat intel·lectual, la seva disponibilitat permanent, el seu interès pel meu treball han estat un estímul permanent per esforçar-me a fer la meva recerca de la millor manera que he estat capaç. El doctor Batista m'ha transmès la passió i el rigor per la recerca quantitativa i m'ha brindat permanentment el seu ajut per superar les dificultats i esculls que m'anava trobant a mesura que avançava en el meu treball. El doctor Sauquet m'ha introduït en la recerca qualitativa i m'ha ajudat a extreure el millor que podia tenir la meva recerca. M'ha ensenyat a destriar el gra de la palla, m'ha ampliat i elevat l'horitzó del meu treball. Els encerts que pugui tenir aquesta tesi són mèrit d'ells.

En una vessant més personal, vull agrair a Maria Fontana Puget, a Mario na Mir i a Lluís Viladevall que em donessin totes les facilitats per envair amb el meu treball les seves vides, el seu temps i el seu espai a Sant Pol de Mar, on al llarg de vacances i caps de setmana aquesta recerca ha anat prenent forma.

Agraeixo també el permanent afecte i estímul que he rebut dels amics de sempre, Quim Aranda, Hans Jauslin, Christian Krayenbühl, Valen Mir, Juanjo Navarro, Jordi Olivé, Jordi Recasens, Dani Serón, Toni i Miquel Tàpies. Admiro en tots ells la seva curiositat intel·lectual, el seu interès permanent per conèixer, per saber, per aprendre.

Vull agrair al meu germà Guillem la seva amistat, la confiança, el seu suport permanent, que sempre ens hàgim sentit molt a prop l'un de l'altre. I als meus pares, Anna Maria i Manel, que en èpoques difícils van fer de l'educació dels fills la seva prioritat i amb tota l'estima ens van inculcar que l'estudi, el coneixement, l'esforç personal són els camins de superació i progrés de les persones.

Finalment, el meu agraïment a Marc i a Maria, que de manera pacient i respectuosa han viscut la meva dedicació a la tesi, mentre s'han anat fent persones adultes que busquen el seu propi camí. I a Marisa, que amb la senzillesa i la discreció que la caracteritzen ha viscut el meu treball com a propi i ha fet que tot, i dic tot, fos possible.

Barcelona - Sant Pol de Mar, abril de 2007

1. Propòsit de l'estudi

“Al Oeste. ¡Siempre al Oeste!”

HERGÉ (1960): *El tesoro de Rackham el Rojo*

El propòsit d'aquesta recerca és detectar, analitzar i interpretar els diferents tipus de vincles que els metges assalariats estableixen amb els hospitals en els quals treballen. Els hospitals reclamen als seus facultatius un major compromís amb la institució, que s'afegeix a les pròpies exigències de la professió. Aquesta doble demanda de lleialtat, de compromís amb l'hospital i amb la professió, no sempre es resol amb facilitat ni de la mateixa manera, raó per la qual m'interessa determinar si aquests dos compromisos, aparentment contraposats, són compatibles i en quines circumstàncies.

Suposadament, un facultatiu compromès amb l'hospital i amb la professió, que compatibilitza les dues lleialtats, mostra una predisposició més gran a acceptar indicacions de la direcció, a realitzar un sobre esforç en el seu treball, a alinear els seus objectius professionals amb els institucionals, entre d'altres actituds desitjables. Per contra, dels metges que no concilien els seus compromisos, que viuen les demandes organitzatives i professionals com a incompatibles, cal esperar tot el contrari i la tensió entre les dues lleialtats pot desembocar previsiblement en l'anomenat conflicte organització-professional.

En concret, la pretensió de la tesi és: 1) Aprofundir en el coneixement del compromís organitzatiu dels metges amb l'hospital en el qual treballen, i determinar la intensitat d'aquest compromís. 2) Determinar el grau de compromís amb els diferents focus amb els quals els metges es senten compromesos. 3) Comprendre millor el compromís d'aquests metges amb la seva professió i determinar el grau d'aquest compromís. 4) Esbrinar les relacions entre el compromís organitzatiu i el professional, la tensió que es pugui generar entre aquests compromisos i les diferents tipologies de resposta que es poden ocasionar a conseqüència de la contraposició de les dues lleialtats.

Els resultats de la recerca que es proposa poden contribuir a una millora de la gestió dels hospitals, en la mesura que aportin un major coneixement dels interessos i les expectatives dels metges que permeti una renovació de les pràctiques de gestió de persones, més ajustades a les necessitats del grup professional de referència.

2. Justificació de l'interès i rellevància del tema escollit

“Knock, knock, knockin’ on heaven’s door.”

BOB DYLAN (1973): *Knockin’ On Heaven’s Door*

Una de les transformacions més significatives experimentades per l'exercici de la medicina al llarg del segle XX ha estat la consolidació de l'hospital com a estructura organitzativa de referència per a la pràctica de la professió. A les societats occidentals la major part dels diferents professionals exerceixen la seva professió en organitzacions, i l'organització per excel·lència dels metges, l'hospital, ha influït notablement en la manera d'exercir la medicina, en la concepció de la professió i en la percepció que els metges tenen d'ells mateixos.

Aquesta consolidació de l'hospital¹ té a veure fonamentalment amb la seva conversió en una organització de complexitat superior, l'organització de professionals, quelcom més que una organització convencional que s'esforça per assolir els seus objectius tal com assenyala Benveniste (1987):

“Sobreposada a aquesta imatge [l'organització que persegueix els seus objectius], hi afegim la de l'organització com un lloc on diversos individus es dediquen a les seves carreres, on els professionals executen tasques d'acord amb les normes organitzatives i professionals i on es prossegueixen els interessos de tot el personal, dels clients i del públic en general.”²

Aquest procés de consolidació de l'hospital com a organització ha afectat i transformat profundament una concepció tradicional de l'exercici de la medicina. L'hospital demana resultats als seus metges i exerceix més control. Els facultatius senten amenaçada la seva autonomia professional i els costa entendre i acceptar les demandes d'una organització

¹ De la importància i consolidació dels hospitals en el conjunt dels sistemes sanitaris pot donar idea l'informe de l'European Observatory on Health Systems, en el qual destaca deu raons per les quals els hospitals constitueixen un aspecte clau de les reformes sanitàries: 1) absorbeixen una part important del pressupost sanitari, “fins a un 70 % en alguns països d'Europa de l'Est”; 2) “ocupen fins a la meitat del total de metges i les tres quartes parts de les infermeres”; 3) “la posició relativa dels hospitals difereix en els diferents sistemes sanitaris europeus i és més dominant en els països d'Europa de l'Est que en els d'Europa Occidental”; 4) “les polítiques hospitalàries tenen un enorme impacte en el conjunt de l'atenció sanitària”; 5) a més de tractar pacients, “compleixen funcions importants en educació, investigació i economies locals”; 6) les reformes sanitàries poden tenir de vegades “conseqüències no intencionades sobre una o més d'una d'aquestes funcions”; 7) “poden ser resistents al canvi malgrat les pressions del context”; 8) “les interaccions amb l'atenció primària i comunitària canvien constantment” i, en conseqüència, “els pacients més malalts passen menys temps als hospitals i creix l'atenció ambulatoria”; 9) “els hospitals s'estan reestructurant mitjançant nous models de gestió i finançament i una regulació més gran sobre els resultats”; 10) “tenen una importància simbòlica: són la part més visible i emblemàtica del sistema sanitari” (2003: 2).

² Cfr. Benveniste (1987: 98).

hospitalària més capaç, amb més instruments de gestió i de control, i també més burocràtica.

Els principis i els valors d'una organització burocràtica no són els mateixos que els principis i els valors dels professionals i freqüentment col·lideixen, cosa que genera un conflicte organització-professional (Gouldner, 1957; Scott, 1966; Benveniste, 1987; Freidson, 1994). El descontentament,³ la desmotivació⁴ i la insatisfacció professional⁵ manifestats pels metges d'una manera reiterada i molt generalitzada⁶ en els darrers anys, i que han generat un intens debat en el si de la professió, cal interpretar-los com uns dels símptomes amb què es presenta aquest conflicte.

En el context espanyol i català els metges exerceixen la seva professió sota modalitats diferents: alguns es dediquen a l'exercici de la medicina privada, de forma individual o en grup en centres i clíniques privades; d'altres treballen com a assalariats, en centres d'atenció primària o en hospitals vinculats al sistema sanitari públic; uns tercers compatibilitzen ambdues activitats, l'exercici privat i l'assalariat.

Per raó de la meua activitat professional mantinc contactes i converses de manera regular amb metges i no tots comparteixen la mateixa opinió, però, per regla general, els metges hospitalaris assalariats expressen una certa satisfacció per treballar en el seu hospital, en molts casos després d'anys d'esforços per arribar a estabilitzar i consolidar la seva situació laboral en el centre. Parlen de la seva feina en termes del component reptador que té, per la dificultat que suposen els problemes diagnòstics i terapèutics complexos que acostumen a afrontar. En aquest context, l'exercici de la medicina a l'hospital els impel·leix a aprofundir en els seus coneixements i a restar permanentment atents a les possibles innovacions que apareixen en la seva especialitat, per mantenir i millorar la seva competència professional, i gaudir del reconeixement i respecte dels col·legues de la mateixa o d'altres especialitats mèdiques⁷ i, per descomptat, dels pacients que atenen.

Però, simultàniament, aquests metges manifesten descontentament i malestar pel funcionament de l'hospital, perquè bona part de les decisions que es prenen els resulten incomprensibles, i no sembla que es tinguin en compte les seves opinions o necessitats. Tenen la sensació que els directius de l'hospital viuen un món, i en un món, que en el millor dels casos té poc a veure amb el d'ells i amb el que els ocupa i preocupa. No senten que tinguin suport en la seva feina, quan consideren que diàriament "estan donant la cara"

³ "La desil·lusió i el descontentament entre els metges semblen àmpliament estesos". (Richards, 1997: 1705).

⁴ "Els professionals sanitaris es troben immersos en un context d'erosió de l'autoestima i de la motivació" (Oriol, Oleiza, 2003: 63).

⁵ "És igualment important la satisfacció dels professionals entre els quals a vegades es fa palès un cert desencís." (Vilardell, 2002: 21).

⁶ Ferriman (2001) analitza els resultats d'una enquesta sobre insatisfacció professional amb respostes de metges de més de noranta països.

⁷ Freidson parla de la creació d'organitzacions informals dels metges per treballar plegats, "fraternitats, cercles o xarxes [de metges] creats sobre la base d'estàndards comuns amb límits permissius interns; els que es desvien en poden ser exclosos d'un, però poden trobar-ne un altre que els accepti" (1988: 194).

en nom de l'hospital,⁸ fins al punt que alguns arriben a pensar que a l'hospital (o als seus directius) ja li està bé, que tant li fa. Es senten sotmesos a unes exigències de productivitat excessives i d'adequació de la seva manera de treballar a les directrius impulsades des de la direcció dels centres, que no sempre comparteixen.

Aquestes impressions personals, s'aproximen bastant a les conclusions obtingudes per diversos autors que han analitzat el conflicte organització-professional en col·lectius mèdics: l'excés de feina i la manca de suport rebut pels metges (Smith, 2001), la pèrdua d'autonomia professional (Colby, 1997), l'erosió dels valors i de la integritat professional (Richards, 1997), una major exigència de responsabilitat per part de la societat (Morlans, 2001) o la clàssica "ineficiència i interferència dels administradors" (Scott, 1966: 274), són algunes de les causes establertes. Però possiblement totes es poden explicar per una raó última, la interrelació a l'hospital de dos models, el professional i l'organitzatiu, basats en principis diferents i en moltes ocasions contraposats, tal com posen de manifest Vaughan i Higgs (1995):

"Com podem nosaltres, persones amb una carrera per exercir i una vida privada per guiar, equilibrar les expectatives dels pacients i les demandes de l'atenció sanitària reorganitzada amb la necessitat d'un treball satisfactori i creatiu?"⁹

El *model professional* pressuposa que el metge es sent compromès amb les normes, estàndards i valors de la professió, que comparteix amb els seus col·legues i que aplica a la seva pràctica professional. Mentre que el *model organitzatiu* espera que els metges, com a empleats assalariats de l'hospital, "acceptin les regles de l'organització, regulacions i normes, i que es comprometin amb els seus valors" (Noy, Lachman, 1993: 60). El model organitzatiu és vist com una amenaça des de la perspectiva professional per les transformacions en la pràctica de la medicina a què obliga, tal com assenyalen Edwards, Kornacki i Silversin (2002):

"El món desenvolupat ha vist reduccions significatives de l'autonomia mèdica i increments de responsabilitat com a resultat creixent de la medicina basada en l'evidència i d'una llarga i establerta temptativa de dur la medicina sota la gestió i el control dels costos pels governants, pagadors i patrons."¹⁰

Aquest conflicte organització-professional ha estat tractat profusament a la literatura científica,¹¹ i alguns autors l'expliquen com una conseqüència de la contraposició del

⁸ En el decurs d'una entrevista amb un metge adjunt d'un hospital de referència em va manifestar que un dels aspectes que li ocasionaven un malestar més profund era, textualment, "haver de donar la cara constantment davant de pacients i familiars en nom de l'hospital", sense que tingués la sensació que l'hospital donés cap valor al fet que els metges haguessin de justificar la desprogramació d'activitats per manca de recursos o altres raons, que considerava que són responsabilitat de la direcció del centre (Entrevista amb MM1).

⁹ Cfr. Vaughan, Higgs (1995: 1654).

¹⁰ Cfr. Edwards, Kornacki, Silversin (2002: 835). Aquests autors basen el seu treball en tallers amb metges als Estats Units i al Regne Unit.

¹¹ Entre els autors que han tractat el conflicte organització-professional s'han revisat els treballs de Ben-David (1958); Goss (1963); Etzioni (1964); Scott (1966); Engel (1969); Sorensen, Sorensen

compromís amb l'organització i amb la professió (Gouldner, 1957, 1958; Aranya, Ferris, 1984; Sorensen, 1974; Gunz, Gunz, 1994). El compromís organitzatiu ha estat un dels focus d'interès més rellevants de la recerca sobre el comportament humà,¹² però n'hi ha relativament pocs que estudiïn el compromís organitzatiu d'un grup professional,¹³ i encara menys que estudiïn el compromís dual dels metges i si aquesta doble lleialtat genera alguna tensió explicativa del conflicte organització-professional.¹⁴

Diverses raons poden explicar la poca atenció que s'ha prestat al compromís dels metges, però cal tenir present que el major nombre d'estudis i els més influents sobre professions (Parsons, 1939; Kornhauser, 1962; Hall, 1968; Freidson, 1986, 1994; Larson, 1977; Benveniste, 1987, Abbott, 1988), organitzacions de professionals (Scott, 1966; Mintzberg, 1984; Guy, 1985; Raelin, 1986), compromís amb la professió i amb l'organització (Gouldner, 1957, 1958; Porter, Steers, Mowday, Boulian, 1974; Mowday, Porter, Steers, 1982; Aranya, Ferris, 1984; Meyer, Allen, 1991, 1997; Meyer, Allen, Smith, 1993) són d'origen nord-americà i tant als Estats Units com al Canadà (Health Canada, 2003) predomina una relació entre metge i hospital pròpia de l'exercici liberal de la professió, a diferència dels contextos europeu i espanyol, on el model predominant és el de metge hospitalari assalariat. Aquesta és una raó que potser explica per què bona part dels treballs que han estudiat el compromís organitzatiu a l'àmbit sanitari nord-americà han obviat pràcticament el col·lectiu mèdic —el compromís del qual amb l'hospital ha rebut més atenció des d'una vessant *comercial*, entesa com la predisposició del metge a derivar els seus pacients a un hospital concret—¹⁵ i s'han centrat principalment en el col·lectiu d'infermeria. A l'Amèrica del Nord les infermeres tenen la condició de grup professional assalariat, però, malgrat la seva proximitat i vinculació amb els professionals de la medicina, les diferències entre els dos col·lectius són prou importants perquè les conclusions d'aquests treballs no siguin extrapolables al col·lectiu mèdic.

Els pocs estudis en els quals es tracta el conflicte organització-professional en metges assalariats (Noy, Lachman, 1993; Lachman, Noy, 1996) no dediquen atenció a la tensió

(1974); Davies (1983); Guy (1985); Freidson (1986), (1994); Benveniste (1987); Mercer (1988); Burns, Andersen, Shortell (1990); Obeso (1992); Noy, Lachman (1993); Lachman, Noy (1996); Wallace (1995); Mendoza (1999); Sauquet (2000); Shafer, Park, Liao (2001); Lait, Wallace (2002).

¹² Entre els diversos autors que han tractat el compromís organitzatiu s'han revisat els treballs de Buchanan (1974); Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974); Mowday, Steers i Porter (1979); Angle i Perry (1981); Mowday, Porter i Steers (1982); Wiener (1982); Reichers (1985); O'Reilly i Chatman (1986); McGee i Ford (1987); Meyer i Allen (1987, 1991, 1997); Randall (1987); Somers (1987); Aven (1988); Penley i Gould (1988); Allen, Meyer (1990a, 1990b); Mathieu i Zajac (1990); Mayer i Schoorman (1992); Jaros (1997); Baruch (1998); Mowday (1998); Quijano, Navarro i Cornejo (2000); Meyer i Herscovitch (2001); Herscovitch i Meyer (2002); Meyer, Stanley, Herscovitch i Topolnytsky (2002).

¹³ Bartol (1979); Aranya i Ferris (1984); Morrow i Wirth (1989); Meyer, Allen i Smith (1993); Baugh i Roberts (1994); Gunz i Gunz (1994); Wallace (1995); Irving, Coleman i Cooper (1997); Keller (1997); Leong, Shao i Hsu (2003); Hall, Smith i Langfield-Smith (2005).

¹⁴ Mercer (1985), (1988); Burns i Wholey (1992); Noy i Lachman (1993); Lachman i Noy (1996); Burns, Alexander, Shortell, Zuckerman, Budetti, Gillies i Waters (2001).

¹⁵ Burns i Wholey (1992) mesuren els canvis en els percentatges d'admissions dels metges en cada hospital que utilitzen, per valorar la seva lleialtat amb l'hospital, entesa per aquests autors com la fidelitat en el comportament respecte a una organització.

generada pel compromís dual com a possible causa del conflicte i, a més, utilitzen el model de compromís de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974), que no considera la multidimensionalitat del compromís com el model posterior de Meyer i Allen (1991). No obstant això, els estudis que han analitzat el conflicte entre compromisos en altres professions (Aranya, Ferris, 1984; Wallace, 1995; Leong, Huang, Hsu, 2003) també utilitzen el model de compromís de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974), amb independència que les conclusions obtingudes per aquests autors és ben possible que també presentin alguna limitació per extrapolar-les a la professió mèdica. En aquest sentit, són remarcables les diferències entre les professions en funció de la seva orientació, tal com assenyalen Aranya i Ferris (1984):

“És possible que les professions *tecnicocientífiques* (per exemple, auditoria, enginyeria) siguin més compatibles amb les organitzacions que les professions personals (dret, medicina, ministeri religiós, ensenyança universitària).”¹⁶

¹⁶ Cfr. Aranya i Ferris (1984: 11).

2.1. Interès i rellevància de l'estudi en el context català i espanyol

“Fes que siguin segurs els ponts del diàleg
i mira de comprendre i estimar
les raons i les paraules diverses dels teus fills”

SALVADOR ESPRIU (1960): *La pell de brau* (XLVI)

En la majoria de les societats occidentals avançades el sector sanitari és d'una importància creixent fins al punt que, en el cas concret d'Espanya, la sanitat s'ha convertit en el nou motor de l'economia (Guindal, 2004).

En els països desenvolupats, a excepció dels Estats Units, els sistemes de salut són predominantment de caràcter públic i el seu finançament va a càrrec dels pressupostos dels estats o del sistema de seguretat social. En la majoria dels països, i per descomptat a Espanya i a Catalunya, els recursos econòmics destinats al sistema sanitari resulten insuficients per afrontar una despesa sanitària que segueix creixent a un ritme difícil d'assimilar per les economies nacionals.

2.1.1. L'evolució de la despesa sanitària

A l'Estat espanyol el sistema sanitari és majoritàriament públic i el finançament és a través dels pressupostos generals de l'Estat. El creixement de la despesa sanitària en el conjunt de l'Estat espanyol ha estat constant, d'un 72,8 % entre 1995 i 2003, però els pressupostos públics sempre han estat insuficients per afrontar la despesa real de les comunitats. A Catalunya, en el mateix període, el creixement de la despesa sanitària pública ha estat un 75 % inferior al del conjunt de l'Estat (vegeu la taula 2.1).

Tot i que la despesa sanitària encara és lluny de la dels països capdavanters, la realitat és que creix any rere any i previsiblement seguirà creixent. A Catalunya el pressupost del Departament de Salut de l'any 2006 va ser de 7.777,75 milions d'euros,¹⁷ que suposa un increment del 9,73 % en relació amb el del 2005. Més de la meitat d'aquesta xifra —un 56,2 %— va destinada a atenció especialitzada o, el que pràcticament és el mateix, als hospitals (Àrea de Recursos del Servei Català de la Salut, 2006).¹⁸

¹⁷ La xifra fa referència al pressupost consolidat del Servei Català de la Salut (CatSalut) / Institut Català de la Salut (ICS)

¹⁸ La resta del pressupost es distribueix en: atenció primària (16,47 %), farmàcia (21,49 %), altres serveis de salut (4,22 %) ? entre els quals hi ha l'oxigenoteràpia o el transport sanitari? i administració i formació (1,54 %) (Àrea de Recursos del Servei Català de la Salut, 2006).

Taula 2-1: Evolució de la despesa sanitària a Espanya i a Catalunya, 1990-2003 (en milions d'euros)

	1990	1995	2000	2003	Dif. 03/95
Despesa total Espanya	20.842,0	33.386,8	45.568,8	57.698,7	72,8 %
% sobre PIB	6,0	7,6	7,5	7,7	1,3 %
Despesa pública Espanya	16.412,8	24.124,8	32.672,8	41.199,7	70,8 %
% sobre PIB	5,5	5,5	5,4	5,5	0,0 %
Despesa privada Espanya	4.429,2	9.262,0	12.866,0	16.499,0	78,1 %
% sobre PIB	1,5	2,1	2,1	2,2	4,8 %
Despesa pública Catalunya	n.d.	3.382,0	4.601,7	5.919,4	75,0 %
% sobre Espanya		14,0%	14,1%	14,4%	2,5 %

Font: Sistema de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), adaptada per l'autor.

2.1.2. L'evolució en el nombre de metges

L'any 2005 a Espanya hi havia 199.123 metges col·legiats, cosa que suposa un increment del 22,8 % respecte a l'any 1995 (Instituto Nacional de Estadística, 2007). Però aquest increment ha estat protagonitzat per les dones que s'han incorporat a la professió, que han augmentat en un 52,5 % entre 1995 i 2005, en què ja constitueixen més del 42 % dels professionals col·legiats, mentre que l'augment en el nombre d'homes en el mateix període ha estat d'un 7,5 %; a Catalunya, en el mateix període, les xifres encara són més contundents (vegeu la taula 2.3). Aquesta és una tendència que s'accentuarà en els propers anys i es preveu que l'any 2010 es produirà l'intercanvi de sexes (González, Barber, 2007).

D'acord amb les dades recopilades pel Ministerio de Sanidad (2007), a Espanya l'any 2003 hi havia 1,23 metges per mil habitants treballant en hospitals del sector públic. És a dir, 54.298 metges., d'acord amb les dades del Ministerio de l'any 2003, treballen a hospitals públics, un 27,9 % del nombre de col·legiats a tot l'Estat. Segons aquesta mateixa font, un 26,7 % són especialistes en medicina interna i especialitats mèdiques, un 18,2 % en cirurgia general i especialitats quirúrgiques, un 6,4 % en ginecologia i obstetrícia, un 5,8 % en traumatologia i ortopèdia, un 4,6 % en pediatria, un 3,6 % en psiquiatria, en especialitats i un 34,7 % en la resta d'especialitats mèdiques.

Taula 2-2: Evolució del nombre de metges col·legiats a Espanya i a Catalunya

		1995	2000	2005	Dif. 05-95
Espanya	Col·legiats totals	162.089	179.033	199.123	22,8 %
	Dones col·legiades	54.962	67.713	83.827	52,5 %
	% dones col·legiades	33,9 %	37,8 %	42,1 %	24,2 %
	Homes col·legiats	107.127	111.320	115.296	7,6 %
	% homes col·legiades	66,1 %	62,2 %	57,9 %	-12,4 %
	Col·legiats/100.000 hab.	400,6	442,1	451,4	12,7 %
Catalunya	Col·legiats totals	26.125	28.677	32.615	24,8 %
	Dones col·legiades	9.159	11.394	14.262	55,7 %
	% dones col·legiades	35,1 %	39,7 %	43,7 %	24,7 %
	Homes col·legiats	16.966	17.283	18.353	8,2 %
	% homes col·legiades	64,9 %	60,3 %	56,3 %	-13,4 %
	Col·legiats/100.000 hab.	419,6	458,0	466,2	11,1 %

Font: Instituto Nacional de Estadística (2007), adaptada per l'autor.

L'oferta de metges sembla insuficient per la demanda creixent dels seus serveis i encara que s'observen dèficits en determinades especialitats hi ha un excés de facultatius en d'altres. La distribució dels metges en funció de la seva especialitat pateix un desequilibri territorial que es veu agreujat perquè els metges més joves es concentren fonamentalment en les comunitats autònomes que van rebre les transferències sanitàries en últim terme mentre que els metges més grans, els que es jubilaran abans, ho fan a les comunitats més antigues, com és el cas de Catalunya (González, Barber, 2007).

A Espanya hi ha 782 hospitals (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), però sota aquesta denominació s'agrupen realitats molt diferents: hospitals que pertanyen a diferents administracions (Estat, comunitats autònomes, diputacions, municipis), a diferents organismes de l'Estat (Seguretat Social, entitats públiques), de l'església o privats entre d'altres.

A Catalunya hi ha 198 hospitals catalogats (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), dels quals 61 formen part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya (XHUP) (Servei Català de la Salut, 2007), que agrupa també hospitals de diferent dependència patrimonial, però amb el denominador comú de treballar fonamentalment pel sistema nacional de salut.

2.1.3. Els metges en la transformació del sistema de salut a Catalunya i Espanya

A finals dels anys seixanta, la irrupció d'un gran nombre de metges que "fan del seu treball a l'hospital el seu ofici" (Costa, 1995) propicia que tant els hospitals de la Seguretat Social com els de les facultats de medicina o fins i tot els de beneficència es converteixin en hospitals amb personal mèdic assalariat. Aquest fet trenca amb el model de l'exercici

professional imperant fins aquell moment, en el qual els metges compaginaven la docència als hospitals amb l'exercici lliure de la seva professió. A partir dels anys setanta, el creixement econòmic del país i la transformació democràtica de l'Estat, llargament esperada, permeten la creació de l'Estat de les autonomies i l'inici de la transferència de les competències sanitàries a les comunitats autònomes als inicis dels anys vuitanta.

El 1981, Catalunya rep els traspassos de les competències en matèria sanitària. Diversos hospitals centenaris vinculats als ajuntaments treballaven majoritàriament per al sector públic contractats pel sistema de seguretat social, juntament amb altres centres creats per iniciatives privades o associatives, i cobrien el dèficit d'instal·lacions hospitalàries de l'Estat a Catalunya. El 1985 es consolida aquesta peculiar característica de l'atenció hospitalària pública a Catalunya, amb la creació de l'anomenada Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, per integrar aquests hospitals sota l'aixopluc de l'administració sanitària. Els hospitals de la XHUP ja formaven part de dos grans col·lectius: la Unió Catalana d'Hospitals i el Consorci Hospitalari de Catalunya, que Gallego (2000) caracteritza en funció dels interessos que representen:

“La Unió Catalana d'Hospitals, que representava interessos de gestors majorment del sector privat, dins i fora de la xarxa contractada, i el Consorci Hospitalari de Catalunya, que representava principalment interessos dels representants polítics d'administracions locals de què depenien proveïdors semipúblics i públics.”¹⁹

El 1986 s'aprova la Llei general de sanitat, que estableix els principis del Sistema Nacional de Salut i el finançament del sistema a partir dels pressupostos generals de l'Estat, i s'abandona el sistema de finançament a partir de les cotitzacions. El 1990 s'aprova la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que instaura el model de separació entre comprador i proveïdor i regula les relacions entre els hospitals proveïdors i l'administració sanitària catalana. El 1991 es publica el conegut com a Informe Abril Martorell, amb seixanta-quatre recomanacions per a la millora del sistema de salut, que malgrat la seva àmplia difusió i el notable consens que generen s'implanten de manera molt limitada. El 1997 s'aproven les noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut, cosa que dóna peu a la creació de nous hospitals públics sota la forma de fundacions. Finalment el 2001 es culmina la transferència de les competències en matèria sanitària a totes les comunitats autònomes que encara no les tenien, i es configura el Sistema Nacional de Salut plenament descentralitzat.

Les reformes iniciades amb les primeres transferències sanitàries a les comunitats autònomes fomenten una orientació a l'eficientisme econòmic, i introdueixen de manera generalitzada un model de gestió *gerencialista*. A Catalunya, la introducció de la figura dels gerents en els hospitals genera, d'una manera contundent en una primera fase, un conflicte entre professionals i organització.²⁰ Es fan evidents dues formes diferents

¹⁹ Cfr. Gallego (2000: 5).

²⁰ Els primers gerents d'hospitals contractats per l'administració sanitària catalana un cop rebudes les transferències sanitàries provenien d'empreses alienes al sector sanitari, on havien adquirit una certa reputació com a gestors, no tenien experiència en el sector de la salut i cap d'ells era metge. La qüestió va causar una enorme controvèrsia, tant per la retribució que se'ls va oferir —insòlita per la quantia en aquell moment al sector públic i que va ser motiu de debat al Parlament de Catalunya— com per ampliar la polèmica habitual en aquell moment sobre si els gerents d'hospitals havien de ser metges, i que en aquest cas, probablement, va contribuir a atiar el conflicte organització-professionals.

d'entendre el funcionament de l'hospital, conflicte avivat en aquest cas pel reforçament de l'autoritat dels gerents sobre l'autonomia dels professionals, en què "l'èmfasi es posava en el fet d'establir el 'dret a gestionar' i no en la cerca d'una millor interacció entre gerents i professionals" (Mendoza, 1999: 340). Tal com assenyala Obeso:

"De forma bastant generalitzada, i a partir dels anys setanta, els hospitals, si més no a la nostra àrea cultural coneguda, comencen un procés de creixement en les seves estructures administratives primer i gerencials després, amb una preocupació bàsica de contenció dels costos i amb una preocupació afegida de 'passar per l'adreçador' uns professionals, fonamentalment els metges, que comencen a ser acusats de corporativisme, amb tota la càrrega negativa que el terme comporta."²¹

Aquest conflicte entre gerents i metges pel control del treball i l'assignació dels recursos marca profundament les relacions entre directius i professionals, com no podia ser d'altra manera. Benveniste (1987) destaca que les relacions entre els dos col·lectius són de desconfiança mútua, i si bé al llarg d'aquests anys es pot interpretar que la confusió pels àmbits de responsabilitat de cadascun s'ha aclarit considerablement, difícilment es pot dir el mateix sobre la perspectiva de cada col·lectiu per a l'abordatge dels problemes.

En el cas de la sanitat catalana, la personalització en els gerents del conflicte organització-professional és una variable que potser pot influir en la composició del perfil del compromís organitzatiu dels metges i en la contraposició amb el seu compromís professional. En aquest sentit, cal remarcar les conclusions dels treballs de Reichers sobre els conflictes entre múltiples compromisos i *circumscripcions*, que ja s'han comentat anteriorment, entre les quals considera que, dels múltiples compromisos, "només el compromís amb els objectius i valors de l'alta direcció s'associen amb el compromís organitzatiu" (Reichers, 1986: 512).

Diversos estudis i propostes han suggerit de forma pràcticament unànime la necessitat de fomentar la participació i el compromís dels metges amb l'hospital com la via adequada per superar el conflicte organització-professional i contribuir a una millora de l'eficiència dels centres (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991; Obeso, 1992; Fulls Econòmics, 1995; Costa, 1995; Nogueras, 1995; Ortún, 1995; Bengoa, Camprubí, Echebarría, Fernández, Via, 1997; Mendoza, 1999; Fortuny, 2001; Vilardell, 2002; Oriol, Oleiza, 2003; Grup de Treball per a la racionalització i finançament de la despesa sanitària, 2005).

Aquests treballs parteixen d'uns supòsits àmpliament compartits en la literatura sobre el compromís. D'una banda, la participació, que s'acostuma a interpretar com una manifestació del compromís de l'individu, atès que es tracta d'un acte explícit, irrevocable, voluntari i públic (Salancik, 1977), i en conseqüència es pressuposa que, en participar en la presa de decisions, el metge incrementaria la seva responsabilitat respecte a l'hospital i el seu funcionament (Burns, Wholey, 1992). D'altra banda, un metge compromès amb el seu hospital seria més receptiu a les propostes de la direcció del centre, s'alinearia amb els

²¹ Cfr. Obeso (1992: 5).

objectius estratègics de la institució²² i tindria una major disposició a treballar més i a utilitzar de manera més eficient els recursos que l'hospital posa a la seva disposició. Tal com destaca Obeso:

“Els directius pensen que un professional compromès amb l'organització és un professional més productiu, més disposat a participar en comitès i amb una orientació més positiva cap a l'organització.”²³

Les aportacions d'aquests treballs sobre la importància del compromís dels metges amb l'hospital, efectuades per acadèmics i actors significats del sector de la salut, posen de manifest un llarg debat inacabat que d'uns anys ençà s'ha generat en el sector sanitari espanyol i, sobretot, a la sanitat catalana. Aquest debat s'ha limitat, en la major part dels casos, a reiterar qüestions ja tractades o a assenyalar línies de treball per a futures recerques.

²² Mendoza destaca els *problemes d'alineació (alignment)*, “relatius a les dificultats de coordinar i integrar de manera coherent l'actuació dels professionals”, juntament amb els de la creació de valor com dos “grans elements d'especificitat propis de la gestió d'aquestes organitzacions [les de professionals] i que totes comparteixen” (1999: 228).

²³ Cfr. Obeso (1992: 22).

2.2. Consideracions finals de la justificació

“Mourrons pour des idées d'accord,
mais de mort lente.”

GEORGES BRASSENS (1960-1962): *Mourir pour des idées*.

Paradoxalment, malgrat l'interès que ha desvetllat el compromís organitzatiu dels metges i la possible tensió amb el seu compromís professional, no hi ha cap estudi que analitzi aquest problema en el context espanyol o català (o europeu) o que s'hagi interessat per les implicacions en la gestió dels hospitals. Aquesta constatació em porta a fer algunes consideracions que, des del meu punt de vista, ressalten l'interès i la importància del tema que proposo per a la meva recerca.

- a) La primera consideració és òbvia: si tantes persones amb responsabilitats, coneixements i experiència en el sector sanitari coincideixen a assenyalar el compromís dels metges amb l'hospital com un camí que hauria de permetre superar el conflicte organització-professional i millorar l'eficiència dels hospitals, potser val la pena aturar-se i dedicar-hi temps i esforç per conèixer el compromís dels metges amb l'hospital i poder contrastar amb fonament la validesa d'aquestes opinions.

Algun autor es qüestiona sobre la validesa del compromís organitzatiu com a “eix central del funcionament de les empreses” (Filella, 1999) i d'altres consideren que ja no té la importància que se li havia atorgat com a objecte de recerca (Baruch, 1998), fonamentalment perquè la seguretat en el lloc de treball ja no és un concepte en ús després dels nombrosos processos de reducció de plantilles, de *downsizing*, que s'han portat a terme. Aquest no sembla, però, que sigui el cas dels metges hospitalaris. Si bé a Catalunya s'han produït processos de reconversió de personal en hospitals que treballen majoritàriament per al sector públic, els cossos facultatius d'aquests centres han sofert una afectació mínima. D'altra banda, els metges acostumen a desenvolupar tota la seva carrera professional en el mateix hospital — el canvi d'hospital és un fet molt puntual en la carrera professional d'un metge hospitalari a Catalunya—, motiu que per si mateix potser ja justifica dedicar una certa atenció a la qüestió del compromís.

El sector de salut en el seu conjunt, el món dels directius hospitalaris, com el del *management* en general, no és aliè a l'efecte de les modes, a l'impacte dels *buzzwords*. Quan es produeix una coincidència tan estesa sobre un fet, com és el cas del compromís dels metges, potser cal descartar aquest efecte. Les opinions sobre el compromís són coincidents, però en un pla molt genèric, com un *lloc comú*, i fins i tot superficial. Tothom té una idea sobre el compromís, però no sembla que aquesta idea sigui la mateixa per a tothom i potser és oportú aprofundir en el coneixement del compromís per contribuir a aclarir i delimitar el concepte.

- b) La segona consideració va molt lligada a la primera: totes les aportacions consideren que el compromís dels metges amb l'hospital sembla un fet desitjable per a l'hospital. És a dir, al compromís dels metges amb l'hospital se li suposen potencials beneficis per a l'organització, tot i que no es mencionen els beneficis que el compromís amb l'hospital pot suposar per als metges compromesos. Ara bé, si s'inverteix el sentit de la formulació —el compromís es bo per a l'hospital—, em qüestiono si seria igualment correcte concloure que si els metges no es senten compromesos amb l'organització aquest fet hauria de ser necessàriament negatiu per a l'hospital.

Els treballs sobre el compromís organitzatiu acostumen a atribuir-li efectes positius i desitjables, però rarament analitzen els possibles efectes no desitjats que pot ocasionar (Randall, 1987). En aquest sentit, la recerca que proposo m'ofereix la possibilitat d'aprofundir en un major coneixement sobre el compromís organitzatiu dels professionals i contribuir a aclarir alguns supòsits —la bondat del compromís organitzatiu— que en la literatura revisada es tracten molt poc i d'una manera superficial.

- c) Tercera consideració: sembla clar que si els experts diuen que els metges s'han de comprometre amb l'hospital és perquè a hores d'ara no ho estan o perquè el seu compromís és molt dèbil i insuficient. Però, és cert que els metges no es senten compromesos amb el seu hospital? O potser millor dit, quin és el seu grau real de compromís amb l'hospital? I encara més, quan es fa referència al compromís amb l'hospital, entès com el compromís organitzatiu, què s'entén per l'hospital, per l'organització?

Els treballs que han estudiat el compromís dels metges amb l'hospital (Mercer, 1988; Burns, Wholey, 1992; Noy, Lachman, 1993; Lachman, Noy, 1996; Burns, Alexander, Shortell, Zuckerman, Budetti, Gillies, Waters, 2001) ho han fet utilitzant models clàssics de compromís organitzatiu —fonamentalment el de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974)— centrats exclusivament en el component afectiu del compromís. La recerca posterior (Morrow, 1993) confirma que el compromís organitzatiu és un constructe multidimensional, tal com ho consideren Meyer i Allen (1991) en el seu model integrat per tres components: afectiu, de continuïtat i normatiu. Paradoxalment, el model de Meyer i Allen (1991) no ha estat utilitzat en cap treball sobre el compromís organitzatiu dels metges, malgrat ser àmpliament difós i generalment acceptat com a model de referència en la literatura sobre el compromís (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002).

D'altra banda, aquests treballs sobre la mesura del compromís dels metges amb l'hospital no tenen en consideració la possibilitat que hi hagi diferents focus de compromís —el mateix hospital, la direcció, el servei, el cap de servei o l'equip amb el qual treballen— i prenen el compromís organitzatiu com un tot, quan hi ha moltes referències en la literatura sobre els diferents focus del compromís (Reichers, 1985; Becker, 1992; Becker, Billings, 1993; Becker, Billings, Eveleth, Gilbert, 1996; Meyer, Allen, 1997; Vandenberghe, Bentein, Stinglhamber, 2004).

Aquesta no és una qüestió menor, perquè els metges hospitalaris *viuen* l'hospital a través del seu servei, que és la unitat organitzativa que convencionalment agrupa els membres d'una mateixa especialitat. Els esdeveniments que ocorren a l'hospital s'acostumen a interpretar en clau dels interessos del servei i de les oportunitats o amenaces que poden suposar per al posicionament estratègic futur del servei, en el mateix hospital i respecte a altres grups professionals de la mateixa especialitat. Els metges hospitalaris es desenvolupen professionalment en el servei i aquesta realitat no es considera en els treballs que he revisat. Però, a més, pels metges, el servei és una mena de representació tangible de l'hospital, que en el fons és quelcom abstracte i llunyà i que, de vegades, té una consideració exclusivament instrumental per assolir els seus objectius professionals. Si no es distingeixen diferents focus de compromís organitzatiu, amb el servei i amb l'hospital, per exemple, es pot induir a la confusió dels mateixos metges interpretant el que s'entén per *organització*.

Cal destacar també que el cap de servei esdevé una figura clau per al desenvolupament dels professionals i per a la seva vinculació amb l'hospital (Obeso, Castellà, Guilera, Peiró, Batista-Foguet, 1990): ell és qui estableix les línies de treball del servei, qui orienta i fins i tot dirigeix la carrera professional dels metges del servei, qui encapçala els contactes amb altres grups d'especialistes, qui subministra informació administrativa als facultatius i la interpreta i és a través de la seva figura com els directius de l'hospital acostumen a relacionar-se amb els professionals, en una transposició de la jerarquia burocràtica a l'organització de professionals. No obstant això, en contra de la voluntat de bona part dels directius hospitalaris, els caps de servei acostumen a actuar més com a representants dels facultatius del seu servei i molt pocs es consideren a si mateixos com a integrants de la direcció de l'hospital al capdavant del servei.

Així doncs, sembla prou rellevant aclarir els possibles focus del compromís, per aprofundir en el coneixement del compromís dels metges amb l'organització i evitar confusions que poden induir a conclusions errònies.

- d) Quarta consideració: atesa la importància que es dóna al compromís dels metges amb l'organització, cal pensar que aquesta implicació ha de produir algun benefici objectivable per a l'hospital. En aquest sentit, aprofundir en el coneixement del compromís implica adquirir un major coneixement sobre l'encaix dels professionals en una estructura organitzativa i eventualment sobre la compatibilitat o conflicte entre el compromís amb l'organització i amb la professió.

Una de les qüestions centrals a investigar és si els metges amb un compromís intens amb la professió poden desenvolupar al mateix temps un fort compromís organitzatiu i si la tensió generada per l'exigència de comprometre's simultàniament amb l'organització i la professió pot entendre's com un sinònim de conflicte. Per alguns autors aquesta qüestió és molt clara: "aquests compromisos poden afectar el conflicte independentment: el compromís professional pot incrementar el conflicte i el compromís amb l'organització pot reduir-lo" (Noy, Lachman, 1993). Però, succeeix el mateix quan aquestes lleialtats actuen simultàniament? És possible ser un professional competent i amb bona reputació, compromès amb la professió i al mateix temps sentir-se vinculat amb les demandes

creixents de l'hospital, fins i tot quan aquestes poden entrar en contradicció o en oposició amb les de la professió?

Els metges hospitalaris assalariats es veuen sotmesos a una doble pressió amb una intensitat creixent, la que exerceix l'hospital perquè contribueixin a aconseguir els objectius organitzatius previstos i l'exercida pel seu entorn més immediat, el servei, i per ells mateixos sobre si mateixos, per tal de mantenir la seva competència i reputació professional. Aquesta doble pressió reclama d'ells un doble compromís intens i simultani: un compromís amb l'hospital, amb l'organització, i un compromís amb la seva professió.

El conflicte organització-professional s'acostuma a tractar en la literatura sense matisos: o hi ha conflicte o no n'hi ha, però no es distingeixen possibles tipologies de conflicte, mentre que uns quants autors (Wallace, 1993) neguen la conflictivitat inherent i apunten a la compatibilitat entre els compromisos. Em qüestiono, per tant, si quan es produeix un conflicte entre metges i hospital aquest és únic, sempre el mateix, o bé és possible detectar-ne i descriure'n diferents tipologies, que haurien de contribuir a diferenciar de manera més precisa cada situació i, en conseqüència, facilitar que la intervenció dels gestors hospitalaris s'ajustés als requeriments de cada tipologia de conflicte. Paral·lelament, resulta imprescindible conèixer com compatibilitzen els metges els dos compromisos, "com s'ho fan" per atendre simultàniament les dues exigències. Entenc que un interès central de la tesi és esbrinar com concilien els metges el seu compromís dual i si és possible establir diferents grups de professionals amb diferents patrons de compromís i categories diferents de conflicte o conciliació de les seves lleialtats.

En resum, l'interès de la meua recerca rau en cinc aspectes. En primer lloc, aprofundir i aclarir el coneixement sobre el compromís organitzatiu dels metges hospitalaris, des d'una perspectiva que no ha estat tractada en la recerca prèvia. Un segon aspecte és analitzar els possibles focus de compromís amb els quals els metges es senten compromesos. El tercer aspecte és comprendre millor el compromís d'aquests metges amb la seva professió. El quart aspecte és determinar les relacions entre el compromís organitzatiu i el professional i les diferents tipologies de resposta que es poden ocasionar a conseqüència de la contraposició d'aquestes dues lleialtats. Finalment, el cinquè aspecte d'interès és que la meua recerca hauria de contribuir a una millor comprensió de les preocupacions i motivacions dels metges i, en conseqüència, facilitar el desenvolupament de noves polítiques i pràctiques de gestió de professionals més ajustades a les necessitats d'aquests, cosa que en últim terme ha de suposar una millora en la gestió dels hospitals.

3. Estat actual de la investigació acadèmica

“Ones que vénen,
mar que s’allunya.
Tot és ben prop. Tot és lluny.
Plors que s’enceten.
Riures que es moren.
Quan creus que tens, tot s’esmuny!”

OVIDI MONTLLOR (1980): *Tot esperant Ulisses*

3.1. El compromís amb l’organització

El compromís organitzatiu (*organizational commitment*) es considera un estat psicològic pel qual l’individu desenvolupa una identificació amb l’organització, i en conseqüència s’espera que aquest individu sigui lleial, amb una menor predisposició a l’absentisme i a abandonar l’organització, que sigui més productiu, més receptiu a les indicacions que rebí, en definitiva, que tingui una orientació més positiva a les propostes de l’organització (Morrow, 1983; Reichers, 1985; Mathieu, Zajac, 1990; Obeso, 1992; González, Anton, 1995; Meyer, Allen, 1997).

La recerca sobre el compromís s’ha caracteritzat per un cert grau de confusió i ambigüïtat en la seva conceptualització (Somers, 1987; Quijano, Navarro, Cornejo, 2000; DeLoria, 2001). En aquest sentit, els treballs de Morrow (1983, 1993) suposen una important contribució per aclarir els diferents tipus de compromís i delimitar la seva demarcació amb altres constructes relacionats. Morrow (1983) comptabilitza més de vint-i-cinc conceptes i mesures de compromís diferents en una extensa revisió dels estudis realitzats, analitza les interrelacions entre ells i identifica cinc formes majors de compromís amb el treball que cataloga com a focus en el valor (*value focus*), focus en la carrera (*career focus*), focus en el treball (*job focus*), focus en l’organització (*organization focus*) i focus en el sindicat (*union focus*). En un treball posterior (Morrow, 1993) defineix un model de compromís amb el treball (*work commitment*), integrat per les entitats: a) ètica en el treball (*work ethic endorsement*), b) compromís amb la carrera (*career commitment*), que distingeix molt dèbilment del compromís professional (*professional commitment*), c) implicació en el treball (*job involvement*) i d) compromís organitzatiu, que proposa substituir per dues entitats diferenciades, compromís organitzatiu de continuïtat (*continuance organizational commitment*) i compromís organitzatiu afectiu (*affective organizational commitment*).

La major part de la recerca (Porter, Steers, Mowday, Boulian, 1974; Angle, Perry, 1981; Mowday, Porter, Steers, 1982; O’Reilly, Chatman, 1986; Mayer, Schoorman, 1992; Tett, Meyer, 1993) ha emfasitzat els aspectes positius del compromís amb l’organització i ha dedicat una especial atenció a la seva influència sobre la renúncia (*withdrawal*

cognition), la intenció d'abandonar l'organització (*turnover intention*) i la rotació (*turnover*) (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002). Només esporàdicament s'han analitzat els possibles efectes no desitjables ocasionats pels alts nivells de compromís dels individus, entre els quals es citen l'absència de creativitat, la resistència al canvi, l'estrès excessiu, la tensió en les relacions fora del treball, l'excés de zel o la utilització ineficaç dels recursos humans (Randall, 1987).²⁴

D'entre totes les formes de compromís amb el treball, l'interès dels investigadors s'ha centrat majoritàriament en el compromís amb l'organització.

3.1.1. Evolució de la recerca sobre el compromís organitzatiu

Tradicionalment, els estudis sobre el compromís han establert la distinció entre el compromís entès com una actitud (*attitudinal commitment*) i el compromís considerat com un comportament (*behavioral commitment*) (Salancik, 1977; Mowday, Porter, Steers, 1982; Reichers, 1985; Somers, 1987, Aven, 1988; Meyer, Allen, 1997; Quijano, Navarro, Cornejo, 2000). Segons Mowday, Porter i Steers, la diferència entre les dues aproximacions es fonamenta en la consideració següent:

“El compromís actitudinal es focalitza en el procés pel qual les persones reflexionen sobre la seva relació amb l'organització. En molts casos, pot ser considerat com un estat psicològic en el qual els individus arriben a considerar que els seus valors i objectius són congruents amb els de l'organització.

”D'altra banda, el compromís com un comportament fa referència al procés pel qual els individus se senten travats amb una determinada organització i com s'ocupen d'aquest problema.”²⁵

La perspectiva actitudinal defineix el compromís organitzatiu com “la força d'una identificació individual amb una implicació en una organització concreta” (Porter, Steers, Mowday, Boulian, 1974: 604), és a dir, un estat intrapsíquic que vincula l'individu a un objecte (Somers, 1987), “que indueix l'individu a actuar d'una manera constant i fixa, fins i tot en situacions relativament diverses” (Filella, 1999: 80), una forma d'implicació moral, intensa i positiva, un lligam, una identificació amb els objectius i els valors de l'organització (Aven, 1988).

Organ i Bateman defineixen l'actitud com un “constructe hipotètic que conté components afectius, cognitius i conductuals” (1991: 158) que s'explica a partir del que anomenen *principi de consistència* (*consistency principle*), pel qual els individus procuren mantenir un equilibri entre els components afectiu, cognitiu i conductual de

²⁴ Randall cita en el seu treball “el més gran tractat sobre els perills del sobrecompromís”, publicat per Whyte el 1956 i titulat *The organization man*, en el qual descriu “l'home organització com una persona que no només treballa per a l'organització sinó que pertany a ella” (1987: 460).

²⁵ Cfr. Mowday, Porter i Steers (1982: 26).

l'actitud. L'actitud es genera a partir de l'activació de qualsevol dels tres components, que, un cop posat en funcionament, actua sobre els altres dos components per "posar-los en línia", per "mantenir una aparença d'harmonia concernent a les nostres sensacions, creences i accions amb relació a un objecte o una persona" (1991: 163).

D'aquesta manera es desenvolupa el que Organ i Bateman (1991), a partir de la descripció de Katz (1960), identifiquen com el *model racional d'actituds (rational model of attitudes)*, en el qual a partir del coneixement inicial sobre un determinat objecte es desenvolupen les sensacions i la conducta respecte a aquest mateix objecte.²⁶ Però aquests autors també assenyalen que el mecanisme pot ser diferent i alterar-se l'ordre d'activació dels components: "els nostres sentiments sobre alguna cosa poden precedir la nostra comprensió, valoració o fins i tot reconeixement de l'objecte" (1991: 166). De la mateixa manera, a partir de l'activació del component conductual es desenvolupen els altres dos components, el coneixement i la sensibilitat, que com en el cas anterior seran consistents amb la conducta expressada i, en conseqüència, la justificaran.

La conceptualització actitudinal del compromís organitzatiu exerceix una notòria influència en la recerca posterior, que fonamentalment es centra a mesurar el compromís actitudinal amb relació a altres variables (Mathieu, Zajac, 1990), considerades com a antecedents o conseqüències del compromís, amb l'objectiu de:

"a) demostrar que un compromís intens s'associa amb resultats desitjables des d'una perspectiva organitzativa, com és el cas d'absentisme i rotació baixos i productivitat elevada, i b) determinar quines característiques personals i condicions situacionals contribueixen al desenvolupament d'un compromís elevat."²⁷

La definició del compromís de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974) és, sense cap mena de dubte, la més influent durant molts anys (Somers, 1987), i esdevé un *clàssic* fins a l'aparició posterior del model de Meyer i Allen (Bartlett, 1999). Tal com destaca Mowday en una reflexió sobre la rellevància de l'aportació de Porter a l'estudi del compromís organitzatiu:

"Clarament, el compromís havia estat estudiat prèviament per altres, però l'aproximació de Porter va representar una nova direcció en la recerca, tant conceptualment com metodològicament."²⁸

²⁶ Organ i Bateman, en tractar el desenvolupament de sensacions i conducta a partir del coneixement inicial, consideren que "donat un conjunt de creences sobre un objecte determinat, sembla obvi que els sentiments i la conducta respecte a l'objecte fluiran amb naturalitat. Si estàs convençut que els sindicats contribueixen a maximitzar els ingressos i beneficis dels treballadors, a millorar les condicions del teu treball i a protegir-te de les males pràctiques de gestió, tindràs una predisposició molt positiva respecte al sindicat i probablement contribuiràs amb temps, esforç i diners per donar-li suport" (1991: 163).

²⁷ Cfr. Meyer i Allen (1997: 9).

²⁸ Cfr. Mowday (1998: 388).

Porter i els seus col·legues atribueixen al compromís organitzatiu tres propietats: *a*) la voluntat d'exercir un esforç a favor de l'organització, *b*) l'acceptació dels valors i objectius de l'organització i *c*) el desig per mantenir-se com a integrant de l'organització. Per realitzar els seus estudis desenvolupen el Qüestionari de Compromís Organitzatiu (Organizational Commitment Questionnaire, OCQ) (Mowday, Steers, Porter, 1979),²⁹ un instrument per mesurar el compromís extensament utilitzat en tota la recerca posterior,³⁰ tot i que "era vist com un constructe unidimensional, focalitzat només en el vincle afectiu" (Mowday, 1998: 389).

Buchanan (1974), en un estudi centrat en l'impacte de les experiències organitzatives sobre el compromís organitzatiu de 279 directius i la variació del seu significat al llarg dels anys, defineix el compromís d'una manera molt similar com a: *a*) identificació (*identification*), en el sentit d'acceptació com a propis dels valors i objectius organitzatius, *b*) implicació (*involvement*), entesa com la immersió psicològica en les activitats del treball i *c*) lleialtat (*loyalty*), descrita com un sentiment d'afecte i un lligam amb l'organització. El treball de Buchanan es focalitza també exclusivament en la naturalesa afectiva del compromís.

Per la seva part, el compromís considerat com un comportament es defineix com "la vinculació de l'individu amb determinats actes de conducta" (Kiesler, Sakumura, 1966: 124), "sense referència a l'experiència psicològica personal" (Filella, 1999: 80). Aven (1988) suposa que l'individu té una relació menys intensa amb l'organització i es focalitza en la percepció dels costos invertits, que el lliguen a l'organització i que són independents de l'afecte.

Salancik (1977) considera que quan un individu s'identifica amb una determinada conducta limita el seu comportament futur. Distingeix quatre característiques dels comportaments, que estableixen el lligam i determinen la intensitat del compromís. La primera és l'explicitació (*explicitness*), amb referència a la intensitat amb què una acció és duta a terme i a la qual contribueixen dos factors, l'observabilitat (*observability*) i la inequivocabilitat (*unequivocability*). La segona característica és la revocabilitat (*revocability*), que fa referència a la reversibilitat de l'acció. La tercera és la volició (*volition*),³¹ la voluntat pròpia, que Salancik considera una de les característiques de la conducta humana més difícils de definir, i que relaciona amb conceptes com llibertat i responsabilitat personal. La darrera és la publicitat (*publicity*), el fet de fer públic l'acte, de manera que es vincula a la mateixa declaració.

Una de les influències més importants sobre la formulació del compromís com un comportament es deu a Howard S. Becker (1960), que el considera com una

²⁹ El Qüestionari de Compromís Organitzatiu està constituït per quinze preguntes i el van validar utilitzant-lo en una mostra de 2.563 empleats de diverses organitzacions (empleats públics, universitaris, hospitalaris, de banca, de companyies telefòniques, científics i enginyers, gerents de companyies automobilístiques, tècnics psiquiàtrics i aprenents d'administració de vendes al detall).

³⁰ "Aquesta mesura, gràcies a la seva popularitat i ús continuat, ha esdevingut en cert sentit la aproximació al compromís organitzatiu." (Reichers, 1985: 467).

³¹ "Quatre grans característiques es relacionen amb la volició: 1) l'elecció, 2) la presència de demandes externes per l'acció, 3) la presència de bases extrínseques per l'acció i 4) la presència d'altres contribuïdors a l'acció" (Salancik, 1977: 5).

conseqüència de les inversions efectuades (*side-bets*), enteses com a quelcom valuós que l'individu ha invertit (temps, esforç i/o diners) i que perdrà, o que no tindrà cap valor, si aquest individu deixa l'organització.

“El compromís creix mitjançant un seguit d'actes cap dels quals és crucial, però considerats en el seu conjunt constitueixen per a l'individu una sèrie d'inversions de tal magnitud que es troba poc disposat a perdre-les.”³²

El compromís com a comportament es produeix perquè l'individu desenvolupa una “línia d'activitat consistent” persistent en el temps, en la qual l'efecte de les inversions és el d'incrementar el cost d'abandonar una determinada línia d'actuació (Powell, Meyer, 2003), fins i tot en situacions en què no és prudent comportar-se d'aquesta manera.³³ És el que es coneix com a *intensificació del compromís* (*escalation of commitment*), que per alguns autors (Whyte, 1986) més que “la necessitat psicològica de justificar o racionalitzar la conducta prèvia” (1986: 312) es tracta sobretot de la “manera en què els individus formulen les decisions i escullen entre alternatives” (1986: 320), i que en la conceptualització d'Organ i Bateman suposa que per preservar el component cognitiu consistent amb la conducta pot fins i tot “ignorar un *feedback* objectiu contrari a aquest coneixement” (1991: 165).³⁴

Becker, com Kiesler i Salancik, defineix el compromís com la tendència a persistir en una determinada conducta, però a diferència d'ells emfasitza la importància de reconèixer el cost associat amb la interrupció de la conducta. Els estudis sobre el compromís com a comportament, doncs, s'han centrat a “identificar les condicions sota les quals un comportament, un cop mostrat, tendeix a repetir-se” (Meyer, Allen, 1987: 49). El treball de Becker (1960), malgrat no considerar-se una teoria autònoma, ha influït notòriament en la recerca posterior “com a resultat de la seva incorporació en els populars models multidimensionals de compromís organitzatiu” (Powell, Meyer, 2004: 158).

En resum, tot i que per alguns autors (Somers, 1987) l'estudi del compromís organitzatiu, tant des de la perspectiva de l'actitud com de la del comportament, només explica parcialment la naturalesa del compromís i no ha contribuït a aclarir-la, la distinció entre la perspectiva actitudinal i la del comportament té implicacions per a la definició i mesura del compromís, així com per a l'estudi del seu desenvolupament i conseqüències, donat que com assenyalen Meyer i Allen:

³² Cfr. Becker (1960: 38).

³³ Meyer i Allen (1997) ho il·lustren amb la situació en què es mantenen unes inversions financeres encara que la prudència ho desaconselli. Salancik (1977) descriu en aquest sentit que l'individu compromès “és resistent a canviar el seu comportament fins i tot en cas de fracàs”, i posa l'exemple dels metges i missioners que “lluiten contra la malaltia i la fam [...]. La nostra admiració pel compromís de les persones resulta de la nostra conformitat amb els objectius cap als quals dirigeixen els seus esforços. Però què passa si l'objectiu és un objectiu equivocat? Què passa si la veritat és en una altra direcció? Què succeeix si el món és diferent i les maneres tradicionals de fer les coses ja no funcionen més?” (1977: 36).

³⁴ Organ i Bateman (1991) destaquen la importància per a l'organització de la intensificació del compromís i posen com a exemple als supervisors que acostumen a valorar millor la contribució dels seus col·laboradors quan han participat directament en el procés del seu reclutament.

“El compromís es considera un estat psicològic que es pot desenvolupar retrospectivament, com a justificació d’una acció en curs tal com proposa la perspectiva del comportament, o prospectivament, basant-se en les percepcions de les condicions de treball actuals o futures a l’organització, des de la posició de l’actitud.”³⁵

3.1.2. Conceptualitzacions multidimensionals. El model de Meyer i Allen

Alguns autors realitzen un esforç d’identificació d’aspectes comuns en les definicions del compromís organitzatiu amb el propòsit d’integrar les perspectives existents sota una concepció multidimensional del compromís. Aquesta aportació l’efectuen fonamentalment dos treballs—els d’O’Reilly i Chatman (1986) i sobretot el de Meyer i Allen (1991)— que han rebut molta atenció en la recerca posterior i la influeixen notòriament, i s’ha establert de manera progressiva un consens creixent sobre la naturalesa multidimensional del compromís, cosa que suposa “un important avanç conceptual en la nostra comprensió del constructe” (Mowday, 1998: 390).

O’Reilly i Chatman (1986) prenen com a punt de partida els treballs de Kelman (1958) (vegeu l’apartat 3.1.3. Altres models multidimensionals de compromís organitzatiu, a la pàgina núm 27) sobre els canvis en les actituds i comportaments deguts a la influència social i, a partir del seu model, estableixen que el compromís pot adquirir tres formes diferents, independents entre si: conformitat (*compliance*) o “implicació instrumental motivada per recompenses específiques extrínseques”, identificació (*identification*) o “implicació basada en el desig d’afiliació” i interiorització (*internalization*) o implicació per “congruència entre valors individuals i organitzatius” (1986: 493). El lligam psicològic d’un empleat amb l’organització pot reflectir combinacions diferents d’aquestes tres formes de vincle psicològic que constitueixen “les bases del compromís organitzatiu” (1986: 498). No obstant això, les dificultats que es detecten per mesurar³⁶ i distingir identificació i interiorització³⁷ els porten en treballs posteriors (Caldwell, O’Reilly, Chatman, 1990; O’Reilly, Chatman, Caldwell, 1991) a anomenar de nou el constructe conformitat com a compromís instrumental (*instrumental commitment*) i a combinar els factors d’interiorització i identificació per constituir el que anomenen compromís normatiu.³⁸

³⁵ Cfr. Meyer, Allen (1997: 10).

³⁶ “Les mesures tendeixen a estar molt correlacionades i mostren patrons similars de correlació amb altres variables” (Meyer i Herscovitch, 2001: 306).

³⁷ “Les dues dimensions apareixen aprofitant-se d’un constructe similar” (Mathieu i Zajac, 1990: 186).

³⁸ Aquest constructe es correspon amb el compromís afectiu del model de Meyer i Allen i no s’ha de confondre amb el compromís normatiu amb el qual comparteix la mateixa denominació. En aquest sentit, Meyer i Allen (1997) assenyalen que identificació i interiorització poden ser considerats més aviat com a mecanismes a través dels quals es desenvolupa el compromís, particularment el compromís afectiu del seu model, en el qual el lligam afectiu dels empleats amb l’organització pot basar-se en el desig d’establir-hi una relació profitosa (identificació) i/o en

La conceptualització de Meyer i Allen (1991) suposa una integració de les perspectives actitudinal i del comportament (Quijano, Navarro, Cornejo, 2000) i el reconeixement de la naturalesa multidimensional del compromís organitzatiu, que era absent en definicions precedents (Bartlett, 1999). Meyer i Allen (1991) consideren que els components del seu model, compromís afectiu (*affective commitment*), compromís de continuïtat (*continuance commitment*) i compromís normatiu (*normative commitment*), constitueixen una única categoria i no es poden considerar com a tipologies diferents de compromís organitzatiu. Argumenten que el compromís d'un empleat amb l'organització pot reflectir diversos graus de tots tres components:

“Per exemple, un empleat pot sentir simultàniament un fort lligam amb una organització i un sentit d'obligació de romandre-hi. Un segon empleat pot gaudir treballant per l'organització i, no obstant això, reconèixer que sortir-ne seria molt difícil des d'un punt de vista econòmic. Finalment, un tercer empleat pot experimentar un considerable grau de desig, necessitat i obligació de romandre amb l'ocupador. Conseqüentment, els investigadors estan en posició de comprendre amb major claredat la relació d'un empleat amb una organització considerant la força de les tres formes de compromís juntes, en lloc d'intentar classificar-ho com si fos un tipus concret.”³⁹

En treballs posteriors, Meyer i Herscovitch (2001) suggereixen en aquesta línia que un component del compromís pot exercir una influència més notòria sobre la conducta de l'individu si els altres components són menys intenses.

Allen i Meyer (1991) assenyalen que les diferents conceptualitzacions del compromís actitudinal publicades evidencien que es tracta d'un concepte més ampli i complex, a causa de la variada naturalesa dels estats psicològics —els *mind-sets*— que caracteritzen el compromís, integrat en tots els casos per una o més de les dimensions següents: lligam afectiu (*affective attachment*), costos percebuts (*perceived costs*) i obligació (*obligation*) (Meyer, Allen, 1987). Aquests diferents estats psicològics de l'individu explicarien les variades conceptualitzacions del compromís que els investigadors han anat elaborant i que presenten com a tret comú el que durant molt temps ha centrat i limitat la recerca sobre el compromís: la convicció que el compromís vincula l'individu amb l'organització i, en conseqüència, disminueix la probabilitat de rotació del personal (Meyer, Herscovitch, 2001).

Les tres àmplies categories conceptuals que estableixen Meyer i Allen (1991) —una orientació afectiva cap a l'organització, el reconeixement dels costos associats a abandonar-la i l'obligació moral de romandre-hi— són la base sobre la qual desenvolupen el seu model de tres components —compromís afectiu, compromís de continuïtat i compromís normatiu—, que es converteix en un dels models de referència per a la recerca posterior.

congruència amb els valors i objectius de l'individu i de l'organització. Els mateixos crítics amb els treballs d'O'Reilly i els seus col·legues s'esforcen a *reconciliar* les diferents classificacions.

³⁹ Cfr. Meyer i Allen (1997: 13).

“El compromís afectiu es refereix al vincle emocional, a la identificació i a la implicació de l’empleat amb l’organització. Els empleats amb un sòlid compromís afectiu segueixen essent empleats perquè *ho volen* així. El compromís de continuïtat es refereix a la consciència dels costos associats a sortir de l’organització. Els empleats el vincle primari dels quals amb l’organització es basa en un compromís de permanència continuen a l’organització perquè *ho necessiten*. Finalment, el compromís normatiu reflecteix un sentiment d’obligació de continuar essent empleat. Els empleats amb un alt grau de compromís normatiu senten que *han de romandre* a l’organització.”⁴⁰

D’entre els tres components del model, la major part de la literatura existent es centra en el compromís afectiu. Meyer i Allen (1997) ofereixen dues explicacions per a aquest fet:

“Primer, només recentment s’han desenvolupat models multidimensionals de compromís i mesures apropiades i, segon, el compromís afectiu és possiblement la forma més desitjable de compromís i la que les organitzacions estan probablement més disposades a inculcar als seus empleats.”⁴¹

Pel que fa al compromís de continuïtat, McGee i Ford (1987) aporten una primera evidència que es poden distingir dues dimensions en el constructe: la *percepció d’absència d’alternatives d’ocupació* (*perceived lack of alternatives employment occupation*) i la *percepció dels sacrificis associats a deixar l’organització* (*perceived sacrifices associated with leaving the organization*), cosa que confirma la recerca posterior (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnysky, 2002; Powell, Meyer, 2004).

Respecte al compromís normatiu, Meyer i Allen (1991) elaboren el constructe a partir de les aportacions de Wiener (1982), que defineix el compromís com “totes les pressions normatives internalitzades per actuar en una línia que coincideix amb els interessos organitzatius”, i el presenta com un “constructe únic en un extens sistema motivacional-actitudinal” (1982: 418).

Alguns estudis han qüestionat si el compromís afectiu i normatiu són formes diferents de compromís (Ko, Price, Mueller, 1997). La revisió i avaluació del model per part de diversos investigadors confirma la seva validesa (Shore, Wayne, 1993;⁴² Hackett, Bycio, Hausdorf, 1994;⁴³ Irving, Coleman, Cooper, 1997;⁴⁴ Jaros, 1997;⁴⁵ Meyer,

⁴⁰ Cfr. Meyer i Allen (1991: 67).

⁴¹ Cfr. Meyer i Allen (1997: 67).

⁴² Shore i Wayne (1993) analitzen si la *percepció de suport organitzatiu* (*perceived organizational support*) és millor predictor del comportament de l’empleat que el compromís afectiu i el de continuïtat, utilitzant el qüestionari de percepció de suport organitzatiu desenvolupat per Eisenberger, Huntington, Hutchinson i Sowa (1986) i el de compromís afectiu i de continuïtat de Meyer i Allen (1984).

⁴³ Hackett, Bycio i Hausdorf (1994) demostren l’existència dels tres components del compromís, amb una anàlisi factorial confirmatòria utilitzant les dades de l’estudi amb 2.301 infermeres, observant relacions diferents entre els tres components del compromís, així com entre els

Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002⁴⁶) i l'evidència avala les hipòtesis referents a la multidimensionalitat del constructe (Meyer, Herscovitch, 2001). L'acceptació i utilització creixent del model de Meyer i Allen ofereix l'avantatge que reconeix antecedents i conseqüències diferents de cadascun dels tres components (Bartlett, 1999).

3.1.3. Altres models multidimensionals de compromís organitzatiu

Amb anterioritat a la formulació d'aquests models, altres autors (Kelman, 1958; Etzioni, 1961; Kanter, 1968) també havien conceptualitzat el compromís de les persones amb l'organització des d'una perspectiva multidimensional i els seus treballs exerceixen una considerable influència en alguns autors posteriors.

Kelman (1958) distingeix tres diferents processos d'influència sobre les actituds i les accions de les persones: *conformitat (compliance)*, quan l'individu adopta determinades actituds i conductes per obtenir recompenses específiques i no perquè comparteixi uns determinats valors o creences amb l'organització; *identificació (identification)*, quan l'individu accepta una determinada influència per establir o mantenir una relació satisfactòria, es sent orgullós de formar part d'un grup determinat, respecta els valors del grup però no els adopta com a propis; *interiorització (internalization)*, per la qual l'individu accepta la influència perquè li sembla congruent amb els seus propis valors i creences.

Etzioni (1961) suggereix que el poder d'una organització sobre els individus és degut a una de les tres formes d'implicació de l'empleat amb l'organització. La primera és la *implicació alienadora (alienative involvement)*,⁴⁷ definida com una intensa orientació negativa cap a l'estructura d'autoritat de l'organització. La segona és la *implicació moral (moral involvement)*, entesa com una intensa orientació cap a l'organització

antecedents i els resultats, tant en la mostra de les infermeres com en una altra amb vuitanta conductors d'autobús.

⁴⁴ Irving, Coleman i Cooper (1997) confirmen la validesa del model de tres components de compromís ocupacional de Meyer, Allen i Smith (1993) en un estudi amb 232 empleats regionals de diferents ocupacions d'una agència governamental canadenca.

⁴⁵ Jaros (1997) realitza dos treballs de camp amb estudiants de MBA *part-time* ocupats a temps complet en diverses organitzacions i amb enginyers i tècnics també amb dedicació plena a una firma aèria-espacial per revisar les relacions entre el compromís i les intencions d'abandonar l'organització.

⁴⁶ Meyer, Stanley, Herscovitch i Topolnytsky (2002) exposen que la suposada similitud entre el constructe afectiu i el normatiu podria venir determinat pel qüestionari utilitzat en la recerca. Si s'utilitza el qüestionari original de vuit preguntes (Allen, Meyer, 1991) s'emfasitza l'interiorització de valors socials, mentre que el de sis preguntes (Meyer, Allen, Smith, 1993) "es focalitza de manera més directa en el sentit de l'obligació de restar a l'organització en lloc de l'origen d'aquesta obligació" (2002: 40).

⁴⁷ Segons Penley i Gould (1981), "Etzioni pren el concepte d'alienació de Marx, que el defineix com una absència de control. En el cas de la implicació alienadora en el treball, l'absència de control esdevé una inhabilitat percebuda per canviar o controlar l'organització" (1981: 47).

basada en la interiorització de les seves normes, valors i objectius, a més d'una forta identificació positiva amb l'estructura d'autoritat. La tercera és la *implicació calculadora* (*calculative*), és a dir, la relació personal amb l'organització menys intensa i basada en un intercanvi equitatiu entre contribucions i recompenses rebudes pels serveis prestats. En aquest treball d'Etzioni hi ha alguna ressonància amb la recerca de Kelman (1958).

Per la seva part Kanter (1968), en el seu treball sobre les comunitats utòpiques, defineix tres tipus de compromís: el *de continuïtat* (*continuance commitment*), que indueix els individus a reconèixer la participació a l'organització com a profitosa quan es considera en termes de recompenses i costos; el *de cohesió* (*cohesion commitment*), en el qual els vincles afectius lliguen els membres a la comunitat i les gratificacions emocionals deriven de la seva implicació amb tots els membres del grup, i finalment el *compromís de control* (*control commitment*), o a les normes, en el qual les demandes del sistema es consideren correctes, en termes de la identitat de l'individu, i l'obediència a l'autoritat esdevé una necessitat moral.⁴⁸ La mateixa Kanter estableix els paral·lelismes evidents entre el seu treball i el de Kelman.

Angle i Perry (1981) estudien la relació del compromís organitzatiu dels empleats amb l'efectivitat d'organitzacions que ofereixen serveis d'autobusos. Encara que utilitzen el Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Mowday, Steers i Porter (1979), considerat com una mesura unidimensional, l'anàlisi d'Angle i Perry revela l'existència de dos factors subjacents: el compromís amb el valor (*value commitment*), que agrupa els qui es senten compromesos amb els objectius de l'organització, i el compromís a restar a l'organització (*commitment to stay*), que fa referència als qui volen mantenir la condició de membres de l'organització.

Posteriorment, Somers (1987) revisa les diferents formes de compromís descrites a la literatura des d'una perspectiva actitudinal i estableix que "s'han suggerit tres formes diferents de compromís: calculador-instrumental [*calculative-instrumental*], afectiu [*affective*] i normatiu [*normative*]",⁴⁹ un enfocament que realitza a partir dels treballs de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974), però també, i sobretot, amb els de Kanter (1968), en els quals centra bona part de la seva recerca.

Penley i Gould (1988) consideren que hi ha dos visions predominants del compromís organitzatiu: la instrumental i l'afectiva, que no han estat tractades d'una manera

⁴⁸ Kanter estableix com a mecanismes del compromís de continuïtat el *sacrifici* (*sacrifice*), descrit com la donació d'alguna cosa com a preu per ser membre, i la *inversió* (*investment*), per la qual l'individu es lliga al destí de l'organització i hi vincula el seu benefici, de manera que li resulta costós abandonar-la. Els mecanismes del compromís de cohesió que assenyalava són: la *renúncia* (*renunciation*), que implica l'abandonament de qualsevol relació que "potencialment pugui ser disruptiva per la cohesió del grup", i la *comunió* (*communion*), per la qual "s'esdevé part del tot", per identificar-se amb tots els membres del grup. Finalment, els mecanismes del compromís de control que descriu són: la *mortificació* (*mortification*), per reduir la identitat i autonomia de l'individu, "emfasitzant la petitesa de l'individu davant la grandària de l'organització", i la *cessió* (*surrender*), per la qual es lliura la capacitat de decisió d'una persona a un poder superior (1968: 505-514).

⁴⁹ Somers considera sobre aquesta qüestió: "No obstant això, tot i que els significats atribuïts a les dimensions del compromís poden variar, tots reflecteixen alguna combinació d'un lligam instrumental, afectiu i/o normatiu amb l'organització" (1987: 8-9).

integrada pels models de compromís existents. Adapten el model d'Etzioni (1961) d'implicació amb l'organització i distingeixen tres formes de compromís: *moral (moral)*, caracteritzat per l'acceptació i la identificació amb els objectius organitzatius; *calculador (calculative)*, basat en els incentius que rep l'empleat per equiparar la seva contribució, i *alienador (alienative)*, que es defineix com el vincle de l'empleat amb l'organització degut a la manca de control sobre l'organització i la percepció d'absència d'alternatives. El compromís moral i l'alienador els tracten com a formes afectives del lligam amb l'organització i el compromís calculador el consideren una forma instrumental del vincle amb l'organització.

Mayer i Schoorman (1992), en una proposta que recorda la d'Angle i Perry (1981), prenen com a referència el model de compromís organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974) i el relacionen amb l'anàlisi sobre la motivació de March i Simon (1961), que teoritzen sobre dues decisions preses pels empleats: la decisió de participar i la de produir. Sota aquesta perspectiva Mayer i Schoorman (1992) suggereixen que el compromís organitzatiu té dues dimensions: el desig de restar a l'organització, que anomenen *compromís de continuïtat (continuance commitment)*, i la voluntat d'exercir un esforç, designada com a *compromís amb el valor (value commitment)*. Malgrat les similituds aparents entre les dimensions del compromís organitzatiu identificades per Angle i Perry (1981) i per Mayer i Schoorman (1992) amb les de Meyer i Allen (1991), hi ha diferències entre elles, fonamentalment perquè el model de Meyer i Allen es centra en l'estat psicològic que vincula l'individu a l'organització, mentre que les altres dues propostes es focalitzen en les conseqüències del comportament (Meyer i Herscovitch, 2001).

Jaros, Jermier, Koehler i Sincich (1993) suggereixen una conceptualització multidimensional del compromís que distingeix tres formes diferents del compromís organitzatiu: *afectiu (affective)*, entès com el "grau amb el qual l'individu està psicològicament vinculat a l'organització ocupadora a través de sensacions com lleialtat, inclinació, pertinença, afecte, afecció, felicitat, plaer i així successivament" (1993: 954); *de continuïtat (continuance)*, que reflecteix el "grau amb el qual l'individu experimenta la sensació d'estar tancat en un lloc a causa dels elevats costos de marxar" (1993: 953), i *moral (moral)*, definit com el grau de lligam psicològic de l'individu amb l'organització "a través de la interiorització dels seus objectius, valors i missions" (1993: 955). Jaros i els seus col·legues emfasitzen que el component moral del seu model de compromís "difereix del compromís afectiu, perquè reflecteix un sentit de deure, una obligació, una vocació, per treballar a l'organització, però no necessàriament un lligam emocional" (1993: 955). Meyer i Herscovitch (2001) consideren que la definició de compromís moral que proposen Jaros, Jermier, Koehler i Sincich (1993) és més propera a la definició de compromís afectiu que a la del compromís normatiu del model de Meyer i Allen (1991).

En un context més proper, Quijano, Navarro i Cornejo desenvolupen un model sobre el qual diuen: "des d'un punt de vista conceptual i teòric, la nostra posició ha estat iniciada per Meyer i Allen i O'Reilly i Chatman, integradora de diverses perspectives" (2000: 32). En aquest model estableixen dues grans tipologies de compromís: el compromís instrumental i el compromís personal. El compromís instrumental és integrat pel compromís de necessitat, entès com el vincle que manté l'empleat a l'organització únicament per la necessitat de guanyar-se la vida, i el compromís d'intercanvi, en el qual el vincle és degut a les recompenses que l'empleat pugui rebre de l'organització.

Pel que fa al compromís personal, està constituït pel compromís afectiu, entès com un vincle produït per la necessitat d'afiliació de l'empleat, i el compromís amb els valors, en el qual “els empleats accepten els valors i metes de la companyia, no només per una necessitat d'afiliació, sinó perquè són congruents amb els seus objectius i valors personals” (2000: 36).

Els diversos models de compromís presenten diferències i similituds importants entre ells i el factor principal que permet diferenciar-los és “l'estat psicològic que presumiblement caracteritza el compromís” (Meyer i Herscovitch, 2001: 307). Sota aquesta perspectiva, a la taula 3.1 s'analitzen els diversos models de compromís a partir de les dimensions descrites per Meyer i Allen (1987) ja comentades —lligam afectiu, costos percebuts i obligació—, considerades com els “estats psicològics que reflecteixen components distingibles del constructe del compromís subjacent” (Meyer i Herscovitch, 2001: 308).

En resum, el compromís organitzatiu ha estat tractat des de diverses perspectives. Pel que fa al seu origen, s'ha considerat com un comportament o com una actitud. La recerca sobre el compromís considerat com un comportament s'ha centrat a determinar les condicions per les quals un comportament un cop exhibit tendeix a ser repetit, mentre que els treballs sobre el compromís actitudinal han intentat relacionar-lo amb conseqüències desitjables des del punt de vista de l'organització i amb les variables que el poden intensificar. Des de la perspectiva de la naturalesa del compromís, la recerca ha prestat atenció fonamentalment al component afectiu del constructe i quan es desenvolupa una visió multidimensional s'accepta que el compromís és un estat psicològic integrat simultàniament per diversos components. Entre els models multidimensionals, el de Meyer i Allen és el que ha rebut una atenció creixent en la recerca sobre el compromís i és sobre aquest model que es sustenta aquest treball.

Taula 3-1: Relació entre les dimensions dels models de compromís organitzatiu i els estats psicològics descrits per Meyer i Allen

	Estats psicològics		
	Costos percebuts	Lligam afectiu	Obligació
Kelman (1958)	<p>Conformitat</p> <p>“Quan un individu accepta influència perquè espera obtenir una reacció favorable d’una altra persona o grup. Adopta el comportament induït no perquè cregui en el seu contingut sinó perquè espera guanyar recompenses específiques o aprovació i evitar càstigs específics o desaprovació, adaptant-se.” (1958: 53)</p>	<p>Identificació</p> <p>“Quan un individu accepta influència perquè necessita establir o mantenir una relació satisfactòria, definida per ell mateix, amb una altra persona o grup. Aquesta relació pot adquirir la forma clàssica, en la qual l’individu assumeix el paper de l’altre, o pot prendre la forma d’una relació de papers recíprocs (<i>reciprocal roles</i>).” (1958: 53)</p> <p>Interiorització</p> <p>“Quan l’individu accepta influència perquè el contingut del comportament induït —les idees i les accions de les quals està compost— és intrínsecament valuós. Adopta el comportament induït perquè és congruent amb el seu sistema de valors.” (1958: 53)</p>	
Etzioni (1961)	<p>Alienador</p> <p><i>Absència de control</i></p> <p>Calculador</p> <p><i>Intercanvi equitatiu entre contribucions i recompenses</i></p>	<p>Moral</p> <p><i>Interiorització de normes, valors i objectius de l’organització i identificació positiva amb estructura d’autoritat</i></p>	
Kanter (1968)	<p>Compromís de continuïtat</p> <p>“El compromís amb una participació continuada involucra assegurant les orientacions cognitives positives d’una persona, induint l’individu a percebre la participació a l’organització com a profitosa quan es considera en termes de recompenses i costos.” (1968: 504)</p>	<p>Compromís de cohesió</p> <p>“El compromís de cohesió implica el lligam d’afectivitat i emoció d’un individu amb el grup; la gratificació emocional deriva de la participació i de la identificació amb tots els membres d’un grup molt unit. El compromís catèctic de cohesió és el compromís amb un conjunt de relacions socials.” (1968: 507)</p>	<p>Compromís de control</p> <p>“El compromís amb el control social, o compromís amb les normes, involucra assegurant les orientacions avaluatives positives d’una persona, redefinint el seu entorn simbòlic de manera que les demandes del sistema es consideren correctes, en termes de la identitat de l’individu, i l’obediència a l’autoritat esdevé una necessitat moral.” (1968: 510)</p>

	Estats psicològics		
	Costos percebuts	Lligam afectiu	Obligació
Porter, Steers, Mowday, Boulian (1974)		<p>Compromís organitzatiu “El compromís organitzatiu es defineix en termes de la intensitat de la identificació i de la implicació individual amb una organització concreta. Aquest compromís es pot caracteritzar generalment per tres factors com a mínim: <i>a)</i> la forta creença i acceptació de valors i objectius de l’organització; <i>b)</i> la voluntat d’exercir un esforç considerable en nom de l’organització; <i>c)</i> un desig categòric de mantenir-se com a integrant de l’organització.” (1974: 604)</p>	
Buchanan (1974)		<p>Compromís “El compromís és vist de manera partidària, com un lligam afectiu amb els objectius i valors d’una organització, al propi rol amb relació a objectius i valors i a l’organització pel seu mateix interès. Metodològicament el compromís consisteix en tres components: <i>a)</i> identificació —adopció com a propis dels objectius i valors de l’organització—; <i>b)</i> implicació —immersió psicològica o absorció en les activitats del propi rol—, i <i>c)</i> lleialtat —un sentiment d’afecte i un lligam amb l’organització.” (1974: 533)</p>	
Angle, Perry (1981)		<p>Compromís de restar “El compromís, o l’absència de compromís, de quedar-se a l’organització.” (1981: 3)</p> <p>Compromís amb el valor “El compromís, o l’absència de compromís, per treballar en suport dels objectius organitzatius.” (1981: 3)</p>	
Wiener (1982)			<p>Compromís normatiu “El compromís organitzatiu és vist com la totalitat de les pressions normatives interioritzades per actuar en una línia que coincideix amb els objectius i els interessos organitzatius.” (1981: 421)</p>

	Estats psicològics		
	Costos percebuts	Lligam afectiu	Obligació
O'Reilly, Chatman (1986)	<p>Conformitat "Implicació instrumental motivada per recompenses específiques extrínseques." (1986: 493)</p>	<p>Identificació "Implicació basada en el desig d'afiliació." (1986: 493)</p> <p>Interiorització "Implicació per congruència entre valors individuals i organitzatius." (1986: 493)</p>	
Somers (1987)	<p>Compromís calculador-instrumental "El compromís calculador es refereix a un lligam instrumental amb una organització, governat pel valor percebut de les recompenses respecte als costos suportats i segons que siguin disponibles en una altra part." (1987: 2)</p>	<p>Compromís afectiu "El compromís afectiu es refereix a un lligam emocional amb una organització i es caracteritza per la identificació persona-organització." (1987: 2)</p>	<p>Compromís normatiu "El compromís normatiu es refereix a un lligam amb una organització basat en els valors, a partir d'un sentit d'obligació i de la congruència dels valors persona-organització." (1987: 2)</p>
Penley, Gould (1988)	<p>Compromís calculador "És un compromís amb una organització que es basa en els incentius rebuts pels empleats per ajustar la seva contribució." (1988: 46)</p> <p>Compromís alienador "Lligam de l'empleat amb l'organització a conseqüència de: 1) l'absència de control sobre l'ambient organitzatiu intern i 2) l'absència percebuda d'alternatives pel compromís organitzatiu." (1988: 47)</p>	<p>Compromís moral "Es caracteritza per l'acceptació i la identificació amb els objectius organitzatius." (1988: 46)</p>	
Meyer, Allen (1991)	<p>Compromís de continuïtat "El compromís de continuïtat es refereix a la consciència dels costos associats a sortir de l'organització." (1991: 67)</p>	<p>Compromís afectiu "El compromís afectiu es refereix al vincle emocional, a la identificació i a la implicació de l'empleat amb l'organització." (1991: 67)</p>	<p>Compromís normatiu "El compromís normatiu reflecteix un sentiment d'obligació de continuar essent empleat." (1991: 67)</p>
O'Reilly, Chatman, Caldwell (1991)	<p>Compromís instrumental "Va ser definit amb quatre punts que descriuen el compromís basat en l'intercanvi, o com a resposta a recompenses específiques." (1991: 498)</p>	<p>Compromís normatiu "Va ser definit per vuit punts representant el compromís basat en l'acceptació dels valors organitzatius." (1991: 498)</p>	

3. Estat actual de la investigació acadèmica

	Estats psicològics		
	Costos percebuts	Lligam afectiu	Obligació
Mayer, Schorman (1992)	Compromís de continuïtat “El compromís de continuïtat es defineix com el desig de restar com a membre de l’organització.” (1992: 673)	Compromís amb el valor “Definim el compromís amb el valor com la creença en els objectius i valors organitzatius i l’acceptació d’aquests i la voluntat d’exercir un considerable esforç en nom de l’organització.” (1992: 673)	
Jaros, Jermier, Koehler, Sincich (1993)	Continuïtat “Les inversions, o <i>side-bets</i> , que un empleat fa en una organització, com ara temps, esforç en el treball, i el desenvolupament d’amistats a la feina, habilitats específiques per l’organització i acords polítics, constitueixen costos submergits que disminueixen l’atractiu d’alternatives externes d’ocupació.” (1993: 953)	Afectiu “El grau amb el qual un individu està lligat psicològicament amb l’organització ocupadora a través de sentiments com lleialtat, afecte, entusiasme, pertinença, estima, felicitat, satisfacció, etc.” (1993: 954)	Moral “El grau amb el qual un individu està lligat psicològicament amb una organització ocupadora a través de la interiorització dels seus objectius, valors i missions.” (1993: 955)
Quijano, Navarro, Cornejo (2000)	Compromís instrumental És un compromís “més extern i visible, basat en l’intercanvi, [...] en el qual es pot distingir entre el <i>compromís de necessitat</i> i el d’ <i>intercanvi</i> .” (2000: 57)	Compromís personal És un compromís “més intens, basat en l’afecte i en la interiorització de valors, [...] en el qual es pot distingir entre el <i>compromís afectiu</i> i el de <i>valors</i> , encara que en la pràctica és difícil que el segon es doni sense el primer.” (2000: 57)	

3.1.4. Els focus del compromís

Reichers (1985) suscita una qüestió relacionada amb el compromís organitzatiu quan planteja que en els estudis publicats l'organització és vista com “una entitat monolítica indiferenciada que obté una identificació i un lligam per part de l'individu” (1985: 469), quan en realitat l'organització la integren *coalicions i circumscripcions (coalitions and constituencies)*,⁵⁰ és a dir, propietaris, directius, empleats i clients, cadascun amb els seus propis objectius i valors, que poden ser compatibles o no amb els de la mateixa organització. De manera que, com assenyala Reichers, el compromís experimentat per un individu pot diferir notòriament del que n'experimenta un altre. Per tant, el compromís organitzatiu potser es pot entendre millor com un *conjunt de múltiples compromisos*, que pot comportar que els empleats tinguin un perfil de compromís diferent i que pugui haver-hi conflictes entre aquests diferents compromisos dels empleats. Per Reichers, el concepte d'un *perfil del compromís (commitment profile)* suggereix per si mateix “una manera de capturar tots els focus i les fortaleces relatives als múltiples compromisos”, i en aquest sentit alerta sobre una mesura global del compromís organitzatiu perquè “pot mostrar que els empleats estan compromesos per un igual amb l'organització, quan el focus del seu compromís és completament diferent” (1985: 473).

En un treball posterior sobre el potencial conflicte existent entre múltiples compromisos, Reichers (1986)⁵¹ assenyala que, quan un individu ha d'optar pels objectius d'una circumscripció a costa dels d'una altra, “el conflicte generat per aquesta tria pot reduir el compromís de l'individu amb l'organització com un tot. Això pot succeir com una reacció natural de l'individu, en un intent d'escapar de la font del conflicte” (1986: 509). Només associa el compromís organitzatiu amb una de les circumscripcions establertes, el compromís amb els objectius i valors de l'alta direcció, i en aquest sentit apunta que els resultats del seu estudi suggereixen que els “empleats en algunes organitzacions equilibren els objectius i valors organitzatius amb els objectius i valors directius” (1986: 513). Constata a més que, quan els investigadors mesuren el compromís amb l'organització com un tot, probablement estan mesurant el compromís dels empleats amb l'alta direcció.

Becker (1992) diferencia focus del compromís, descrit per Reichers (1985) per designar els individus o grups als quals l'empleat es sent lligat, i bases del compromís, com apunten O'Reilly i Chatman (1986), per englobar els motius que generen aquest lligam. La seva investigació aporta que el compromís dels empleats amb l'alta direcció, el

⁵⁰ Traducció literal de *coalitions and constituencies*, en absència d'una denominació més ajustada. Reichers fa servir el terme *circumscripció* de Pennings i Goodman (1979) “per referir-se als grups d'interès de dins i fora de l'organització que contribueixen i ajuden a definir l'efectivitat organitzativa” (1985: 470).

⁵¹ L'estudi de Reichers utilitza el Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Porter i Mowday en 124 professionals de salut mental, i determina quatre circumscripcions rellevants per a ells (alta direcció, agències finançadores, clients i públic en general, objectius i estàndards dels professionals) amb l'objecte d'analitzar “una possible relació entre múltiples compromisos, per exemple, una relació de conflicte, explorant les relacions entre múltiples compromisos en competència i el compromís organitzatiu global” (1986: 508).

supervisor i el grup de treball són més importants que el compromís amb l'organització per a la predicció de la satisfacció en el treball, la intenció de marxar i la conducta organitzativa prosocial.⁵² Igualment estableix que conformitat, identificació i interiorització, les bases del compromís, són els únics determinants del compromís amb aquests focus.

Becker i Billings (1993), seguint les indicacions de diversos autors (Reichers, 1985; Allen, Meyer, 1990a), identifiquen quatre perfils dominants de compromís, entesos com a diferents patrons de compromís amb les diverses circumscripcions de l'organització: *a) compromès localment (locally committed)*, que assenyalava l'individu vinculat al seu supervisor i grup de treball; *b) compromès globalment (globally committed)*, que cataloga l'empleat vinculat amb l'alta direcció i l'organització; *c) compromès (committed)*, que defineix l'individu que es troba vinculat als dos focus, global i local; *d) no compromès (uncommitted)*, que cataloga l'individu que no es sent vinculat ni globalment ni localment. Els empleats amb el perfil *compromès* tenen el grau més alt de satisfacció amb la feina, la intenció més baixa de deixar l'organització i els graus més alts de comportament prosocial, mentre que el perfil *compromès globalment* “no sembla particularment avantatjós per a l'eficàcia de l'organització” (1993: 188).

En un estudi posterior, Becker, Billings, Eveleth i Gilbert (1996) confirmen això que segueix:

“Un resultat important del nostre treball és la confirmació que els empleats en diverses organitzacions distingeixen entre el compromís amb els supervisors i el compromís amb les organitzacions i entre identificació i interiorització com a bases del compromís amb els dos focus assenyalats. En si mateixa, aquesta és una troballa molt significativa perquè valida la visió multidimensional del compromís d'una manera més rigorosa que la d'investigacions preliminars.”⁵³

La investigació de Becker i els seus companys, que utilitza el model de compromís de O'Reilly i Chatman (1986), confirma la correlació entre el compromís amb el

⁵² Becker (1992) segueix Brief i Motowidlo (1986), que descriuen la conducta organitzativa prosocial com “la conducta que *a)* porta a terme un membre de l'organització, *b)* directament dirigida a un individu, grup o organització amb els quals interactua mentre exerceix el seu rol organitzatiu i *c)* exercida amb la intenció de promoure el benestar de l'individu, grup o organització cap als quals s'adreça” (1986: 711). Aquestes conductes poden ser funcionals, si contribueixen a l'acompliment dels objectius organitzatius, o disfuncionals, quan no hi contribueixen. Poden formar part de la descripció del lloc de treball o ser un comportament extrarol. Brief i Motowidlo (1986) descriuen tretze tipus específics de conducta organitzativa prosocial: 1) Ajudar els companys de feina en qüestions relacionades amb la feina; 2) Ajudar els companys de feina en assumptes personals; 3) Mostrar indulgència en les decisions personals; 4) Proveir serveis o productes als consumidors de conformitat amb els criteris organitzatius; 5) Proveir serveis o productes als consumidors sense conformitat amb els criteris organitzatius; 6) Ajudar els clients en qüestions personals no relacionades amb els productes o serveis organitzatius; 7) Complir amb els valors, polítiques i regulacions organitzatives; 8) Suggestir millores procedimentals, administratives o organitzatives; 9) Fer objecció a les directives, polítiques o procediments impropis; 10) Desplegar un esforç addicional en el treball; 11) Oferir-se per a treballs addicionals; 12) Seguir amb l'organització malgrat penalitats temporals; 13) Representar favorablement l'organització en públic.

⁵³ Cfr. Becker, Billings, Eveleth i Gilbert (1996: 476).

supervisor i el rendiment en el treball, i demostra que certes formes de compromís estan relacionades amb el rendiment en el treball d'una manera previsible i significativa, en contraposició amb les afirmacions d'altres investigadors que qüestionen l'existència d'un vincle entre compromís i rendiment en el treball.⁵⁴ L'estudi suggereix també que el compromís basat en la interiorització és més rellevant per a l'acompliment en el treball que el basat en la identificació. Una conclusió de la investigació de Becker, Billings, Eveleth i Gilbert (1996) és que per augmentar el rendiment dels empleats els responsables de recursos humans haurien de centrar els seus esforços a incrementar el compromís d'aquests empleats amb els seus supervisors, més que en l'organització:

“Els nostres resultats suggereixen que augmentar el compromís amb els valors i objectius del supervisor —mitjançant la formació en lideratge, socialització i construcció d'equip, per exemple— afectarà el rendiment intensificant-lo i augmentant llavors el compromís amb l'organització.”⁵⁵

Diversos treballs posteriors (Clugston, Howell, Dorfman, 2000; Siders, George, Dharwadkar, 2001) coincideixen a considerar el compromís com una entitat multidimensional, tant per la seva naturalesa, com pels diversos focus sobre els quals es pot establir. Vandenberghe, Bentein i Stinglhamber (2004) en un estudi centrat en el component afectiu del compromís confirmen que l'organització, el supervisor o el grup de treball “poden ser distingits de manera fiable, tenen diferents antecedents i influeixen la rotació de manera diferent d'aquella amb què impacten sobre el rendiment en el treball” (2004: 64).

Meyer i Allen (1997) proposen una matriu de dues dimensions amb les diferents formes de compromís en un eix i els diferents focus al llarg de l'altre, de manera que conjuga el model de Meyer i Allen (1991) i la conceptualització de Reichers (1985). Cada perfil de compromís dels empleats reflectiria graus variables de diferents formes de compromís a cada focus (vegeu la taula 3-2).

Taula 3-2: Integració de dues conceptualitzacions multidimensionals del compromís (Meyer i Allen, 1997)

Focus del compromís	Naturalesa del compromís		
	afectiu	de continuïtat	normatiu
Organització			
Alta direcció			
Unitat			
Director de la unitat			
Equip de treball			
Líder de l'equip			

⁵⁴ “El compromís en la major part dels casos té una relativa petita influència directa en el rendiment” (Mathieu, Zajac, 1990: 84).

⁵⁵ Cfr. Becker, Billings, Eveleth i Gilbert (1996: 477).

Hauria de ser possible mesurar diferents formes de compromís a cadascun dels focus i introduir un valor en cada cel·la de la matriu que reflectís el perfil de compromís multidimensional d'un empleat. Però, d'acord amb les conceptualitzacions de Meyer i Allen i Reichers, els valors introduïts en una cel·la de la matriu són independents dels d'una altra. Lawler (1992) suggereix dependències entre cel·les i a partir de la seva constatació que les organitzacions les componen múltiples grups o subgrups desenvolupa la *teoria del procés d'elecció (choice-process theory)* en els grups *niats (nested)*, en referència que per formar part d'un grup o un col·lectiu es requereix formar-ne part d'un altre,⁵⁶ com és el cas dels metges de l'hospital en què treballen i el servei en què estan enquadrats, per la qual explica la diferenciació dels focus del compromís. Al formar part de dos grups simultàniament, els individus desenvolupen diferents vincles amb cadascun:

“El punt central és que les emocions produïdes en els processos d'elecció ajuden a justificar els vincles afectius dels actors als múltiples grups niats dels quals són membres. En tant que els processos d'elecció donen als actors la impressió (real o no) de “lliure elecció” i això ho atribueixen a una col·lectivitat concreta, els seus vincles afectius amb aquesta col·lectivitat es reforçaran; en tant que els processos d'elecció ofereixen als actors la impressió de poca llibertat d'elecció i això ho atribueixen a una col·lectivitat concreta, els seus vincles afectius amb aquesta col·lectivitat es debilitaran.”⁵⁷

Meyer i Allen (1997) apunten que la combinació de les dues conceptualitzacions crearia un model multidimensional d'una complexitat impossible de verificar o d'utilitzar en la seva totalitat, malgrat que en un treball posterior (Herscovitch, Meyer, 2002) es reconeix que “els empleats poden estar compromesos amb diferents focus relacionats amb el treball (per exemple, supervisors, equips) en lloc del compromís amb l'organització o addicionalment a aquest compromís” (2002: 476).

3.1.5. Antecedents del compromís organitzatiu

Les primeres investigacions sobre el compromís organitzatiu (Buchanan, 1974; Steers, 1977) es van centrar a identificar els seus antecedents i conseqüències. La persistència en aquesta línia de recerca de nombrosos treballs posteriors fa que Reichers (1985) designi denomini *laundry list*,⁵⁸ entesa com una llista molt llarga de factors de poca

⁵⁶ “Les estructures socials col·loquen típicament els actors en múltiples col·lectivitats niades en les quals simultàniament són membres de dos grups com a mínim, un abraçant l'altre. Els exemples inclouen una província dins una nació, un escamot dins un partit polític, una divisió dins una corporació, un departament dins una escola, una colla juvenil dins un veïnat o una família nuclear dins una família ampliada.” (Lawler, 1992: 327).

⁵⁷ Cfr. Lawler (1992: 337).

⁵⁸ Reichers utilitza el terme *llista de la bugaderia (laundry list)* per referir-se als antecedents del compromís organitzatiu ja que “malgrat que la literatura és precisa respecte als resultats del compromís (per exemple, disminució de la rotació i altres formes de renúncia), els antecedents del

qualitat, la quantitat de variables que s'esmenten com a antecedents del compromís organitzatiu.

La major part dels estudis sobre els antecedents del compromís organitzatiu s'han centrat en el *compromís afectiu*, “literalment centenars d'estudis han examinat les correlacions entre el compromís afectiu i variables hipotèticament considerades com a antecedents” (Meyer, Allen, 1997: 42). Seguint el treball d'aquests autors, s'agrupen les variables en tres àmplies categories: característiques organitzatives, característiques personals i experiències en el treball.

a) Característiques organitzatives

Pel que fa a les característiques organitzatives, no se n'ha aconseguit mostrar una evidència consistent, malgrat que se n'han detallat alguns paràmetres, com la descentralització, amb un compromís afectiu elevat (Mathieu, Zajac, 1990).⁵⁹

b) Característiques personals

La investigació sobre les característiques personals s'ha centrat en les variables demogràfiques, característicament sexe, edat i antiguitat, i les variables de disposició, fonamentalment personalitat i valors.

En general, no s'ha demostrat una relació forta i consistent entre les *variables demogràfiques* i el compromís afectiu (Meyer, Allen, 1997), i es considera que en el desenvolupament del compromís organitzatiu “hi juguen un paper relativament menor” (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002: 38). Només s'han descrit relacions positives entre l'antiguitat a l'organització i el compromís afectiu (Mathieu, Zajac, 1990). En aquest cas, Meyer i Allen (1997) consideren que probablement els empleats necessiten adquirir un cert grau d'experiència en una organització per a sentir-s'hi fortament vinculats o bé que, després de molts anys de servei, els empleats desenvolupen retrospectivament un vincle afectiu amb l'organització.⁶⁰ D'altra banda, la correlació entre antiguitat i compromís afectiu pot reflectir simplement que, amb el temps, aquells que no desenvolupen un fort vincle afectiu amb l'organització acaben marxant i només resten els empleats més compromesos entre els més antics.

compromís semblen molt més variats i inconsistents. Aquesta inconsistència pot provenir de les diferents maneres amb què s'ha definit i s'ha fet operatiu. Fins al punt que, com que hi ha una manca de consistència en la definició del concepte, es pot comprendre que els seus antecedents seran igualment inconsistents.” (1985: 467).

⁵⁹ Meyer i Allen (1997) assenyalen com a factor a considerar que possiblement els empleats són capaços d'analitzar millor les seves experiències amb el treball quotidià, amb el qual estan més familiaritzats, que les variables més macro d'un nivell organitzatiu menys tangible. Apunten també que potser es podrien observar correlacions més fortes entre les característiques organitzatives i el compromís si s'examinessin utilitzant un nivell d'anàlisi organitzatiu.

⁶⁰ “I have been here 20 years; I must like it” (Meyer, Allen, 1997: 43).

Respecte a les *variables de disposició*, entre les quals Meyer i Allen (1997) assenyalen aspectes de la personalitat o valors com l'ètica en el treball, hi ha molt poques evidències que tinguin un compromís afectiu més o menys intens amb l'organització. No obstant això, Mathieu i Zajac (1990) assenyalen la forta correlació entre la percepció de la pròpia competència i el compromís afectiu.⁶¹ Els empleats amb una forta confiança en les seves habilitats i capacitats per obtenir resultats tenen un compromís afectiu més elevat que aquells que tenen menys confiança en si mateixos. En aquest sentit, Meyer i Allen (1997) apunten que les persones més competents acostumen a ser les que poden escollir organitzacions de més qualitat, que potser poden inspirar un compromís afectiu més intens. Meyer, Irving i Allen (1998) aporten evidències molt febles de la interacció entre valors i experiències en el treball, i el compromís afectiu.⁶²

c) Experiències en el treball

Meyer, Stanley, Herscovitch i Topolnytsky (2002) confirmen la constatació de Meyer i Allen (1997) que les correlacions entre les variables de l'experiència en el treball amb el compromís afectiu són les més fortes i consistents.

L'*abast del lloc de treball (job scope)*,⁶³ les característiques del rol de l'empleat a l'organització i les relacions entre els empleats i els supervisors o directius,⁶⁴ són algunes de les variables analitzades i totes mostren una intensa correlació amb el compromís afectiu.

El *suport organitzatiu percebut (perceived organizational support, POS)* és descrit per Eisenberger, Huntington, Hutchinson i Sowa (1986), que assenyalen:

“Suggerim que per satisfer les necessitats de reconeixement i aprovació i per inferir la voluntat de l'organització de recompensar

⁶¹ “Dues variables mostren correlacions mitjanes (ètica protestant del treball i edat) i una altra una elevada correlació (competència personal percebuda)” (Mathieu, Zajac, 1990: 180).

⁶² Consideren tres grans grups de valors i experiències en el treball —confort i seguretat, competència i creixement, estatus i independència— sota els quals agrupen els indicadors que utilitzen.

⁶³ Meyer i Allen (1997) utilitzen el terme *job scope* per referir-se a característiques del lloc de treball que es vinculen amb la satisfacció i motivació dels empleats en els treballs de Hackman i Oldham (1980). Aquests consideren que la *varietat en les habilitats (skill variety)*, *identificació amb la feina (task identity)*, *significació de la feina (task significance)* afecten l'estat psicològic del *significat experimentat en el treball (experienced meaningfulness of the work)*, l'autonomia contribueix a la *responsabilitat experimentada (experienced responsibility)* i la retroalimentació des de la feina contribueix al *coneixement dels resultats actuals de les activitats del treball (knowledge of the actual results of the work activities)*. Aquests estats psicològics “*interns de les persones i per això no directament manipulables al dissenyar o gestionar el treball*” contribueixen a una elevada motivació interna pel treball (1980: 77).

⁶⁴ Meyer i Allen (1997: 46) recullen diversos treballs que analitzen les relacions entre els empleats i els seus supervisors o “leaders”, i constaten que el compromís afectiu amb l'organització és més gran quan els directius permeten la participació dels empleats en la presa de decisions, i els tracten amb consideració i imparcialitat.

grans esforços per aconseguir els objectius organitzatius, els empleats es formen una percepció general respecte al compromís de l'organització amb ells.”⁶⁵

En el seu treball constaten que el suport organitzatiu percebut incrementa el compromís afectiu de l'empleat amb l'organització,⁶⁶ tal com confirmen Shore i Tetrick (1991) i el mateix Eisenberger en treballs posteriors amb altres col·legues (Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990; Eisenberger, Cummings, Armeli, Lynch, 1997; Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, Rhoades, 2001; Rhoades, Eisenberger, Armeli, 2001; Rhoades, Eisenberger, 2002). En aquests treballs, es destaca la forta associació entre la discrecionalitat en el lloc de treball i el suport organitzatiu percebut, i la relació entre aquest i el sentit d'obligació dels empleats amb l'organització, a partir de la norma de reciprocitat de Gouldner (1960)⁶⁷ que obliga una persona que ha estat ben tractada a retornar aquest tracte favorable.

“Sobre la base de la norma de reciprocitat, el suport organitzatiu percebut reforçarà el compromís afectiu amb l'organització i incrementarà els esforços realitzats en favor seu.”⁶⁸

Shore i Wayne (1993) estableixen que el suport organitzatiu percebut és un predictor del compromís afectiu i de la conducta organitzativa cívica, i suggereixen que el sentiment d'obligació que genera és el que contribueix a l'aparició de la conducta cívica.

Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski i Rhoades (2002) estudien el *suport percebut del supervisor (perceived supervisor support)*, que contribueix al suport organitzatiu percebut, en tant que els empleats els consideren representants de l'organització. Aquest treball aprofundeix en la mediació del suport organitzatiu percebut en “les associacions positives de recompenses organitzatives, justícia procedimental i suport del supervisor amb el compromís afectiu” (Rhoades, Eisenberger, Armeli, 2001: 833). Rhoades i Eisenberger (2002) cataloguen tres tipus

⁶⁵ Cfr. Eisenberger, Huntington, Hutchinson i Sowa (1986: 504). En una definició posterior (Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990) substitueixen l'expressió “els empleats es formen una percepció general respecte al compromís de l'organització amb ells” per la més matisada “els empleats es formen una percepció general respecte al grau amb què les organitzacions valoren la seva contribució i atenen al seu benestar” (1990: 51), que mantindran en els treballs següents i en parlar de la *teoria del suport organitzatiu (organizational support theory)*. (Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, Rhoades, 2001; Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, Rhoades, 2002).

⁶⁶ Eisenberger, Huntington, Hutchinson i Sowa (1986) suggereixen que el suport organitzatiu percebut és un antecedent del compromís organitzatiu i desenvolupen l'*examen del suport organitzatiu percebut (survey of perceived organizational support)* per mesurar el compromís percebut de l'ocupador.

⁶⁷ Gouldner (1960) exposa que “la norma de reciprocitat, en la seva forma universal, efectua dues demandes mínimes interrelacionades: 1) les persones haurien d'ajudar els qui els han ajudat i 2) les persones no haurien d'agreujar els qui els han ajudat” (1960: 171).

⁶⁸ Cfr. Eisenberger, Cummings, Armeli i Lynch (1997: 812).

de tracte favorable rebut per l'empleat (imparcialitat,⁶⁹ suport del supervisor i recompenses i condicions de treball⁷⁰) com a antecedents del suport organitzatiu percebut, que associen amb “conseqüències acceptades pels treballadors (per exemple, elevada satisfacció en el treball, bona disposició, esforç reduït) i l'organització (per exemple, elevat compromís afectiu i rendiment i rotació reduïda)” (2002: 711).

El constructe *satisfacció en el treball* (*job satisfaction*) s'ha relacionat estretament amb el compromís organitzatiu, però “no hi ha consens sobre el seu ordre causal” (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002: 22). Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974) diferencien el compromís organitzatiu, en el seu treball des d'una perspectiva afectiva unidimensional, de la satisfacció en el treball. Aquests autors assenyalen que el compromís organitzatiu requereix que l'individu reflexioni des d'una perspectiva global sobre l'organització, mentre que la satisfacció en el treball:

“es mostra en gran part associada amb aspectes específics i tangibles de l'entorn de treball i pot representar una resposta afectiva que es forma de manera més ràpida que el compromís.”⁷¹

La recerca posterior confirma la distinció entre la satisfacció en el treball i el compromís organitzatiu (Shore, Tetrick, 1991) i precisa la seva relació amb altres constructes relacionats com el suport organitzatiu percebut (Eisenberger, Cummings, Armeli, Lynch, 1997).

Un altre procés principal que participa en el desenvolupament del compromís afectiu és la *satisfacció personal* (*personal fulfilment*), tal com assenyalen Meyer i Allen (1997):

“Els empleats desenvolupen el compromís afectiu amb l'organització en la mesura que els satisfà les necessitats, els cobreix les expectatives i els permet aconseguir els seus objectius. En altres paraules, el compromís afectiu es desenvolupa sobre les bases d'experiències de recompensa psicològica.”⁷²

⁶⁹ Rhoades, Eisenberger, Armeli (2001) utilitzen el terme *justícia procedimental* (*procedural justice*) descrit per Greenberg (1990) per referir-se a la imparcialitat percebuda en la distribució de recursos entre els empleats. Segueixen Cropanzano i Greenberg (1997) per distingir entre determinants socials, com la qualitat del tracte entre les persones - respecte, dignitat, informació - en l'assignació de recursos, i estructurals, com les normes i polítiques establertes per les decisions que afecten els empleats.

⁷⁰ Rhoades i Eisenberger (2002) descriuen com a recompenses i condicions del lloc de treball el reconeixement, el salari, la promoció, la seguretat en l'ocupació, l'autonomia, l'existència de condicions de treball estressants (excessiva càrrega de treball, ambigüïtat en la definició de les funcions del lloc de treball o conflictes per incompatibilitat de responsabilitats en el lloc de treball), formació, entesa com una “pràctica discrecional mitjançant la qual es comunica una inversió en l'empleat” (2002: 700) i la grandària de l'organització, ja que els individus en principi es senten menys valorats en organitzacions grans.

⁷¹ Cfr. Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974: 608).

⁷² Cfr. Meyer i Allen (1997: 50).

Així mateix, Meyer, Stanley, Herscovitch i Topolnytsky (2002) confirmen algunes evidències prèvies de la forta correlació entre el compromís afectiu i les diferents formes de *justícia organitzativa* (*organizational justice*) —*distributiva* (*distributive*), *procedimental* (*procedural*) i *interactiva* (*interactional*)—⁷³ així com amb el lideratge transformacional (*transformational leadership*), que Meyer i Allen engloben sota la denominació *recompenses universals de les experiències en el treball* (*universally rewarding work experiences*).

El *compromís de continuïtat* ha rebut menys atenció en la investigació que el compromís afectiu. El compromís de continuïtat amb una organització es desenvolupa en funció de les inversions realitzades per l'empleat i de les alternatives d'ocupació que considera que existeixen (Meyer, Allen, 1997).

McGee i Ford (1987) descriuen dues subdimensions del compromís de continuïtat, la percepció d'absència d'alternatives d'ocupació i la percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització, que la recerca posterior confirma (Hackett, Bycio, Hausdorf, 1994; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002; Powell, Meyer, 2003).

La percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització s'associa amb la visió del compromís de Becker (1960) ja esmentada, en la qual argumenta que el compromís amb una línia d'actuació resulta de l'acumulació de les inversions —els *side bets*— efectuades per una persona, és a dir, les inversions de quelcom valuós —temps, esforç i/o diners— que l'empleat perdrà si deixa l'organització.

L'altre hipotètic antecedent del compromís de continuïtat és la percepció de l'empleat de l'existència d'alternatives d'ocupació. Els empleats que consideren que tenen diverses alternatives viables desenvolupen un compromís de continuïtat més feble que els que creuen que les seves alternatives d'ocupació són escasses. “En altres paraules, la percepció d'alternatives disponibles correlacionarà negativament amb el compromís de continuïtat” (Meyer, Allen, 1997: 57).

El procés de desenvolupament del compromís de continuïtat requereix per part de l'empleat el reconeixement de les inversions realitzades i de les alternatives existents, que és el “que fa més costós el fet de deixar l'organització i representa el procés a través del qual aquestes inversions i alternatives influeixen el compromís de continuïtat” (Meyer, Allen, 1997: 58).

Alguns antecedents potencials del compromís de continuïtat es poden acumular al llarg del temps. Per aquesta raó diversos investigadors han utilitzat variables basades en el temps, com l'edat i l'antiguitat, que es consideren variables subrogades a les inversions acumulades i les alternatives percebudes, però no prediuen de manera directa el compromís de continuïtat (Cohen, Lowenberg, 1990).

⁷³ La justícia organitzativa fa referència a la percepció d'imparcialitat en les decisions organitzatives. La justícia distributiva inclou les avaluacions que es fan sobre decisions específiques d'assignació de recursos (*allocation*), mentre que en la percepció de la justícia procedimental les avaluacions inclouen un llarg període de temps. Finalment la justícia interactiva engloba les percepcions de “la qualitat del tracte interpersonal que rep un individu d'una autoritat durant el dictamen d'un procediment” (Coyle-Shapiro, Kessler, Purcell, 2004: 88).

El *compromís normatiu*, per la seva part, sembla desenvolupar-se per les diverses pressions que l'individu rep durant la socialització inicial (de la família i la cultura) i en la socialització dels qui arriben de nou a l'organització (Wiener, 1982). El procés que es segueix és una interiorització de la creença sobre la conveniència de ser lleial a una organització (Meyer, Allen, 1997). Aquests autors han assenyalat també que el compromís normatiu es desenvolupa sota un particular tipus d'inversió que l'organització fa en l'individu i a la qual a aquest li resulta difícil de correspondre. La incomoditat ocasionada per aquesta situació li genera un sentiment d'obligació vers l'organització, que alguns autors han definit com una mena de contracte psicològic entre l'empleat i l'organització, "integrat per les creences de les parts involucrades en una relació d'intercanvi en la qual observen les obligacions recíproques" (Meyer, Allen, 1997: 61).⁷⁴ A diferència dels contractes més formals, el contracte psicològic és subjectiu i, per tant, pot ser vist de manera diferent per cadascuna de les parts i pot canviar al llarg del temps, quan una de les parts o les dues perceben que les obligacions s'han incomplert o s'han satisfet (Robinson, Kraatz, Rousseau, 1994).⁷⁵ La violació del contracte psicològic descriu l'incompliment del contracte, però té també la connotació d'una intensa experiència emocional (Morrison, Robinson, 1997).⁷⁶ La satisfacció del contracte psicològic s'associa amb el compromís organitzatiu i la conducta organitzativa cívica, mentre que el seu trencament o violació s'associa amb la intenció de deixar l'organització i la desatenció de les obligacions del lloc de treball (Coyle-Shapiro, Neuman, 2004).

⁷⁴ Meyer, Stanley, Herscovitch i Topolnytsky, (2002) destaquen la dificultat de mesura d'alguns antecedents, com la socialització, o de les inversions de l'organització en l'individu .

⁷⁵ En el seu treball, Robinson i el seus col·legues es remunten a MacNeil [I. R. MacNeil (1985), "Relational contract: what we do and do not know", *Wisconsin Law Review*, 483-525] per categoritzar els contractes psicològics distingint entre els *contractes transaccionals* (*transactional contracts*), que inclouen intercanvis específics "monetaritzables" entre les parts durant un període de temps finit i freqüentment breu, i els *contractes relacionals* (*relational contracts*), que són oberts, amb acords específics que estableixen i mantenen una relació, impliquen intercanvis monetaris o no i, característicament, inclouen formació i oportunitats per al desenvolupament i una via per a una llarga carrera a l'organització (1994: 139).

⁷⁶ Morrison i Robinson (1997) posen de manifest que, si l'empleat no vigila, pot ser que no s'adoni d'una transgressió contractual. Destaquen també l'incompliment de la paraula donada i la incongruència com a factors precipitadors de la percepció de trencament del contracte (1997: 247).

3.1.6. Conseqüències del compromís organitzatiu

D'una persona compromesa amb l'organització s'esperen unes conseqüències, uns *resultats del treball* (*work outcomes*) positius per a l'organització. Però de la mateixa manera que els antecedents dels tres components del model de Meyer i Allen (1991) no són els mateixos per a cadascun d'aquests, la contribució dels tres constructes —afectiu, de continuïtat i normatiu— a les conseqüències del compromís també és diferent i no sempre evident. Tal com assenyalen Meyer i Allen (1997):

“Els empleats amb un fort compromís afectiu amb l'organització seran empleats més valuosos que aquells amb un compromís més dèbil. Efectes similars, encara que més febles, s'han relacionat amb el compromís normatiu. No obstant això, la imatge que es desprèn de la recerca existent al voltant del compromís de continuïtat és més aviat desconcertant. Tal com succeeix amb el compromís afectiu i normatiu, els empleats que consideren que deixar l'organització s'associa amb uns costos elevats no és gaire probable que la deixin. Però, al mateix temps, és menys probable que facin contribucions positives a l'organització. És més, l'evidència suggereix que els empleats amb un compromís de continuïtat intens poden ser menys treballadors, desenvolupar escasses conductes cíviques i exhibir més comportaments disfuncionals que els qui tenen un compromís de continuïtat feble.”⁷⁷

Tanmateix, la recerca prèvia s'ha polaritzat en poques variables⁷⁸ que aporten un coneixement limitat dels efectes del compromís organitzatiu. L'aportació més extensa sobre variables relacionades en la literatura a conseqüència del compromís organitzatiu l'efectuen Meyer i Allen (1997). Les diverses conseqüències del compromís organitzatiu que es descriuen s'agrupen seguint l'esquema proposat per Meyer i Allen (1997), amb alguna modificació: retenció d'empleats, presència en el lloc de treball, rendiment en el lloc de treball, conducta organitzativa cívica, resposta EVLN (*exit*, 'sortida'; *voice*, 'expressió'; *loyalty*, 'lleialtat'; *neglect*, 'desatenció') i benestar dels empleats.

a) Retenció dels empleats

Respecte a la *retenció dels empleats* (*employee retention*), hi ha evidències consistents de la correlació negativa entre el compromís organitzatiu i la intenció de deixar l'organització o la rotació d'empleats (Mathieu, Zajac, 1990; Tett, Meyer,

⁷⁷ Cfr. Meyer i Allen (1997: 38).

⁷⁸ Randall (1990) efectua una metaanàlisi de trenta-cinc estudis que correlacionen el compromís organitzatiu amb resultats del treball. D'aquests trenta-cinc estudis, en vint-i-un treballs (60%) s'analitzen, aïlladament o conjuntament, dues variables: rotació i absentisme. En els catorze restants s'estudien retard, esforç, efectivitat organitzativa, rendiment, reallistament, hores treballades, comportament prescrit intrarol i extrarol i qualitat del treball, també aïlladament o conjuntament.

1993; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002). Les correlacions són més fortes amb el compromís afectiu, però s'han trobat relacions significatives amb els tres components del compromís. La qüestió és que des de la perspectiva directiva no n'hi ha prou que els empleats no vulguin marxar de l'organització, situació que qualsevol tipus de compromís facilita, sinó que s'espera d'ells *alguna cosa més*. D'altra banda, és reconegut que una certa rotació d'empleats produïda de manera voluntària és positiva per a l'organització (Meyer, Allen, 1997).

b) Presència en el lloc de treball

Pel que fa a la *presència en el lloc de treball (attendance at work)*, diversos treballs han evidenciat la relació positiva entre el compromís organitzatiu i la presència en el lloc de treball i la relació negativa amb el seu oposat, l'absentisme (Mathieu, Zajac, 1990; Meyer, Allen, Smith, 1993; Hackett, Bycio, Hausdorf, 1994; Gellatly, 1995; Somers, 1995), distingint l'absentisme voluntari, entès com la presència en el lloc de treball sobre la qual els empleats tenen un control personal, de l'involuntari.⁷⁹ En tots es suggereix que el compromís afectiu correlaciona significativament amb l'absència voluntària però de manera no significativa amb l'absència involuntària. De la mateixa manera, l'absentisme no sembla correlacionar amb el compromís de continuïtat (Meyer, Allen, 1997). En la literatura revisada s'ha prestat molt poca atenció a la relació entre l'absentisme i el compromís normatiu i no hi ha dades concloents sobre aquesta qüestió.

c) Acompliment en el lloc de treball

Meyer i Allen (1997) assenyalen que els treballs que han analitzat l'*acompliment en el lloc de treball (job performance)* han constatat que els empleats amb un intens compromís afectiu amb l'organització treballen més i amb un millor rendiment que aquells que tenen un compromís dèbil. En els estudis que no evidencien una correlació positiva entre el compromís afectiu i els indicadors d'acompliment, Meyer i Allen (1997) consideren que això pot ser degut a diverses causes: *a)* perquè els supervisors encarregats de la valoració han estat molt estrictes, *b)* perquè els treballadors han centrat el seu esforç només en aquells aspectes pels quals consideren que se'ls avalua,⁸⁰ *c)* perquè els indicadors no reflecteixen la motivació de l'empleat o *d)* perquè els empleats no tenen un control adequat sobre els resultats del seu treball.

Els empleats amb un fort compromís de continuïtat són més partidaris de restar a l'organització que els que tenen un compromís més dèbil; en general, però, no s'han

⁷⁹ Meyer, Allen i Smith (1993) estableixen una distinció entre el nombre total de dies d'absència i el nombre d'absències perquè l'empleat no tenia ganes d'anar a treballar ("didn't feel like going to work"); Hackett, Bycio i Hausdorf (1994), entre absències culpables (amb control de l'empleat) i no culpables (sense control) en conductors d'autobusos; Gellatly (1995), entre els dies d'absència i la freqüència de les absències en personal d'infermeria i empleats d'hospitals; Somers (1995), entre les absències annexades sospitoses (absències afegides al cap de setmana o a vacances).

⁸⁰ "El compromís afectiu es manifestarà en aquells aspectes de l'acompliment del treball que els empleats consideren que són importants per a l'organització" (Meyer, Allen, 1997: 30).

apuntes correlacions significatives entre el compromís de continuïtat i els indicadors d'acompliment (Meyer, Allen, 1997). Hi ha molt pocs estudis sobre les relacions entre el compromís normatiu i l'acompliment en el lloc de treball. No s'observen correlacions positives quan els indicadors d'acompliment són estimats independentment (Hackett, Bycio, Hausdorf, 1994).

d) *Conducta organitzativa cívica*

La *conducta organitzativa cívica* (*organizational citizenship behavior, OCB*) s'ha definit com:

“El comportament discrecional, no directament o explícitament reconegut en el sistema formal de recompenses, i que de manera agregada promou el funcionament efectiu de l'organització. Per discrecional entenem que el comportament no és un requeriment exigible del rol o de la descripció del lloc de treball, que és la clara especificació de les condicions del contracte d'ocupació de la persona amb l'organització; el comportament és més aviat una qüestió d'elecció personal, de manera que la seva omisió no s'entén en general com a sancionable.”⁸¹

La conducta cívica en el treball fa referència a aquells comportaments que “molts creuen que són particularment crítics per a l'èxit de l'organització” (Meyer, Allen, 1997: 33), i que inclouen “anar més enllà” del que dicta la política de l'organització i la mateixa descripció del lloc de treball.⁸² S'hi inclouen característicament comportaments com prestar ajut als companys de treball, oferir-se voluntari per a activitats laborals especials, estar particularment ben considerat pels companys i els clients, ser puntual o fer suggeriments quan apareixen problemes (Organ, Ryan, 1995). Morrison (1994) alerta sobre la dificultat de diferenciar entre el comportament propi del lloc de treball i el “*extra-role*”, que varia en cada persona i en la definició que fa cada individu del seu lloc de treball.

Katz (1964) assenyala que per a un funcionament organitzatiu efectiu “molts membres [de l'organització] donada l'ocasió han de voler fer més del que especifiquen les descripcions dels seus llocs de treball” (1964: 133). Organ i els seus col·legues categoritzen els comportaments extrarol i estableixen el terme *conducta organitzativa cívica* (Bateman, Organ, 1983; Smith, Organ, Near, 1983; Organ, 1988, 1990).

Alguns autors (Smith, Organ, Near, 1983; Brief, Motowidlo, 1986; Williams, Anderson, 1991) descriuen un model bidimensional de la conducta organitzativa cívica, diferenciant entre la conducta orientada als individus i la dirigida a

⁸¹ Cfr. Organ (1988: 4). A Organ, Podsakoff i MacKenzie (2006) es manté la primera frase d'aquesta definició i en desapareix tota l'explicació del significat de *discrecional* que s'hi fa.

⁸² “Els individus contribueixen a l'efectivitat organitzativa fent coses que no són funcions principals però que són importants perquè motlluren el ‘context’ organitzatiu i social que dona suport a aquestes activitats.” (Organ, Ryan, 1995: 776).

l'organització.⁸³ Bolon (1997) segueix aquesta línia de recerca en un estudi que efectua entre el personal d'un hospital terciari⁸⁴ del sud-est dels Estats Units, en el qual intenta vincular les dues dimensions de la conducta cívica amb la satisfacció en el treball i el compromís organitzatiu. Utilitza el model de compromís organitzatiu de Meyer i Allen, al qual afegeix alguns indicadors del model d'O'Reilly i Chatman (1986) en la dimensió afectiva. Els resultats que obté només li permeten validar la dimensió de la conducta cívica adreçada als individus i constatar una relació significativa i positiva entre el compromís afectiu i la conducta cívica dirigida als individus.

La majoria dels estudis (Shore, Wayne, 1993; Organ, Ryan, 1995; Meyer, Allen, Smith, 1993; Meyer, Allen, 1997) coincideixen a constatar que el compromís afectiu es relaciona amb més intensitat amb la conducta organitzativa cívica que el compromís normatiu, que a més ha rebut molta menys atenció en la recerca. Organ i Ryan (1995) destaquen en la seva metaanàlisi que el compromís afectiu es relaciona específicament amb dues dimensions de la conducta organitzativa cívica: altruisme i conformitat.⁸⁵ Shore, Barksdale i Shore (1995) relacionen la conducta organitzativa cívica amb alts nivells de compromís organitzatiu afectiu i Morrison (1994) destaca que la *percepció de discrecionalitat en el lloc de treball* (*perceived job breadth*), una variable que té innegable importància quan s'estudia un col·lectiu professional, es relaciona amb el compromís afectiu mitjançant la relació entre compromís afectiu i conducta organitzativa cívica.

“Es mostra que el compromís [afectiu] ocasiona que els empleats defineixin les seves responsabilitats de manera més extensa i, així, els empleats compromesos s'ocuparan més probablement del que d'altres poden observar com a conducta organitzativa cívica .”⁸⁶

De la mateixa manera, en aquests estudis esmentats no es constata una relació entre el compromís de continuïtat i la conducta organitzativa cívica. Bishop, Scott i Burroughs (2000) destaquen l'efecte mediador del compromís organitzatiu en la relació entre el suport organitzatiu percebut i la conducta organitzativa cívica,

⁸³ Smith, Organ i Near (1983) suggereixen que hi ha dues classes de conducta organitzativa cívica: l'*altruisme* (*altruism*), un comportament dirigit específicament a persones, i la *conformitat generalitzada* (*generalized compliance*), “un factor definit per un tipus més impersonal d'escrupulositat, més síndrome del ‘bon soldat’ o del ‘bon ciutadà’ de fer coses ‘correctes i adequades’ però en interès del sistema més que en el de persones específiques” (1983: 662).

⁸⁴ El terme *terciari* fa referència al grau de complexitat de l'hospital i es correspon amb la catalogació *alta tecnologia* que s'utilitza en aquest treball.

⁸⁵ “Altruisme: representa aquelles formes de conducta organitzativa cívica que proporcionen ajut a una persona específica, com un company de treball; i conformitat, que està relacionada amb les contribucions més impersonals a l'organització en formes com *assistència exemplar* (*exemplary attendance*), *utilització del temps de treball* (*use of work time*), *respecte per la propietat de la companyia* (*respect for company property*) i *fidel adhesió a les regles sobre procediments de treball i conducta* (*faithful adherence to rules about work procedures and conduct*).” Cfr. Organ, Ryan (1995: 782).

⁸⁶ Cfr. Morrison (1994: 1562).

mediació que Cardona, Lawrence i Bentler (2004) atribueixen al compromís normatiu.⁸⁷

Altres autors, com Norris-Watts i Levy (2004), destaquen també l'efecte mediador del compromís organitzatiu afectiu entre la retroalimentació de l'entorn i la conducta organitzativa cívica, mentre que Coyle-Shapiro, Kessler i Purcell (2004), en el seu treball en un hospital del National Health Service (NHS) britànic, constaten que el que anomenen *compromís mutu* (*mutual commitment*) influeix a la conducta organitzativa cívica.⁸⁸ Coyle-Shapiro, Kessler i Purcell (2004) analitzen dues visions complementàries de la conducta organitzativa cívica: la basada en la reciprocitat,⁸⁹ per la qual els empleats desenvolupen la conducta organitzativa cívica com a forma de retornar el bon tracte rebut per part de l'organització, i la que es fonamenta en la percepció més àmplia que els empleats tenen del seu treball, que els porta a considerar el comportament extrarol com a part integrant de la seva feina, tal com estableix Morrison (1994). Coyle-Shapiro, Kessler i Purcell (2004) efectuen el seu estudi entre empleats d'un hospital del National Health Service britànic, la qual cosa els porta a considerar la rellevància d'aquesta "percepció ampliada" en una organització característica del treball professional.

“Els treballs professionals es perceben fonamentats en l'autonomia, discreció i àmplia responsabilitat, encara que en àrees nítidament definides de coneixement especialitzat. La distinció entre comportament *in-role* i *extra-role* en aquests treballs pot ser més difusa que per als qui tenen ocupacions relativament més rutinàries i estructurades, en les quals les tasques i responsabilitats estan clarament definides.”⁹⁰

⁸⁷ Cardona, Lawrence i Bentler (2004) segueixen una línia de treball similar a la de Morrison, analitzen aspectes relacionats amb l'experiència en el treball, com l'autonomia o la retroalimentació. En el seu estudi sobre dues mostres de metges d'hospitals espanyols evidencien que, en la mesura que els vincles dels individus amb el seu treball són més intensos, la seva propensió a desenvolupar una conducta organitzativa cívica també és més elevada. Construeixen una variable que denominen *compromís organitzatiu de creixement* (*growth organizational commitment*) per contemplar específicament aspectes de l'experiència en el treball que, segons l'opinió dels autors, el compromís afectiu no diferencia.

⁸⁸ Coyle-Shapiro, Kessler i Purcell defineixen el compromís mutu com “la percepció individual del grau de compromís que existeix en la seva relació amb l'organització” (2004: 92) i el mesuren a partir d'un qüestionari desenvolupat per Cook i Wall (1980), basat en el de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974), per estudiar el compromís en mostres de treballadors de coll blau (*blue collars*) del Regne Unit. En el treball de Coyle-Shapiro i els seus col·legues, aquest qüestionari es fa servir per analitzar una mostra d'empleats (infermers, metges, administratius, tècnics i directius, entre d'altres) d'un hospital del NHS.

⁸⁹ Gouldner (1960) planteja la norma de la reciprocitat com a causa d'obligació moral i Bateman i Organ (1983), en una línia similar, fan referència a la *teoria de l'intercanvi social* (*social exchange theory*), que sota determinades condicions prediu que les persones busquen actuar de manera recíproca amb aquells que els han beneficiat.

⁹⁰ Cfr. Coyle-Shapiro, Kessler i Purcell (2004: 102).

e) *Model de resposta EVLN*

Rusbult, Zembrodt i Gunn (1982) recuperen el model de Hirshman (1970) per analitzar els comportaments de les persones insatisfetes amb les seves *relacions amoroses (romantic involvements)*. Hirshman (1970) havia identificat *sortida (exit)*, *expressió (voice)* i *lleialtat (loyalty)* com a respostes reactives d'empleats i clients davant la decadència d'organitzacions i estats. Rusbult, Zembrodt i Gunn (1982) afegixen *desatenció (neglect)* i defineixen el model EVLN per disposar d'un millor ventall de respostes davant la insatisfacció.

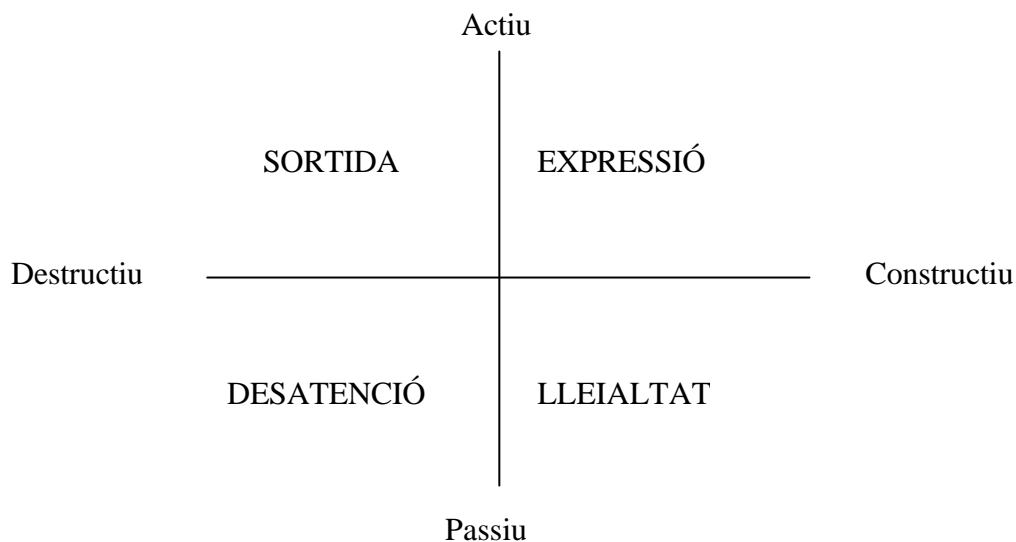
Farrell (1983) analitza el model aplicant-lo en un entorn laboral, de manera que quan l'empleat es troba insatisfet pot desenvolupar un dels quatre comportaments: anar-se'n (sortida), treballar per millorar la situació (expressió), quedar-se i donar suport a l'organització (lleialtat) o posar el seu interès en qüestions no relacionades amb la feina, sense fer res per millorar la situació laboral (desatenció).⁹¹ Farrell alerta sobre les limitacions del model proposat pel seu caràcter temptatiu i perquè no té en compte totes les possibles respostes a la insatisfacció en el treball.

En treballs posteriors, Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988) i Withey i Cooper (1989) confirmen la utilització de la tipologia de resposta EVLN quan declina la satisfacció dels empleats. En concret, Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988) aprofundeixen en la tipologia i defineixen dues dimensions explicatives de les respostes del model (vegeu el gràfic 3-1): la dimensió constructiva-destructiva, amb referència a l'impacte en la relació empleat-organització, i la dimensió activa-passiva, "amb referència a l'acció sobre un problema i no sobre el caràcter de la resposta" (1988: 602).

Sota aquesta perspectiva, les respostes *expressió* són constructives, ja que "l'individu intenta reviuir o mantenir les condicions satisfactòries d'ocupació" (1988: 602), mentre que *sortida* i *desatenció* són més destructives. Per contra, *sortida* i *expressió* són "mecanismes actius a través dels quals els empleats intenten tractar la insatisfacció, mentre que *lleialtat* i *desatenció* són més passius i difusos" (1988: 602).

⁹¹ Farrell realitza el seu estudi en dos grups integrats per diversos treballadors de "coll blanc" que compatibilitzen la seva feina amb la participació en un programa de formació nocturn d'una escola de negocis. Farrell selecciona dotze comportaments en el treball per analitzar el model EVLN: "els operadors potencials de sortida són: 'posar-se en acció i buscar una altra feina', 'decidir deixar la companyia' i 'ser transferit a un altre treball'. Els possibles referents per expressió són: 'parlar amb el supervisor i intentar fer les coses millor', 'posar una nota a la bústia de suggeriments confiant de solucionar el problema', 'escriure una carta a l'agència governamental per informar-se de què es pot fer per ajudar en el problema'. Els comportaments de lleialtat considerats són: 'esperar pacientment i confiar que el problema es resoldrà per si mateix', 'fer la feina tranquil·lament i deixar que els superiors prenguin les decisions' i 'no dir res als altres i assumir que les coses es resoldran satisfactòriament'. Desatenció també té tres formes: 'posar-se malalt i no tractar el que està passant', 'arribar tard' i 'estar menys interessat i fer més errors'" (1983: 600).

Gràfic 3-1: Tipologia de respostes a la insatisfacció en el treball (Rusbult, Farrell, Rogers, Mainous, 1988)



Withey i Cooper (1989) consideren que l'elecció d'una o altra resposta del model EVLN depèn de tres factors. En primer lloc, el cost de les respostes, que és degut al temps i l'energia utilitzats i a l'aparició de situacions desagradables. El segon factor és l'eficàcia de les respostes, que és funció de la satisfacció prèvia, de la possibilitat de millora i del tipus de control —intern o extern— sobre el treball.⁹² Finalment, l'atractiu de l'ocupació, que relacionen amb el compromís de l'empleat i l'existència d'alternatives de feina. Withey i Cooper (1989) examinen en el seu estudi la utilització de *sortida*, *expressió*, *lleialtat* i *desatenció* com a respostes independents de la insatisfacció en el treball, però els resultats que obtenen els porten a considerar que les respostes del model EVLN poden estar relacionades —fonamentalment, *sortida* i *desatenció*— i suggereixen dues possibles seqüències de respostes davant la insatisfacció. En la primera, els individus manifesten la seva insatisfacció al seu superior immediat i si no es soluciona el problema intenten dirigir-se a un nivell superior. Si en aquest cas tampoc aconseguen el que volen no “s'expressen” més i aguanten o marxen. És determinant l'existència d'alternatives de feina per escollir la resposta *expressió*. En la segona seqüència, la resposta inicial és *lleialtat*, però si passa un temps prudencial sense que es produeixen canvis la resposta següent és *expressió* i si aquesta resposta tampoc funciona s'opta per *sortida* o *desatenció* en funció de l'existència o no d'alternatives de feina. Withey i Cooper combinen en el

⁹² El tipus de control intern fa referència a “la disposició de l'individu a creure que les seves accions importen. Esperem que les persones amb un punt de control intern —persones que creuen que les seves accions fan una diferència— tindran una predisposició superior a escollir les accions que d'una manera més directa buscaran alterar l'origen de la seva insatisfacció (*sortida* i *expressió*). Les respostes més passives —*lleialtat* i *desatenció*— poden ser escollides per persones amb un punt de control més extern” (Withey, Cooper, 1989: 522).

seu estudi la utilització de qüestionaris amb entrevistes semiestructurades (vegeu l'apartat 5.1.9. Entrevistes individuals amb metges enquestats, a la pàgina 95), en les quals “es mostra la magnitud del problema com el factor principal en la determinació de començar per *lleialtat* o *expressió*. Com més gran és el problema, més sorollosa és la resposta” (Withey, Cooper, 1989: 537).

Meyer, Allen i Smith (1993) també utilitzen el model EVLN en el seu estudi sobre el compromís organitzatiu i ocupacional en un col·lectiu d'infermeria, i constaten que el compromís afectiu correlaciona positivament amb *expressió* i *lleialtat* i negativament amb *desatenció*. De la mateixa manera, com més fort és el compromís de continuïtat, la resposta a una situació d'insatisfacció acostuma a ser la *desatenció*.

Lachman i Noy (1996) constaten la rellevància del model de resposta EVLN per analitzar les reaccions de metges assalariats en hospitals israelians en decadència, i confirmen i destaquen les seves implicacions per a la gestió dels hospitals. Suggerixen que quan els hospitals entren en decadència:

“els metges més estretament vinculats poden escollir no marxar (*sortida*) i donar suport a l'hospital i a la seva direcció, de manera passiva (*lleialtat*) o activa (*expressió*), en els seus intents de donar la volta a la situació. No obstant això, en situació de decadència, la direcció de l'hospital no ha d'assumir que tots els que decideixen quedar-se donen suport voluntàriament a l'hospital; alguns dels que es queden poden ser negligents, i ocupar-se molt poc de l'hospital i el seu destí.”⁹³

Per la seva banda, Randall (1987) assenyala que quan es produeixen situacions en les quals, segons els empleats, l'organització s'ha comportat de manera no ètica o il·legal, una de les respostes que s'acostumen a produir és la *delació* (*whistle-blowing*), en la qual s'informa de la pràctica organitzativa persones o institucions que poden ser capaces de posar-hi remei.⁹⁴ Els empleats amb menor compromís afectiu tindrien més predisposició a divulgar les males pràctiques organitzatives i, de manera inversa, els que tenen un compromís afectiu més intens estarien menys predisposats a divulgar-les.⁹⁵ També s'ha assenyalat que els empleats més dependents de l'organització tindrien menys reticències a implicar-se en activitats no ètiques per protegir o realçar la seva carrera (Wahn, 1993).⁹⁶

⁹³ Cfr. Lachman i Noy (1996: 188).

⁹⁴ Randall revisa els efectes positius i negatius sobre els individus i les organitzacions dels graus variables (baix, moderat i alt) de compromís dels empleats, i destaca que la recerca s'ha centrat a posar en relleu els efectes positius del compromís “i només ocasionals referències als possibles perills dels alts graus de compromís han emergit” (1987: 460).

⁹⁵ Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988) inclouen la delació com una forma de la resposta *expressió* del model EVLN.

⁹⁶ Per mesurar la dependència organitzativa, Wahn fa servir l'escala de compromís de continuïtat de Meyer i Allen (1984).

f) Benestar dels empleats

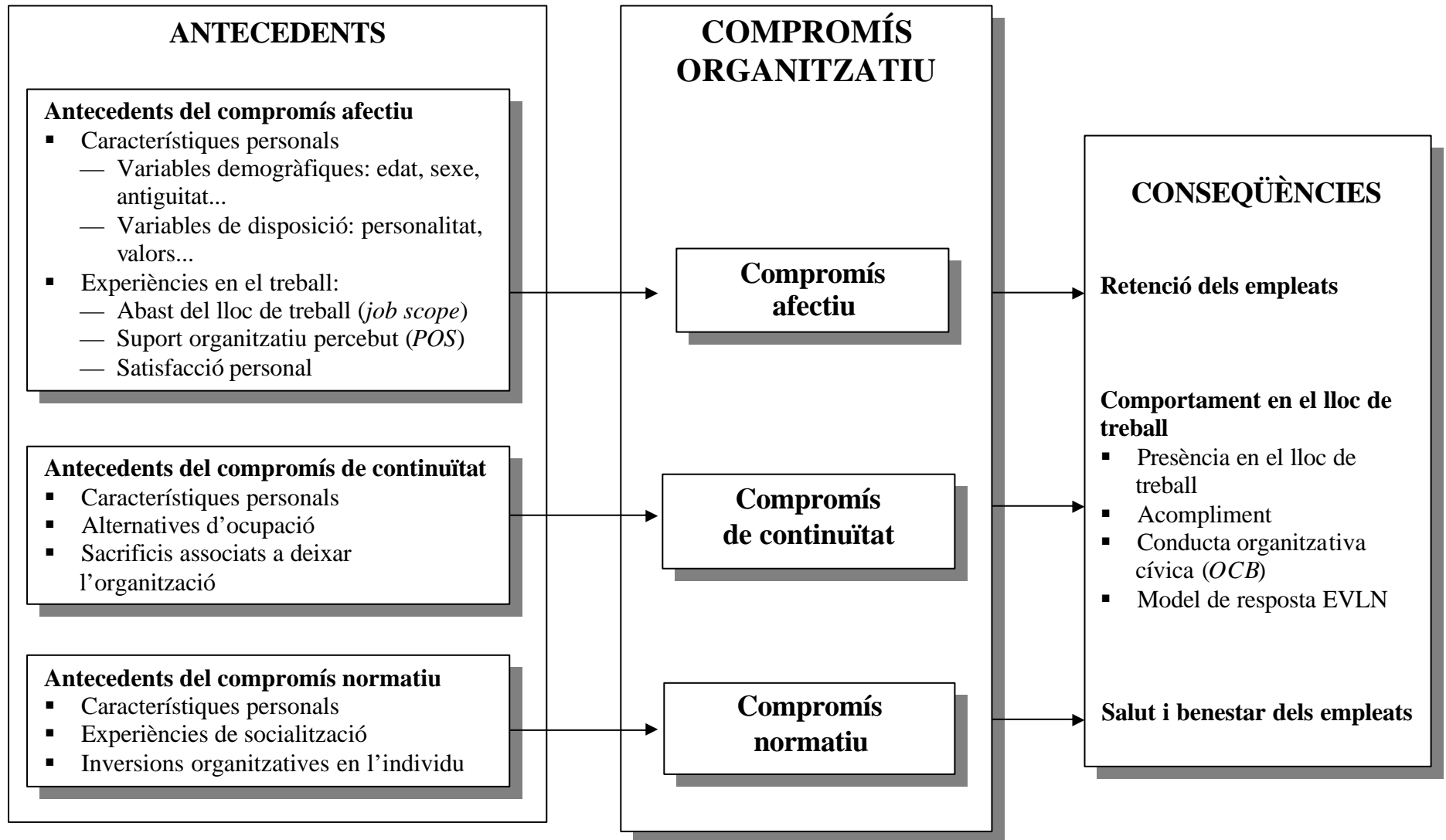
Finalment, amb relació al *benestar dels empleats (employee well-being)* els estudis realitzats sembla que indiquen com si el compromís afectiu amortís l'impacte de l'estrès o del disgust. Belout, Dolan i Cerdin (2002) constaten una disminució de la lleialtat (entesa pels autors com un dels components rellevants del compromís), del rendiment i de la motivació dels empleats, ocasionada pel que s'anomena *la síndrome dels supervivents*,⁹⁷ que acostuma a produir-se després de reduccions de plantilla (*downsizing*) (Cascio, 1993). Bediako (2002), en un estudi amb infermeres al Canadà, confirma que la tensió generada pel *downsizing* s'incrementa per les decisions de trasllat i rotació de personal preses per la direcció, cosa que ocasiona, com un dels principals efectes del procés, temor i pèrdua de confiança en la direcció. Toro (1998) constata la influència del clima en la facilitació del compromís organitzatiu.⁹⁸ Dels estudis realitzats no es desprèn, però, l'evidència que el compromís afectiu o normatiu augmenti el benestar dels empleats. També sembla que es refusa la idea que el compromís afectiu té conseqüències negatives per a la vida privada dels empleats, tal com recull Randall (1987) en el seu treball.

Al gràfic 3-2 es presenten les relacions entre els antecedents, els tres components del model de compromís organitzatiu i les seves conseqüències.

⁹⁷ “Estudi darrere estudi mostra que, després d’una reducció de plantilla, els empleats supervivents es tornen intolerants, preocupats pels seus interessos i amb aversió al risc. La moral s’enfonsa, la productivitat baixa i els supervivents desconfien de la direcció. De fet, aquesta constel·lació de símptomes és tan comuna que se’n va treure la denominació *síndrome dels supervivents*” (Cascio, 1993: 100). És interessant també l’aportació d’O’Neill en aquesta línia, que en el seu treball recull les opinions dels quadres intermedis i constata que “com més elevat és el grau de compromís d’un individu abans del *downsizing*, més difícil (i dur) és mantenir-lo a posteriori” (1995: 24).

⁹⁸ Toro utilitza per a aquest estudi l’enquesta de clima organitzatiu dissenyada per ell mateix i que mesura vuit factors de clima: relacions interpersonals, estil de direcció, sentit de pertinença, retribució, claredat, coherència en la direcció, disponibilitat de recursos i valors col·lectius (cooperació, responsabilitat i respecte). Per mesurar el compromís va ampliar els ítems de la variable *sentit de pertinença* (1998: 338).

Gràfic 3-2: Model de tres components de compromís organitzatiu de Meyer i Allen



3.2. El compromís amb la professió

“Hi ha oficis que són bons perquè són de bon viure”

JOAN SALVAT PAPASSEIT (1925): *L'ofici que més m'agrada*

El *compromís professional* (*professional commitment*) es defineix com el grau de vinculació amb una professió (Snape, Redman, 2003). En la revisió dels treballs publicats s'observa que les denominacions *compromís professional*, *compromís amb la carrera* (*career commitment*) i *compromís amb l'ocupació* (*occupational commitment*) s'utilitzen a vegades de manera indistinta. Alguns dels autors que es decanten per la utilització del terme *compromís amb l'ocupació* ho fan “simplement perquè és més general” (Lee, Carswell, Allen, 2000: 800) que el de *professió* i els permet englobar tant professionals com no-professionals (Meyer, Allen, Smith, 1993). Invertint aquest argument, en la recerca present s'utilitzarà el terme *compromís professional* per analitzar el grau en què els metges es senten vinculats amb la seva professió.

Morrow (1993) considera que la diferència entre *compromís professional* i *compromís amb la carrera* és escassa, però els tracta separatament i valora el *compromís amb la carrera* per la claredat i menor complicació del terme per comparació al de *compromís amb la professió*, atès “el poc consens que hi ha sobre els atributs que defineixen una professió” (1993: 158). Considera a més que el compromís amb la carrera comporta una dimensió temporal i “implica una elecció intencionada d'una línia de treball i l'expectativa que la lleialtat a aquesta elecció superarà la d'un treball particular o un context organitzatiu” (1993: 159).

Per la seva banda, Blau (1985) defineix el compromís amb la carrera com “l'actitud d'un individu respecte a la seva professió o vocació” (1985: 280), i en un treball posterior considera que no hi ha diferències mesurables entre el compromís amb la carrera i el compromís ocupacional (Blau, 2001). Meyer, Allen i Smith (1993) prefereixen utilitzar el terme *compromís ocupacional*, perquè consideren que “tant els professionals com els no-professionals poden experimentar compromís amb el treball que realitzen” (1993: 539).

Mentre que per alguns autors el compromís amb la professió és una forma de compromís amb el treball focalitzat en la carrera, que emfasitza la importància de la professió en la vida de la persona (Morrow, 1993), altres consideren la professió com un focus extern del compromís, en contraposició amb els focus interns, com l'organització o el supervisor (Siders, George, Dharwadkar, 1995). Per un tercer grup d'autors el compromís professional és un constructe relacionat amb el compromís organitzatiu, juntament amb la satisfacció en el treball i la implicació en el treball (*job involvement*) (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002).

Aquestes són algunes de les raons que expliquen per què la recerca ha dedicat molta menys atenció al compromís amb la professió (i a l'ocupació o a la carrera) que al

compromís amb l'organització, i quan s'ha estudiat s'ha tendit a fer-ho en contraposició amb el compromís organitzatiu (Aranya, Ferris, 1984; Parasuraman i Nachman, 1987; Morrow, Wirth, 1989; Meyer, Allen, Smith, 1993; Noy, Lachman, 1993; Wallace, 1993; Irving, Coleman, Cooper; 1997; Leong, Huang, Hsu, 2003). Aquesta contraposició la fan evident Noy i Lachman (1993) quan analitzen la resposta dels metges assalariats en hospitals en decadència i afirmen:

“Una orientació laboral destacada entre els metges és el compromís amb la seva professió. Aquest emfasitza l'adherència als valors professionals i l'acceptació de l'autoritat i control col·legial més que els jeràrquics-organitzatius. El sistema de valors professionals emfasitza valors com autoritat i control col·legial o autocontrol, conformitat amb els estàndards professionals, autonomia professional i orientació al client.”⁹⁹

En la recerca sobre el compromís professional es reproduïx el debat sobre la dimensionalitat del constructe que es desenvolupa amb el compromís organitzatiu. Els models de compromís professional, i els seus corresponents instruments de mesura, s'elaboren a partir dels models de compromís organitzatiu més utilitzats. D'aquesta manera, els primers treballs utilitzen un constructe de compromís professional, àmpliament difós, a partir del model de Mowday, Steers i Porter (1979) de compromís organitzatiu, mentre que els models multidimensionals de compromís professional, elaborats a partir del model de Meyer i Allen (1991) de compromís organitzatiu, són molt posteriors i menys utilitzats.

En un treball d'enorme influència, Aranya i Ferris (1984) estudien el compromís professional dels auditors en contraposició amb el seu compromís organitzatiu com a possible factor causal del conflicte organització-professional. Defineixen el compromís amb la professió de la manera següent:

“La relativa intensitat d'identificació i implicació amb una professió concreta, així com la voluntat d'exercir un esforç a favor de la professió i el desig de mantenir-se com a integrant de la professió.”¹⁰⁰

És a dir, prenen com a referència la definició del compromís organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974), en la qual substitueixen el terme *organització* per *professió*.

El desenvolupament del compromís professional es produeix, segons els autors, durant el procés de socialització en la professió escollida, i l'expliquen basant-se en la teoria clàssica de la sociologia de les professions:

“La societat garanteix poder i prestigi a les professions, perquè els professionals posseeixen un corpus de coneixements relacionats amb necessitats centrals i els valors del sistema social. En contrapartida, la

⁹⁹ Cfr. Noy i Lachman (1993: 61).

¹⁰⁰ Cfr. Aranya i Ferris (1984: 3).

societat espera que els professionals tinguin un compromís intens amb el servei públic, per sobre d'incentius materials.”¹⁰¹

Utilitzen el Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Mowday, Steers i Porter (1979) per mesurar d'una manera similar i comparable el compromís amb la professió i amb l'organització, contraposant ambdues dimensions afectives, amb la finalitat de qüestionar la *incompatibilitat inherent* entre els dos compromisos, concepció predominant en el món acadèmic d'aquell moment, que s'analitza amb més detall en el capítol següent.

Morrow i Goetz (1988) segueixen els treballs d'Aranya i Ferris (1984) i revisen el concepte de professionalisme a partir de les dimensions descrites per Hall (1968),¹⁰² i confirmen la seva diferenciació respecte d'altres formes de compromís. Morrow i Wirth (1989) avancen en la mateixa línia de treball i realitzen un estudi amb personal universitari qualificat com a *professional o científic (professional or scientific, P&S)* i confirmen la validesa de l'instrument de mesura desenvolupat per Aranya i Ferris (1984).

En un dels pocs treballs de revisió de la literatura sobre compromís ocupacional, Lee, Carswell i Allen (2000) posen de manifest que en la recerca empírica del compromís professional l'aproximació multidimensional ha estat escassament utilitzada. La major part dels treballs s'han centrat en l'aspecte afectiu del compromís, del qual aquestes autores destaquen la relació positiva amb la satisfacció en el treball, amb la implicació en el treball i amb el component afectiu del compromís organitzatiu.

3.2.1. El model de Meyer, Allen i Smith

Meyer, Allen i Smith (1993) defineixen el compromís ocupacional com “el compromís amb una línia de treball concreta” (1993: 540) a partir de l'adaptació del model de compromís organitzatiu de tres components de Meyer i Allen (1991). En certa manera, reproduïxen el procés que Aranya i Ferris (1984) havien fet amb el model de Mowday, Steers i Porter (1979), però amb el convenciment que el seu model multidimensional permet una comprensió més completa dels vincles que l'individu estableix amb la seva professió. Com ja s'ha comentat, utilitzen el terme *ocupacional* perquè consideren que és menys restrictiu que el terme *professional*.

Meyer, Allen i Smith (1993) realitzen el seu treball en dos grups d'infermeres, el primer integrat per una mostra d'estudiants d'infermeria i el segon per infermeres amb

¹⁰¹ Cfr. Aranya i Ferris (1984: 3).

¹⁰² Hall (1968) identifica cinc actituds indicatives de professionalisme: 1) la utilització de la professió i dels companys professionals com el referent més important; 2) la creença que la professió aporta un servei important a la societat; 3) l'autoregulació, en el sentit que els mateixos membres de la professió són els més qualificats per jutjar el treball d'un altre professional; 4) la vocació, que es reflecteix en la dedicació del professional al seu treball, i 5) autonomia, que inclou que el facultatiu ha de prendre decisions en el seu treball sense la pressió externa dels clients, els companys o l'organització ocupadora (1968: 93).

experiència, en les quals estudien el seu compromís amb la professió i amb l'organització en la qual treballen, amb la finalitat de generalitzar l'ús del model de compromís de Meyer i Allen (1991). Pels autors, els resultats obtinguts posen de manifest:

“a) el desenvolupament de mesures fiables del compromís afectiu, de continuïtat i normatiu amb les ocupacions; b) l'evidència que els tres components del compromís ocupacional es relacionen de manera diferent amb variables considerades com a antecedents o conseqüències del compromís, i c) l'evidència que el compromís organitzatiu i l'ocupacional contribueixen independentment a la predicció de variables importants de resultat rellevant per a l'organització, per exemple, la *intenció de rotació* (*turnover intention*), el rendiment (*performance*) i la conducta cívica.”¹⁰³

Consideren que les anomenades *experiències positives*, com la satisfacció en el treball o els processos de formació, són antecedents del component afectiu del compromís ocupacional, que les variables considerades *inversions creixents*, com és l'antiguitat en la professió o la posició que l'individu ocupa a l'organització, són antecedents del component de continuïtat, i les experiències positives en el treball i el sentit general d'obligació envers els altres els cataloguen com a antecedents del component normatiu del compromís ocupacional (Meyer, Allen, Smith, 1993).

Respecte a les conseqüències del compromís ocupacional, Meyer, Allen i Smith (1993) confirmen que en la mostra d'estudiants d'infermeria els components afectiu i normatiu correlacionen positivament i el de continuïtat negativament amb la intenció de desenvolupar una carrera a llarg termini a infermeria. En la mostra d'infermeres amb experiència els components afectiu i normatiu s'associen, més que el de continuïtat, amb l'ocupació desitjada i el comportament rellevant per a l'organització, que a l'estudi engloba activitat professional, *expressió* —que és un dels factors del model de resposta EVLN i que en aquest cas fa referència a la “voluntat de fer suggeriments per a la millora”—, i conducta organitzativa cívica.

Irving, Coleman i Cooper (1997) segueixen el treball de Meyer, Allen i Smith amb l'objectiu de mostrar la validesa del constructe de tres components de compromís ocupacional, aplicant aquest model a empleats de diverses professions d'una agència governamental canadenca.¹⁰⁴ Consideren que l'interès pel compromís ocupacional serà progressivament més gran entre els investigadors:

“El compromís ocupacional pot adquirir una importància creixent en la mesura que les organitzacions violen cada cop més el contracte psicològic entre ocupador i empleat. És possible que en aquesta era d'*outsourcing*, *downsizing* i canvi en les estructures organitzatives, que impliquen un desenvolupament com una corporació virtual, s'hagi produït el canvi més important en les relacions de l'organització amb

¹⁰³ Cfr. Meyer, Allen i Smith (1993: 546).

¹⁰⁴ Irving, Coleman i Cooper (1997) analitzen el compromís ocupacional en 1.164 empleats regionals d'una agència governamental canadenca de diverses ocupacions.

els seus empleats, de manera que aquests empleats focalitzen el seu vincle en l'ocupació, més que no pas en l'organització per la qual treballen”¹⁰⁵

El treball d'aquests autors confirma que el compromís ocupacional consta de tres components —afectiu, normatiu i de continuïtat— i apunta com a línies de recerca futura l'estudi de les conseqüències de les tres formes de compromís ocupacional.

Blau (2001) fa una crítica moderada a les aportacions de Meyer, Allen i Smith (1993) i d'Irving, Coleman i Cooper (1997) perquè considera que la validesa discriminant de les mesures que utilitzen és menor del que seria desitjable i perquè la diferenciació entre el compromís ocupacional afectiu i el normatiu és feble.

Wang i Armstrong (2001) critiquen que tant la perspectiva unidimensional com la multidimensional no consideren que la comunitat professional¹⁰⁶ té unes característiques diferents de les d'una organització ocupadora, en el sentit que “la comunitat professional es forma purament al voltant del treball mateix, però el treball només és una petita part de les relacions en una organització i el treball té diferents significats en una comunitat professional i en una organització” (2001: 3).

Snape i Redman (2003) confirmen la validesa del model de compromís ocupacional de Meyer, Allen i Smith (1993) en un estudi amb especialistes en gestió de recursos humans en el Regne Unit i suggereixen que l'ampliació de l'estudi a més tipologies d'ocupacions “incloent-hi les professions tradicionals com dret o medicina seria d'utilitat per a posteriors valoracions de la generalització del model de tres components” (2003: 159).

En resum, la major part dels treballs publicats sobre el compromís professional, ocupacional o amb la carrera,¹⁰⁷ s'han centrat en el component afectiu d'aquest compromís, basant-se freqüentment en una adaptació del model de compromís afectiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974). La utilització del model multidimensional de Meyer, Allen i Smith (1993) ha estat molt més limitada, tot i que possiblement permet una comprensió més completa dels vincles de la persona amb la seva professió (Snape, Redman, 2003; Hall, Smith, Langfield-Smith, 2005).

¹⁰⁵ Cfr. Irving, Coleman, Cooper (1997: 448-449).

¹⁰⁶ Segons Van Maanen i Barley (1984): *a*) en una comunitat professional el treball té el major significat per a aquells que el fan, però en l'organització el treball té el significat més gran per als ocupadors; *b*) en una comunitat professional el treball en si mateix és un concepte focal, però en l'organització el treball és un concepte subsidiari de les relacions més abstractes que engendren l'ordre social i econòmic d'una organització; *c*) en una comunitat professional la valoració que les persones fan del treball i la carrera es fon en el que els vagi millor d'allò que fan, mentre que en una organització les persones observen la seva carrera en termes de moviment (o d'absència de moviment) en un seguit de seqüències de posicions jeràrquiques ascendents.

¹⁰⁷ S'han revisat els treballs d'Aranya, Pollock i Amernic (1981); Aranya i Ferris (1984); Aranya, Kushnir i Valency (1986); Lachman i Aranya (1986); Pazy i Zin (1987); Morrow i Wirth (1988); Meixner i Blin (1989); Aryee, Watt i Min (1991); Brierley i Turley (1995); Dwyer, Welker i Friedberg (2000).

De la mateixa manera, la major part dels autors opten per utilitzar el terme *compromís ocupacional* com una denominació prou àmplia per englobar professionals i no-professionals, així com constructes específics, com el compromís amb la carrera o amb la professió. No obstant això, atès que el present treball es centra en un grup professional concret, que a més és considerat com una de les professions per excel·lència, utilitzaré el terme *compromís professional* per estudiar el compromís que els metges desenvolupen amb la seva professió.

3.3. El conflicte organització - professional

“There is a war between the rich and poor,
a war between the man and the woman.
There is a war between the left and right,
a war between the black and white,
a war between the odd and the even.”

LEONARD COHEN (1974): *There is a war*

En la literatura sobre professions, l'encaix i les relacions entre professionals i organització s'han considerat com un conflicte inherent (Gouldner, 1957; Ben-David, 1958; Blau, Scott, 1962; Kornhauser, 1962; Scott, 1966; Sorensen, Sorensen, 1974), fins al punt que, convencionalment, aquest conflicte es considera quasi com un tret característic de les organitzacions de professionals.

Les causes del conflicte s'atribueixen a la participació simultània dels professionals en dos sistemes —la professió i l'organització— i al fet que “la professió i la burocràcia descansen en principis organitzatius diferents” (Scott, 1966: 266). És a dir, el conflicte es produeix a les organitzacions de professionals per les dificultats d'encaixar les normes i valors dels professionals, com l'autonomia professional, la conformitat amb els estàndards i l'ètica professionals, l'autoritat col·legial, la lleialtat i l'orientació al client, i els requeriments i demandes organitzatives, que emfasitzen l'autoritat i el control jeràrquic, la conformitat amb les normes i regulacions organitzatives i la lleialtat organitzativa (Wallace, 1993).

El conflicte a les organitzacions s'ha abordat des de diferents perspectives i disciplines (Sauquet, 2000). La teoria de l'organització ha analitzat el conflicte pel seu impacte a l'organització i, sobretot, per desenvolupar mecanismes per mitigar-lo. Galbraith (1977) considera que les organitzacions creen estructures per minimitzar l'impacte del conflicte i cataloga les *relacions laterals (lateral relations)*,¹⁰⁸ que tenen per objecte apropar posicions entre unitats distanciades i, en conseqüència, contribuir a la reducció del conflicte. Per la seva banda, l'escola de relacions humanes considera que “l'esforç cooperatiu inspira les activitats organitzatives”, i en conseqüència el paper del directiu, “entenent i gestionant l'organització informal” (Sauquet 2000: 30), és fonamental. Els integrants d'aquesta escola comparteixen la idea que el conflicte no és intrínsecament

¹⁰⁸ Galbraith (1977) proposa diverses solucions de disseny organitzatiu en funció del nombre d'unitats involucrades, la interdependència entre elles i la complexitat de la tasca: *contacte directe* entre dues persones (*direct contact*), *posició d'enllaç (liaison role)*, *grups de treball (task-forces)*, *equip (team)*, *integrador (integrating role)*, *integrador amb autoritat (managerial linking roles)* i *estructura matricial (matrix organization)*.

dolent i que, si és ben gestionat, pot tenir efectes positius.¹⁰⁹ Altres aportacions (Walton, 1987) consideren que un grau adequat de conflicte genera motivació, innovació i permet aclarir els diferents punts de vista, i que millora l'eficiència organitzativa. El conflicte, però, pot esdevenir contraproductiu (Tjosvold, 1991). Els seus efectes negatius es produeixen quan “els membres de l'organització estableixen la seva interacció en termes de guanyar-perdre o quan adopten una estratègia d'evitació del risc” (Sauquet, 2000: 31).

La teoria del *management* considera que el conflicte a l'organització és degut a la competència pels recursos escassos, a la divergència d'objectius de les unitats organitzatives i a la tensió entre requeriments individuals i organitzatius (Pondy, 1967). Altres aproximacions (Kolb, Putnam, 1992) consideren que l'estudi previ del conflicte organitzatiu es centra en els seus aspectes públics, formals i racionals sense atendre als aspectes més privats, informals i menys racionals que també afecten la gestió del conflicte. Una darrera aproximació al conflicte el considera no tant com un fenomen puntual, sinó com la base real de la vida organitzativa, i en conseqüència l'opció per a l'organització més que gestionar el conflicte seria institucionalitzar-lo (Sauquet, 2000). D'aquesta manera s'ofereix un marc estable per integrar diferents posicions i interessos i, en definitiva, per internalitzar conflictes.

El conflicte a l'organització ha estat estudiat des de diverses perspectives i el conflicte organització-professional, entès com una de les tipologies dels conflictes organitzatius amb unes característiques que li són pròpies, s'ha interpretat fonamentalment sota la clau de la teoria del *management* exposada. És a dir, entenent el conflicte com la conseqüència de la competència per recursos escassos, la divergència d'objectius i la tensió entre els requeriments individuals i els organitzatius.

Sota la perspectiva de la teoria del *management* Mendoza revisa les conseqüències del conflicte organització-professional, entre les quals destaca per a l'organització la pèrdua de productivitat i creativitat dels professionals, l'augment de la rotació, la mala relació amb els supervisors i el deteriorament del clima de treball, la pèrdua d'interès per l'actualització dels coneixements i les dificultats per mobilitzar els professionals entorn dels objectius organitzatius. Entre les conseqüències del conflicte per als professionals descriu la dificultat d'identificació amb l'organització, la manca de sentit del propi treball, la renúncia a alguns dels seus principis o aspiracions, l'adopció d'una actitud reivindicativa o l'abandonament de l'organització (1999: 114).

Una anàlisi alternativa de les conseqüències del conflicte pot efectuar-se sota la perspectiva del model de resposta EVLN —sortida, expressió, lleialtat, desatenció— de Hirshman (1970) i Rusbult, Zembrodt i Gunn (1982) ja descrit (vegeu la pàgina 50), tal com van fer Lachman i Noy (1996) per estudiar les reaccions dels metges assalariats d'hospitals israelians en decadència i correlacionar-les amb una sèrie de variables, entre les quals el compromís amb l'hospital.¹¹⁰

¹⁰⁹ Rahim i Bonoma (1979) classifiquen els conflictes a les organitzacions en intrapersonals, interpersonals i intragrups, i descriuen cinc estils bàsics de resolució de conflictes: *integrant* (*integrating*), *obligant* (*obligating*), *evitant* (*avoiding*), *dominant* (*dominating*) i *comprometent* (*compromising*), que constitueixen el repertori gerencial per gestionar els conflictes.

¹¹⁰ Lachman i Noy (1996) correlacionen el model EVLN amb les variables *compromís*, *satisfacció*, *inversions*, *antiguitat*, *lloc de treball* i *metges en posicions directives*. Per analitzar el compromís amb l'hospital utilitzen el qüestionari de Mowday, Porter i Steers (1982).

D'una manera progressiva la recerca aporta evidències de la compatibilitat entre professionals i organització (Hall, 1968; Montagna, 1968; Aranya, Ferris, 1984; Benveniste, 1987; Morrow, Wirth, 1989; Wallace, 1993). En aquest sentit, Scott (1966) assenyala que:

“Professions i burocràcies s'estan convertint en més i més semblants; això és degut al fet que els *buròcrates* estan sent *professionalitzats* al mateix temps que els *professionals* estan sent *burocratitzats*.”¹¹¹

Benveniste destaca que les “estructures burocràtiques donen suport o ofereixen oportunitats per al treball, el desenvolupament i la carrera professional” (1987: 167), cosa que podria explicar, en el cas concret de la medicina, que alguns professionals estiguin disposats a cedir part de la seva autonomia, “a canvi del prestigi, la seguretat i els avantatges de pertànyer a certes organitzacions” (Mendoza, 1999: 124). En el cas dels metges, però, Freidson (1994) apunta que el conflicte organització-professional s'accentua quan, per controlar els costos hospitalaris, els esforços dels directius i administradors es dirigeixen a “influir en els patrons de la pràctica mèdica” (1994: 184).

Benveniste (1987) aporta una visió complementària en la qual destaca que el conflicte entre directius i professionals es pot interpretar moltes vegades com la part visible del conflicte organització-professió, però amb algunes característiques que li són pròpies: el conflicte i la desconfiança entre directius i professionals es fonamenta en la confusió sobre les responsabilitats de cadascun. Benveniste assenyala que la diferent perspectiva amb què aborden els problemes —una perspectiva *àmplia* els directius i *estreta* els professionals— fomenta la desconfiança entre ells.

“Els directius desconfien legítimament de les perspectives estretes: les ‘orelleres intel·lectuals’ de les professions, el seu desconeixement sobre altres vies per considerar els problemes i la seva manca de consideració sobre les grans qüestions contextuais, incloent-hi el seu inadequat sentit de la dimensió social, econòmica, financera o política dels problemes.”¹¹²

Els directius són els representants de l'organització i desconfien dels professionals i els controlen perquè no entenen o no comparteixen els motius pels quals “els objectius de l'organització es subverteixen i es desplacen per interessos i necessitats professionals” (1987: 22). També desconfien d'ells quan els perceben com una amenaça directa, tant pels potencials errors que poden cometre, i que poden ser imputats als directius, com pels desafiaments dels professionals a la seva autoritat o “pels valors professionals que no són coincidents amb els seus o amb els de l'organització” (1987: 22).

¹¹¹ Cfr. Scott (1966: 267).

¹¹² Cfr. Benveniste (1987: 21).

3.3.1. Tipologies organitzatives

Des dels primers treballs sobre el conflicte organització-professional s'utilitzen gairebé com a sinònims *organització* i *burocràcia* i s'observa amb freqüència l'ús del terme *organització burocràtica* per referir-se a l'organització en la qual treballen els professionals. Ben-David ja adverteix que “una organització burocràtica pot significar moltes coses diferents” (1958: 255) i Scott (1965) aprofundeix en l'anàlisi de les organitzacions de professionals establint-ne dues categories: autònomes —els professionals constitueixen l'eix de l'organització, gaudeixen d'autonomia operativa, ocupen posicions en la jerarquia i són quasi imprescindibles per assolir les finalitats de l'organització— i heterònomes —els professionals integren el nucli d'operacions, però estan subordinats a una jerarquia integrada per membres aliens a la professió. Mendoza (1999) emfatitza aquesta distinció, i assenyala que les organitzacions autònomes agrupen les organitzacions de professionals de serveis a les empreses, com són les firmes de serveis professionals (empreses d'auditoria, de consultoria, etc.), i les de serveis a les persones, modelitzades en la burocràcia professional, que caracteritza hospitals i universitats. Les organitzacions de professionals heterònomes cataloguen les de serveis públics a les persones en les quals els professionals, amb un grau d'autonomia petit, estan “clarament subordinats a una jerarquia administrativa, sovint constituïda per persones que no són membres de la professió” (1999: 182).

En aquesta ordenació, els hospitals es corresponen amb la genuïna burocràcia professional descrita per Mintzberg (1984), en què els metges integren el nucli operatiu, que esdevé la part central de l'organització, disposen d'un notable grau d'autonomia i tenen una relació directa amb el client, el pacient en aquest cas. Els metges treballen utilitzant el *procés d'encasellament* per categoritzar les necessitats dels pacients i aplicar un tractament, un programa normalitzat prèviament establert. Aquest és un dels trets característics de la burocràcia professional, que a més disposa d'un *staff* de suport molt desenvolupat, que constitueix una de les dues jerarquies paral·leles, “la dels professionals, democràtica i amb autoritat provinent de la base, i la de l'*staff* de suport, autocràtica i l'autoritat de la qual s'exerceix de dalt a baix” (Mintzberg, 1982: 73). La coexistència entre aquestes dues estructures no sempre és fàcil i en la mediació entre totes dues és on el directiu pot obtenir una certa legitimitat que li reconegui el *dret a gestionar*, sempre que es concentri als aspectes administratius, no entri en les qüestions estrictament professionals —sobre les quals només en el cas de ser membre de la professió, i amb una mínima reputació professional reconeguda, li serà permès opinar i aconsellar— i faciliti als professionals les condicions perquè puguin concentrar-se en les tasques que els són pròpies i es puguin desentendre d'aquelles que els són més alienes i que els desagraden més.

3.3.2. Professionals en organitzacions: metges assalariats

Els metges configuren un dels grups professionals més tradicionals (Ben-David, 1958; Hall, 1968; Engel, 1969; Freidson, 1988; Obeso, 1992; MacDonald, 1995; Mendoza,

1999; Oriol, 2001), amb uns trets definitoris comuns a la resta de professions. Mendoza (1999) defineix un grup de professionals com:

“Un grup ocupacional basat en el coneixement, els membres del qual tenen un control significatiu sobre el seu propi treball i gaudeixen d’una posició protegida en el mercat (sia en el de treball o en el de serveis professionals).”¹¹³

Els metges desenvolupen una identitat professional com a resultat de la seva formació i socialització, i interioritzen unes normes i valors que emfasitzen el servei a la societat i uns ideals altruistes (Raelin, 1986). Com en tota professió reivindiquen a més uns coneixements que no són a l’abast dels qui no pertanyen a la professió, és a dir, uns coneixements certificats i sobre els quals fonamenten la seva autonomia i el control sobre el propi treball. Gaudeixen, doncs, d’un reconeixement social que els atorga el dret d’autoregular-se, reconeixement en el qual també influeix l’esperit de servei dels professionals i el valor conferit a uns serveis que “valen més del que costen” (Oriol, 2001).

L’enquadrament de les professions originàriament liberals en organitzacions es coneix com a salarització o burocratització dels professionals (Mendoza, 1999). La salarització no suposa la fi d’una professió, però d’alguna manera el treball a l’hospital com a metge assalariat implica que alguns factors que configuren la professió de metge i li confereixen identitat —autonomia, control sobre el propi treball, relació amb els pacients, capacitat de decisió, estatus...— siguin posats en qüestió i fins i tot amenaçats. Sota aquesta perspectiva, Noy i Lachman (1993) consideren que:

“Els metges empleats a l’hospital a temps complet estan més inclinats a afrontar un conflicte entre els seus compromisos amb l’hospital i amb la professió mèdica.”¹¹⁴

Per alguns autors (Freidson, 1988; Mendoza, 1999), la professió segueix exercint el domini i manté el control sobre la pràctica de la medicina a l’hospital. Aquest domini l’exerceix per una prolongació de la seva influència d’èpoques anteriors i pel *mandat del coneixement (knowledge mandate)*¹¹⁵ rebut de la societat, que els permet resistir l’impacte dels canvis en el sistema sanitari que, entre altres transformacions, “tracten de desplaçar el poder dels metges en els hospitals a favor dels gerents i del personal d’infermeria” (MacDonald, 1995: 162).

¹¹³ Cfr. Mendoza (1999: 33).

¹¹⁴ Cfr. Noy i Lachman (1993: 61).

¹¹⁵ El *mandat del coneixement (knowledge mandate)* és un concepte expressat per Halliday (1987) per explicar l’habilitat dels metges per mantenir la posició de poder que havien assolit al llarg del segle XIX.

3.3.3. La decadència de les professions

El control burocràtic sobre els professionals, la limitació de la seva autonomia i el consegüent conflicte organització-professional porta que alguns autors parlin d'una decadència de les professions, que es justifica amb la idea de la desprofessionalització i proletarització dels professionals (Light, Levine, 1988). La desprofessionalització formula que a conseqüència de diversos canvis d'ordre social es produiria un major coneixement del client i una menor confiança en l'*ethos* professional, apareixerien més "paraprofessions" que disputarien algunes jurisdiccions de la professió. La difusió dels coneixements per diversos canals trauria l'exclusivitat i la racionalització del coneixement al metge, el faria més obert al control d'altres i aquests factors contribuirien a un menor control del procés de treball per part dels metges i, alhora, a una pèrdua de respecte i d'estatus social (Obeso, 1992). La desprofessionalització pren com a causa primera la "burocratització de la pràctica professional[, que] porta amb ella la llavor de la seva pròpia destrucció" (Light, Levine, 1988: 14).

Pel que respecta a la proletarització, alguns autors (Derber, 1982; McKinlay, 1982) plantegen que la progressiva dependència dels professionals d'una tecnologia que té uns requeriments creixents de capital per al seu desenvolupament força que els professionals depenguin dels capitalistes per obtenir els equipaments que necessiten. En la mesura que aquesta dependència augmenta, també creix el poder dels capitalistes per "modelar" la producció, i s'estableix un paral·lelisme entre la desqualificació dels treballadors d'ofici del segle XIX i el que, d'acord amb aquests autors, comença a passar amb els professionals (Light, Levine, 1988). McKinlay considera que molts metges "simplement no són capaços de veure que no són independents de les iniciatives capitalistes" (1982: 60). Derber distingeix entre la proletarització tècnica, que comportaria la pèrdua de control sobre el procés i el resultat final del treball, i la proletarització ideològica, "que faria referència a la pèrdua de control sobre els objectius i els propòsits del propi treball. Els elements de la proletarització ideològica inclouen la incapacitat per escollir o definir el producte final del propi treball, la seva disposició en el mercat, la seva utilització en la societat i els valors o la política social de l'organització que compra el propi treball" (1982: 169).

Diversos autors no estan d'acord amb la consideració que les professions estiguin en decadència ni amb les teories de la desprofessionalització i la proletarització. Freidson (1986) considera que l'opinió pública manté la seva confiança en els professionals i que, malgrat la difusió dels coneixements que es pugui haver produït, el coneixement del professional respecte al del client és encara infinitament superior —cosa que denomina *diferencial de coneixement (knowledge gap)*— a causa de la capacitat dels professionals per generar-ne de nou. En cap cas considera una decadència de les professions ni l'augura. En la mateixa línia, MacDonald no considera que les professions vegin seriosament amenaçada la seva posició "per la proletarització i per la reducció dels seus privilegis per part de les forces de la burocràcia" (1995: 63).

Les crítiques a la proletarització es fonamenten en el fet que els metges encara mantenen el control sobre el propi treball; però, en la mesura que les innovacions "més tecnològiques" es dissenyen i es produeixen fora de la medicina i que, certament, els metges tenen cada cop més una dependència important de la tecnologia, potser cal

preguntar-se si en algunes especialitats¹¹⁶ el control del treball no fa temps que ja no és en mans dels professionals. Pels defensors de la proletarització seria fins i tot adequat parlar d'uns "nous proletaris", amb referència als professionals que han perdut el control del seu treball i que de manera afegida els ha comportat una pèrdua d'estatus, de reconeixement social i fins i tot de retribució. Light i Levine (1988) assenyalen que l'especialització dels metges, que cal distingir de l'especialització dels treballadors no qualificats, no els ha *desprofessionalitzat* ni *proletaritzat* i que els professionals que han incorporat avenços tecnològics, suposadament, han millorat les seves habilitats i fins i tot han obtingut un augment en els seus ingressos.¹¹⁷

Freidson (1986) es fa ressò d'un aspecte que s'ha destacat en la literatura amb relació a la proletarització dels professionals, que en síntesi es considera ocasionada per dos factors: en primer lloc, la tendència generada al llarg del segle XX de contractar i assalariar professionals, cosa que els hauria fet perdre la independència per triar quina feina fer i com fer-la, i, en segon lloc, que el contractador ha estat una burocràcia, en la qual el professional està subjecte a estrictes controls que *rutinitzen* i desqualifiquen el treball. El mateix Freidson, crític amb aquests arguments, assenyala que "es va observar autonomia tècnica en aspectes professionals del treball, amb els professionals acceptant algunes, però no totes, de les limitacions administratives i acceptant una supervisió tècnica sempre que aquesta fos realitzada per un professional expert respectat" (1986: 162).

La desprofessionalització i la proletarització es centren a analitzar la transferència del control sobre el treball i el coneixement del professional a l'organització i les conseqüències que suposadament ocasiona sobre l'un i l'altra. Ni la hipòtesi de la desprofessionalització ni la de la proletarització entren a valorar algun possible efecte sobre el compromís del metge amb la seva professió i amb l'hospital ni amb relació a la tensió que es pugui generar entre aquestes lleialtats.

¹¹⁶ Un dels casos més remarcables és el de les anàlisis clíniques, en què els analistes han passat de fabricar-se ells mateixos els reactius i efectuar un procés de recompte de cèl·lules i de determinació de paràmetres de manera *artesana* al fet que els reactius els fabriqui la indústria proveïdora, que li aporta les especificacions per a utilitzar-los i tot l'aparellatge necessari per efectuar les analítiques. El resultat és que el procés de treball té un component d'industrialització molt elevat i el facultatiu es limita a aplicar les normes amb escassa autonomia.

¹¹⁷ Light i Levine (1988) efectuen el seu treball en un context nord-americà de predomini de la medicina privada. En el context català i espanyol es poden establir alguns paral·lelismes amb algunes especialitats, com pot ser el cas de l'oftalmologia i la cirurgia refractiva per a la correcció de la miopia, que des de finals dels anys noranta ha viscut una difusió de la tècnica i un creixement de la demanda i de l'activitat extraordinaris. Els oftalmòlegs que s'han dedicat a la cirurgia refractiva han incrementat notablement els seus ingressos econòmics, però l'increment paral·lel del nombre de centres oftalmològics dedicats a la correcció quirúrgica de la miopia ha multiplicat l'oferta, la competència entre professionals i la disminució dels preus.

3.3.4. Locals i cosmopolites

En la tradició dels estudis sobre les professions destaca el treball de Gouldner (1957, 1958), que estudia el conflicte i el compromís entre professionals i organitzacions,¹¹⁸ analitzant el que designa com a *identitats latents a les organitzacions* (*latent identities in organizations*) a partir de tres variables: la lleialtat a l'organització, el compromís amb les habilitats i els valors professionals, i l'orientació —interna o externa— amb relació al grup de referència. El resultat final li permet diferenciar dues “constel·lacions identitàries”, dues tipologies de comportament professional, a partir dels termes — *locals* i *cosmopolites*— descrits per Robert Merton.

La tipologia *locals* designa els professionals amb una elevada lleialtat amb l'organització, amb aspiracions de “fer-hi carrera” i consegüentment més sensibles a les indicacions i recompenses organitzatives, amb una forta orientació interna (el seu grup de referència és intern) i poc compromesos amb la seva especialitat professional. Distingeix quatre tipologies de comportament professional que configuren la constel·lació dels *locals*: 1) *el dedicat* (*the dedicated*), profundament compromès amb l'organització, creu que l'acord comú és més important que l'acceptació de les diferències individuals; són vistos “com a lleials, com els membres del grup en qui es pot confiar, com els pilars de la puresa ideològica” (1958: 447); 2) *el buròcrata sincer* (*the true bureaucrat*) s'interessa per la seguretat de l'organització i busca aconseguir-la “instal·lant més regulacions autoritàries i formals per controlar el comportament dels altres” (1958: 448); 3) *el guardià* (*the homeguard*), la història personal del qual està “íntimament entrellaçada amb l'organització” (1958: 448) i el seu grup intern de referència acostuma a estar focalitzat en els quadres intermedis de l'administració; 4) *els veterans* (*the elders*) són els que fa més temps que són a l'organització i acostumen a prendre com a referència un grup informal integrat per “veterans com ells, que van entrar al mateix temps a l'organització” i a “avaluar el present en termes del seu passat” (1958: 449).

El cas dels *cosmopolites* fa referència a la tipologia professional caracteritzada per la baixa lleialtat amb l'organització, l'interès per adquirir nous coneixements, desenvolupar noves àrees d'especialització i obtenir el reconeixement professional de grups externs a l'organització. Dues tipologies de comportament professional configuren la constel·lació dels cosmopolites: 1) *els no integrats* (*the outsiders*), que amb poca influència i participació en l'organització “són a però no són de l'organització” (1958: 449), i 2) *els constructors de l'imperi* (*the empire builders*), que no es senten del tot satisfets amb les possibilitats que els ofereix l'organització, observen les possibles opcions externes i tenen una gran demanda per participar “en activitats extracurriculars” (1958: 450).

El treball de Gouldner incideix en la tensió entre el compromís amb l'organització i la professió, i les tipologies que descriu constitueixen una aportació subtil i de validesa actual: no tots els professionals són iguals i segurament en qualsevol organització són agrupables en clústers, en grups de professionals que, a més de compartir uns valors,

¹¹⁸ Gouldner (1957, 1958) desenvolupa el seu estudi amb 125 professors, investigadors i administradors d'una comunitat universitària que anomena el Co-op College.

uns interessos, unes normes de funcionament, comparteixen un patró de comportament similar amb relació al seu compromís amb la professió i amb l'organització.

Una conclusió òbvia de l'estudi de Gouldner és que no hi ha equilibri entre les dues lleialtats, en el sentit que no descriu una identitat que integri un compromís simultani amb l'organització i amb la professió. Les dues identitats —locals i cosmopolites— reflecteixen “la tensió entre les necessitats simultànies de lleialtat i coneixement expert que té l'organització” (Gouldner, 1958: 444) i no sembla possible que un professional pugui ser local i cosmopolita al mateix temps. Gouldner mateix planteja l'abast del seu treball:

“Pot ser que l'estudi de les relacions entre cosmopolites i locals a les organitzacions modernes pugui aportar indicis per a l'anàlisi del conflicte a educació, govern, hospital i altres burocràcies.”¹¹⁹

El treball de Gouldner és sotmès a diverses revisions posteriors (Berger, Grimes, 1973; Flango, Brumbaugh, 1974) i és un referent per a tota la literatura sobre professions.

3.3.5. La lleialtat condicionada

En una línia de treball similar Scott (1966) destaca que els professionals participen simultàniament en la professió i l'organització i assenyala que aquesta doble pertinença imposa unes restriccions a l'intent de l'organització de “desplegar-los de manera racional [els professionals] respecte als seus objectius”, de la mateixa manera que els principis divergents “generen conflictes entre els professionals i els seus ocupadors en certes àrees específiques” (1966: 266). Scott delimita les àrees del conflicte organització-professional en: 1) la resistència dels professionals a les normes de l'organització, a causa que moltes vegades interpreten les normes com a limitacions o interferències d'altres a la seva autonomia; 2) el rebuig dels professionals als estàndards organitzatius, quan consideren que entren en conflicte amb els seus estàndards professionals; 3) la resistència dels professionals a la supervisió del seu treball per part dels administradors de l'organització, i 4) la lleialtat condicionada dels professionals a l'organització, depenent de la seva avaluació de les oportunitats que els ofereix la seva organització en comparació d'altres que coneix.

D'entre aquestes àrees de conflicte organització-professional que descriu Scott, les tres primeres es poden interpretar com el resultat del xoc primari entre el model professional i l'organitzatiu. Però probablement el concepte de *lleialtat condicionada* és un factor més explicatiu del conflicte organització-professional generat per una tensió entre compromisos. Tal com apunta Mercer (1988), la lleialtat condicionada permet entendre millor el comportament del metge a l'hospital en el sentit que, com qualsevol professional, s'identifica primer amb la seva professió i en segon terme amb l'organització en la qual treballa. Aquesta forma d'identificació s'estableix mentre el professional rep la seva formació i es reforça i manté mitjançant diversos grups i

¹¹⁹ Cfr. Gouldner (1958: 467).

associacions professionals als quals pertany. Scott (1966) assenyala sobre aquesta qüestió:

“[El professional] desenvolupa una autoimatge professional en el sentit que valora molt les seves habilitats i està més interessat a obtenir i mantenir una reputació entre els seus col·legues que a fer-se agradable als seus superiors organitzatius. Aquest professional tendeix a adquirir una visió instrumental de l'organització amb la qual està vinculat: el seu compromís amb aquesta organització és condicional i depèn de la seva avaluació de l'adequació de les facilitats i programes organitzatius amb relació a d'altres dels quals tingui coneixement.”¹²⁰

Mercer revisa també algunes situacions en les quals el conflicte organització-professional es pot exacerbar i les causes que en destaca en la seva anàlisi pràcticament es poden agrupar en una única raó: la percepció dels metges de pèrdua de la seva autonomia professional, justificada perquè senten que l'interès del pacient és secundari a l'eficiència de l'assistència que se li presta, pel sentiment afegit d'estar perdent el control de la seva professió, per la diferent percepció del seu propi rol respecte a la visió de l'organització, per les queixes de la interferència dels administradors en les decisions clíniques o per la contribució dels administradors a la ineficiència de la prestació de l'atenció.

3.3.6. La contraposició dels compromisos

En un estudi àmpliament difós comentat anteriorment (vegeu l'apartat 3.2. El compromís amb la professió, pàgina 55), Aranya i Ferris (1984) analitzen el conflicte entre professional i organització a partir de la interrelació entre el compromís organitzatiu i el professional en auditors. Per aquests autors, el conflicte organització-professional sorgeix a partir de l'ús de sistemes de control a les organitzacions. Consideren que el comportament professional està “presumiblement dictat per un codi ètic establert i monitoritzat per un grup col·legiat extern, tot i que aquest comportament també pot ser controlat per directius de la mateixa organització” (1984: 2). Si el comportament orientat des de l'organització és coincident amb el del codi professional no hi ha conflicte, però si no coincideixen i el professional es veu forçat a sotmetre's a un comportament en detriment de l'altre, apareix un conflicte entre lleialtats organitzatives i professionals.

En el seu estudi, Aranya i Ferris es pregunten si efectivament existeix un conflicte entre compromisos organitzatius i professionals i en quines condicions, quina és la seva naturalesa i la relació amb els antecedents i les conseqüències del conflicte. Utilitzen per al seu treball el Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Mowday, Steers i Porter (1979) i, en absència d'un instrument validat per mesurar el compromís professional, elaboren un nou qüestionari a partir del de Mowday, Steers i Porter, que els permet mesurar el compromís professional i organitzatiu d'una manera similar. Els dos

¹²⁰ Cfr. Scott (1966: 274).

qüestionaris són idèntics, amb la substitució del terme *organització* per *professió* en l'instrument del compromís professional.

Una de les conclusions més interessants d'aquest treball de naturalesa empírica és que estableix quatre tipologies de conflicte organització-professional a partir de la interrelació entre el compromís organitzatiu i el professional i conclou que la combinació entre un elevat compromís organitzatiu i un elevat compromís professional s'associa amb un conflicte baix, mentre que una combinació entre un compromís organitzatiu i un compromís professional baixos incrementa el conflicte. Les altres possibles combinacions entre compromisos s'associen, segons els autors, amb nivells de conflicte moderats (vegeu a continuació la taula 3-3).

Taula 3-3: Tipologies del conflicte organització-professional i del compromís organitzatiu i professional (Aranya, Ferris, 1984)

		Compromís organitzatiu individual	
		Elevat	Baix
Compromís professional individual	Elevat	Conflicte baix	Conflicte moderat
	Baix	Conflicte moderat	Conflicte elevat

Aranya i Ferris consideren que malgrat les “actituds mútuament exclusives” del compromís amb la professió i amb l'organització, aquestes actituds poden “no ser independents i que el compromís organitzatiu pot ser funció del compromís professional, que tendeix a precedir-lo” (1984: 4) atès que acostuma a desenvolupar-se durant el procés de socialització en la professió i, per tant, el compromís professional seria previ al compromís que es pogués desenvolupar amb qualsevol organització. Acceptant aquesta reflexió, “es pot esperar que l'habilitat d'una organització per facilitar l'acompliment de les expectatives professionals afecti el compromís del professional amb aquesta organització” (1984: 4).

El treball d'Aranya i Ferris entronca amb l'aportació de Gouldner sobre la dualitat del lligam amb la professió i amb l'organització. Ara bé, el que en Gouldner és un model unívoc —o local o cosmopolita— en l'aportació d'Aranya i Ferris es considera com la possible compatibilitat entre les dues lleialtats. Si tradicionalment la dualitat dels compromisos en els professionals s'ha tractat en clau de conflicte (Gouldner, 1958; Sorensen, Sorensen, 1974), el treball d'Aranya i Ferris incideix en la línia de la compatibilitat entre els compromisos amb la professió i amb l'organització apuntada per autors anteriors (Thornton, 1970; Bartol, 1979), i en consonància amb ells destaquen en

les seves conclusions la congruència del compromís organitzatiu i professional en la professió d'auditor, més que una incompatibilitat inherent. Aquesta circumstància l'expliquen a partir de la distinció entre professions personals (dret, medicina, ensenyament universitari i ministeri religiós) i tecnicocientífiques (enginyeria o auditoria) efectuada per Goode (1969), en el sentit que hi hauria unes professions que, en funció de la seva naturalesa, tindrien una predisposició al conflicte entre compromisos superior a la d'altres:

“L'aparent compatibilitat del compromís organitzatiu i professional en auditors pot ser funció de la naturalesa de la professió.”¹²¹

La influència del treball d'Aranya i Ferris és molt gran i diversos autors segueixen posteriorment la mateixa línia de treball utilitzant sempre com a objecte d'estudi els auditors (Hall, Smith, Langfield-Smith, 2005). Lachman i Aranya (1986) analitzen els efectes del compromís amb l'organització i la professió, com la intenció d'abandonar l'organització, en funció de tres tipologies organitzatives: auditors treballant pel seu compte, en una organització de professionals i en una organització de no-professionals. Meixner i Bline (1989) realitzen un treball molt similar en auditors governamentals i confirmen la conclusió d'Aranya i Ferris (1984) que el compromís organitzatiu és funció del compromís professional. Aryee, Thomas i Wyatt (1991) repliquen el mateix treball amb auditors a Singapur. Leong, Huang i Hsu (2003) conclouen al seu estudi empíric que, en contraposició amb Aranya i Ferris, el compromís professional està influït pel compromís amb l'organització i per la implicació en el treball.

En una línia molt similar, Baugh i Roberts (1994) confirmen la compatibilitat dels compromisos en enginyers i assenyalen que el compromís amb la professió té un efecte compensatori respecte al compromís amb l'organització i evita la síndrome *organization man*.

Wallace (1995) aprofundeix en l'estudi de la compatibilitat dels compromisos i analitza el grau en què advocats que treballen en organitzacions de professionals i no-professionals es senten compromesos amb la seva professió i amb l'organització que els ocupa. Wallace defensa que el compromís amb l'organització no es produeix necessàriament a costa del compromís amb la professió ni a l'inrevés, de manera que els professionals poden sentir-se intensament compromesos amb la professió i amb l'organització. Relaciona aquests compromisos amb el que anomena unes *dimensions estructurals* de les organitzacions —autoritat i autonomia, oportunitats de carrera, especialització i caràcter col·legial—, a fi d'observar si algunes d'aquestes dimensions són més rellevants per comprometre els professionals amb l'organització i d'altres amb la seva professió. Utilitza una adaptació del Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian (1974) i constata que el compromís amb l'organització depèn de les oportunitats de carrera professional i dels criteris utilitzats en la distribució de recompenses, però que les dimensions estructurals no expliquen el compromís amb la professió.

En resum, en la literatura es poden apuntar dues posicions respecte a la contribució dels compromisos al conflicte organització-professional. D'una banda, els estudis que plantegen la incompatibilitat entre els dos compromisos, que correlacionen

¹²¹ Cfr. Aranya i Ferris (1984: 11).

negativament, descrit per Gunz i Gunz (1994) com un *joc de suma zero* (*zero-sum game*), de manera que “un pot ser lleial a la seva professió o a la seva organització, però no a totes dues” (1994: 802). D'altra banda, la posició dels autors que defensen la compatibilitat entre els dos compromisos i que, en conseqüència, amplia el nombre d'escenaris de relació possibles entre les dues lleialtats.

4. Objectius de la recerca

“Veles e vents han mos desigs complir,
faent camins dubtosos per la mar.”

AUSIES MARCH (1431?): *Poema XLVI*

Aquesta recerca pretén estudiar el compromís organitzatiu en els metges assalariats d'hospitals de Catalunya, el seu compromís amb la professió i la possible tensió que es pot generar entre aquestes dues lleialtats.

- a) La primera qüestió que em proposo investigar és el grau del compromís organitzatiu dels metges dels hospitals. No hi ha cap estudi que analitzi el compromís organitzatiu dels metges hospitalaris a Catalunya o a Espanya i, consegüentment, no hi ha cap investigació que hagi utilitzat com a punt de partida el model de Meyer i Allen per estudiar-lo, a banda que la literatura sobre el compromís organitzatiu ha dedicat molt poca atenció a la lleialtat dels metges amb l'hospital.

La utilització del model de tres components de Meyer i Allen per estudiar el compromís organitzatiu dels metges amb l'hospital ha de permetre conèixer, en primer lloc, el grau en què els metges se senten compromesos amb el seu hospital i, en segona instància, el patró del seu compromís organitzatiu, entès aquest com la resultant de la diferent contribució dels components afectiu, de continuïtat i normatiu. Així mateix cal determinar la possible relació del compromís organitzatiu amb diverses variables de tipus demogràfic ? edat, anys d'exercici de la medicina o antiguitat a l'hospital, sexe? , professionals ? posició, nivell d'hospital, compatibilització de l'activitat a l'hospital amb exercici privat? o relacionades per la literatura prèvia ? suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica, satisfacció en el treball, respostes del model EVLN.

Alguns dels principals *stakeholders* dels hospitals¹²² —polítics, administració sanitària, directius hospitalaris, acadèmics, els mateixos professionals— consideren que els metges estan poc compromesos amb l'hospital. Si el compromís organitzatiu dels facultatius fos més intens, els metges estarien més predisposats i receptius a les propostes i indicacions de l'hospital i això potser permetria evitar un suposat conflicte organització-professional.

Si es fa cas als *stakeholders* esmentats caldria esperar que el compromís organitzatiu dels metges no fos gaire intens, però quin és el significat d'un compromís organitzatiu feble? El model de Meyer i Allen permet diferenciar si els components del model —afectiu, de continuïtat o normatiu— contribueixen

¹²² Cfr. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991; Obeso, 1992; Fulls Econòmics, 1995; Costa, 1995; Nogueras, 1995; Ortún, 1995; Bengoa, Camprubí, Echebarría, Fernández, Via, 1995; Mendoza, 1999; Fortuny, 2001; Vilardell, 2002.

de la mateixa manera al grau de compromís o si hi ha algun component predominant i amb quines variables correlaciona cadascun. Si es pren com a exemple els metges hospitalaris considerats com a *poc compromesos*, pot succeir que en mesurar el seu compromís organitzatiu es detecti que el compromís de continuïtat sigui molt intens, mentre que el compromís afectiu i el normatiu siguin, en aquest cas, efectivament dèbils. És a dir, el patró del compromís d'aquests facultatius seria bàsicament de continuïtat, a causa de la percepció dels costos que els suposaria deixar l'activitat o de la percepció que no tenen alternatives professionals a la seva ocupació actual. Aquest patró de compromís condicionaria un comportament dels metges basat en la valoració de la conveniència de cada acte o decisió, de si els *surt a compte* seguir una determinada línia de conducta. Es senten compromesos, volen seguir a l'hospital, però no tenen la predisposició a seguir les indicacions de la direcció o a fer contribucions positives per a l'hospital, pròpies dels qui presenten un compromís més intens a causa dels components afectiu o normatiu.

- b) Una segona qüestió, molt relacionada amb l'anterior, és la determinació del grau de compromís amb els focus amb els quals els metges estableixen una vinculació. Els focus del compromís són les circumscripcions de l'organització amb les quals un individu es pot sentir compromés (Reichers, 1986; Becker, Billings, 1993) i en el cas dels metges els focus més rellevants es consideren el servei i el cap de servei, perquè *viuen* l'hospital a través d'ells (Obeso, Castellà, Guilera, Peiró, Batista-Foguet, 1990). En conseqüència, confirmar la rellevància d'aquests focus del compromís dels facultatius no és una qüestió menor i pot ser una dada valuosa per als qui gestionen aquests col·lectius de professionals. A més, és possible que els patrons de compromís variïn en funció dels diferents focus, en el sentit que un metge pot tenir un patró de compromís amb l'alta direcció de l'hospital diferent del patró de compromís que desenvolupi amb el cap del seu servei o amb la unitat en la qual està enquadrat.

Específicament, pretenc esbrinar la rellevància del servei i del cap de servei com a focus del compromís i determinar el grau del compromís dels metges amb aquests focus. En segon terme, intentaré analitzar la seva relació amb les variables demogràfiques, professionals i relacionades per la literatura, per detectar diferents patrons de compromís.

- c) La tercera qüestió a investigar és el grau de compromís professional dels metges hospitalaris. Els pocs treballs que estudien el compromís dels metges amb la professió ho fan en contraposició amb el seu compromís organitzatiu, analitzant la compatibilitat o la tensió entre organitzacions i professionals, però en cap d'aquests estudis s'ha utilitzat el model de Meyer i Allen adaptat per a ocupacions i professions (Meyer, Allen, Smith, 1993) que ha de permetre detectar el patró del compromís professional dels metges hospitalaris, resultant de la diferent contribució dels components afectiu, de continuïtat i normatiu del model, a la lleialtat amb la seva professió. Així mateix, cal observar si el compromís amb la professió varia amb relació a les diverses variables exposades: demogràfiques, professionals i relacionades en la literatura prèvia.

Convencionalment es considera que els metges, com a integrants d'una de les professions per excel·lència, desenvolupen un compromís professional molt intens. No obstant això, com en el cas del compromís organitzatiu, és interessant esbrinar la contribució dels tres components del compromís a la seva lleialtat amb la professió. Un patró de compromís professional dominat pel component afectiu mostraria un metge a qui agrada la seva professió i vol seguir exercint-la, mentre que si el compromís depèn del component de continuïtat es correspondria amb un facultatiu que segueix exercint la medicina per la dificultat que li comporta canviar de professió, perquè valora les inversions de tota naturalesa que ha realitzat al llarg de la seva carrera i que perdria en el cas d'abandonar-la, i per l'absència d'alternatives professionals a l'exercici de la medicina.

- d) Finalment, la quarta qüestió que vull investigar és la relació entre el compromís organitzatiu i el compromís professional. En la recerca prèvia, tradicionalment es descriu la incompatibilitat entre els dos compromisos, però de manera progressiva les investigacions es decanten per analitzar la compatibilitat entre el compromís professional i l'organitzatiu, de manera que es poden establir diverses relacions entre les dues lleialtats. És a dir, pot haver-hi patrons de compromís organitzatiu i patrons de compromís professional compatibles, patrons que *encaixen*, i de la mateixa manera patrons de compromís parcial o totalment incompatibles, que *no encaixen* i que, en últim terme, poden generar un conflicte organització-professional.

Sembla interessant explorar mitjançant una recerca els diferents patrons amb què es pot manifestar la compatibilitat o incompatibilitat dels compromisos, que és tant com dir esbrinar la manera com els metges resolen la tensió que els pot provocar l'exigència d'una doble lleialtat. Els patrons resultants haurien de ser diferents formes d'*encaix* entre els compromisos, de manera que si es confirma aquests supòsit, permetrien tipificar diferents grups de metges en funció del patró de compatibilitat dels seus compromisos.

5. Metodologia

“Seràs la clau que obre tots els panys,
seràs la llum, la llum il·limitada,
seràs confí on l’aurora comença,
seràs forment, escala il·luminada!”

VICENT ANDRÉS ESTELLÉS (1980): *M’aclame a tu*

El propòsit de la recerca és analitzar la relació entre el compromís organitzatiu dels metges hospitalaris i el seu compromís amb la professió, comprendre millor com aquests metges compatibilitzen i gestionen aquestes dues demandes de lleialtat aparentment contraposades i, eventualment, esbrinar si aquesta contraposició pot ser explicativa de la compatibilitat o del conflicte organització-professional i de les maneres en què aquest conflicte es manifesta. El disseny de la recerca considera diverses fases, en les quals es combina la utilització de mètodes quantitativs i mètodes qualitativs, que permetin enriquir, ampliar i matisar els resultats dels estudis quantitativs.

Els estudis quantitativs es caracteritzen per definir i aïllar categories de la manera més precisa abans que l’estudi es porti a terme i determinar posteriorment amb tota precisió les relacions entre les categories. En contraposició, els estudis qualitativs pretenen aïllar i definir categories durant el procés de recerca. Tal com assenyala McCracken, per als primers les “categories ben definides són el significat de la recerca, per als altres són l’objecte de la recerca” (1988: 16).

L’àmbit de la recerca són metges que treballen a hospitals de Catalunya, als qui es va fer arribar un qüestionari sobre el seu compromís organitzatiu i professional; posteriorment, un cop rebudes i analitzades les respostes, es va mantenir una entrevista individual amb un nombre limitat de metges dels hospitals inclosos a la recerca.

Per a la realització de la recerca s’han utilitzat, doncs, diverses fonts de recollida de dades, amb la finalitat de poder descriure i entendre millor com els metges concilien els dos compromisos i l’impacte que aquesta conciliació o no-conciliació pot tenir en la gestió de l’hospital.

La intenció ha estat d’acostar-se a la recerca amb una mentalitat oberta, de manera que sobre la marxa es relacionés la teoria revisada amb les dades que s’anaven obtenint i analitzant, atès que el principi que em guia “és explorar i trobar qüestions o patrons amb relació a l’objecte de l’estudi abans que confirmar una teoria existent” (Sauquet, 2000: 74).

La finalitat del treball amb els qüestionaris ha estat determinar amb precisió el grau de compromís dels metges amb l’organització i amb la professió, i establir de manera igualment precisa les relacions entre variables concretes i definides, que serveixen com a punt de partida per a l’abordatge qualitatiu del problema que aporta una visió menys precisa però més àmplia de la tensió i compatibilitat dels compromisos.

5.1. Mètodes per a la recollida de dades

“El Monte Carmelo es una colina desnuda y árida situada al noroeste de la ciudad.”

JUAN MARSÉ (1966): *Últimas tardes con Teresa*

En la recollida de dades per a la recerca s’han seguit diverses etapes, que es poden agrupar en tres fases: una primera de comuna, seguida d’una fase quantitativa i d’una darrera de qualitativa. En la fase comuna s’han obtingut les dades per utilitzar-les en les fases posteriors. En aquesta fase s’han seguit tres etapes: 1) revisió de la literatura, 2) entrevistes amb experts, 3) selecció dels hospitals. En la fase quantitativa s’han seguit les etapes: 1) preparació de l’instrument de mesura, 2) prova inicial dels indicadors i revisió, 3) administració del qüestionari als metges dels hospitals seleccionats, 4) anàlisi de les dades i resultats. Finalment, en la fase qualitativa s’han realitzat: 1) entrevistes pilot, 2) entrevistes amb una selecció dels metges enquestats i 3) codificació, anàlisi i interpretació de les dades obtingudes a les entrevistes.

5.1.1. Revisió de la literatura

La revisió de la literatura permet focalitzar l’estudi i determinar el grau de coneixement existent. Marshall i Rossman (1989) la proposen com un procés permanent en la recerca, que avança simultàniament al treball de camp, i que permet una interrelació més creativa entre la recollida de dades, la revisió de la literatura i la introspecció de l’investigador.

La literatura s’ha revisat en el capítol 3 d’aquesta tesi i ha servit per categoritzar els diversos models de compromís organitzatiu i professional, determinar els focus del compromís dels metges i analitzar tipologies de conflicte i compatibilitat entre els dos compromisos.

5.1.2. Entrevistes amb experts

L’objectiu de les entrevistes amb experts, entenent com a tals persones coneixedores de la temàtica que es volia estudiar, ha estat confirmar de manera preliminar l’interès de la recerca i garantir d’alguna manera que l’estudi que es volia emprendre té un grau de rellevància suficient.

En aquest sentit, s'han portat a terme dos tipus d'actuacions. En primer lloc, dues presentacions d'un primer esborrany del projecte de tesi en sessions internes d'ESADE¹²³ i, en segon lloc, la presentació del projecte als representants de l'alta direcció dels hospitals quan se'ls va demanar l'autorització per participar a l'estudi i que van servir per confirmar l'interès del tema entre els directius.

5.1.3. Selecció dels hospitals en què portar a terme la recerca

Probablement sota la mateixa denominació d'hospital s'inclouen realitats, objectius i funcions molt diferents, que poden exercir una notòria influència en l'objecte de l'estudi. Una manera de tenir en compte aquesta circumstància és segmentar els hospitals seguint la classificació que utilitza el Servei Català de la Salut (2003), que agrupa els hospitals en tres categories: hospital general bàsic, hospital de referència i hospital d'alta tecnologia, a partir de les seves característiques estructurals més remarcables: la grandària, la disponibilitat de tecnologies diagnòstiques i terapèutiques o el vincle amb la universitat.

S'han seleccionat tres hospitals en cadascuna de les categories, en funció de la seva *representativitat (typical instances)*. En cada cas s'ha mantingut una entrevista prèvia amb algun representant de l'alta direcció del centre, per explicar-li l'objectiu de la recerca, obtenir la seva conformitat amb l'estudi, aconseguir informació addicional i disposar de la seva col·laboració en la distribució personalitzada dels qüestionaris a tots els membres del cos facultatiu de cada hospital.

5.1.4. Preparació de l'instrument de mesura

Per a l'estudi quantitatiu s'ha modificat i adaptat l'instrument desenvolupat per Meyer, Allen i Smith (1993) a la Universitat de Western Ontario, al Canadà, per a la mesura del compromís amb l'organització i amb l'ocupació. Aquest instrument no ha estat utilitzat prèviament en el nostre entorn ni en el col·lectiu de metges hospitalaris.

El qüestionari de Meyer, Allen i Smith (1993), originàriament dirigit a infermeres, consta de trenta-sis indicadors per a la mesura del compromís organitzatiu i del compromís ocupacional. Els indicadors els obtenen de la modificació del qüestionari de Meyer i Allen (1990)¹²⁴ per a la mesura del compromís organitzatiu i de l'administració

¹²³ La presentació del projecte de tesi s'ha fet al Seminari de Doctorat del Departament de Política d'Empresa del 30 de gener de 2004 i a la reunió del Departament de Direcció de Recursos Humans del 17 de març de 2004, on ha estat sotmès a les consideracions, suggeriments i crítiques dels participants a les reunions.

¹²⁴ Meyer, Allen i Smith (1993) eliminen els dos indicadors més febles del component afectiu del qüestionari de Meyer i Allen (1990) per abreujar-lo. Eliminen tres indicadors del component de continuïtat, dos d'aquests amb polaritat invertida, i n'afegeixen un de nou. Finalment, reescrueixen

prèvia a estudiants d'infermeria d'un qüestionari pilot de trenta indicadors dels quals seleccionen els millors per a la mesura del compromís amb la professió. L'instrument final incorpora diversos indicadors per a la mesura de variables demogràfiques, professionals, d'antecedents i conseqüències del compromís ocupacional, en concret, la satisfacció en el treball, el sentit d'obligació cap als altres, la intenció d'abandonar l'organització, la implicació en la professió, el model de resposta EVLN, l'absentisme, els retards, l'avaluació del rendiment i la conducta organitzativa cívica (OCB).

En el present estudi es vol mesurar el compromís professional i organitzatiu de metges hospitalaris assalariats i la relació d'aquests constructes entre ells i amb una sèrie de variables considerades com a antecedents o conseqüències del compromís organitzatiu i professional: el model de resposta EVLN, la conducta organitzativa cívica, el suport organitzatiu percebut i la satisfacció en el treball.

En cadascuna de les variables a estudiar s'han efectuat una sèrie de modificacions i adaptacions amb relació al qüestionari original de Meyer, Allen, Smith (1993), que es detallen a continuació:

a) *Compromís organitzatiu i amb la professió*

Per mesurar el compromís amb l'organització i amb la professió, s'han traduït els trenta-sis indicadors del compromís organitzatiu i ocupacional de Meyer, Allen i Smith (1993), substituint el terme original *ocupacional* pel de *professional*. Igualment, s'han substituït els termes *infermeria* i *infermera* per *medicina* i *metge* i el d'*institució per hospital*. Canvis similars han estat realitzats per diversos autors en els seus estudis (Irving, Coleman, Cooper, 1997; Snape, Redman, 2003) i tal com assenyalen Meyer, Allen i Smith (1993) "els qüestionaris que hem desenvolupat poden ser fàcilment adaptats per ser utilitzats en altres ocupacions o professions inserint-hi els descriptors apropiats" (1993: 549).

El qüestionari consta de divuit indicadors per a la *mesura del compromís organitzatiu* distribuïts entre els components afectiu, de continuïtat i normatiu. La mesura del component *afectiu* es realitza amb:

1. M'agradaria passar la resta de la meva carrera en aquest hospital.
2. Sento que els problemes de l'hospital són els meus.
3. No em sento *part de la família* d'aquest hospital. (PI)¹²⁵
4. No sento lligams emocionals amb aquest hospital. (PI)
5. Aquest hospital significa molt per a mi.

els indicadors del compromís normatiu, "per emfasitzar més clarament el sentit d'obligació cap a l'organització característic" d'aquest component (1993: 541).

¹²⁵ PI fa referència a *polaritat invertida*.

6. No tinc un sentiment de pertinença a l'hospital. (PI)

Els indicadors per a la mesura del component *de continuïtat* són:

1. Em seria molt difícil deixar l'hospital ara, encara que volgués.
2. La vida se m'alteraria massa si decidís deixar l'hospital ara.
3. En aquests moments, quedar-me a l'hospital és tant una qüestió de necessitat com de desig.
4. No tinc gaires opcions per plantejar-me deixar aquest hospital.
5. Una de les poques conseqüències negatives de deixar l'hospital seria les poques alternatives disponibles.
6. Si no hagués donat tant a l'hospital, potser sí que em plantejaria treballar en un altre lloc.

La mesura del component *normatiu* la integren els indicadors:

1. No em sento obligat a quedar-me en aquest lloc de treball. (PI)
2. Tot i que hi sortís guanyant, no crec que estigués bé deixar l'hospital en aquest moment.
3. Em sentiria culpable si deixés l'hospital ara.
4. Aquest hospital es mereix la meva lleialtat.
5. No deixaria l'hospital en aquests moments perquè tinc un sentit del deure cap a les persones que hi treballen.
6. Li dec molt, al meu hospital.

El qüestionari consta també de divuit indicadors per a la mesura del *compromís professional*, distribuïts entre els components afectiu, de continuïtat i normatiu. Per a la mesura del component *afectiu* s'utilitzen:

1. L'exercici de la medicina és important per a la meva imatge.
2. Em penedeixo d'haver entrat a la professió mèdica. (PI)
3. Em sento orgullós de formar part de la professió mèdica.
4. No m'agrada ser metge. (PI)
5. No em sento identificat amb la professió mèdica. (PI)

6. L'exercici de la medicina m'entusiasma.

Els indicadors per a la mesura del component *de continuïtat* són:

1. He donat massa de mi mateix a la professió de metge per plantejar-me canviar a hores d'ara.
2. Canviar de professió ara em seria difícil.
3. Canviarien massa coses a la meua vida si canviés de professió.
4. Canviar de professió ara em comportaria un cost molt gran.
5. Res no m'impedeix canviar de professió.
6. Canviar de professió ara requeriria un sacrifici personal considerable.

Per a la mesura del component *normatiu* s'utilitzen els indicadors següents:

1. Crec que les persones que s'han format en una professió tenen la responsabilitat de dedicar-s'hi durant un període raonable de temps.
2. No sento cap obligació per continuar en la professió mèdica.
3. Sento que tinc una responsabilitat amb la medicina i que hi he de continuar.
4. Tot i que hi sortís guanyant no crec que estigués preparat/ada per deixar la medicina ara.
5. Em sentiria culpable si deixés la medicina.
6. Estic en la medicina per un sentit de lleialtat a la professió.

b) Focus del compromís

Per analitzar els focus del compromís s'afegeixen cinc indicadors que no consten en el qüestionari de Meyer, Allen, Smith (1993). S'estableixen com a focus del compromís el servei i el cap de servei, atesa la seva importància en la vinculació dels metges amb l'hospital (Obeso, Castellà, Guilera, Peiró, Batista-Foguet, 1990). El servei és la unitat organitzativa bàsica en la qual està enquadrat el metge i el cap de servei és el responsable d'aquesta unitat i suposadament actua com a supervisor directe del facultatiu.

Per no allargar excessivament el qüestionari reiterant les mateixes preguntes utilitzades pel compromís organitzatiu i professional, només s'utilitzen tres indicadors per mesurar el compromís amb el servei. S'han obtingut efectuant una modificació específica de tres indicadors del qüestionari de compromís organitzatiu de Meyer, Allen i Smith (1993), en els quals s'introdueix una referència explícita al

servei. Cada indicador mesura un dels tres components —afectiu, de continuïtat i normatiu— del model:

1. Tinc un sentiment de pertinença al meu servei.
2. No tinc alternatives professionals fora del meu servei.
3. Tinc un sentit del deure amb el meu servei.

Per a la mesura del compromís amb el cap de servei només s'han utilitzat dos indicadors adaptats de l'instrument desenvolupat per Becker (1992) en el seu treball sobre els focus del compromís.¹²⁶ El primer indicador mesura el component *afectiu* amb el cap de servei, que Becker denomina identificació amb el supervisor, i el segon mesura el component *de continuïtat*, denominat *conformitat* per Becker.

1. Quan algú elogia el meu cap de servei, ho sento com un compliment personal.
2. La intensitat del meu treball depèn del reconeixement del meu cap de servei.

c) *Model de resposta EVLN*

Meyer, Allen i Smith (1993) utilitzen en el seu qüestionari dos indicadors per a cadascun dels factors: *expressió*, *lleialtat*, *desatenció* i analitzen *sortida* amb un indicador a part, com a *intenció d'abandonar l'organització*.

En la meua recerca, per a l'anàlisi i mesura del model de resposta EVLN s'ha traduït i adaptat l'instrument utilitzat per Lachman i Noy (1996) en el seu estudi del patró de resposta dels metges assalariats en els hospitals israelians en decadència, que van desenvolupar a partir de l'instrument creat per Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988) i Withey i Cooper (1989). En total es tracta d'onze indicadors, tres dels quals mesuren el factor *sortida*:

1. Sovint considero la possibilitat de deixar aquest hospital.
2. Tal com estan les coses, crec que continuaré en el mateix lloc de treball durant els propers dos anys.
3. Amb les condicions actuals, prefereixo dedicar la major part del meu esforç i energia a assumptes de fora de l'hospital.

¹²⁶ Becker utilitza per als seus treballs el model de compromís organitzatiu desenvolupat per O'Reilly i Chatman (1986), que, com s'ha comentat a l'apartat 3.1.2, defineixen inicialment tres components del compromís amb l'organització, conformitat, identificació i interiorització, però que es veuen obligats a reformular-ho i establir dos components —conformitat i normatiu— (O'Reilly, Chatman, Caldwell, 1991), per les dificultats de distingir entre identificació i interiorització.

Dos indicadors mesuren el factor *expressió*:

1. En diverses ocasions he pres la iniciativa per intentar aconseguir canvis a l'hospital.
2. De vegades m'he posat en contacte amb persones de fora de l'hospital en un esforç per efectuar canvis en els procediments de treball.

La mesura del factor *lleialtat* inclou tres indicadors:

1. La direcció de l'hospital coneix el seu treball i sap el que ha de fer.
2. Usualment defenso l'hospital contra les opinions crítiques.
3. D'aquí a un any o dos, la situació de l'hospital serà molt millor del que és ara.

Finalment, el factor *desatenció* és mesurat per tres indicadors:

1. Ocasionalment vaig a treballar tard i/o me'n vaig d'hora perquè no em trobo bé treballant, tenint en compte les condicions que ofereix l'hospital.
2. Ocasionalment, hi ha dies en què no poso gaire esforç en el meu treball.
3. Mentre que jo rebi el meu salari, no em preocupa el que passi en aquest hospital.

d) Conducta organitzativa cívica (OCB)

Meyer, Allen Smith (1993) desenvolupen uns indicadors específics per a la mesura de la conducta organitzativa cívica (OCB),¹²⁷ però no he pogut disposar d'aquests indicadors i he optat per utilitzar els factors descrits per Organ (1988) i confirmats en estudis posteriors (Podsakoff, MacKenzie, Moorman, Fetter, 1990): altruisme (*altruism*), escrupolositat (*conscientiousness*), esportivitat (*sportmanship*), cortesia (*courtesy*) i virtut cívica (*civic virtue*), cadascun dels quals es mesura amb un indicador, adaptat específicament per a aquest estudi.

Altruisme fa referència als comportaments d'ajut a altres persones específiques, com els companys de treball (Organ, Ryan, 1995), i l'indicador que s'utilitza per a la seva mesura és:

1. Ajudo altres companys quan tenen molta feina.

Escrupolositat, entesa com els comportaments que van més enllà dels requeriments mínims en aspectes com "assistència exemplar, utilització del temps de treball, respecte per la propietat de la companyia, adhesió fidel a les regles sobre

¹²⁷ Identifiquen dos factors de conducta cívica que anomenen *ajudant els altres (helping others)* i *utilització del temps (use of time)*.

procediments de treball i conducta” (Organ, Ryan, 1995: 782), es mesura amb l’indicador:

1. Arribo cada dia puntualment a l’hospital, amb independència del temps que faci o del trànsit que hi hagi.

Esportivitat, definida com la “demostració de la voluntat de suportar inconvenients personals menors i temporals i imposicions, sense bullícia, apel·lació o protesta” (Organ, Ryan, 1995: 782), es mesura amb l’indicador:

1. No critico l’hospital.

Virtut cívica, entesa com “la implicació responsable i constructiva en els esdeveniments i governabilitat de l’organització” (Organ, Ryan, 1995: 782), es mesura amb l’indicador:

1. De manera voluntària assumeixo funcions que contribueixen a la bona imatge de l’hospital.

Cortesia, definida com “les expressions efectuades per ajudar a prevenir problemes associats amb el treball” (Organ, Ryan, 1995: 782), es mesura amb l’indicador:

1. Procuo estar al corrent dels canvis i de les novetats de l’hospital.

e) Suport organitzatiu percebut (POS)

Els indicadors per a la mesura del suport organitzatiu percebut (POS) s’han elaborat a partir de la traducció dels vuit indicadors seleccionats per Eisenberger, Cummings, Armeli i Lynch (1997) com els indicadors amb saturacions més elevades d’entre els trenta-sis que integren el qüestionari original d’Eisenberger, Huntington, Hutchinson i Sowa (1986). En aquest cas també he substituït el terme *organització* per *hospital*.

- a) El meu hospital té en compte les meves opinions.
- b) El meu hospital es preocupa realment pel meu benestar.
- c) El meu hospital té molt en consideració els meus objectius i valors.
- d) Si tinc un problema l’hospital m’ajudarà.
- e) Si m’equivoco sense mala fe, el meu hospital no m’ho tindrà en compte.
- f) Si té l’oportunitat, el meu hospital intentarà aprofitar-se de mi. (PI)
- g) El meu hospital mostra molt poc interès per mi. (PI)
- h) El meu hospital està disposat a ajudar-me si necessito un favor especial.

f) Satisfacció en el treball

De la mateixa manera s'han traduït els quatre indicadors que Eisenberger, Cummings, Armeli i Lynch (1997) utilitzen en el mateix estudi per a la mesura de la satisfacció en el treball.¹²⁸

1. Si un bon amic meu em digués que està interessat en un lloc de treball com el que jo tinc, li recomanaria ferventment que hi optés.
2. Estic molt satisfet amb el meu treball actual.
3. En general, el meu treball actual es correspon amb el que jo m'esperava.
4. Sabent el que ara sé, si hagués de decidir de nou sobre el meu treball actual, el tornaria a escollir.

5.1.5. Prova inicial dels indicadors, adaptació i avaluació del qüestionari

La utilització del qüestionari en requereix una validació prèvia, atès que es pren com a referència un instrument desenvolupat al Canadà per Meyer, Allen i Smith (1993), que es va modificar, s'hi van afegir, eliminar i substituir variables i que no havia estat utilitzat prèviament en l'entorn català. La finalitat d'aquesta prova pilot és detectar possibles errades en la traducció, comprovar la correcta comprensió dels termes utilitzats i que el seu significat és comú per als metges participants (Batista-Foguet, Coenders, Alonso, 2004).

El qüestionari es va distribuir per a la seva validació entre els participants en dos programes docents, que reunien característiques molt similars a les dels col·lectius de metges que serien enquestats posteriorment. El primer grup pilot l'integraven onze metges uròlegs que treballen en hospitals públics de tot el territori espanyol i que ocupen diverses posicions en els serveis d'urologia (adjunt, cap de secció o cap de servei). El segon grup l'integraven vint-i-cinc membres de diverses professions amb predomini de metges, que participaven en un programa formatiu específic de gestió sanitària.

Les aportacions dels dos grups pilot permeteren revisar el qüestionari, millorar el redactat d'alguns indicadors i confirmar la validesa de l'instrument.

¹²⁸ Eisenberger, Cummings, Armeli i Lynch (1997), per mesurar el *nivell general de satisfacció en el treball (overall level of job satisfaction)* utilitzen quatre indicadors de l'índex de satisfacció en el treball desenvolupat per Quinn i Sheperd [R. P. Quinn; L. G. Shepard (1974): *The 1972-1973 quality of employment survey*. Ann Arbor: Institute for Social Research. University of Michigan].

5.1.6. Qüestionari definitiu

El qüestionari definitiu (vegeu l'annex 2, a la pàgina 252) consta de tres parts: en la primera un text introductori explica el propòsit de l'estudi; la segona la integren seixanta-nou indicadors que corresponen a les dimensions d'interès en aquest estudi, en els quals en una escala d'onze punts (0 és absolutament en desacord i 10 absolutament d'acord) s'ha d'assenyalar el grau d'acord o de desacord amb l'afirmació que es planteja; la tercera part la componen una sèrie de variables que caracteritzen qui respon (sexe, edat, professió, especialitat, antiguitat en l'exercici professional, posició que ocupa a l'hospital, antiguitat a l'hospital, nivell de l'hospital en el qual treballa —d'alta tecnologia, de referència, general bàsic—¹²⁹ i si compatibilitza l'activitat professional a l'hospital amb l'activitat privada). Els qüestionaris tenen un codi per identificar cada hospital.

5.1.7. Administració del qüestionari als metges dels hospitals seleccionats

Cada hospital participant va indicar el nombre de qüestionaris necessaris en funció del nombre de metges integrants del seu cos facultatiu. Es van enviar les còpies demanades perquè els fessin arribar a tots els metges i es suggeria que es distribuïssin amb una carta personalitzada (vegeu l'annex 1, a la pàgina núm 251) que s'adjuntava signada per un membre de l'alta direcció de l'hospital (director general, gerent, director gerent o director mèdic segons el centre). Amb el qüestionari i la carta de la direcció es va adjuntar un sobre franquejat dirigit a mi, perquè un cop contestat el qüestionari me'l retornessin directament. Un dels hospitals participants (R-1) no va utilitzar la carta de presentació proposada i va preferir que el director mèdic expliqués personalment a cada metge l'abast de l'estudi. Només un dels hospitals (AT-3) em va demanar que m'encarregués de preparar la tramesa dels qüestionaris, i em va facilitar la relació de tots els seus metges. En aquest cas, vaig fer arribar al director de l'hospital el qüestionari, la carta signada per ell i el sobre de resposta franquejat, en un sobre personalitzat per a cada facultatiu del centre, que l'hospital es va encarregar de distribuir. En aquesta primera fase es van enviar als nou hospitals un total de 1.740 qüestionaris i es van rebre 488 exemplars contestats, un 28,0 % de respostes.

Entre vuit i dotze setmanes després de la primera tramesa es va fer un segon enviament del qüestionari un altre cop a tots els metges de cada hospital, amb les mateixes característiques que el primer, però amb una nova carta de l'alta direcció del centre com a recordatori per als qui encara no havien respost el qüestionari i agraint la col·laboració si ja ho havien fet (vegeu l'annex 2, a la pàgina 252). Tornant a enviar el qüestionari a tots els metges de cada hospital es protegia la confidencialitat dels facultatius que

¹²⁹ El Servei Català de la Salut classifica els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) en tres tipus: *hospital general bàsic* és el que pot atendre la patologia habitual de la població; *hospital de referència* pot resoldre la major part de les patologies exceptuant-ne les que requereixen tecnologies d'alt nivell o superespecialitats; *hospital d'alta tecnologia* és el que disposa de les noves tecnologies i de les superespecialitats (Servei Català de la Salut, 2003).

encara no l'havien contestat. L'hospital que va optar perquè el director mèdic expliqués als facultatius l'abast de l'estudi (R-1) va preferir que no enviés una segona tramesa i el director mèdic va recordar personalment als facultatius que contestessin el qüestionari i em fessin arribar les respostes. En aquesta segona fase es van enviar a vuit hospitals un total de 1.650 qüestionaris i es van rebre 213 exemplars contestats, un 12,9 % de respostes. En total es van enviar els qüestionaris a 1.740 metges de nou hospitals, dels quals em van retornar 701 exemplars contestats, cosa que representa una ràtio de respostes del 40,3 % (vegeu la taula 5.2).

Taula 5-1: Distribució dels qüestionaris

		Primera tramesa			Segona tramesa			TOTAL		
	Hospital / codi qüestionari	Exemplars entregats	Exemplars contestats	% resposta	Exemplars entregats	Exemplars contestats	% resposta	Metges enquestats	Exemplars contestats	% resposta
1.	AT-1	250	92	36,8 %	250	34	13,6 %	250	126	50,4 %
2.	AT-2	260	78	30,0 %	260	31	11,9 %	260	109	41,9 %
3.	AT-3	457	109	23,9 %	457	53	11,6 %	457	162	35,4 %
Subtotal Hospitals d'alta tecnologia		967	279	28,9 %	967	118	12,2 %	967	397	41,1 %
4.	R-1	90	35	38,9 %	0	1		90	36	40,0 %
5.	R-2	170	64	37,6 %	170	18	10,6 %	170	82	48,2 %
6.	R-3	360	66	18,3 %	360	71	19,7 %	360	137	38,1 %
Subtotal Hospitals de referència		620	165	26,6 %	530	90	17,0 %	620	255	41,1 %
7.	GB-1	35	12	34,3 %	35	0	0,0 %	35	12	34,3 %
8.	GB-2	18	6	33,3 %	18	2	11,1 %	18	8	44,4 %
9.	GB-3	100	26	26,0 %	100	3	3,0 %	100	29	29,0 %
Subtotal Hospitals generals bàsics		153	44	28,8 %	153	5	3,3 %	153	49	32,0 %
Total d'hospitals		1.740	488	28,0 %	1.650	213	12,9 %	1.740	701	40,3 %

5.1.8. Anàlisi de les dades i resultats

El model d'anàlisi factorial confirmatòria ha ajudat a formalitzar les relacions entre les variables observables i les latents, que operacionalitzen els constructes d'interès, amb la finalitat d'establir un conjunt d'indicadors adequats per a aquestes dimensions subjacents. En primer lloc, la perspectiva exploratòria del model m'ha permès comprovar exclusivament el nombre de factors o dimensions latents que assumia.

A continuació, un model d'anàlisi factorial confirmatòria, que és el més utilitzat per avaluar la validesa i la fiabilitat i per corregir l'error de mesura, em permet especificar "quines variables observables mesuren quins factors" (Batista-Foguet, Coenders; 1998: 234), proporcionant índexs de la qualitat de la mesura efectuada (vegeu la taula 5-3). Assegurar que els instruments utilitzats mesuren correctament els constructes que es desitja estudiar ha de ser un pas previ a l'estudi de les relacions entre aquests constructes. Així, en aquest cas, l'estimació i contrast de models d'anàlisi factorial confirmatòria ha precedit l'estimació i contrast de les relacions entre els factors.

Taula 5-2: Índex de qualitat de la mesura dels factors

Factors mesurats	Índex de qualitat¹³⁰
Compromís organitzatiu afectiu	0,51 - 0,74
Compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats	0,70 - 0,81
Compromís organitzatiu de continuïtat - absència d'alternatives	No procedent ¹³¹
Compromís organitzatiu normatiu	0,62 - 0,81
Compromís professional afectiu	0,52 - 0,72
Compromís professional de continuïtat	0,60 - 0,86
Compromís professional normatiu	0,56 - 0,83
Compromís afectiu amb el servei	No procedent
Compromís de continuïtat amb el servei	No procedent
Compromís normatiu amb el servei	No procedent
Compromís afectiu amb el cap de servei	No procedent
Compromís de continuïtat amb el cap de servei	No procedent
Desatenció	0,54 - 0,79
Sortida	0,71 - 0,73
Expressió	0,48 - 1,00
Lleialtat	0,55 - 0,80
Conducta organitzativa cívica	No procedent
Suport organitzatiu percebut	0,65 - 0,91
Satisfacció en el treball	0,76 - 0,89

¹³⁰ L'índex de qualitat de la taula 5-2 fa referència a la correlació indicador - factor i el seu quadrat s'ha d'interpretar com el percentatge de variància de cada ítem que explica el factor en concret.

¹³¹ El "No procedent" fa referència al fet que es disposa de menys de tres indicadors per mesurar el constructe.

Pel que fa a l'anàlisi del focus del compromís amb el servei i amb el cap de servei, només es disposa d'un indicador per a cada constructe, cosa que no permet avaluar la qualitat de la mesura. Només he utilitzat l'indicador que es pressuposa que és el més representatiu de cada constructe, amb la finalitat d'evitar reiteració amb les preguntes anteriors sobre compromís organitzatiu i compromís professional.

Una vegada establertes les propietats psicomètriques de l'instrument de mesura, estableixo quines relacions s'observen entre els factors de l'estudi, per a la qual cosa em plantejo contestar seqüencialment una sèrie de preguntes:

- a) En primer lloc, si hi ha relació entre dues variables. Per exemple, si hi ha relació entre cadascun dels diferents constructes del compromís organitzatiu i variables com l'edat o el suport organitzatiu percebut. Per realitzar aquesta anàlisi utilitzo eines exploratòries com els *gràfics de caixa en paral·lel* (*parallel box-plots*), si relaciono variables contínues amb variables nominals o ordinals (com ara sexe o posició), o diagrames bivariants, si es tracta de variables contínues (com ara edat o suport organitzatiu percebut).
- b) La segona qüestió fa referència a si la relació observada és significativa. Per determinar-ho utilitzo tests paramètrics (t de student, ANOVA, etc.) o no paramètrics (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Jonckheere-Terpstra) adequats en funció dels supòsits subjacents a les dades.
- c) La tercera pregunta que em plantejo fa referència al grau, a la magnitud d'aquesta relació. És a dir, quina és la grandària de l'efecte entre les variables.¹³² Per a això em serveixo del coeficient de Pearson (si les dues variables són contínues), del coeficient de Spearman (si són ordinals), de la diferència de mitjanes estandarditzada (i corregida per les grandàries de les mostres) o del coeficient eta¹³³ (si una és nominal o ordinal i l'altra és contínua).

Donat que un dels objectius de la tesi és determinar diferents tipologies de metges en funció del seu grau de compromís amb l'organització i la professió, és procedent explorar l'estructura del col·lectiu enquestat en aquestes dimensions. Els termes *tècniques de classificació automàtica, anàlisi tipològica, taxonomia numèrica, anàlisi de conglomerats*, juntament amb el d'*anàlisi de clústers (cluster analysis)*, s'utilitzen com a sinònims per fer referència a una sèrie de mètodes heurístics, matemàtics i estadístics que tenen per objectiu agrupar automàticament els elements o objectes d'una mostra, de manera que els elements integrants d'una mateixa classe o grup siguin com més homogenis millor, segons una sèrie de criteris definits prèviament per l'investigador, mentre que les classes han de ser tan diferenciades com es pugui

¹³² El que un test sigui significatiu no comporta que l'efecte que mesura sigui rellevant. Per això s'avalua la "magnitud de l'efecte" que es contrasta com a mesura objectiva i estandarditzada de la magnitud de l'efecte observat. Per exemple, per al coeficient de correlació r , Cohen (Cohen, 1988; Cohen, 1992) proposa que, si $r = 0,10$, l'efecte és petit ja que $r^2 = 1\%$ de la variància explicada, si $r = 0,30$, l'efecte és mitjà ja que $r^2 = 9\%$ de la variància explicada i, si $r = 0,50$, l'efecte és gran ja que $r^2 = 25\%$ de la variància explicada.

¹³³ El seu quadrat s'interpreta com la proporció de la variació de la variable dependent contínua, que explica el canvi de categoria a una altra de la nominal.

(Coenders, Batista-Foguet, 2002).

Per efectuar l'anàlisi de clústers utilitzaré una estratègia usual (Benzécri, Benzécri, 1980; Lebart, Morineau, Fénelon, 1985) en què inicialment es prenen com a criteris de classificació, o variables actives, les diferents dimensions del compromís i a continuació es relaciona la classificació obtinguda amb les altres variables, suplementàries, que em permeten il·lustrar la classificació obtinguda amb les actives. Les *variables actives* són les que estableixen l'òptica amb la qual s'observaran les dades, és a dir, els criteris seleccionats i que intervindran en la formació dels grups. Una classificació mai serà millor que les variables en les quals es basa, ja que la posterior anàlisi estadística no pot suplir deficiències dels criteris escollits per a la classificació (necessitat d'exhaustivitat). Si aquests criteris fossin trivials o estiguessin incomplets, la classificació patiria les mateixes carències. En general, els dos criteris més importants que han de satisfer les variables actives seleccionades en qualsevol tècnica multivariant són (Benzécri, Benzécri, 1980; Lebart, Morineau, Fénelon, 1985; Batista-Foguet, Sureda, 1998; Coenders, Batista-Foguet, 2002):

- a) *Homogeneïtat*, en el sentit que totes les variables actives estiguin relacionades amb l'objecte d'estudi o amb el criteri que es vulgui seguir per establir la classificació. Si aquest requisit no s'acompleix i s'inclouen variables heterogènies entre si, i relacionades amb aspectes inconnexos dels objectes a classificar, la classificació resultant serà difícil d'interpretar.
- b) *Exhaustivitat*, en el sentit que les variables seleccionades com a actives cobreixin exactament el domini objecte d'estudi o constitueixin una partició suficient d'aquest.¹³⁴

Les *variables suplementàries* o *il·lustratives* són les que ajuden a entendre els grups que s'han establert a partir de les variables actives. És a dir, són les que sense intervenir en la formació dels grups són interessants per descriure'ls i interpretar-los un cop constituïts. La rellevància del paper d'aquestes variables en un estudi exploratori és deguda que la validació de la tipologia obtinguda rau en gran mesura en la plausibilitat d'aquesta.

Els objectius possibles de l'anàlisi de clústers són diversos (Aldenderfer, Blashfield, 1987). Com a eina descriptiva apunta les dimensions rellevants en funció de les quals es distingeixen les classes entre si i, a més, analitza els esquemes conceptuals que permeten agrupar entitats, qüestionant, per exemple, per què determinats metges apareixen juntament amb altres o per què determinats metges només valoren la seva pràctica professional fora de l'hospital. És a dir, permet formular una resposta temptativa a aquests per què, identificant similituds entre metges que permeten inferir causes. Aquí és on introdueixo l'ús de variables addicionals, suplementàries, que no han intervingut en l'assignació dels metges als grups, però que ajuden a interpretar l'agrupació obtinguda.

¹³⁴ Lebart, Morineau i Fénelon (1985) estableixen tres condicions per a l'anàlisi de les dades: homogeneïtat, dimensió i absència d'estructura de relacions a priori. La condició d'exhaustivitat englobaria les condicions de dimensió i d'absència d'estructura de relacions.

S'ha aplicat de manera seqüencial el mètode de Ward i el de les *k-means*. El mètode de Ward facilita una partició inicial de qualitat raonable, que després és millorada iterant el procés de les *k*-mitjanes. D'aquesta manera, es supera l'inconvenient del mètode de Ward de no reassignar els metges i l'inconvenient del mètode de les *k*-mitjanes de la dificultat de trobar centroides inicials apropiats.

Aquest tàndem de Ward i *k*-mitjanes està implantat, per exemple, en el programa SPADN i sembla que constitueix un dels millors mètodes de classificació actualment disponibles. En el meu estudi, he preferit utilitzar en dues passes ambdós programes, implantats en el SPSS. V13.0.

5.1.9. Entrevistes individuals amb metges enquestats

Entre els mètodes qualitius de recerca es considera que l'entrevista és un dels més potents i reveladors (McCracken, 1988), perquè permet entrar en la perspectiva de l'altra persona, assumint que aquesta perspectiva és significativa, coneixedora i susceptible de ser explicada (Patton, 2003). Les entrevistes requereixen un mínim grau de cooperació en la interacció entre l'entrevistador i l'entrevistat amb l'objectiu d'obtenir informació vàlida (Sauquet, 2000), però també tenen limitacions si s'utilitzen com una única forma de recollida de dades (McCracken, 1988), atès que no sempre capturen totes les dades relacionades amb el tema d'estudi (Sauquet, 2000).

Patton (2003) distingeix tres tipus d'entrevistes: les *obertes* o no estructurades (*informal conversational interview*), les *guiades* o *semiestructurades* (*interview guide*) i les *tancades* (*standardized open-ended interview*).

Les *entrevistes obertes* es basen en la generació espontània de preguntes en el decurs de la conversa, per regla general mentre es realitza un treball de camp d'observació. Ofereixen la màxima flexibilitat per perseguir la informació en la direcció que es considera més apropiada, en funció dels temes que van sorgint en el decurs de la conversa. La seva limitació principal és que requereixen una gran quantitat de temps per recollir d'una manera sistemàtica la informació obtinguda (Patton, 2003).

Les *entrevistes semiestructurades* es caracteritzen perquè prèviament a l'entrevista s'elabora una guia en la qual es determinen els aspectes que s'hi hauran de tractar. Aquest tipus d'entrevista és molt flexible perquè no pressuposa que s'hagi de realitzar en un ordre específic, cosa que permet que l'entrevistador utilitzi el temps disponible de la millor manera. La guia serveix com a *check-list* per garantir que s'han abordat tots els temes d'interès i permet que l'entrevistador mantingui un to conversacional "mentre explora àrees que requereixen una major comprensió" (Sauquet, 2000: 95). Ofereix també la possibilitat d'entrevistar diverses persones "de la manera més sistemàtica i extensa delimitant anticipadament les qüestions a explorar" (Patton, 2003: 343).

Sauquet (2000) prefereix utilitzar el terme *conversa amb un propòsit* (*conversation with a purpose*) descrit per Marshall i Rossman (1989) per referir-se a l'entrevista semiestructurada, perquè diu que li permet "transmetre a l'entrevistat la idea que es

tracta de l'exploració compartida d'un tema sobre el qual no tinc idees preconcebudes'' (2000: 83).

Finalment, l'*entrevista tancada* consisteix en un seguit de preguntes acuradament expressades, amb la finalitat de garantir que tots els entrevistats són sotmesos a les mateixes preguntes, de la mateixa manera i amb el mateix ordre (Patton, 2003).

En la present recerca he utilitzat l'entrevista semiestructurada com a mètode per una sèrie d'entrevistes, unes més formals i altres com a part de converses, amb metges dels hospitals en els quals s'havia enquestat el col·lectiu facultatiu. Prèviament es va realitzar una entervist pilot per provar i posar a punt l'entrevista semiestructurada i entrenar-me com a entrevistador, per posar a punt les habilitats per aprofundir en aspectes que podien sorgir en el decurs de l'entrevista i afegir al guió de l'entrevista aspectes que no s'havien considerat prèviament. Les entrevistes s'han enregistrat, s'han transcrit i posteriorment s'han codificat. El temps utilitzat per a cada entrevista ha estat aproximadament d'una hora.

Les dades obtingudes mitjançant les entrevistes semiestructurades s'han analitzat i sintetitzat ? l'anàlisi de *la conversa i el text (talk and text)* (Silverman, 2000)? per identificar aspectes clau i patrons de conducta dels metges entrevistats, aclarir i aprofundir en alguns dels resultats obtinguts de l'anàlisi quantitativa.

5.1.10. Experiència professional del mateix investigador

Com a mètode addicional de recerca cal afegir el meu propi coneixement i experiència en el sector de salut, a conseqüència d'una triple condició: dirigir els programes de gestió sanitària d'ESADE, mantenir contactes professionals permanents amb metges, directius i responsables polítics del sector, i que jo mateix sóc metge.

Fa més de quinze anys que dirigeixo els programes de formació en gestió sanitària a ESADE. Des del curs acadèmic 1984-1985 fins al de 1993-1994 el programa es va denominar Gestió Hospitalària i en vaig assumir la direcció des del curs 1992-1993. Prèviament, durant els cursos 1990-1991 i 1991-1992 vaig dirigir el programa Gestión de Áreas y Servicios Hospitalarios a Madrid. A partir del curs 1994-1995 i fins a l'any acadèmic 1998-1999 el programa Gestió Hospitalària es va denominar Gestió Hospitalària: la pràctica directiva, per donar resposta a les necessitats formatives creixents dels directius en exercici. A partir de 1999-2000 i com a resultat del redisseny que es va fer al programa, es denomina Direcció de Serveis Integrats de Salut, que des del curs acadèmic 2004-2005 té una edició anual a Barcelona i una altra a Madrid. En total, i sense comptabilitzar els participants en programes *a mida (In Company Training)*, com a professor i director dels programes de gestió sanitària d'ESADE he tractat i conegut de primera mà les experiències i expectatives professionals d'un miler de participants en aquests programes.

La gestió acadèmica del programa em permet un contacte continuat amb directius sanitaris i la participació habitual en activitats del sector (congressos, debats, taules rodones, jurats...), la qual cosa em facilita un coneixement directe dels interessos i

preocupacions d'aquests directius. A més, atès que jo mateix sóc llicenciat en medicina i cirurgia, i encara que de manera molt limitada vaig exercir com a metge, i mantinc també una relació habitual amb diversos facultatius, puc concloure que conec els metges i els qui els dirigeixen.

D'aquesta manera, pretenc apropar-me al rol que Denzin i Lincoln (2000) descriuen com d'*amant del bricolatge (bricoleur)*, de *fabricant d'edredons (quilt maker)* o de *muntador cinematogràfic (montage)* per reflectir el paper de l'investigador qualitatiu que, com en el cas del fabricant d'edredons, "ajunta trossos de realitat. Aquest procés crea i ofereix unitat emocional i psicològica a una experiència interpretativa" (Denzin, Lincoln, 2000: 5). El meu rol d'investigador qualitatiu el desenvoluparé a partir de l'ús d'enquestes, de l'entrevista amb els metges i d'un procés d'introspecció i reflexió a partir del meu coneixement i experiència professionals.

La finalitat última d'aquest abordatge metodològic és oferir un conjunt d'imatges, una sèrie d'interpretacions i representacions, que permetin una major comprensió i coneixement del compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió i de la tensió i compatibilitat entre aquestes dues lleialtats.

5.2. Justificació de la metodologia proposada

“How far I’ve gone,
How high I’ve climbed
On my back’s a sixty pound stone
On my shoulder a half mile of line.”

BRUCE SPRINGSTEEN (2002): *The Rising*

Inicialment, l’aproximació metodològica a la recerca va ser des d’una perspectiva quantitativa. L’oportunitat d’aplicar el qüestionari de Meyer, Allen i Smith (1993), relativament poc utilitzat com a instrument d’anàlisi i per estudiar una professió que ha rebut molt poc interès per part de la recerca, semblava un element suficient per engegar un estudi exclusivament quantitatiu.

Donada, però, la naturalesa del problema a estudiar, del qual en últim terme es pretén arribar a definir noves categories i patrons de conducta, més que no pas treballar amb un nombre limitat de variables, sembla adequat utilitzar a més una metodologia qualitativa (McCracken, 1988), de la mateixa manera que quan la recerca prèvia sobre el fenomen és escassa (Sauquet, 2000).

A diferència de l’aproximació quantitativa, la recerca qualitativa ofereix la flexibilitat necessària per investigar el problema de manera que l’investigador intenta “donar sentit i interpretar els fenòmens en els termes en què el públic significatiu li ofereix” (Denzin, Lincoln, 1994: 2). No obstant això, tal com assenyala McCracken (1988):

“Les aproximacions qualitatives i quantitatives mai són substitutives l’una de l’altra. Això és així perquè, necessàriament, observen realitats diferents, o diferents aspectes de la mateixa realitat. Aquesta diferència s’ha de respectar. No es poden treure conclusions quantitatives del treball qualitatiu... Però també és cert que la recerca quantitativa no obvia mai la necessitat d’una recerca qualitativa.”¹³⁵

En conseqüència, la metodologia proposada per a la recerca combina mètodes quantitativs i qualitativs, i es fonamenta en la *triangulació* (*triangulation*), entesa com el reforç metodològic d’un estudi per a la combinació de diversos mètodes (Patton, 2003).

La lògica de la triangulació es basa en el fet que “cap mètode per si mateix soluciona adequadament un problema de factors causals oposats. Perquè cada mètode revela aspectes diferents de la realitat empírica, cal utilitzar múltiples mètodes d’observacions” (Denzin, 1978: 28).

¹³⁵ Cfr. McCracken (1988: 18).

Es pot utilitzar una àmplia varietat de combinacions metodològiques per abordar una investigació, però els treballs que només utilitzen un mètode són més vulnerables als errors vinculats al mètode utilitzat que els estudis que fan servir múltiples mètodes, que permeten creuar i validar les dades obtingudes (Patton, 2003). No s'ha d'interpretar que diferents fonts de dades o d'aproximacions investigadores produeixin el mateix resultat, perquè diferents tipus de dades poden produir diferents resultats i, el més important, "entendre les inconsistències en les troballes a través dels diferents tipus de dades pot ser il·luminatiu" (Patton, 2003: 248).

Denzin (1978) identifica quatre tipologies bàsiques de triangulació: 1) *triangulació de dades (data triangulation)*, per referir-se a l'estudi que utilitza diverses fonts de dades; 2) *triangulació d'investigadors (investigator triangulation)*, que utilitza diversos investigadors o avaluadors diferents; 3) *triangulació de teories (theory triangulation)*, que utilitza diferents perspectives per analitzar unes dades concretes, i 4) *triangulació metodològica (methodological triangulation)*, que utilitza diversos mètodes per estudiar un problema concret. En la present recerca s'utilitza la triangulació metodològica i la triangulació de dades.

6. Anàlisi i discussió dels resultats

“Biscuter destejió la malla de cuerdas y metió materialmente la nariz en la liberada olla para comprobar el estado de las habas estofadas.”

MANUEL VÁZQUEZ MONTALBÁN (1977): *La soledad del manager*

En aquest capítol analitzo els resultats obtinguts en la meva recerca, ordenats en quatre seccions que es corresponen amb els objectius de la recerca: compromís organitzatiu, focus del compromís, compromís professional i compatibilitat dels compromisos.

6.1. Compromís organitzatiu

En aquesta secció vull respondre al primer objectiu de l'estudi, que és conèixer quin és el grau de compromís dels metges amb l'hospital en el qual treballen. Amb aquest propòsit he relacionat cadascun dels tres constructes del compromís organitzatiu —els components afectiu, de continuïtat i normatiu— amb una sèrie de variables il·lustratives, edat, antiguitat, posició, sexe, suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica, satisfacció en el treball, model de resposta EVLN, de les quals diversos autors ja han referit la vinculació amb el compromís organitzatiu (Eisenberger, Huntington, Hutchinson, Sowa, 1986; Mathieu, Zajac, 1990; Meyer, Allen, Smith, 1993; Organ, Ryan, 1995; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002). També he analitzat la relació dels tres components del compromís organitzatiu amb unes altres variables que no han estat referides prèviament: anys d'exercici professional, nivell de l'hospital i compatibilitat de l'activitat a l'hospital amb l'exercici privat de la medicina, i que considero molt rellevants per al propòsit de la tesi.

Els resultats obtinguts els analitzo gràficament, utilitzant gràfics de caixa (*boxplot*)¹³⁶ i diagrames bivariants, per a la millora qualitativa en la interpretació de les dades que suposa la utilització de gràfics en l'obtenció d'informació (Tukey, 1978; Batista-Foguet, Valls, 1985). En els gràfics de caixa, superposat a la mediana, s'indica el nombre d'individus que han respost a la qüestió.

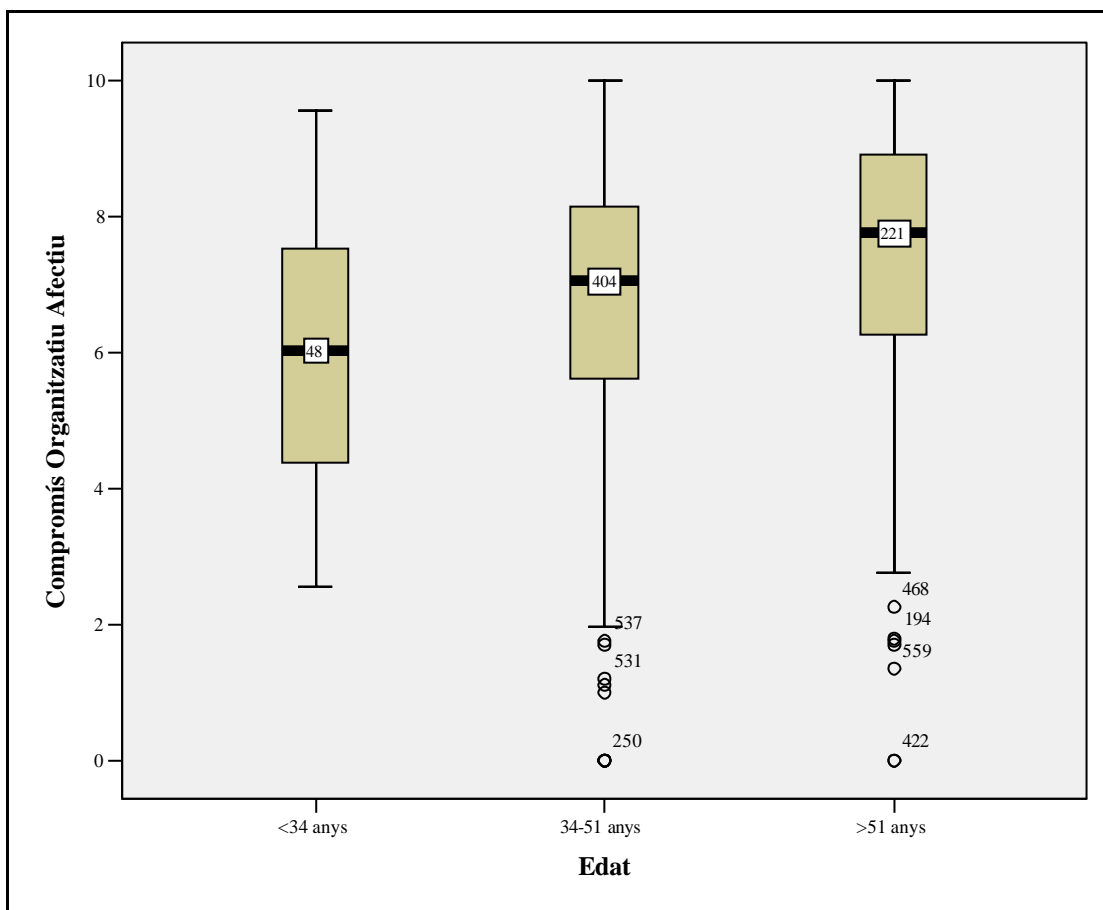
¹³⁶ El gràfic de caixa (*boxplot*) suggereix “a) la localització en el centre de la distribució, definit per la situació de la mediana, b) la disposició de la part central de la distribució representada per la longitud de la caixa [...], c) la forma del cos central de la distribució, que establiria la posició relativa de la mediana dins de la caixa, d) el biaix que pateixen les cues de la distribució, en funció de les longituds relatives de les patilles, d) les anomalies, que estaran situades més enllà dels valors frontera, [...]” (Batista-Foguet, Valls, 1985: 172).

6.1.1. Compromís organitzatiu afectiu

El compromís afectiu es refereix “al vincle emocional, a la identificació i a la implicació de l’empleat amb l’organització. Els empleats amb un sòlid compromís afectiu segueixen essent empleats perquè *ho volen així*” (Meyer, Allen, 1991: 67).

La primera constatació de l’anàlisi dels resultats és que el compromís organitzatiu afectiu dels metges és elevat i s’incrementa de manera significativa a mesura que els facultatius es fan més grans, fa més anys que exerceixen professionalment i acumulen més anys treballant en el mateix hospital (vegeu els gràfics 6-1, 6-2 i 6-3).

Gràfic 6-1: Compromís organitzatiu afectiu i edat



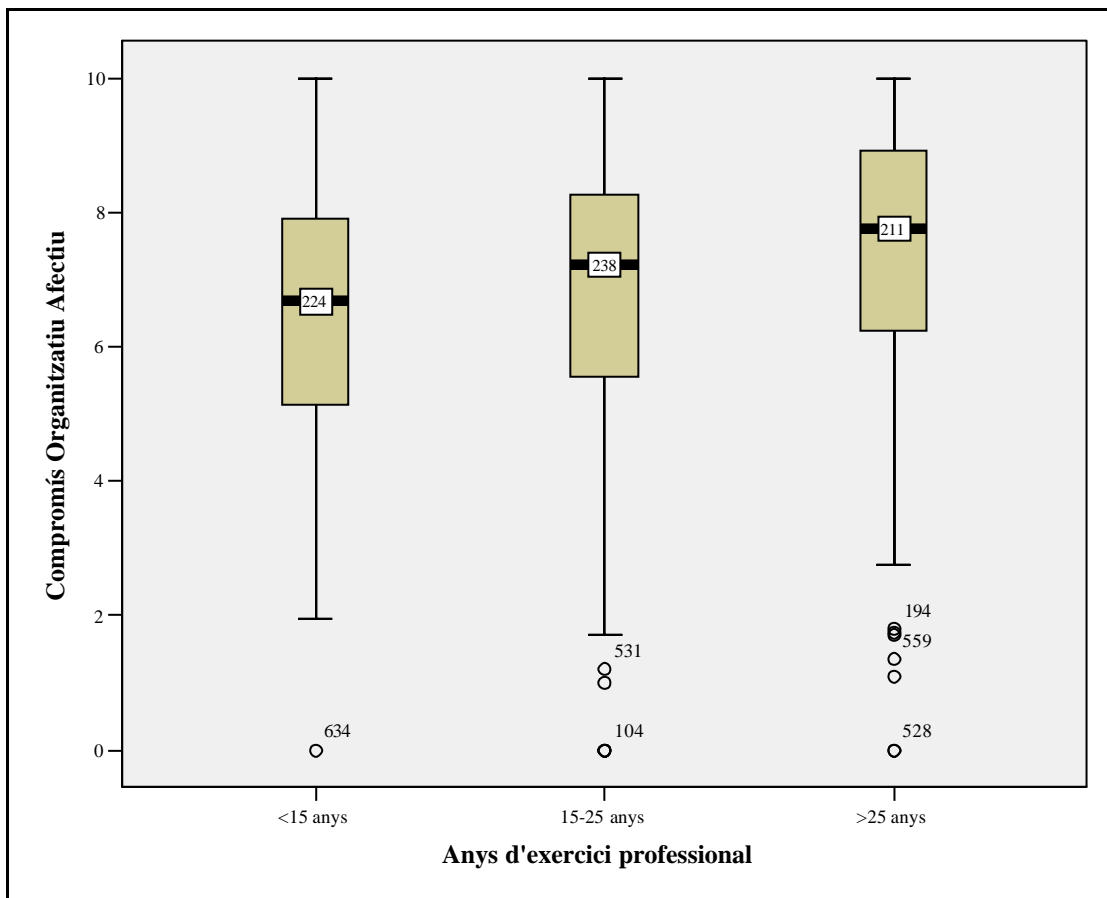
Analitzant amb més detall aquestes variables, es pot observar en el gràfic 6-1 com el compromís afectiu augmenta de manera significativa amb l’*edat*, encara que la grandària de l’efecte és moderada (vegeu la taula 6-5, a la pàgina 116). La mediana¹³⁷

¹³⁷ En general em referiré a la mediana i a quartils per localitzar punts de les distribucions donada la seva asimetria.

del compromís afectiu amb l'hospital dels metges de més de 51 anys és superior a la dels qui tenen menys de 34 anys i és més gran també que la del grup entre 35 i 51 anys. És a dir, quan els metges s'incorporen a l'hospital tenen un compromís afectiu amb la institució relativament elevat, però a mesura que es van fent grans el seu vincle emocional amb l'hospital s'incrementa progressivament de manera significativa. Mathieu i Zajac assenyalen que els individus de més edat generen un compromís afectiu amb l'organització gràcies a “una satisfacció més gran amb el seu treball, ocupar millors posicions i haver ‘justificat cognitivament’ (*cognitively justified*) restar en una organització” (1990: 177).

De la mateixa manera, el perfil del compromís organitzatiu afectiu amb relació als *anys d'exercici professional* és molt similar al que s'observa amb relació a l'edat (vegeu el gràfic 6-2): la mediana i el cos central de la distribució augmenten de manera significativa a mesura que el metge acumula més anys exercint la medicina. El compromís afectiu amb l'hospital dels metges amb més de 25 anys d'exercici professional és superior al del grup que fa entre 15 i 25 anys que exerceix la medicina i és superior també al del grup amb menys de 15 anys d'exercici com a metges. Per tant, els facultatius enquestats mostren que a mesura que fan més anys que fan de metges, es senten més compromesos afectivament amb l'hospital.

Gràfic 6-2: Compromís organitzatiu afectiu i anys d'exercici professional

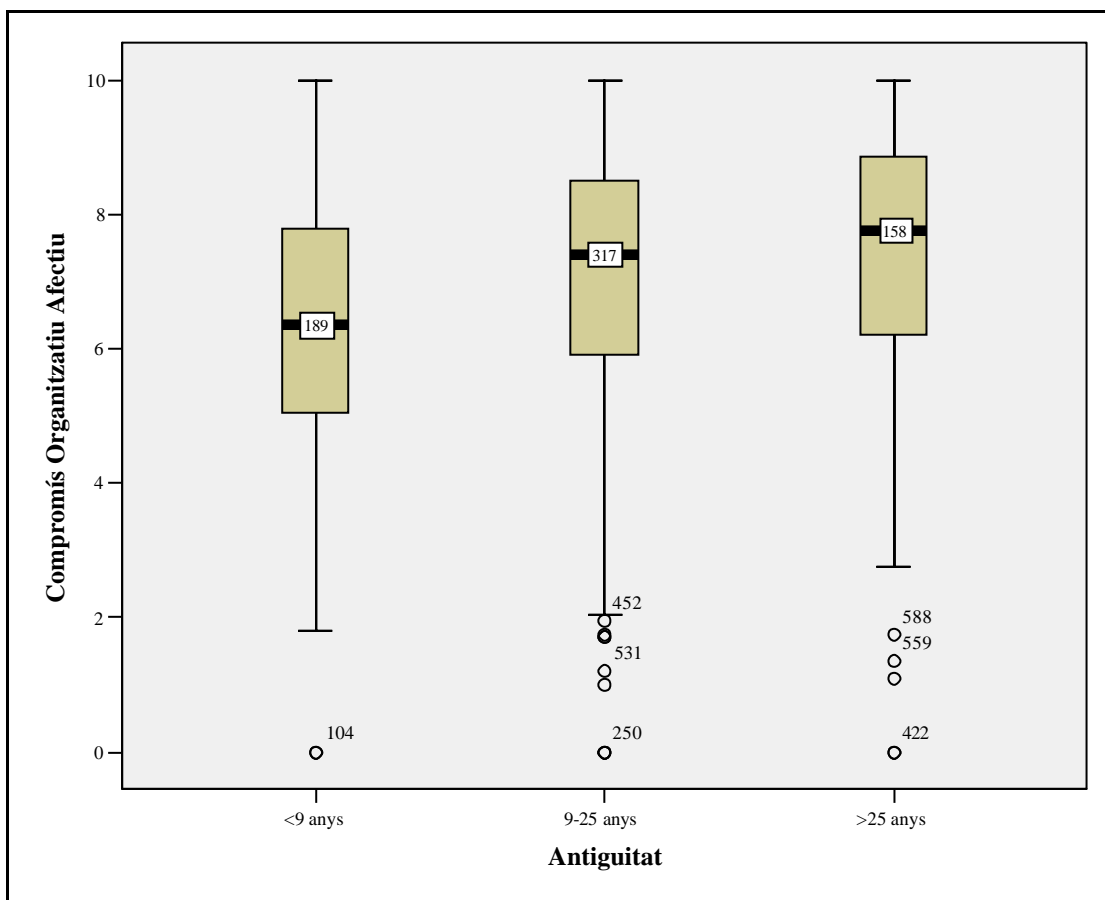


En el cas de *l'antiguitat* els resultats obtinguts també són molt similars, i suggereixen que el compromís afectiu amb l'hospital es desenvolupa i s'intensifica al llarg de la trajectòria professional del metge. Així, en el gràfic 6-3 s'observa com el compromís afectiu augmenta a mesura que els metges acumulen més anys treballant a la mateixa institució. El compromís afectiu en el grup de més de 25 anys d'antiguitat és superior al que s'observa en el grup amb una antiguitat entre 9 i 25 anys i al del grup amb una antiguitat inferior a 9 anys. Tal com expressa un dels facultatius entrevistats:

“És un lligam de molts anys; fa vint-i-dos anys que estic en aquest hospital. Vaig començar-hi com a estudiant, vaig escollir-lo per fer-hi la residència i, d'alguna forma, hi he passat moltes més hores que no pas a casa meva.”¹³⁸

La relació entre el compromís organitzatiu afectiu i l'antiguitat ha estat referida per diversos autors, entre els quals Meyer, Allen, Herscovitch i Topolnytsky (2002) assenyalen que l'antiguitat contribuiria al desenvolupament del compromís de manera retrospectiva i suggereixen que potser els grups amb més edat i més antics mostren un compromís afectiu amb l'organització més intens perquè els qui no han desenvolupat aquest vincle han marxat de l'organització amb anterioritat.

Gràfic 6-3: Compromís organitzatiu afectiu i antiguitat

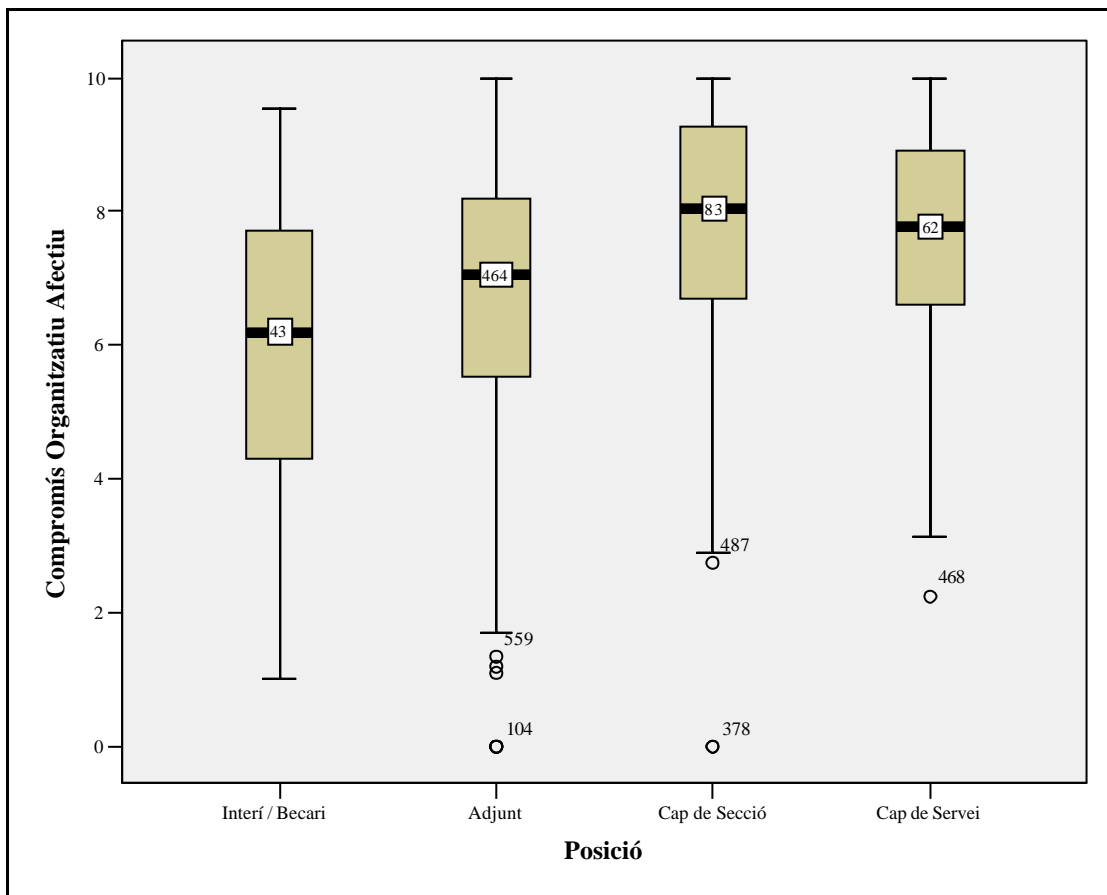


¹³⁸ Entrevista amb MX1.

L'antiguitat dels metges enquestats és deguda a la baixa rotació del col·lectiu, que s'obté del quocient entre els anys d'exercici professional i l'antiguitat. La mitjana dels anys d'exercici professional és de 20,4 anys i l'antiguitat a l'hospital de 15,6 anys. Aquesta diferència entre els anys d'exercici professional i l'antiguitat es manté en el grup de més de 51 anys d'edat (la mitjana dels anys d'exercici professional és de 29,9 anys i la d'antiguitat 24,8 anys) i en el d'edats entre 34 i 51 anys (mitjana d'exercici professional 17 anys i d'antiguitat 11,9 anys), però es redueix considerablement en el de menors de 34 anys, en el qual la mitjana d'exercici professional és de 5,4 anys i la de l'antiguitat 3,6 anys. Si es fa abstracció del període de formació com a especialista, els anys d'exercici professional i l'antiguitat pràcticament són equiparables en tots els grups, cosa que implica que la majoria dels metges de la mostra han desenvolupat la seva activitat professional en un únic hospital.

Amb relació a la *posició*¹³⁹ el compromís organitzatiu afectiu és més elevat en els facultatius que ocupen càrrecs en la jerarquia de l'hospital (vegeu el gràfic 6-4).

Gràfic 6-4: Compromís organitzatiu afectiu i posició



¹³⁹ Les *posicions* que s'han considerat són quatre: "Interí / becari", que inclou figures com la del MAU (metge adjunt d'urgències), metges adjunts en situació d'interinitat i becaris, però que han finalitzat el seu període de formació com a residents; "Adjunt", en la qual s'inclou la figura de consultor; "Cap de secció", en la qual s'inclou també la figura de cap clínic, i "Cap de servei", que engloba la figura de cap de departament.

Entre aquests facultatius de la jerarquia mèdica, la mediana del lligam afectiu dels caps de secció és superior a la dels caps de servei, probablement a causa d'una intensificació del compromís. Aquest fenomen es caracteritza perquè l'individu insisteix en una conducta determinada, malgrat disposar d'informació que la desaconsella.

Els caps de servei i els de secció constitueixen dos col·lectius d'edat similar i pràcticament amb els mateixos anys d'exercici professional però, l'antiguitat mitjana dels caps de secció és tres anys i mig superior a la dels caps de servei (vegeu la taula 6-1).

Taula 6-1: Edat, experiència professional i antiguitat en caps de servei i de secció

	Caps de secció				Caps de servei			
	N	Mín.	Màx.	Mitjana	N	Mín.	Màx.	Mitjana
Edat	83	37	64	52,69	61	38	64	53,13
Anys d'exercici professional	83	2	41	27,41	62	10	43	27,95
Antiguitat	83	1	38	23,33	61	2	40	19,79

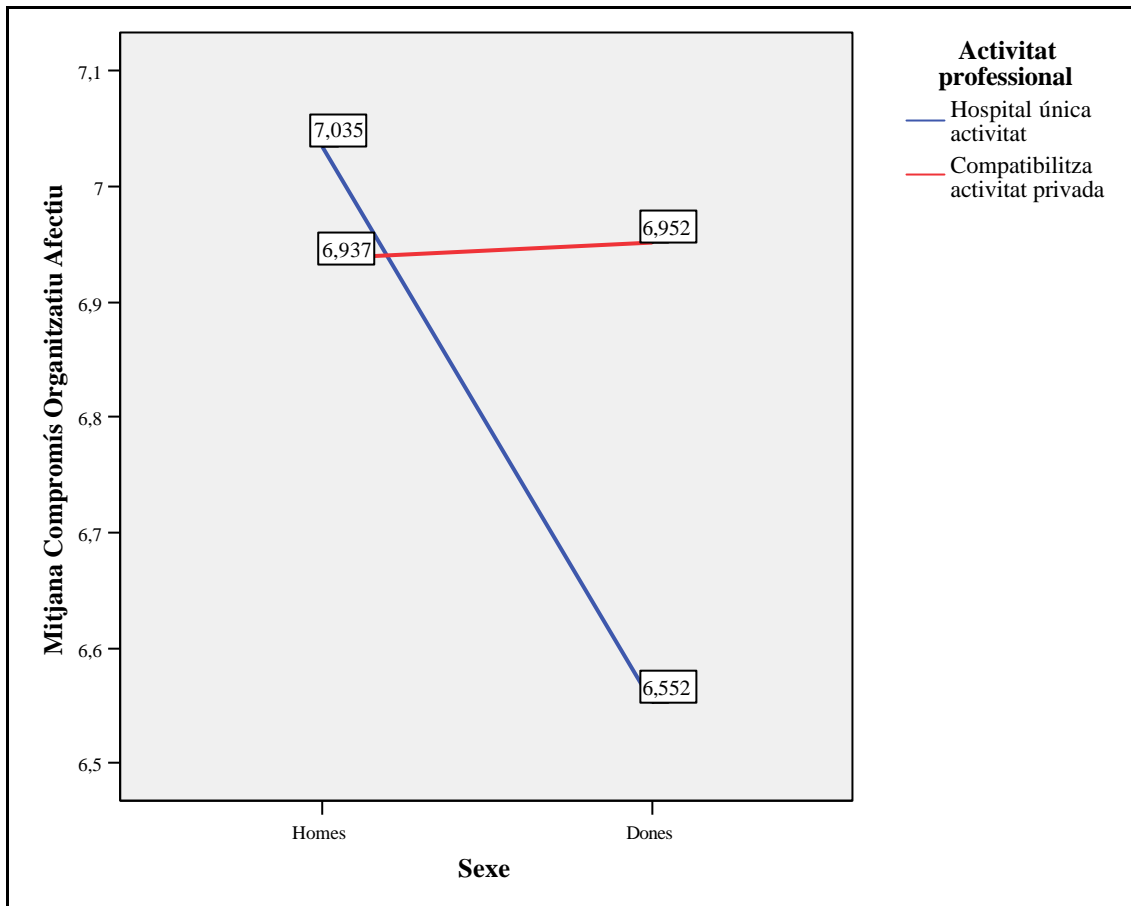
Aquestes dades sembla que corroboren la idea que l'accés a la direcció del servei depèn d'altres criteris abans que de l'antiguitat, i alguns hospitals prefereixen que un metge provinent d'un altre centre ocupi la posició de cap de servei abans que cobrir-la en un procés de promoció interna, cosa que explica les diferències en l'antiguitat entre els dos grups. Els caps de secció es troben en una mena de via morta amb relació a la seva promoció jeràrquica, ja que difícilment arribaran a ser caps de servei en el seu hospital actual, que no els ha tingut en consideració per ocupar la posició de cap de servei i ha preferit un altre metge, d'edat i experiència professional molt similars. Malgrat aquest rebuig del seu hospital a considerar la seva candidatura i a la manca de perspectives de promoció que comporta, els caps de secció intensifiquen el seu afecte per l'hospital, persistint en aquesta conducta.

Amb relació al *sexe*, només s'observen diferències en la intensitat del compromís organitzatiu afectiu en dones i homes en funció de si realitzen activitat professional privada addicional a la seva pràctica hospitalària. Fins al moment, s'han discutit essencialment els efectes principals de diferents variables sobre el compromís organitzatiu afectiu i es pot donar un pas més per detectar si aquests efectes, que s'han avaluat en un context bivariant, són additius i es produeix una suma d'efectes principals o, al contrari, quan es considera l'efecte conjunt de dos o més variables, aquests efectes principals varien. Es considera que dues variables interaccionen quan els seus efectes sobre la variable dependent no són independents, sinó que l'efecte de l'una depèn dels valors que prengui l'altra.

En el cas del compromís organitzatiu afectiu amb relació al *sexe*, mentre en el grup d'homes les diferències observades són escasses, amb una mitjana del compromís afectiu lleugerament més elevada en els que només treballen a l'hospital, en el grup de

les dones la mitjana del compromís organitzatiu afectiu és clarament més elevada en les que realitzen activitat privada complementària a la de l'hospital (vegeu el gràfic 6-5). En conseqüència, la interacció d'una tercera variable, l'activitat professional, amb el sexe, principalment en les dones, produeix un efecte més gran sobre la intensitat del compromís organitzatiu d'aquest grup.

Gràfic 6-5: Compromís organitzatiu afectiu, sexe i activitat professional



Amb relació al *suport organitzatiu percebut*, els resultats obtinguts indiquen que existeix una relació intensa¹⁴⁰ ($r = 0,453$) i estadísticament significativa entre aquest constructe i el compromís organitzatiu afectiu (vegeu el gràfic 6-6), la qual cosa coincideix amb els resultats de la recerca prèvia (Eisenberger, Huntington, Hutchinson, Sowa, 1986; Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990; Shore, Tetrick, 1991; Meyer, Allen, 1997; Rhoades, Eisenberger, 2002).

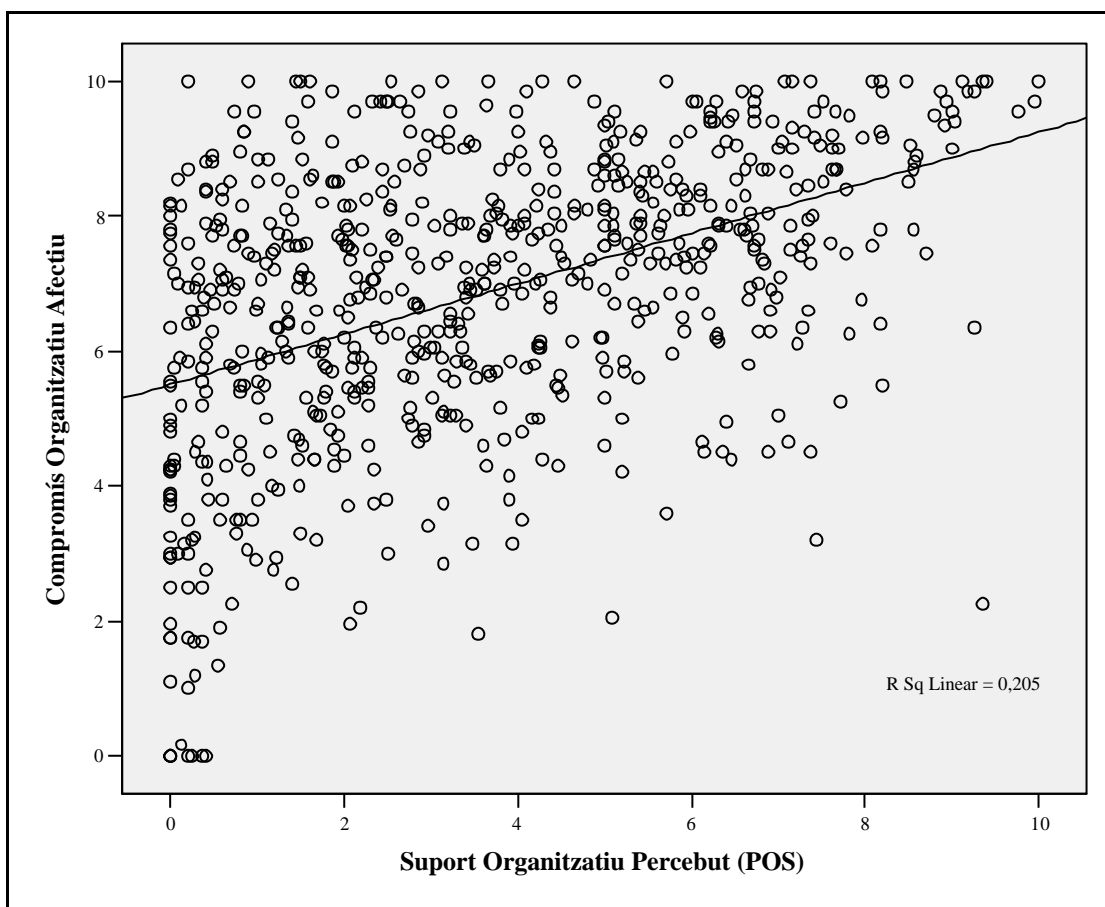
Els metges fan una valoració molt feble del suport organitzatiu percebut, tal com expressa un dels facultatius entrevistats:

¹⁴⁰ De fet es pot observar com uns pocs valors anòmals (vegeu el gràfic 6-6) redueixen el valor de la correlació, que en realitat és més gran.

“Encara trobo a faltar que se’ns consideri realment com a persones, que estem aquí treballant i treballant per a l’hospital, més que com a números.”¹⁴¹

Encara que aquesta valoració augmenta lleugerament amb l’edat dels facultatius i amb els anys d’exercici de la medicina, però es manté feble, sense variacions, amb relació a l’antiguitat. Aquests resultats són parcialment coincidents amb els de Rhoades i Eisenberger (2002), que en la seva metaanàlisi refereixen una relació molt feble entre el suport organitzatiu percebut i les variables demogràfiques, bàsicament edat i antiguitat.

Gràfic 6-6: Correlació entre compromís organitzatiu afectiu i suport organitzatiu percebut



En canvi, la valoració del suport percebut de l’hospital és significativament més intensa a mesura que els facultatius promocionen en la jerarquia mèdica (vegeu el gràfic 6-7), la qual cosa fins a cert punt es pot considerar òbvia: el metge considera que rep més suport de l’hospital en la mesura que aquest satisfà les seves necessitats de reconeixement i el promociona. D’altra banda, com a membre de la jerarquia mèdica el facultatiu accedeix

¹⁴¹ Entrevista amb MA2.

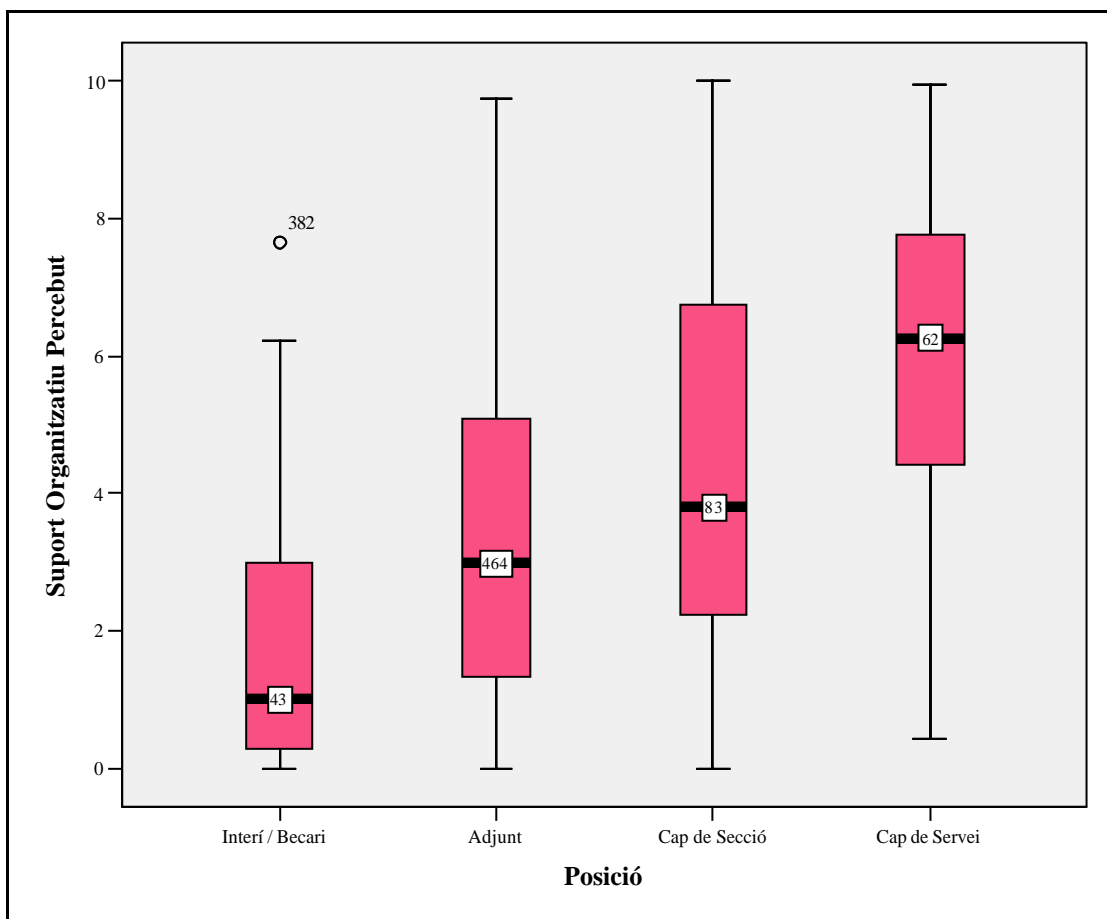
habitualment a la direcció de l'hospital, cosa que li permet tenir constància de les actuacions que es porten a terme en aquest sentit.

“Per coses que m’ha explicat gent que té contactes amb la direcció mèdica, sembla que sí que saben qui som cadascú de nosaltres i què és el que fem. Però, en canvi, la nostra percepció és que, *vamos!*, pràcticament ni existim i només compta el que ens han de pagar a final de mes i el nombre de malalts que visitem”¹⁴²

En sentit oposat també és destacable la valoració del suport organitzatiu percebut del col·lectiu d’interins i becaris, que concentra el 50 % de les respostes en valors de la mediana inferiors a 1.

Malgrat tot, el perfil evolutiu del suport organitzatiu percebut és similar al del compromís afectiu, ambdós s’incrementen amb l’edat, els anys de professió i la posició del metge en la jerarquia mèdica, cosa que posa de manifest la contribució del suport de l’organització al desenvolupament del compromís afectiu.

Gràfic 6-7: Suport organitzatiu percebut i posició



¹⁴² Entrevista amb MA3.

L'efecte del suport organitzatiu percebut en el compromís organitzatiu afectiu també depèn dels valors d'altres variables, com el sexe, la posició, el nivell de l'hospital i l'activitat professional. Aquestes terceres variables modifiquen l'efecte principal observat i posen de manifest la seva influència.

L'efecte principal del suport organitzatiu percebut en el compromís organitzatiu afectiu és aproximadament un valor mitjà, que no és prou precís. De manera que, quan s'analitza amb relació a les diferents variables, s'observa que l'efecte de la relació suport organitzatiu percebut - compromís organitzatiu afectiu és menor en les dones que en els homes i en el grup de caps de servei en comparació de les altres posicions (vegeu la taula 6-2). En conseqüència, en els caps de servei i a diferència del que s'observa en les altres posicions, el seu compromís afectiu amb l'hospital no dependria tant del suport organitzatiu percebut i hi intervindrien altres variables.

Taula 6-2: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu afectiu

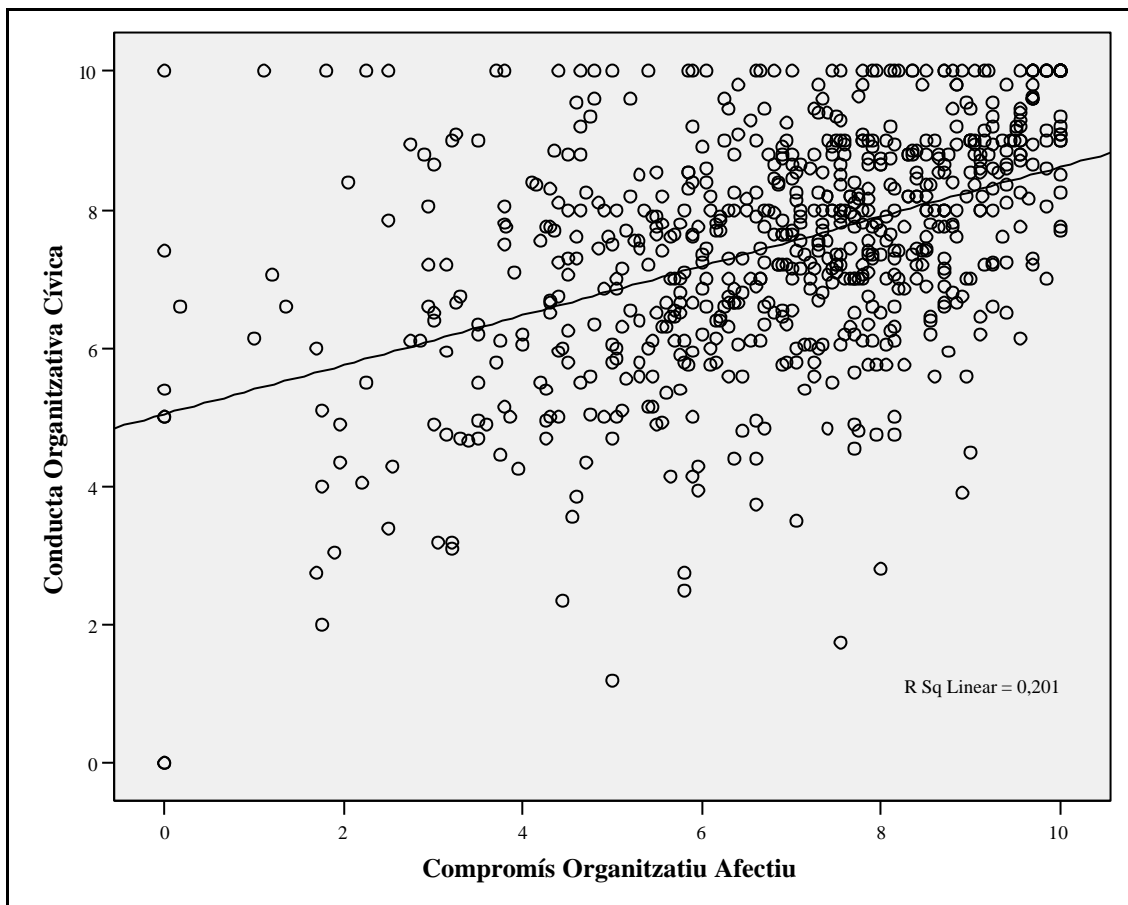
Efecte principal	Sexe	Posició	Nivell de l'hospital	Activitat professional
0,453	Dones = 0,370	Interí/becari = 0,418	General bàsic = 0,508	Hospital única activitat = 0,461
		Adjunt = 0,425	Referència = 0,536	
	Homes = 0,484	Cap secció = 0,496	Alta tecnologia = 0,417	Compatibilitza activitat privada = 0,451
		Cap servei = 0,243		

La *conducta organitzativa cívica* entesa com “el comportament discrecional, no directament o explícitament reconegut en el sistema formal de recompenses, i que de manera agregada promou el funcionament efectiu de l'organització” (Organ, Podsakoff, MacKenzie, 2006: 3), s'ha descrit com una de les conseqüències del compromís organitzatiu, fonamentalment amb el component afectiu (Shore, Wayne, 1993; Meyer, Allen, Smith, 1993; Organ, Ryan, 1995). Alguns autors (Shore, Barksdale, Shore, 1995) destaquen que els directius utilitzen la conducta organitzativa cívica dels empleats com un indicador del compromís dels individus amb l'organització.

En l'anàlisi dels resultats obtinguts constato que la relació entre la conducta organitzativa cívica i el compromís organitzatiu afectiu (vegeu el gràfic 6-8) és d'una intensitat relativa ($r = 0,448$), similar a la detectada amb el suport organitzatiu percebut (vegeu el gràfic 6-6, a la pàgina 108) i, com en aquest cas, també cal assenyalar l'existència d'anomalies que distorsionen la correlació. La conducta organitzativa cívica és valorada amb més intensitat en els grups de més edat, amb més anys d'exercici professional, amb més antiguitat i entre els qui ocupen llocs de més responsabilitat en la jerarquia mèdica.

La relació entre la conducta cívica i el compromís afectiu ha estat exposada reiteradament per la recerca prèvia (Shore, Wayne, 1993; Meyer, Allen, Smith, 1993; Morrison, 1994; Organ, Ryan, 1995; Shore, Barksdale, Shore, 1995; Meyer, Allen, 1997), de la mateixa manera que s'ha destacat la relació entre el suport organitzatiu percebut i la conducta organitzativa cívica (Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, Rhoades, 2001) deguda que, en general, “s’espera que les percepcions positives en les relacions d’intercanvi [el suport organitzatiu percebut] generin vincles que al mateix temps influeixin en l’OCB” (Cardona, Lawrence, Bentler, 2004: 227).

Gràfic 6-8: Compromís organitzatiu afectiu i conducta organitzativa cívica

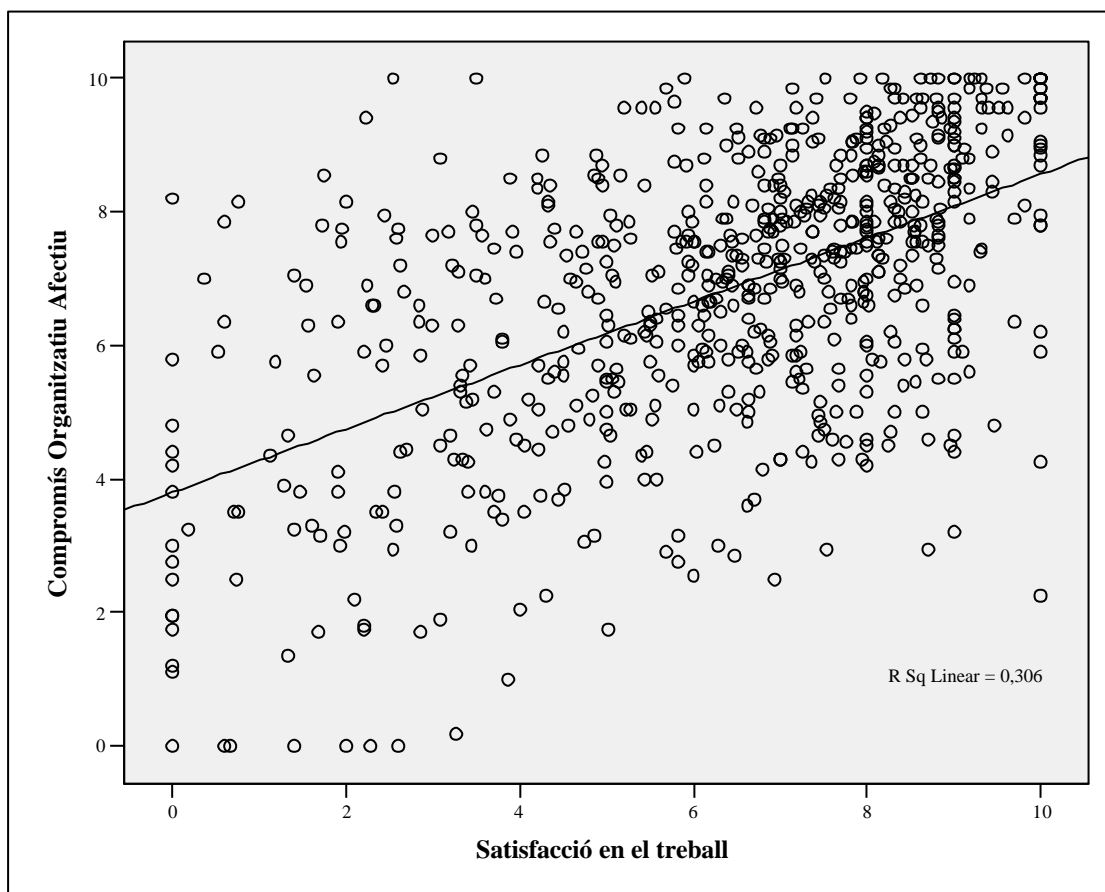


La *satisfacció en el treball* dels metges enquestats és molt intensa i s’incrementa en els grups amb més edat, més anys d’exercici professional i més antiguitat. És destacable com la intensitat de la valoració de la satisfacció en el treball s’incrementa a mesura que els metges ocupen posicions superiors en la jerarquia de l’àrea mèdica, tal com succeeix també en el cas del suport organitzatiu percebut i de la conducta organitzativa cívica. D’altra banda, també es posa de manifest la intensa relació entre el compromís organitzatiu afectiu i la satisfacció en el treball (vegeu el gràfic 6-9), a la qual ja s’han referit diversos autors (Porter, Steers, Mowday, Boulian, 1974; Shore, Tetrick, 1991; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002), però sense que s’hagi establert un

acord sobre la seva relació causal (Mathieu, Zajac, 1990; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002).

Es constata també la relació de gran intensitat entre la satisfacció en el treball i el suport organitzatiu percebut ($r = 0,614$), descrita igualment en la literatura (Shore, Tetrick, 1991; Eisenberger, Cummings, Armeli, Lynch, 1997), i la relació de molt menor intensitat entre satisfacció en el treball i conducta organitzativa cívica ($r = 0,326$), a diferència del que assenyala Organ (1991). Em pregunto si aquesta feble relació pot ser deguda que els comportaments que caracteritzen la conducta organitzativa cívica — altruisme, escrupulositat, esportivitat, virtut cívica, cortesia— formen part dels comportaments esperats d'un professional i, per tant, són independents de la seva satisfacció en el treball.

Gràfic 6-9: Compromís organitzatiu afectiu i satisfacció en el treball



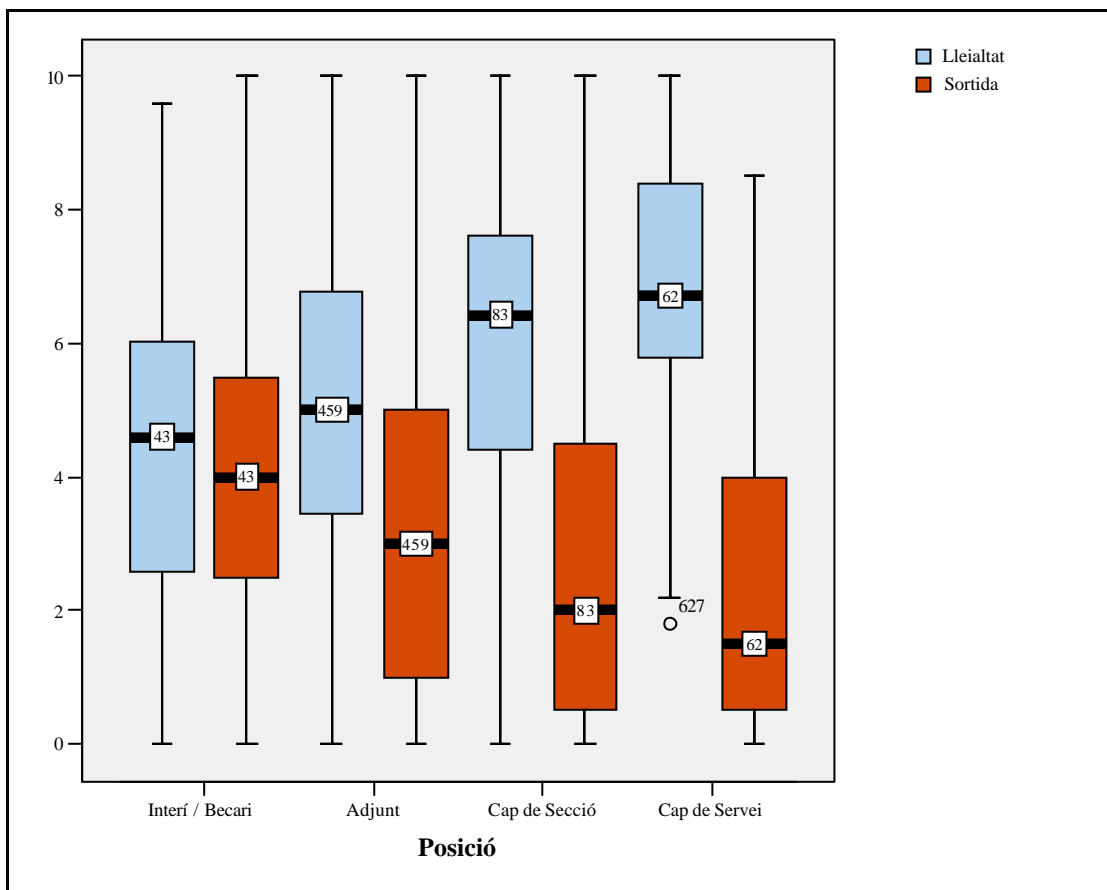
Amb relació al *model de resposta EVLN*, el compromís organitzatiu afectiu es relaciona amb la resposta *lleialtat* i inversament amb la resposta *sortida*. És a dir, com més elevat és el compromís afectiu més intensa és la resposta *lleialtat* i, per contra, com més elevat és el compromís afectiu la resposta *sortida* és més feble.

En els resultats obtinguts, és destacable com en funció de la posició ocupada pels facultatius es valoren les dues respostes. Mentre que la valoració de la resposta *sortida*

disminueix progressivament en les posicions més elevades de la jerarquia mèdica, la resposta *lleialtat* augmenta d'intensitat en aquestes mateixes posicions (vegeu el gràfic 6-10). La resposta *lleialtat* també és més valorada entre els metges dels hospitals generals bàsics que en els de referència o d'alta tecnologia, en els quals rep una valoració inferior.

Aquests resultats són coincidents amb els del treball de Lachman i Noy (1996) sobre el model de resposta EVLN dels metges assalariats d'hospitals en decadència, en el qual constaten la relació entre el compromís organitzatiu i la resposta *lleialtat* i només reporten una relació inversa feble entre el compromís afectiu i la resposta *sortida*. Aquests autors detecten el compromís amb l'hospital com el "factor individual més important per predir la lleialtat dels metges" (1996: 187), utilitzant en el seu treball el model de compromís organitzatiu de Mowday, Porter i Steers (1982), que és de caràcter unidimensional i centrat en el component afectiu.

Gràfic 6-10: Respostes *lleialtat* i *sortida* del model EVLN amb relació a la posició



L'efecte principal de la relació compromís organitzatiu afectiu - lleialtat varia per la interacció de les variables sexe, posició, nivell d'hospital i activitat professional. S'observa una disminució de l'efecte en les dones, en els caps de servei, amb més intensitat que en els interins/becaris i en els adjunts, i un augment significatiu en els caps de secció. L'efecte també disminueix en els facultatius dels hospitals generals

bàsics i entre els qui compatibilitzen les dues activitats professionals (vegeu la taula 6-3).

Taula 6-3: Interaccions en l'efecte del compromís organitzatiu afectiu sobre la resposta lleialtat

Efecte principal	Sexe	Posició	Nivell de l'hospital	Activitat professional
0,496	Dones = 0,382	Interí/becari = 0,400	General bàsic = 0,291	Hospital única activitat = 0,528
		Adjunt = 0,445	Referència = 0,561	
	Homes = 0,547	Cap secció = 0,678	Alta tecnologia = 0,496	Compatibilitza activitat privada = 0,479
		Cap servei = 0,377		

L'efecte principal de la relació compromís organitzatiu afectiu - sortida també varia per la interacció de les variables sexe, posició, nivell d'hospital i activitat professional, encara que seguint una pauta inversa a la descrita en el cas anterior. S'observa una disminució de l'efecte en els homes, en el grup d'interins i becari i en el dels caps de servei. L'efecte també és menor en els facultatius que només treballen a l'hospital (vegeu la taula 6-4).

Taula 6-4: Interaccions en l'efecte del compromís organitzatiu afectiu sobre la resposta sortida

Efecte principal	Sexe	Posició	Nivell de l'hospital	Activitat professional
0,550	Dones = 0,597	Interí/becari = 0,430	General bàsic = 0,598	Hospital única activitat = 0,537
		Adjunt = 0,543	Referència = 0,514	
	Homes = 0,475	Cap secció = 0,595	Alta tecnologia = 0,565	Compatibilitza activitat privada = 0,577
		Cap servei = 0,439		

Finalment, un cop vist l'efecte de les variables una per una, el model de regressió múltiple ens permet sintetitzar la influència del conjunt en el compromís organitzatiu

afectiu amb un efecte de $r = 0,714$, que es tradueix en un percentatge de variació explicada del 51 %.¹⁴³

En resum, els resultats de l'anàlisi del compromís organitzatiu afectiu presenten dues característiques remarcables: la valoració del component afectiu és elevada i, en segon lloc, el compromís afectiu tendeix a créixer i a desenvolupar-se al llarg del temps. El component afectiu del compromís es mou en la mateixa direcció que la trajectòria professional del metge, tal com es posa de manifest quan es relaciona amb l'edat, els anys d'exercici professional, l'antiguitat a l'hospital i fins i tot amb la posició que ocupa en la jerarquia mèdica, que també guarda una estreta relació amb aquestes variables demogràfiques. Aquests resultats són coincidents amb els de Mathieu i Zajac (1990), que ja van referir la relació entre edat i antiguitat i compromís afectiu. A la taula 6-5 es pot observar la significació estadística i la grandària de l'efecte d'algunes de les relacions analitzades i, com que tant l'edat com els anys d'exercici professional i la posició són variables que tenen un cert ordre, considero oportú servir-me de la prova no paramètrica de Jonckheere-Terpstra en lloc de la prova, també no paramètrica, de Kruskal-Wallis.

El compromís organitzatiu afectiu es relaciona amb el suport organitzatiu percebut, amb la conducta organitzativa cívica i, de manera encara més intensa, amb la satisfacció en el treball. Respecte al model EVLN, les respostes que es relacionen amb el compromís afectiu són *lleialtat* i en sentit invers *sortida*. Tots aquests constructes relacionats amb el compromís organitzatiu afectiu també mostren una intensitat més gran quan es valoren amb relació a l'edat, als anys d'exercici professional però sobretot amb relació a la posició en la jerarquia. S'observen també interaccions entre variables; l'efecte del suport organitzatiu percebut en el compromís organitzatiu afectiu o el d'aquest en la resposta *lleialtat* o *sortida* depèn dels valors d'altres variables, com el sexe, la posició, el nivell de l'hospital i l'activitat professional.

Els resultats obtinguts mostren que el compromís afectiu amb l'organització va creixent amb el pas del temps, cosa que suggereix que, en el decurs de la trajectòria professional del metge, el compromís afectiu es va construint i desenvolupant. De l'anàlisi de les dades es confirma d'alguna manera l'aportació de Mowday, Porter, Steers (1982), en el sentit que el compromís afectiu evoluciona durant la carrera professional d'un individu.

¹⁴³ Els regressors inclosos en l'equació de regressió han estat: edat, anys d'exercici professional, antiguitat, activitat professional, suport organitzatiu percebut, satisfacció en el treball, interaccions posició - suport organitzatiu percebut, interaccions nivell d'hospital - suport organitzatiu percebut.

Taula 6-5: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu afectiu de l'edat, anys d'exercici professional i posició

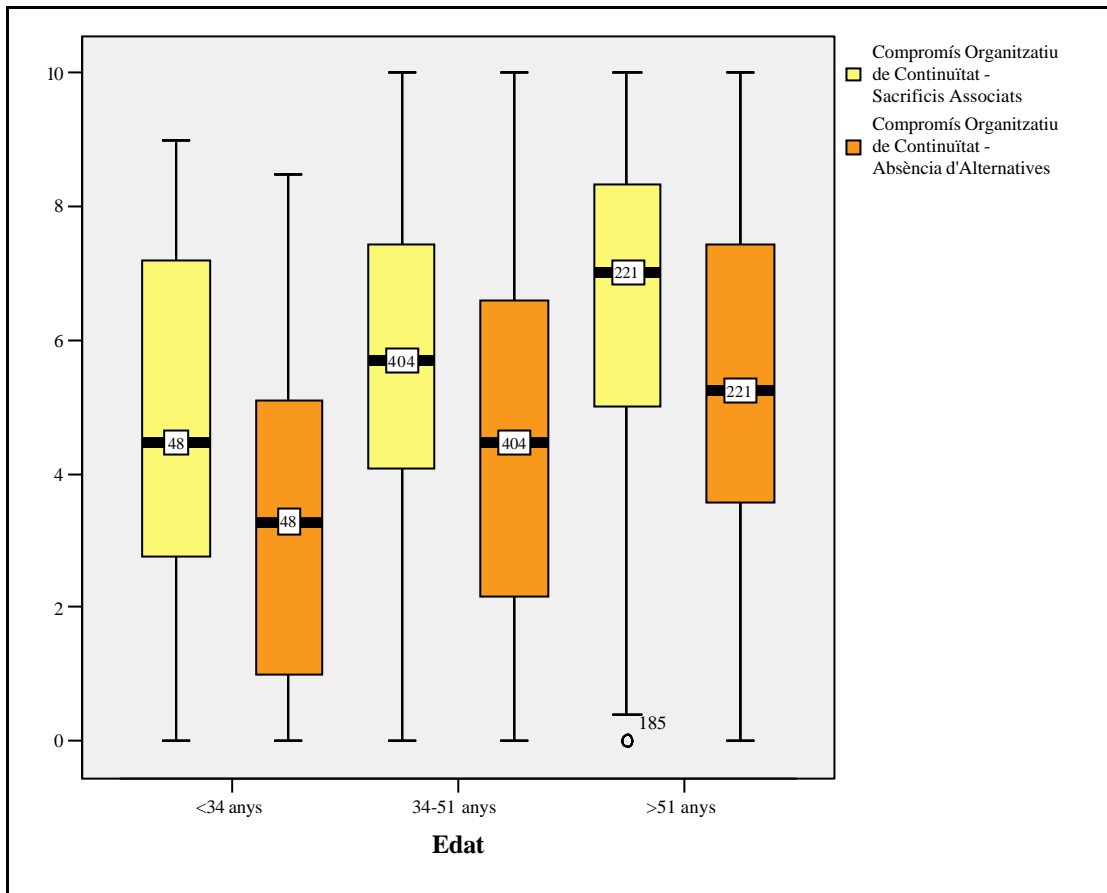
Gràfic	Mètode	Significació	Efecte ?
6-1: Compromís organitzatiu afectiu i edat	Jonckheere-Terpstra	0,000	0,184
6-2: Compromís organitzatiu afectiu i anys d'exercici professional	Jonckheere-Terpstra	0,000	0,194
6-7: Suport organitzatiu percebut i posició	Jonckheere-Terpstra	0,000	0,363

6.1.2. Compromís organitzatiu de continuïtat

El compromís organitzatiu de continuïtat es considera degut a la consciència dels costos que s'associen a abandonar l'organització (Meyer, Allen, 1991). El constructe l'integren dues dimensions diferents: la percepció de sacrificis associats a deixar l'organització i la percepció d'absència d'alternatives d'ocupació (McGee, Ford, 1987; Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002; Powell, Meyer, 2004).

Cal advertir que alguns autors (Ketchand, Strawser, 1998) detecten que els professionals amb menys antiguitat (1,48 anys d'antiguitat mitjana) no diferencien les dues dimensions del compromís de continuïtat i només els professionals més *seniors* (5,4 anys d'antiguitat mitjana) són capaços de diferenciar-les. En la present recerca, l'antiguitat mitjana global dels metges enquestats és de 15,5 anys i les dues dimensions del compromís de continuïtat són distingibles i s'analitzen separatament.

En l'anàlisi de la variable *edat* (vegeu el gràfic 6-11) es constata que el compromís de continuïtat - sacrificis associats augmenta de manera progressiva amb els anys. El seu valor inicial en el grup de menys de 34 anys és més baix que el del compromís afectiu, però assoleix uns nivells similars en el grup de més de 51 anys, que també és molt superior al del grup entre 35 i 51 anys.

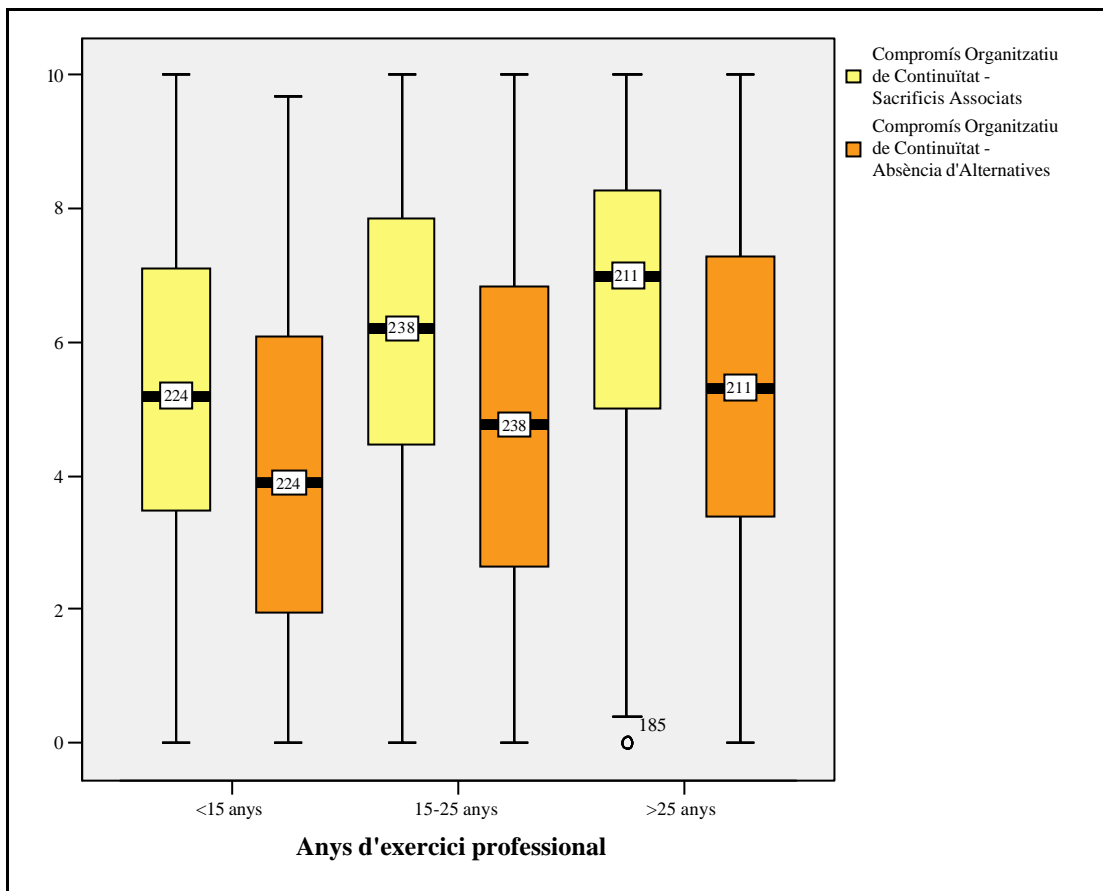
Gràfic 6-11: Compromís organitzatiu de continuïtat i edat

Possiblement, a mesura que els metges es fan grans, són més conscients dels sacrificis, esforços o *inversions* que han anat realitzant al llarg de la seva carrera professional a l'hospital, de manera que augmenta el seu compromís de continuïtat per no perdre-les.

Amb relació a la dimensió *absència d'alternatives*, s'observa que el compromís de continuïtat també augmenta de manera progressiva amb els anys, seguint un patró idèntic al de sacrificis associats, però amb uns valors inferiors (vegeu el gràfic 6-11).

Probablement amb l'edat els individus es van fent més conscients de les dificultats que comporta canviar de lloc de treball (per no dir dedicar-se a una altra professió), la qual cosa pot explicar aquest increment del compromís de continuïtat en el grup de més edat. D'altra banda, la percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització és una valoració més subjectiva que la d'absència d'alternatives i potser per això la valoració que es fa d'aquesta dimensió és més moderada.

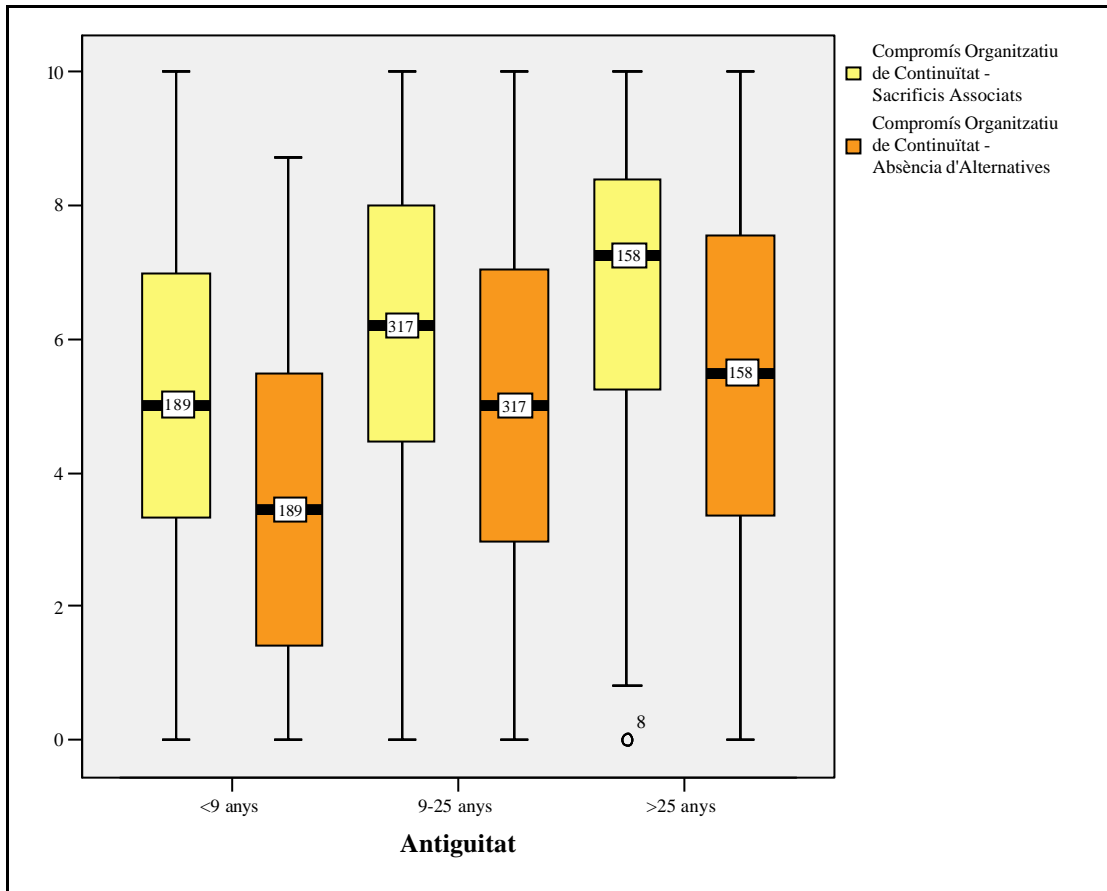
Amb relació als *anys d'exercici professional* el compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats augmenta de manera significativa amb els anys d'exercici de la medicina, amb un patró i uns valors pràcticament idèntics als observats amb relació a l'edat (vegeu el gràfic 6-12).

Gràfic 6-12: Compromís organitzatiu de continuïtat i anys d'exercici professional

El compromís de continuïtat dels metges en la dimensió *sacrificis associats* és més elevat en el grup de més de 25 anys d'exercici professional que en el grup entre 15 i 25 anys d'exercici i en el de menys de 15 anys d'exercici de la professió. El compromís de continuïtat dels metges en la dimensió *absència d'alternatives* segueix el mateix patró que en la dimensió *sacrificis associats*, però amb valors significativament inferiors. En aquest cas el compromís de continuïtat també es va incrementant des del grup amb menys de 15 anys d'exercici, amb un nivell inferior al del grup de més de 25 anys d'exercici professional, que és el més elevat

En el cas de l'*antiguitat* el compromís de continuïtat - sacrificis associats s'incrementa de manera molt significativa a mesura que augmenta la veterania dels metges a l'hospital. La mediana per al grup de més de 25 anys és molt més elevada que la dels altres grups i amb una dispersió menor (vegeu el gràfic 6-13). En la dimensió *absència d'alternatives* el compromís de continuïtat també augmenta amb l'antiguitat i així mateix és més elevat en el grup de més de 25 anys, encara que l'increment no és tan important com en la dimensió *sacrificis associats*.

Gràfic 6-13: Compromís organitzatiu de continuïtat i antiguitat



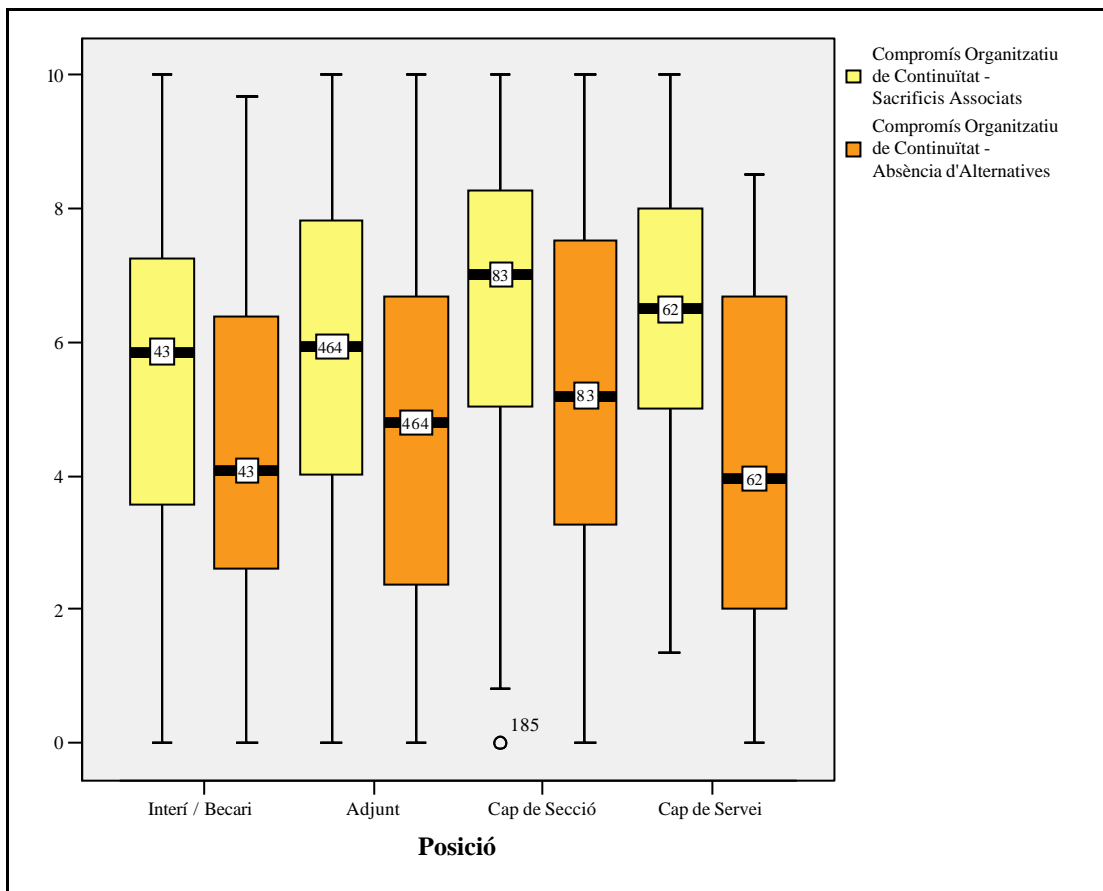
Per Mathieu i Zajac (1990) l'antiguitat a l'organització tindria una relació més estreta amb el compromís de continuïtat que amb l'afectiu, ja que “els anys passats en una organització produeixen *side-bets* més grans, com un pla de pensions, i desenvolupen un compromís calculador més gran” (1990: 178).

Amb relació a la variable *sexe*, el patró del compromís de continuïtat és similar entre homes i dones, les dues dimensions són valorades de manera similar amb relació a l'edat, els anys d'exercici professional i l'antiguitat, però la valoració és sempre una mica inferior en el grup de dones respecte a la del grup d'homes.

Amb relació a la *posició* (vegeu el gràfic 6-14), el compromís de continuïtat en la seva dimensió *sacrificis associats* és elevat en tots els grups, particularment en el dels caps de secció, que presenta una mediana més elevada, mostra una dispersió menor i és més homogeni que el grup dels caps de servei. Les diferències observades són estadísticament significatives i la grandària de l'efecte és moderada (vegeu més endavant la taula 6-8, a la pàgina 127). Respecte a la dimensió *absència d'alternatives*, destaca que el grup de caps de servei és el que presenta el compromís de continuïtat més baix, mentre que els caps de secció són els qui el mostren més elevat, sempre amb valors sensiblement inferiors als que es presenten per a la dimensió *sacrificis associats*,

però sense que les diferències observades siguin estadísticament significatives (vegeu la taula 6-8, a la pàgina 127).

Gràfic 6-14: Compromís organitzatiu de continuïtat i posició



Una possible interpretació d'aquests resultats és que bona part dels caps de servei es troben en una fase de plenitud professional, són bons metges, han obtingut un reconeixement de la pròpia organització en promocionar-los o han estat contractats per un altre hospital. El 60 % dels caps de servei enquestats compatibilitza l'activitat a l'hospital amb la pràctica privada i, a més, molts d'ells exhibeixen habilitats per dirigir grups de professionals i unitats hospitalàries complexes, els serveis. Aquesta interpretació es veu reforçada pels resultats que es mostren en el gràfic 6-14, en el qual la valoració del compromís de continuïtat per absència d'alternatives és clarament més feble entre els caps de servei i encara ho és més entre els caps de servei que compatibilitzen activitat privada amb la seva feina a l'hospital (vegeu més endavant el gràfic 6-16, a la pàgina 123).

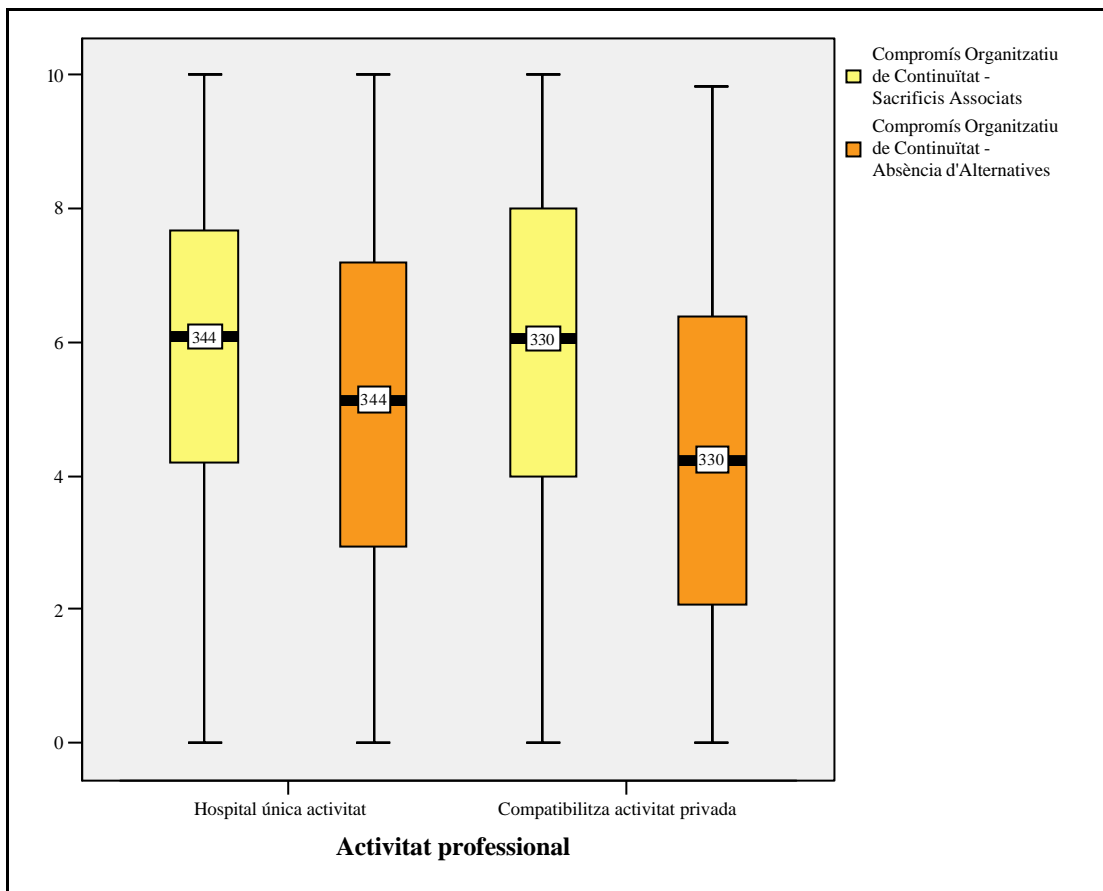
El col·lectiu de caps de servei amb doble activitat professional és més conscient de la seva vàlua i experimenta que és possible compatibilitzar l'exercici a l'hospital amb una activitat professional privada, aparentment gratificant, de manera que el seu compromís amb l'hospital no seria degut que "no hi ha més remei", sinó que es tractaria d'un lligam més lliure, en un sentit més positiu, en contraposició a la consideració habitual del compromís de continuïtat com un vincle negatiu (Cardona, Lawrence, Bentler, 2004).

D'altra banda, una possible explicació de l'elevada valoració del compromís de continuïtat dels caps de secció, en comparació de les altres posicions, la pot aportar la *teoria de l'atribució (attribution theory)* assenyalada per Shore, Barksdale i Shore (1995), per la qual els individus “tendeixen a atribuir els seus èxits a causes internes i els fracassos a causes externes” (1995: 1609) i, a fi de mantenir la seva autoestima, eviten considerar les variables demogràfiques —l'edat, els anys d'exercici professional o l'antiguitat a l'hospital en aquest cas— com un *side-bet*.

Si els caps de secció consideren com un fracàs el fet de no arribar a ser caps de servei, d'acord amb la teoria de l'atribució, ho *atribuirien* a una causa externa, la qual cosa explicaria la intensificació del seu compromís de continuïtat reflectida en una valoració més intensa de la dimensió *absència d'alternatives*, per comparació a la dels caps de servei (vegeu el gràfic 6-14). Els caps de servei i els caps de secció constitueixen dos col·lectius molt semblants demogràficament (vegeu la taula 6-1, a la pàgina 106), tenen una edat i una mitjana d'anys d'exercici professional similars, però la mitjana d'anys d'antiguitat és superior en els caps de secció (caps de servei 19,79 anys i caps de secció 23,33 anys). D'acord amb la mateixa teoria, si per mantenir la seva autoestima els facultatius no valoren les variables demogràfiques com a costos submergits o *side-bets*, es podrien explicar les similituds en la valoració de la dimensió *sacrificis associats* del compromís de continuïtat dels dos col·lectius, malgrat la superior antiguitat dels caps de secció.

Respecte a l'activitat professional amb relació a la dimensió *sacrificis associats* (vegeu el gràfic 6-15), no s'aprecien diferències estadísticament significatives entre els qui compatibilitzen l'activitat privada i els qui només treballen a l'hospital. En canvi, s'observa un menor compromís de continuïtat en la dimensió *absència d'alternatives* en el grup que compatibilitza l'activitat a l'hospital amb la pràctica de la medicina privada (vegeu la taula 6-8, a la pàgina 127). Aquesta diferència és estadísticament significativa, amb una grandària de l'efecte relativa (0,2725), que s'explicaria perquè els qui compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb altres ocupacions poden tenir la percepció que disposen d'alternatives professionals a l'ocupació hospitalària i, en conseqüència, el seu compromís de continuïtat degut a aquesta dimensió seria menor.

Efectivament, quan s'analitza específicament per a cada posició el compromís organitzatiu de continuïtat amb relació a l'activitat professional, s'observa una disminució en la valoració de la dimensió *absència d'alternatives* entre els qui compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb la pràctica de la medicina privada, amb l'excepció dels caps de secció, que mantenen la mateixa valoració. El 48,7 % dels metges enquestats compatibilitza activitat privada amb la feina a l'hospital i en els caps de servei aquesta proporció arriba al 59,7 % dels integrants d'aquest col·lectiu.

Gràfic 6-15: Compromís organitzatiu de continuïtat i activitat professional

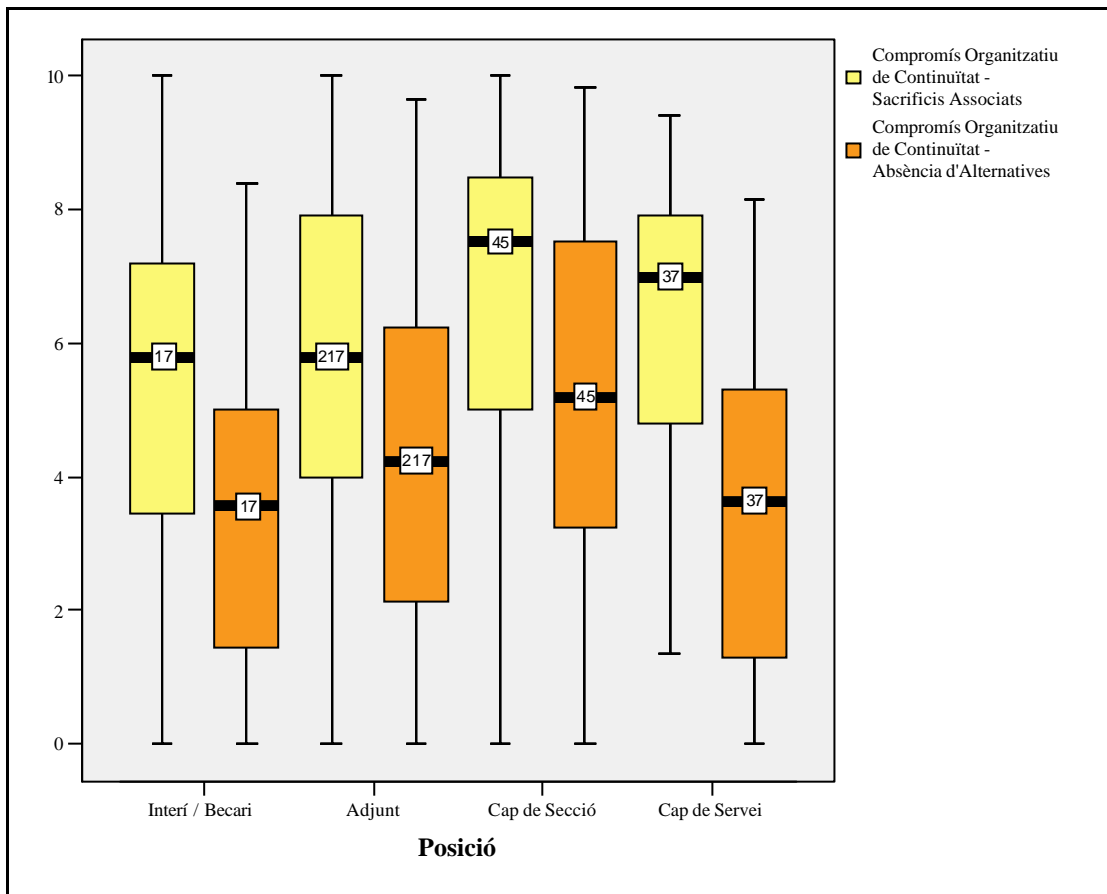
En conseqüència, malgrat que estadísticament no és significativa (vegeu més endavant la taula 6-8, a la pàgina 127), gràficament s'observa que compatibilitzar les dues activitats professionals influeix en la percepció dels facultatius que disposen d'alternatives professionals, amb l'excepció dels cap de secció (vegeu el gràfic 6-16).

En canvi, les diferències entre les valoracions de la percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització són estadísticament significatives, la qual cosa explicaria que el compromís de continuïtat que desenvolupen aquests facultatius depèn principalment d'aquesta dimensió. Un dels metges entrevistats expressa la dificultat que li suposaria deixar el seu hospital de la manera següent:

“Si tingués una oportunitat per deixar l'hospital que realment fos molt atractiva, i després de madurar-ho durant un temps, m'imagino que deixaria l'hospital amb pena, amb tristor i amb una mica de preocupació.”¹⁴⁴

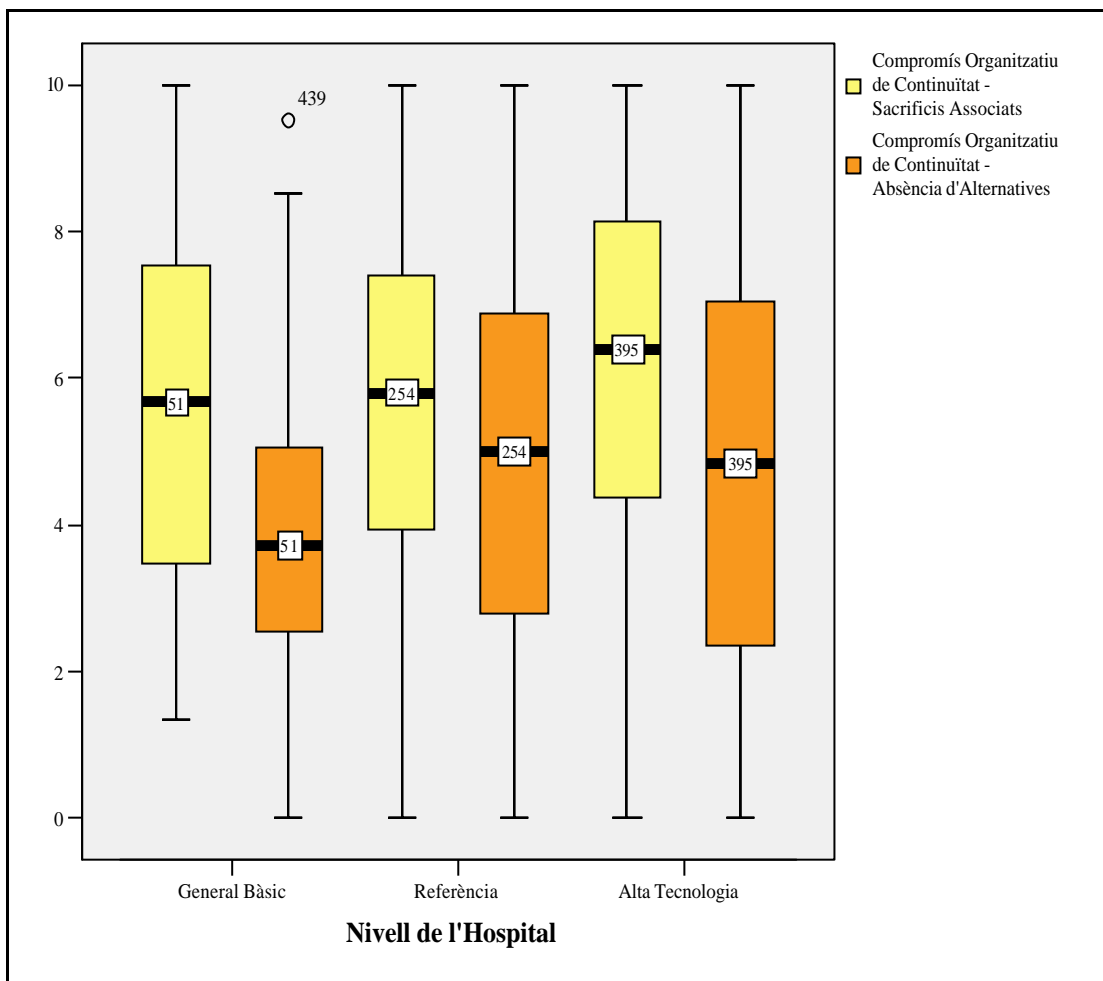
¹⁴⁴ Entrevista amb MX.

Gràfic 6-16: Compromís organitzatiu de continuïtat en els metges que compatibilitzen dues activitats professionals en funció de la posició que ocupen



Amb relació al *nivell d'hospital* (vegeu el gràfic 6-17), el compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats és més elevat en els hospitals d'alta tecnologia encara que estadísticament la diferència no és significativa. La diferència observada en el gràfic es pot explicar perquè es tracta d'hospitals amb molts atractius per a un determinat perfil de metge, per les possibilitats professionals que ofereixen, però també perquè els processos de selecció de nous facultatius són possiblement més exigents i competius, cosa que comporta que els metges percebin més dificultats, esforços superiors i uns costos addicionals més grans als que es requereixen per treballar en hospitals de referència o generals bàsics.

Aquesta argumentació coincideix amb els resultats del treball de Powell i Meyer (2004) de revisió dels *side-bets* descrits per Howard Becker (1960), en el qual constaten que les inversions efectuades correlacionen significativament amb la dimensió *sacrificis associats* del compromís de continuïtat.

Gràfic 6-17: Compromís organitzatiu de continuïtat i nivell de l'hospital

En canvi, en la dimensió *absència d'alternatives*, els hospitals generals bàsics presenten un compromís de continuïtat significativament inferior al dels metges de les altres dues categories d'hospitals. Des d'un punt de vista purament especulatiu, els professionals que treballen en aquests hospitals generals bàsics s'han format en hospitals d'alta tecnologia o de referència i probablement han tingut diverses experiències professionals anteriors, a diferència de bona part dels seus col·legues, que només han treballat en hospitals més complexos. La constatació que els facultatius dels hospitals generals bàsics de la mostra són els que tenen l'antiguitat més baixa, malgrat ser els que tenen l'edat mitjana més elevada, reforça aquesta idea (vegeu la taula 6-6).

D'altra banda, hi ha més possibilitats que un metge en un hospital general bàsic es vegi menys circumscrit a la seva especialitat i fins i tot que es vegi en l'obligació de "fer una mica de tot", cosa que, en conjunt, potser pot contribuir a construir la percepció que té més alternatives professionals, si més no en comparació dels seus col·legues dels hospitals de referència i d'alta tecnologia.

Taula 6-6: Edat, experiència professional i antiguitat per nivell d'hospital

	General bàsic				Referència				Alta tecnologia			
	N	Mín.	Màx.	Mitjana	N	Mín.	Màx.	Mitjana	N	Mín.	Màx.	Mitjana
Edat	48	33	64	47,6	244	26	65	45,6	381	29	68	46,7
Anys d'exercici professional	49	2	38	20,8	242	1	40	19,3	382	1	43	21,1
Antiguitat	48	1	30	12,9	239	0,5	33	13,1	382	0,3	40	17,4

En l'anàlisi del *suport organitzatiu percebut* no s'observa relació amb les dues dimensions del compromís de continuïtat, els sacrificis associats i l'absència d'alternatives. Altres autors (Rhoades, Eisenberger, 2002) detecten una relació petita, variable i negativa entre el suport organitzatiu percebut i el compromís de continuïtat mentre que "les associacions suport organitzatiu percebut - compromís organitzatiu afectiu foren positives en tots els estudis individuals" (2002: 709). Aquests autors consideren que el suport organitzatiu percebut pot atenuar la "sensació d'entrampat" que ocasionen els elevats costos de deixar l'organització.

L'efecte principal de la relació suport organitzatiu percebut - compromís organitzatiu de continuïtat també varia per la interacció de les variables sexe, posició, nivell d'hospital, i activitat professional, encara que seguint una pauta diferent per a cadascuna de les dimensions del compromís de continuïtat (vegeu la taula 6-7).

Taula 6-7: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu de continuïtat

Dimensió	Efecte principal	Sexe	Posició	Nivell de l'hospital	Activitat professional
Sacrificis associats	0,220	Dones = 0,185	Interí/becari = 0,201	General bàsic = 0,196	Hospital única activitat = 0,190
			Adjunt = 0,247	Referència = 0,217	
		Homes = 0,210	Cap de secció = 0,035	Alta tecnologia = 0,242	Compatibilitza activitat privada = 0,230
			Cap de servei = 0,091		
Absència d'alternatives	-0,198	Dones = -0,127	Interí/becari = -0,307	General bàsic = -0,134	Hospital única activitat = -0,237
			Adjunt = -0,169	Referència = -0,167	
		Homes = -0,255	Cap de secció = -0,326	Alta tecnologia = -0,220	Compatibilitza activitat privada = -0,174
			Cap de servei = -0,321		

Destaca la interacció que produeixen les variables *caps de servei* i *caps de secció*, que disminueixen l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís de continuïtat en la dimensió dels sacrificis associats. Per contra, en la dimensió *absència d'alternatives* l'efecte de la relació és de signe negatiu i disminueix en les dones, en els adjunts i en els hospitals de nivell general bàsic.

Per la seva banda, la relació entre *conducta organitzativa cívica* i dimensió *sacrificis associats* del compromís de continuïtat és feble i amb la dimensió *absència d'alternatives* pràcticament no es detecta.

Respecte al *model de resposta EVLN* no es detecten relacions entre les respostes del model, *sortida*, *expressió*, *lleialtat*, *desatenció*, i el compromís de continuïtat, tant respecte a la dimensió de sacrificis associats com a la dimensió d'absència d'alternatives. Aquests resultats són coincidents amb els de Lachman i Noy (1996), que en hospitals en situació de decadència consideren que els metges donen per perdudes les inversions realitzades, els sacrificis associats, i en conseqüència aquestes ja no els suposen un lligam amb l'hospital, de la mateixa manera que l'absència d'alternatives no evita que els metges “saltin de l'hospital que s'enfonsa” (1996: 186).

No obstant això, els resultats que he obtingut es contradiuen amb els de Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988), que observen com *alts nivells d'inversions en el lloc de treball (high levels of investment)*, una variable que recorda la de dimensió *sacrificis associats* del compromís de continuïtat, estimulen les respostes *expressió* i *lleialtat* i inhibeixen les de *sortida* i *desatenció*. Així mateix, l'*existència d'alternatives d'alta qualitat (high-quality alternatives)*, variable amb ressonàncies amb la dimensió *absència d'alternatives* del compromís de continuïtat, estimula les respostes *sortida* i *expressió* i inhibeix la resposta *lleialtat*.

El model de regressió múltiple em permet sintetitzar la influència del conjunt en el compromís organitzatiu de continuïtat, amb un efecte de $r = 0,417$, que es tradueix en un percentatge de variació explicada del 17,4 % per a la dimensió *sacrificis associats*,¹⁴⁵ i amb un efecte de $r = 0,421$, que es tradueix en un percentatge de variació explicada del 17,8 % per a la dimensió *absència d'alternatives*.¹⁴⁶ Així doncs, les mateixes variables que són rellevants per al constructe afectiu, com he comentat anteriorment, i per al constructe normatiu del compromís organitzatiu, com es veurà més endavant, són poc explicatives del compromís de continuïtat.

¹⁴⁵ Els regressors inclosos en l'equació de regressió han estat: edat, anys d'exercici professional, antiguitat, sexe, posició, activitat professional, satisfacció en el treball, lleialtat, interaccions satisfacció en el treball - posicions, interaccions satisfacció en el treball - sexe, interaccions anys d'exercici professional - posicions, interaccions antiguitat-posicions.

¹⁴⁶ Els regressors inclosos en l'equació de regressió han estat: edat, anys d'exercici professional, antiguitat, posició, activitat professional, satisfacció en el treball, lleialtat, interaccions lleialtat-posicions.

Taula 6-8: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu de continuïtat de la posició, activitat professional i nivell d'hospital

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-14: Compromís organitzatiu de continuïtat i posició	Jonckheere-Terpstra (Sacrificis associats)	0,007	?	0,116
	Jonckheere-Terpstra (Absència d'alternatives)	0,471	?	0,106
6-15: Compromís organitzatiu de continuïtat i activitat professional	Independent Samples Test ¹⁴⁷ (Sacrificis associats)	0,677	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,032
	Independent Samples Test (Absència d'alternatives)	0,000	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,2725
6-16: Compromís organitzatiu de continuïtat en els metges que compatibilitzen dues activitats professionals en funció de la posició que ocupen	Jonckheere-Terpstra (Sacrificis associats)	0,037	?	0,129
	Jonckheere-Terpstra (Absència Alternatives)	0,348	?	0,180
6-17: Compromís organitzatiu de continuïtat i nivell de l'hospital	Anova (Sacrificis associats)	0,053	?	0,092
	Anova (Absència d'alternatives)	0,041	?	0,096

En resum, els resultats obtinguts mostren que la dimensió *sacrificis associats* contribueix amb més intensitat al compromís de continuïtat que la dimensió de la percepció d'absència d'alternatives, que té una valoració inferior. A mesura que els metges tenen més edat, acumulen més anys d'exercici professional o són més veterans a l'hospital, el seu compromís de continuïtat creix. S'observa que en els caps de servei i caps de secció disminueix l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís de continuïtat en la dimensió dels sacrificis associats. Per contra, en la dimensió *absència d'alternatives* l'efecte de la relació disminueix en les dones, en els adjunts i en els hospitals de nivell general bàsic.

A mesura que avança la carrera professional del metge, els costos que percep per deixar l'hospital són més grans, la valoració que fa de les inversions i dels esforços que ha realitzat és elevada i, en conseqüència, el compromís de continuïtat degut a la dimensió *sacrificis associats* augmenta.

¹⁴⁷ Les proves no paramètriques de Mann-Whitney condueixen a les mateixes conclusions.

Per la seva banda, la dimensió d'absència d'alternatives d'ocupació presenta un patró similar a la de sacrificis associats. Mostra igualment una relació amb la trajectòria professional del metge —edat, anys d'exercici professional, antiguitat a l'hospital, posició—, però amb la diferència que els valors del compromís de continuïtat són inferiors.

Cal destacar també que el compromís de continuïtat és més feble en la dimensió d'absència d'alternatives entre els qui desenvolupen una activitat professional privada, a més de la que realitzen a l'hospital. Aquest resultat encara és més evident quan s'analitza específicament per al grup de caps de servei. Als metges que compatibilitzen les dues activitats se'ls fa més evident l'existència d'un mercat de treball que pot ser alternatiu a la feina hospitalària i, en conseqüència, la valoració d'aquesta dimensió és inferior.

Els caps de secció són els qui mostren el compromís de continuïtat més elevat en les dues dimensions, mentre que els caps de servei mostren un compromís de continuïtat degut a la dimensió d'absència d'alternatives molt feble, possiblement perquè es tracta del col·lectiu de metges amb la proporció més gran d'individus que realitzen activitat professional privada.

El compromís de continuïtat degut a la dimensió de sacrificis associats és més elevat entre els facultatius que treballen a hospitals d'alta tecnologia, possiblement perquè valoren amb més intensitat que els seus col·legues d'altres nivells hospitalaris l'esforç que han realitzat i els costos que els comportaria deixar l'hospital. Assolir un lloc de treball estable com a metge adjunt en un hospital d'alta tecnologia és un procés llarg i difícil, i no tots els facultatius ho aconsegueixen. Requereix molts anys d'esforç continuat per part dels metges, en molts casos després de molts anys de precarietat i de temporalitat en el lloc de treball. En la promoció a cap de secció i a cap de servei, salvant les distàncies, es reproduïxen unes dificultats similars: són molt poques posicions per a un nombre superior de candidats potencials.

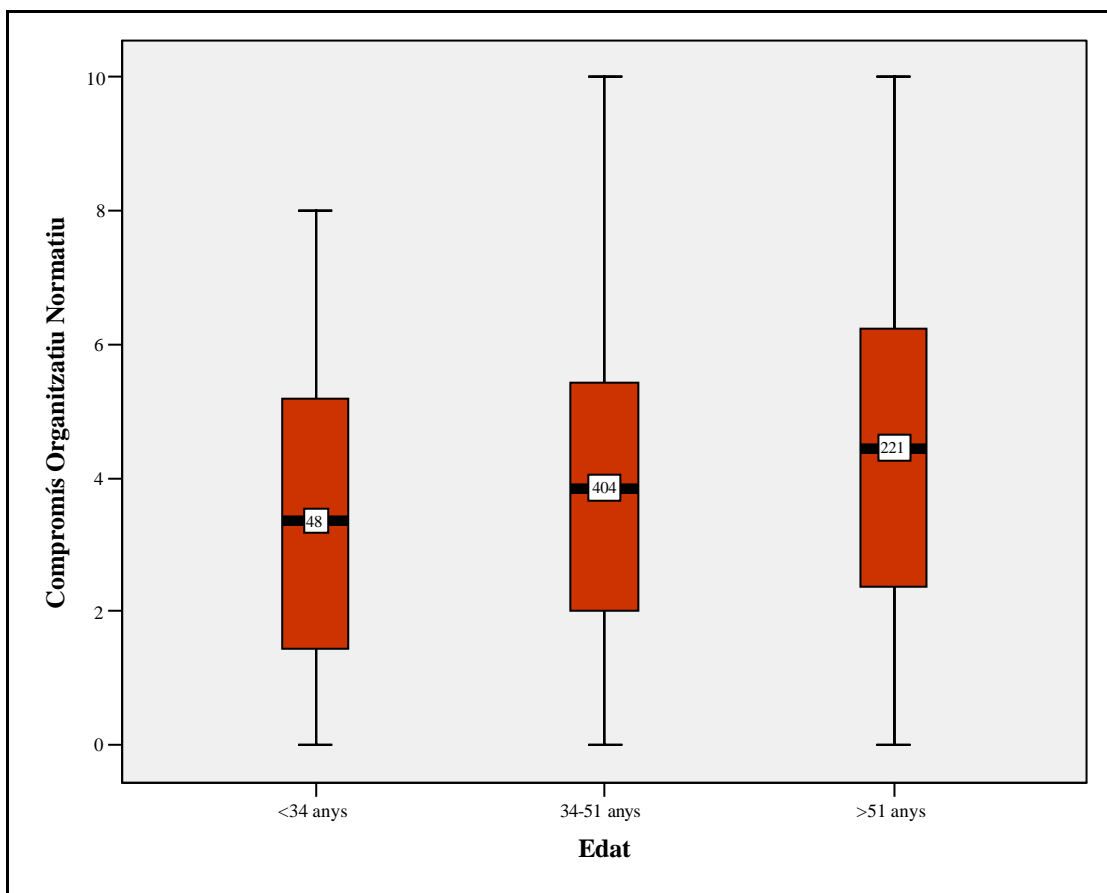
Els resultats obtinguts mostren que la dimensió de sacrificis associats contribueix amb més intensitat al compromís de continuïtat dels metges. Per a molts facultatius desvincular-se de l'hospital de formació significa tallar de soca-rel bona part de les possibilitats de creixement professional, de consolidació de la seva situació laboral i de promoció en el centre. Tradicionalment els hospitals d'alta tecnologia han cobert les vacants i les noves necessitats de les seves plantilles mèdiques amb metges formats al mateix centre, mentre que els antics residents sense possibilitats de consolidar un lloc de treball com a adjunts han anat a ocupar posicions en els hospitals de referència o en els generals bàsics. En marxar del *seu* hospital els metges procuren minimitzar la pèrdua de les *inversions* realitzades per apuntalar la seva carrera professional. Excepte per als metges de les especialitats més demanades i amb un menor nombre de facultatius, el canvi de centre no és fàcil i, quan es produeix, acostuma a ser per aprofitar l'oportunitat d'un lloc de treball estable o per promocionar en la jerarquia mèdica, fonamentalment per ocupar una posició de cap de servei.

6.1.3. Compromís organitzatiu normatiu

El compromís organitzatiu normatiu es defineix com el reflex “d’un sentiment d’obligació de continuar essent empleat. Els empleats amb un alt grau de compromís normatiu senten que *han de romandre a l’organització*” (Meyer, Allen; 1991: 67).

La primera constatació remarcable de l’anàlisi dels resultats del compromís organitzatiu normatiu és la feblesa del vincle normatiu dels metges amb l’hospital, que s’incrementa lleugerament a mesura que els facultatius són més grans, fa més anys que exerceixen la medicina i acumulen més anys treballant en el mateix hospital (vegeu els gràfics 6-18 i 6-19).

Gràfic 6-18: Compromís organitzatiu normatiu i edat

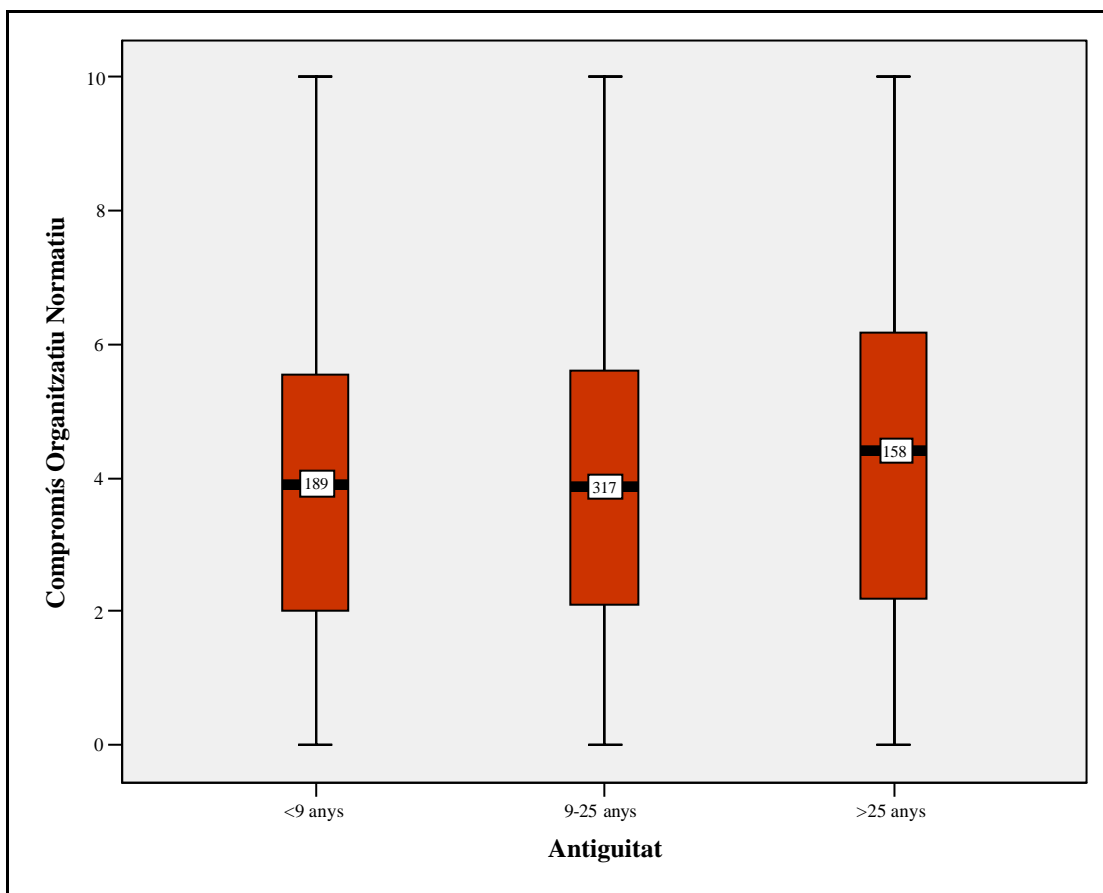


Analitzant amb més detall aquests resultats, es pot observar (vegeu el gràfic 6-18) la baixa valoració del compromís normatiu i com aquest augmenta amb l’*edat*, seguint un patró similar al descrit en el cas del compromís organitzatiu afectiu i de les dues dimensions del compromís organitzatiu de continuïtat. El grup dels més grans de 51 anys són els qui presenten un nivell de compromís normatiu més elevat.

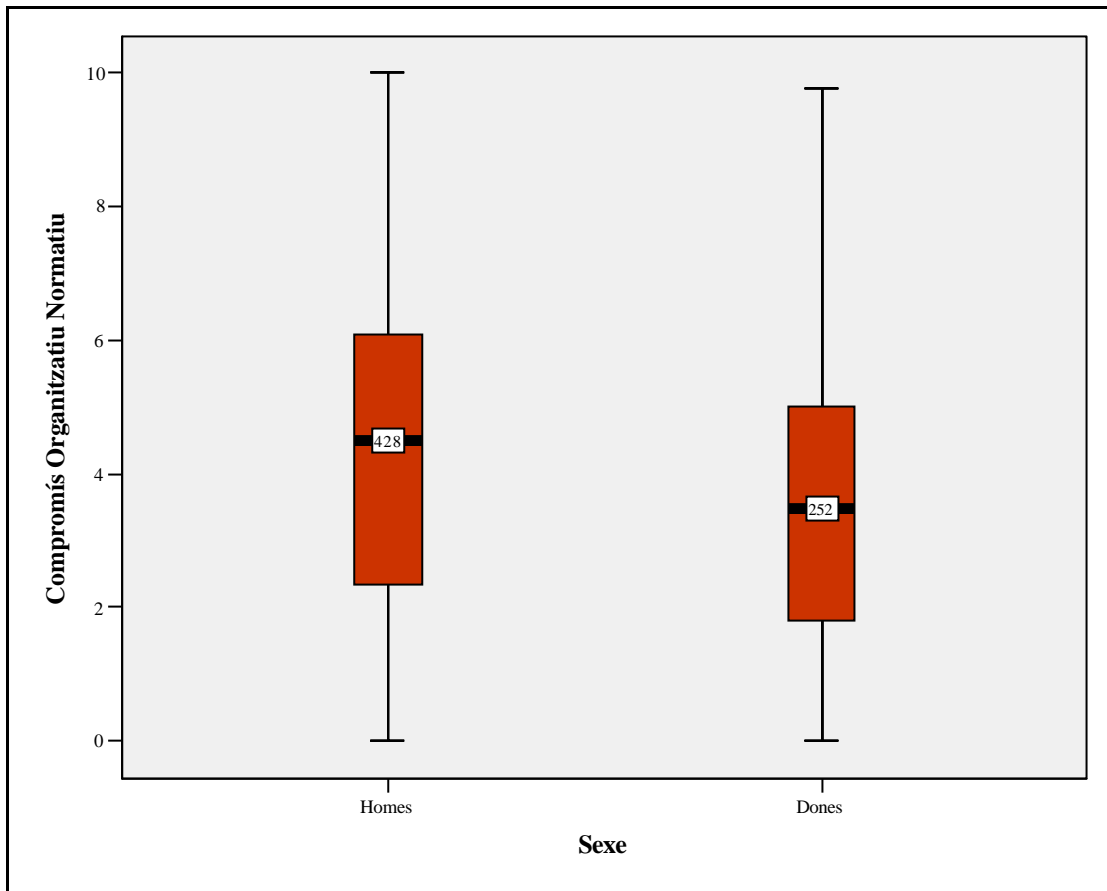
Amb relació a la variable *anys d'exercici professional*, es reproduïx el mateix patró que amb la variable edat i amb uns valors molt similars: el compromís normatiu augmenta amb els anys d'exercici de la medicina i el grup dels qui porten més de 25 anys de pràctica professional és el que mostra una mediana del component normatiu més elevada.

Analitzant el component normatiu amb relació a la variable *antiguitat* (vegeu el gràfic 6-19) el patró és molt similar, però l'increment en la valoració del compromís normatiu que es produeix entre els diferents grups és menor.

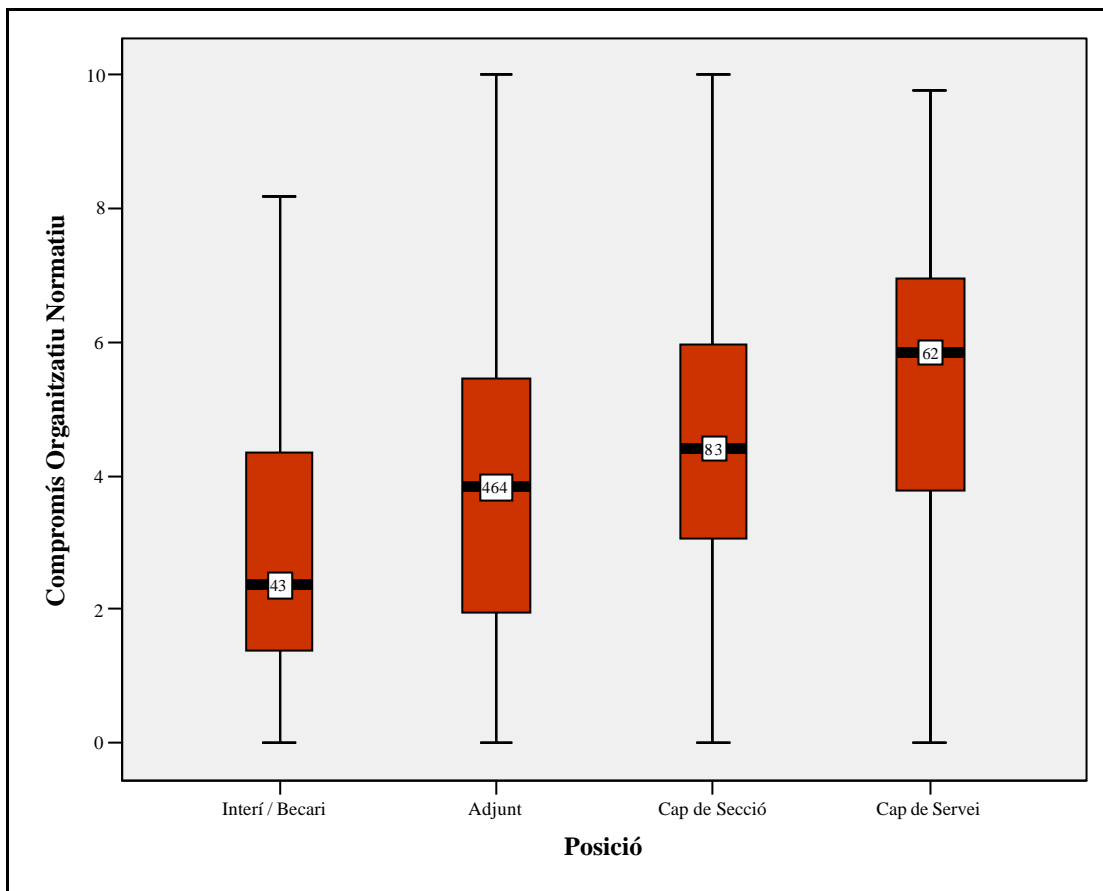
Gràfic 6-19: Compromís organitzatiu normatiu i antiguitat



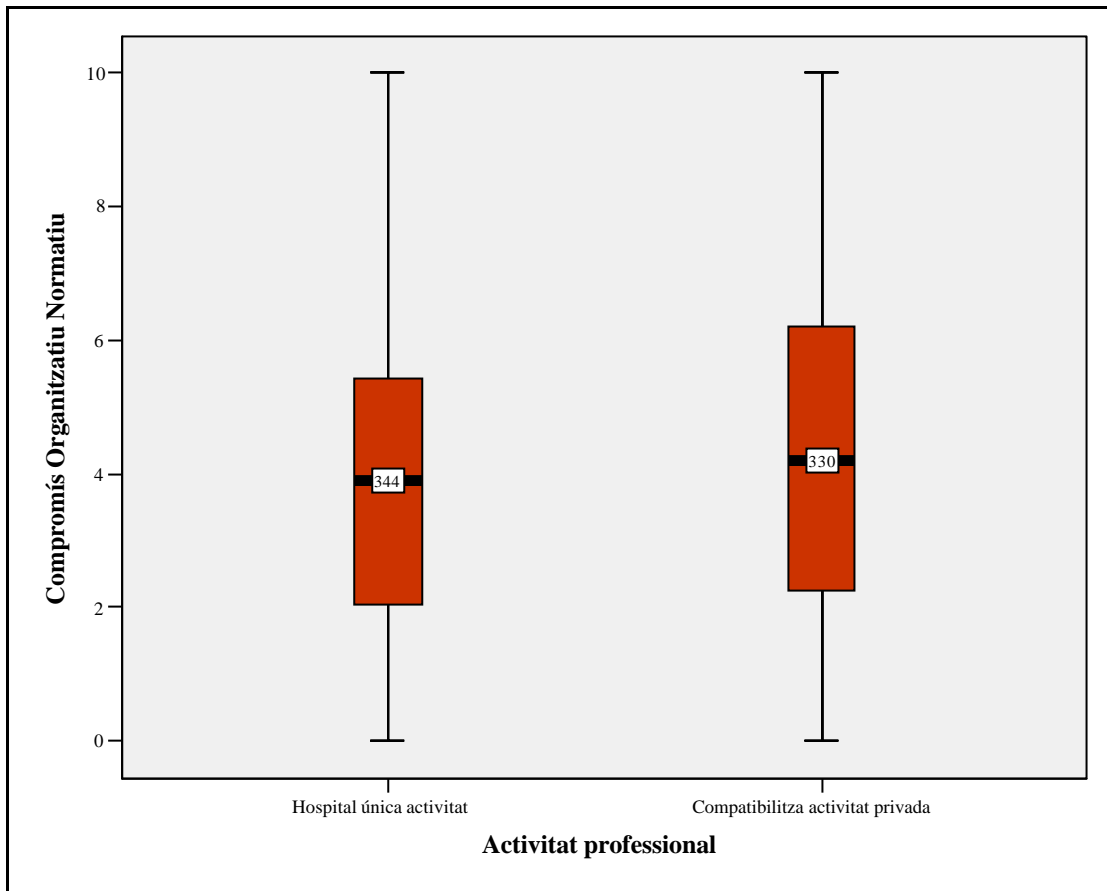
Pel que respecta al *sexe* (vegeu el gràfic 6-20), s'observen uns valors del component normatiu significativament inferiors en les dones, amb un efecte relativament intens (vegeu la taula 6-10, a la pàgina 138). És a dir, les dones de la mostra es senten moralment menys obligades amb l'hospital que el grup d'homes, la qual cosa no deixa de tenir la seva transcendència quan en la medicina s'està produint un procés de feminització de la professió molt important (vegeu la taula 2-3, a la pàgina 10), de manera que la relació que una bona part dels facultatius establiran amb els seus centres en els propers anys cal pensar que variarà substancialment.

Gràfic 6-20: Compromís organitzatiu normatiu i sexe

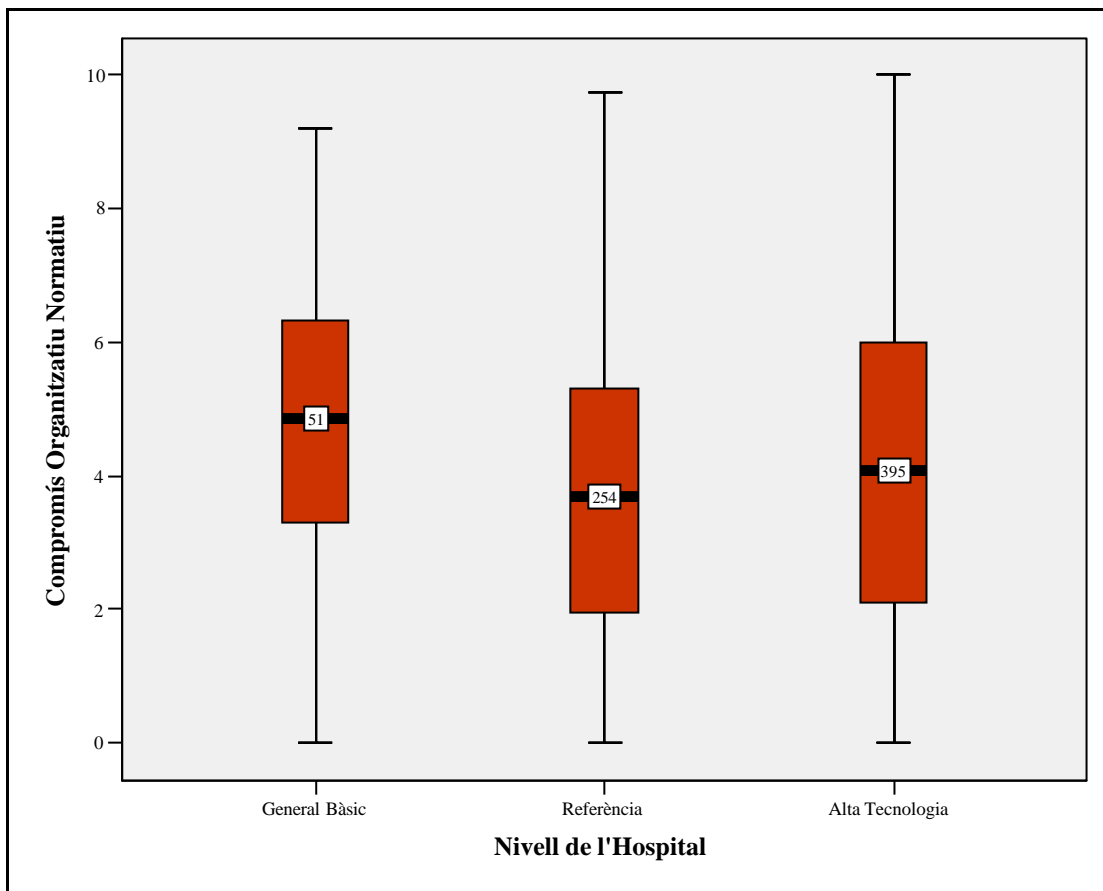
Amb relació a la variable *posició* (vegeu el gràfic 6-21), el compromís organitzatiu normatiu també augmenta significativament a mesura que s'ocupen posicions més elevades en la jerarquia mèdica, per bé que l'efecte és moderat (vegeu la taula 6-10, a la pàgina 138). El grup dels caps de servei és el que presenta un nivell de compromís normatiu més elevats, amb una mediana superior a la dels caps de secció i adjunts. El compromís normatiu més baix correspon als interins i becaris. Per tant, encara que dèbilment, la promoció en la jerarquia mèdica genera una obligació moral envers l'hospital, que podria estar relacionada amb un sentit de reciprocitat.

Gràfic 6-21: Compromís organitzatiu normatiu i posició

Amb relació a l'*activitat professional* (vegeu el gràfic 6-22), el compromís normatiu, sempre amb una valoració molt baixa, presenta gràficament una mediana lleugerament més elevada entre els qui compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb la pràctica privada de la medicina. La diferència és significativa estadísticament i l'efecte observat és moderat i negatiu (vegeu la taula 6-10, a la pàgina 138). Una possible interpretació és que els qui compatibilitzen les dues activitats professionals desenvolupen un sentit d'obligació envers l'hospital relativament més intens, potser a causa que les possibilitats que li ofereix el treball a l'hospital (per exemple, actualitzar els coneixements, accedir a tecnologia o relacionar-se amb col·legues de la mateixa i altres especialitats) li faciliten el desenvolupament d'una activitat professional paral·lela.

Gràfic 6-22: Compromís organitzatiu normatiu i activitat professional

Amb relació al *nivell d'hospital* (vegeu el gràfic 6-23) el compromís normatiu és més elevat en els hospitals generals bàsics, però sempre amb uns valors absoluts febles. En un hospital de dimensió reduïda, com són els generals bàsics, pot ser més fàcil que els facultatius generin un sentit d'obligació envers l'hospital, sia a conseqüència de la norma de reciprocitat o simplement perquè el procés de socialització és més intens i l'accés a l'alta direcció i la participació en processos de decisió poden ser més habituals que en un hospital més gran.

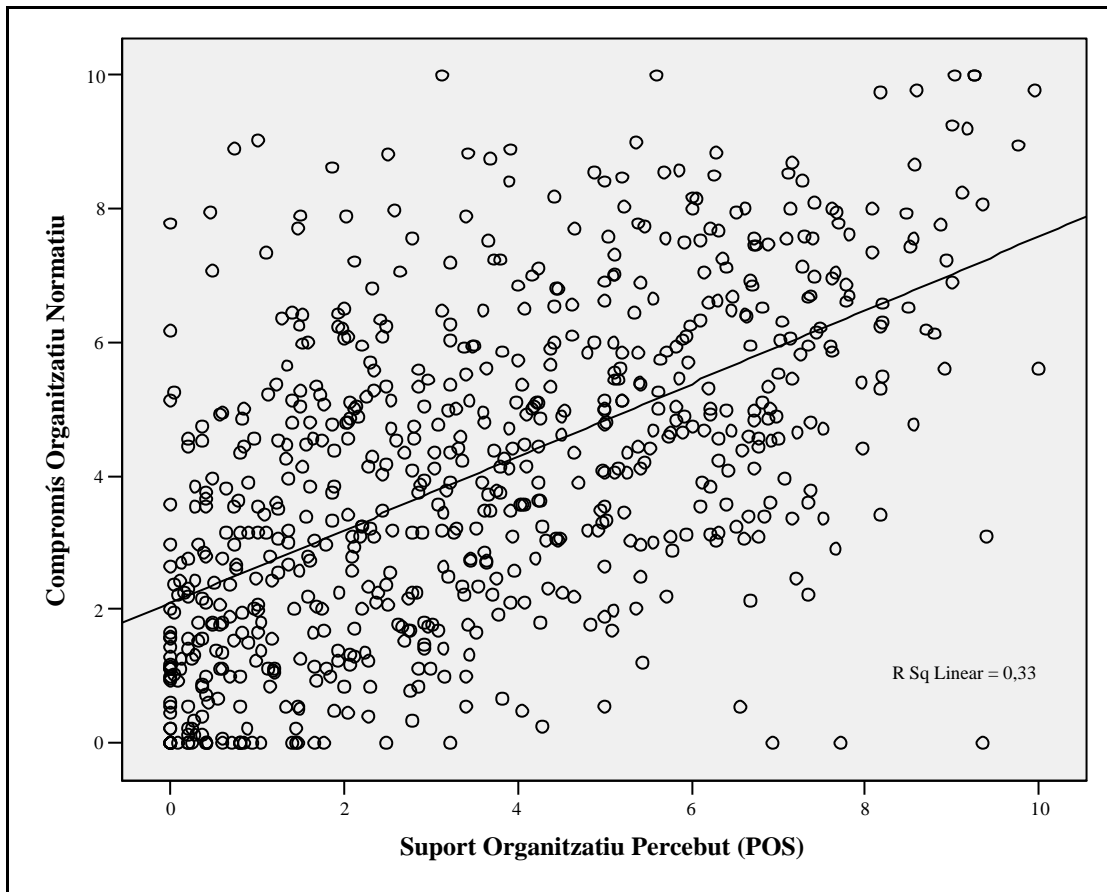
Gràfic 6-23: Compromís organitzatiu normatiu i nivell d'hospital

Amb relació al *suport organitzatiu percebut* (vegeu el gràfic 6-24), destaca la relació intensa entre aquesta variable i el compromís normatiu, que expressaria l'obligació moral envers l'hospital que genera en els metges sentir-se valorats per la institució en la qual treballen. La intensitat d'aquesta relació és superior a la que he observat entre el suport percebut i el compromís organitzatiu afectiu. Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, Rhoades (2001) descriuen la relació entre el suport organitzatiu percebut i "un sentit d'obligació envers l'organització", assimilable al concepte de compromís normatiu, que segons els autors actuaria com a mediador entre el suport percebut i el compromís afectiu. Aquesta relació es basaria en la norma de reciprocitat, per la qual "qui rep els beneficis està moralment obligat a recompensar el donant" (Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990).

Els constructes afectiu i normatiu del compromís organitzatiu comparteixen diversos antecedents comuns, com les experiències positives en el treball (Meyer, Allen, Smith, 1993), cosa que ha portat que alguns autors a qüestionar el fet de mantenir el compromís normatiu com una mesura separada (Ko, Price, Mueller, 1997). La recerca posterior ha posat de manifest que el compromís afectiu i normatiu no són constructes idèntics, tot i el "fort lligam natural" que pot existir entre ells (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytsky, 2002). Els treballs desenvolupats pel grup d'Eisenberger tampoc analitzen específicament les relacions entre el compromís organitzatiu afectiu i el compromís

normatiu, mentre que Cardona, Lawrence i Benter (2004) constaten que el suport organitzatiu percebut reforça el que anomenen “vinde social amb l’organització” i que mesuren utilitzant una adaptació del qüestionari del compromís organitzatiu normatiu de Meyer i Allen (1990). Per Cardona i els seus col·legues, el compromís normatiu actuaria com a mediador de la relació suport organitzatiu percebut - conducta organitzativa cívica.

Gràfic 6-24: Compromís organitzatiu normatiu i suport organitzatiu percebut



Meyer i Allen (1997) no analitzen les relacions del compromís organitzatiu amb el suport organitzatiu percebut, però en canvi fan esment explícit del contracte psicològic entre l’individu i l’organització com un antecedent possible del compromís normatiu. El contracte psicològic es planteja com “una relació d’intercanvi en la qual s’observen obligacions recíproques” (Meyer Allen, 1997: 619), amb moltes ressonàncies amb la norma de reciprocitat, en la qual es fonamenta la relació entre el suport organitzatiu percebut i el compromís normatiu.

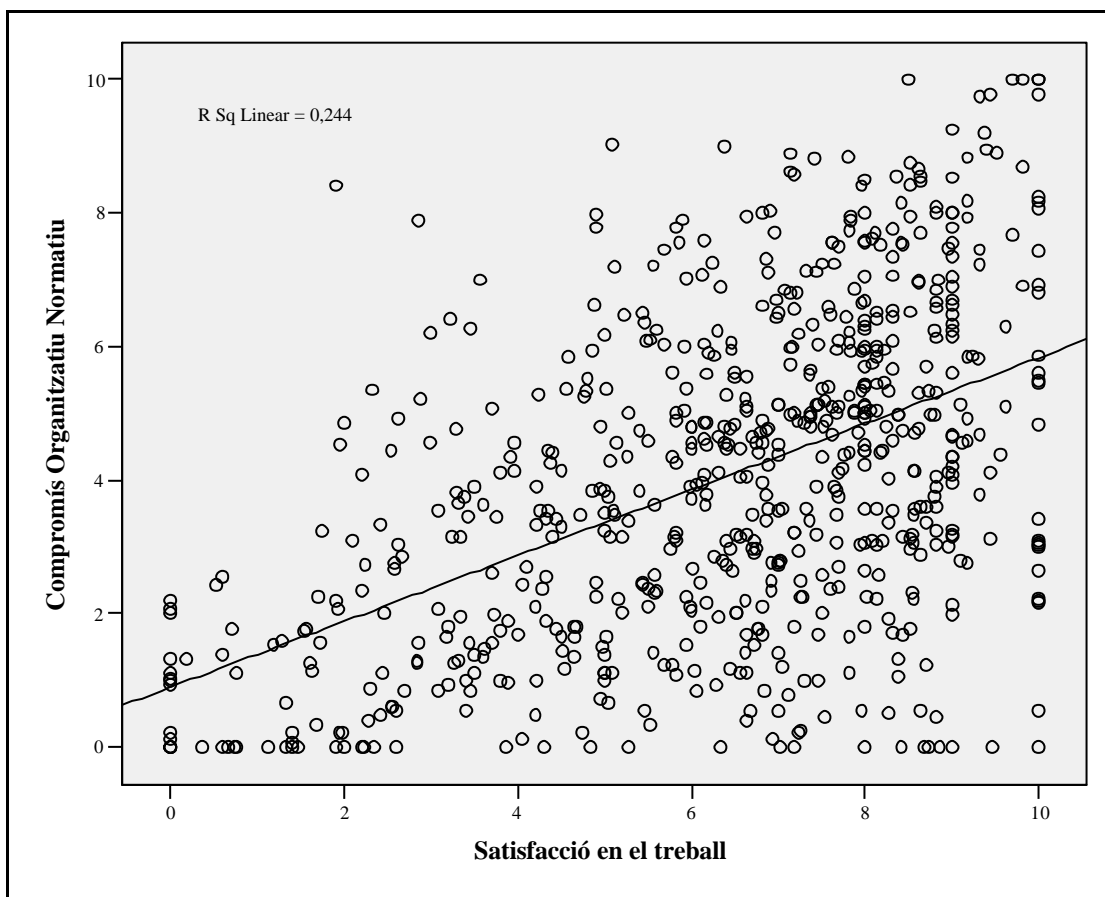
L’efecte principal de la relació suport organitzatiu percebut - compromís organitzatiu normatiu també varia per interacció de les variables sexe, posició, nivell d’hospital i activitat professional (vegeu la taula 6-9). El més destacable és la disminució de l’efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís normatiu en els caps de servei.

Taula 6-9: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu normatiu

Efecte principal	Sexe	Posició	Nivell de l'hospital	Activitat professional
0,574	Dones = 0,563	Interí/becari = 0,630	General bàsic = 0,529	Hospital única activitat = 0,590
		Adjunt = 0,555	Referència = 0,552	
	Homes = 0,563	Cap secció = 0,545	Alta tecnologia = 0,600	Compatibilitza activitat privada = 0,550
		Cap servei = 0,338		

Respecte a la *satisfacció en el treball*, es detecta una correlació entre aquesta variable i el compromís normatiu (vegeu el gràfic 6-25), encara que no tan intensa com la descrita entre satisfacció en el treball i el compromís afectiu (vegeu el gràfic 6-9, a la pàgina 112).

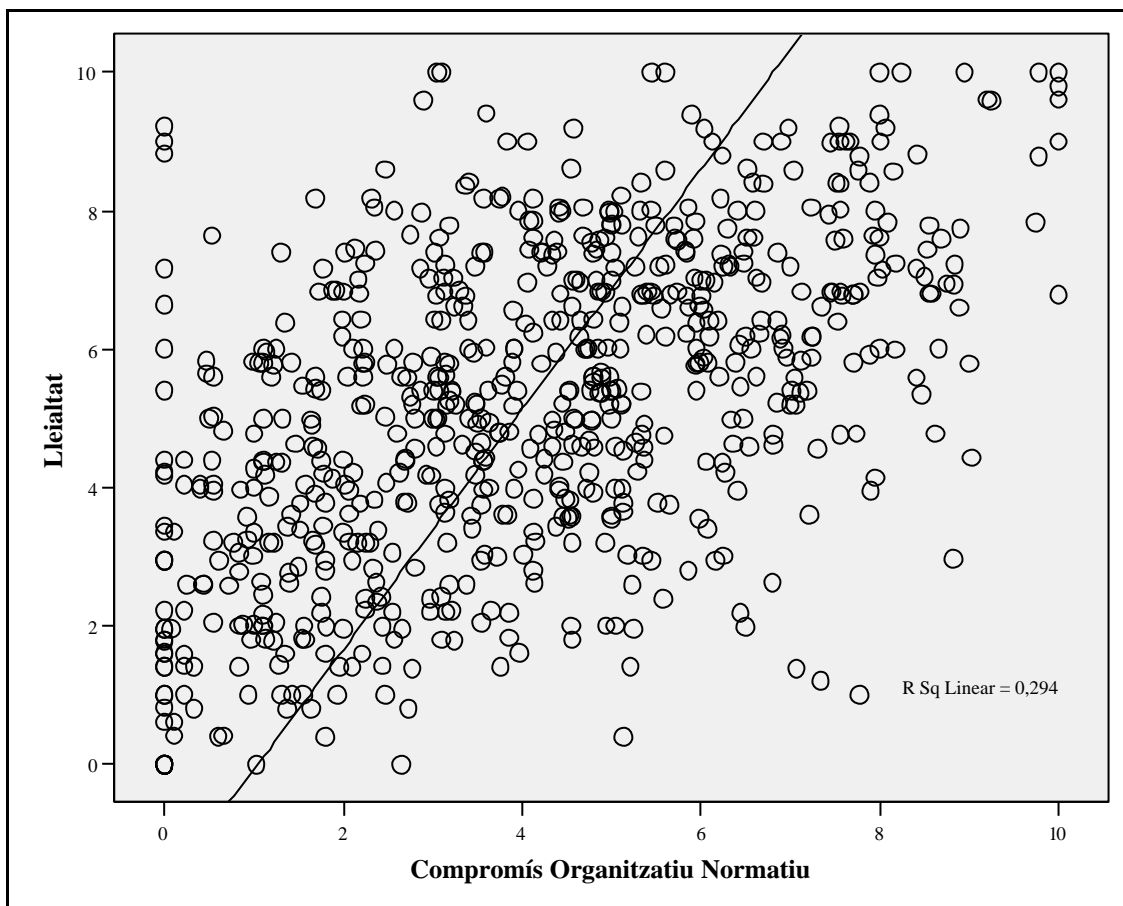
Gràfic 6-25: Compromís organitzatiu normatiu i satisfacció en el treball



Amb relació a la *conducta organitzativa cívica* observo una correlació feble amb el compromís normatiu, la qual cosa no és plenament coincident amb els resultats d'altres autors, com Cardona, Lawrence i Benter (2004), que en el seu estudi sobre dues mostres de metges d'hospitals espanyols posen de manifest que, com més elevat és el compromís normatiu dels metges, la seva predisposició a desenvolupar una conducta organitzativa cívica també és superior.¹⁴⁸

Respecte al *model de resposta EVLN*, el component normatiu del compromís organitzatiu es relaciona intensament amb la resposta *lleialtat* (vegeu el gràfic 6-26), però no detecto correlacions amb les altres tres respostes, *desatenció*, *expressió* i *sortida*.

Gràfic 6-26: Compromís organitzatiu normatiu i lleialtat



¹⁴⁸ Cardona, Lawrence i Benter (2004) utilitzen tres indicadors del qüestionari del compromís normatiu desenvolupat per Meyer, Allen i Smith (1993) per mesurar el que anomenen *vinçle social amb l'organització* (*social attachment to the organization*).

El model de regressió múltiple em permet sintetitzar la influència del conjunt en el compromís organitzatiu normatiu amb un efecte de $r = 0,644$, que es tradueix en un percentatge de variació explicada del 41,4 %.¹⁴⁹

En resum, el compromís organitzatiu normatiu rep una valoració molt baixa per part dels facultatius enquestats. És a dir, l'obligació moral que senten envers el seu hospital és molt inferior al vincle emocional que expressen o a la valoració que fan dels lligams instrumentals. No obstant això, el compromís normatiu també creix amb el temps i, si bé els seus valors són molt inferiors als dels components afectiu i de continuïtat, segueix un patró similar al dels altres dos constructes del model de tres components, tal com s'observa amb relació a les variables edat, anys d'exercici professional, antiguitat i posició. És destacable que entre les dones el compromís normatiu és inferior al dels homes, mentre que les diferències en la valoració del constructe normatiu amb relació a l'activitat professional són escasses, però és més valorat entre els qui compatibilitzen la tasca hospitalària amb activitat privada i entre els metges dels hospitals generals bàsics.

És remarcable la intensa relació del suport organitzatiu percebut amb el compromís normatiu, destacant la interacció que produeix en els caps de servei una disminució de la grandària de l'efecte d'aquesta relació. També cal subratllar la relació del component normatiu amb la satisfacció en el treball i la resposta *lleialtat* del model EVLN.

Taula 6-10: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu normatiu del sexe, posició i activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-20: Compromís organitzatiu normatiu i sexe	Independent Samples Test	0,000	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,2847
6-21: Compromís organitzatiu normatiu i posició	Jonckheere-Terpstra	0,000	?	0,232
6-22: Compromís organitzatiu normatiu i activitat professional	Independent Samples Test	0,065	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,1420

¹⁴⁹ Els regressors inclosos en l'equació de regressió han estat: edat, antiguitat, posició, activitat professional, suport organitzatiu percebut, satisfacció en el treball, lleialtat, interaccions activitat professional - nivell d'hospital, interaccions sexe -posició, interaccions sexe - activitat professional, interaccions activitat professional - posició.

6.1.4. Resum de l'anàlisi i discussió dels resultats del compromís organitzatiu

En aquest apartat he tractat el primer objectiu de la tesi, centrat a conèixer el compromís organitzatiu dels metges hospitalaris, a partir de l'anàlisi dels tres constructes que l'integren, l'afectiu, el de continuïtat i el normatiu. Els resultats obtinguts posen de manifest que el compromís dels metges és elevat, principalment a causa del component afectiu i de la dimensió *sacrificis associats* del component de continuïtat, però la valoració de tots els components del compromís organitzatiu dels metges s'incrementen al llarg de la seva trajectòria professional. Els components afectiu, de continuïtat i normatiu augmenten amb l'edat, els anys d'exercici professional, l'antiguitat a l'hospital i a mesura que els metges promocionen en la jerarquia mèdica.

En concret, el compromís afectiu és intens i evoluciona creixent i incrementant-se en el temps. El component afectiu es relaciona també amb certa intensitat amb el suport organitzatiu percebut, que depèn i es modifica en funció dels valors d'altres variables que interaccionen, com el sexe, la posició, el nivell de l'hospital i l'activitat professional. També s'observen relacions amb la conducta organitzativa cívica, la satisfacció en el treball, la resposta *lleialtat* i en una relació inversa amb la resposta *sortida*. En el cas d'aquestes respostes del model EVLN també s'observen interaccions amb les variables sexe, posició, nivell de l'hospital i activitat professional.

Per la seva part, el compromís de continuïtat dels metges és degut principalment a la dimensió de sacrificis associats a deixar l'organització, que en tots els casos es valora amb més intensitat. Les dues dimensions del compromís de continuïtat són més valorades a mesura que avança la carrera professional del metge i particularment pels caps de secció. La dimensió sacrificis associats és valorada pels metges d'hospitals d'alta tecnologia, mentre que la d'absència d'alternatives rep una valoració més feble entre els qui compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb l'exercici privat de la medicina i particularment entre els caps de servei. S'observen interaccions de la variable posició (caps de servei i caps de secció), que disminueix l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís de continuïtat en la dimensió dels sacrificis associats, mentre que sobre la dimensió *absència d'alternatives* l'efecte de la relació disminueix en les dones, en els adjunts i en els hospitals de nivell general bàsic.

Finalment, el compromís organitzatiu normatiu també segueix el patró d'evolució en paral·lel a la trajectòria professional del metge, però és molt poc valorat pels facultatius, que senten una obligació moral envers l'hospital molt baixa. Entre les dones la valoració del component normatiu és encara inferior que entre els homes i és valorat amb més intensitat pels qui compatibilitzen la feina a l'hospital i la feina privada. Destaca també la intensitat de la relació amb la satisfacció en el treball, la resposta *lleialtat* i el suport organitzatiu percebut, en la qual s'observa una disminució de l'efecte per interacció de la variable *caps de servei*.

6.2. Els focus del compromís organitzatiu

“En Comala comprendí
que al lugar donde has sido feliz
no debieras tratar de volver.”

JOAQUÍN SABINA (2002): *Peces de ciudad*

En aquest apartat analitzo el segon objectiu d'aquesta tesi, el grau de compromís amb els focus amb els quals els metges desenvolupen una vinculació. Els focus del compromís són les diferents entitats integrants d'una organització amb les quals un individu es pot sentir compromès. Considero que per als metges hospitalaris els focus del compromís més característics i rellevants són el servei i el cap de servei (Obeso, Castellà, Guilera, Peiró, Batista-Foguet, 1990). El servei és la unitat organitzativa bàsica en la qual s'enquadren els facultatius i el cap de servei és el metge responsable d'aquesta unitat. En l'anàlisi dels resultats es comparen els resultats del compromís amb el servei i amb el cap de servei, amb els del compromís organitzatiu, tractats en l'apartat anterior.

6.2.1. Compromís afectiu amb el servei i amb el cap de servei

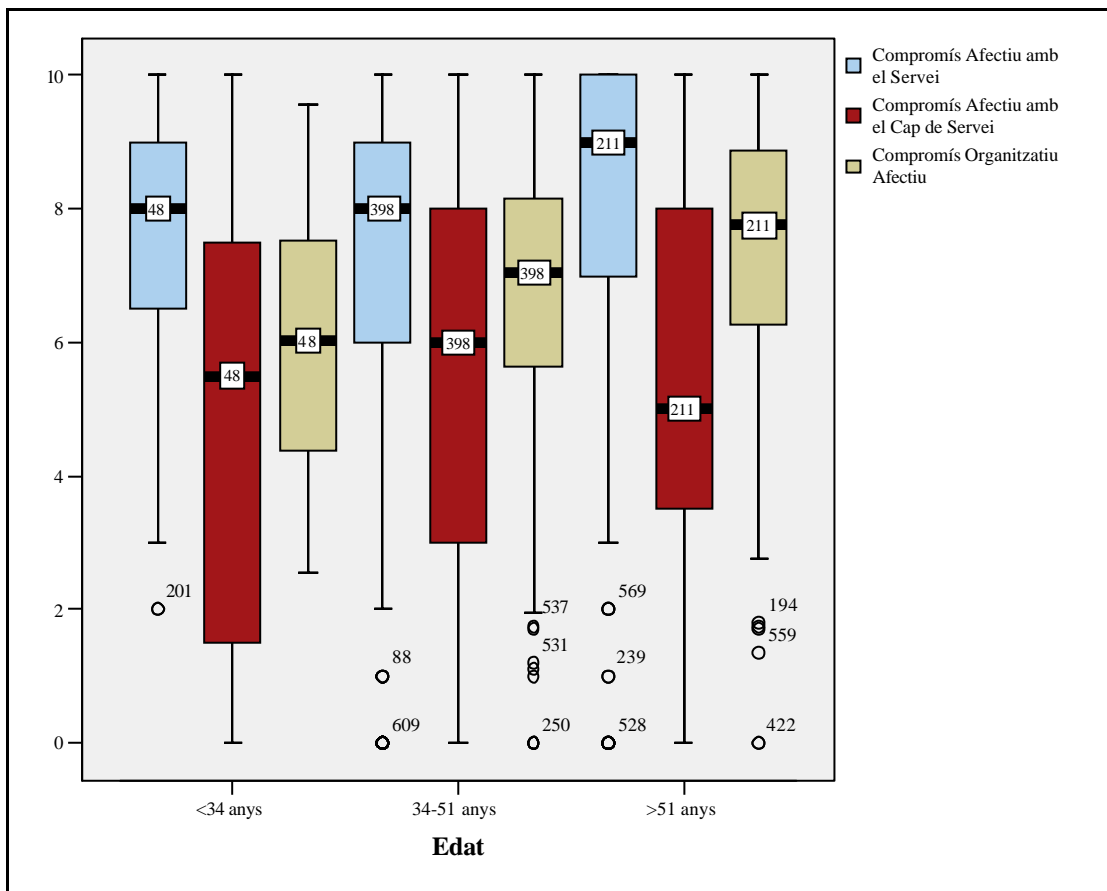
El compromís afectiu amb el servei fa referència al lligam emocional del metge amb la unitat organitzativa en la qual desenvolupa la seva tasca. Al metge compromès amb el servei li agrada ser membre d'aquesta unitat i ho vol seguir sent. De la mateixa manera, el compromís afectiu amb el cap de servei es refereix que el facultatiu estableix un vincle emocional amb el seu superior, amb el cap de la unitat, pel qual l'individu s'identifica i s'involucra amb ell (Meyer, Allen, 1991; Meyer, Herscovitch, 2001).

En els resultats del meu treball destaca que el compromís afectiu amb el servei és més intens que el compromís amb l'hospital i que el compromís afectiu amb el cap de servei és el més baix de tots. El compromís afectiu focalitzat en el servei és molt intens d'entrada i s'incrementa al llarg de la trajectòria professional del metge. Per contra, el compromís afectiu amb el cap de servei és molt més feble i amb el pas del temps va decaient.

Aquests resultats posen de manifest que els metges diferencien el seu grau d'implicació amb l'hospital, amb el servei i amb el cap del servei, coincidint amb els resultats obtinguts per diversos autors. Vandenberghe, Bentein i Stinglhamber (2004) diferencien el compromís afectiu amb l'organització, el supervisor i el grup de treball i Lawler (1992) elabora la *teoria del procés d'elecció (choice-process theory)* en constatar el desenvolupament de diferents vincles amb cadascun dels grups niats dels quals els individus formen part simultàniament, en funció de si estableixen el lligam amb la part *proximal* o *distal* de l'organització.

Els resultats que he obtingut amb relació a l'edat (vegeu el gràfic 6-27) mostren que el compromís afectiu focalitzat en el servei és molt intens en tots els grups d'edat, però s'incrementa notòriament en el grup de més de 51 anys. En canvi, el component afectiu amb el cap de servei és més intens en el grup entre 34 i 51 anys i disminueix en el dels més grans de 51 anys, a un nivell similar al del grup de menors de 34 anys. És remarcable aquesta dèbil valoració del component afectiu amb el cap de servei, en comparació de la intensitat del seu compromís afectiu amb el servei i fins i tot amb l'hospital.

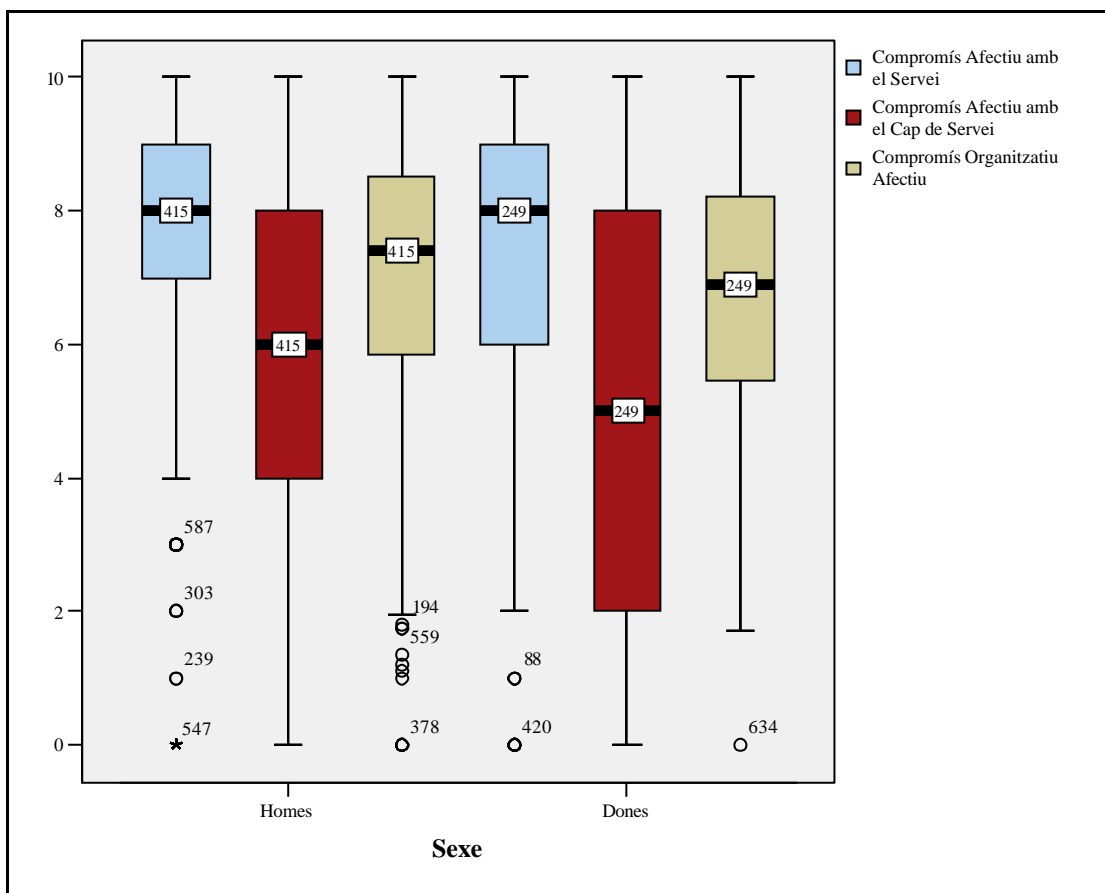
Gràfic 6-27: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i edat



El patró de la valoració del focus del compromís afectiu amb el servei i amb el cap de servei amb relació a l'edat és molt similar al que observo respecte als *anys d'exercici professional* i a l'*antiguitat*. El més destacable és la baixa valoració del compromís amb el cap de servei que mostra el grup que fa entre 15 i 25 anys que exerceix la medicina, mentre que, amb relació a l'antiguitat, és el grup més veterà el que pitjor valora el seu compromís amb el cap de servei. Aquests resultats són coincidents amb els obtinguts per Becker i Billings (1993) en el seu treball sobre perfil de compromís.

Amb relació a la variable *sexe* (vegeu el gràfic 6-28), mentre que la valoració del compromís amb el servei és similar, més homogènia i amb la mediana lleugerament més elevada en el grup d'homes, el grup de dones mostra una mediana significativament inferior i una dispersió més gran amb relació al compromís amb el cap de servei. Els caps de servei constitueixen el 9,5 % dels metges de la mostra i el 87,1 % dels qui ocupen la posició són homes, cosa que especulativament potser pot tenir alguna influència en la diferent valoració del compromís afectiu amb el cap de servei que fan els homes i les dones de la mostra.

Gràfic 6-28: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i sexe



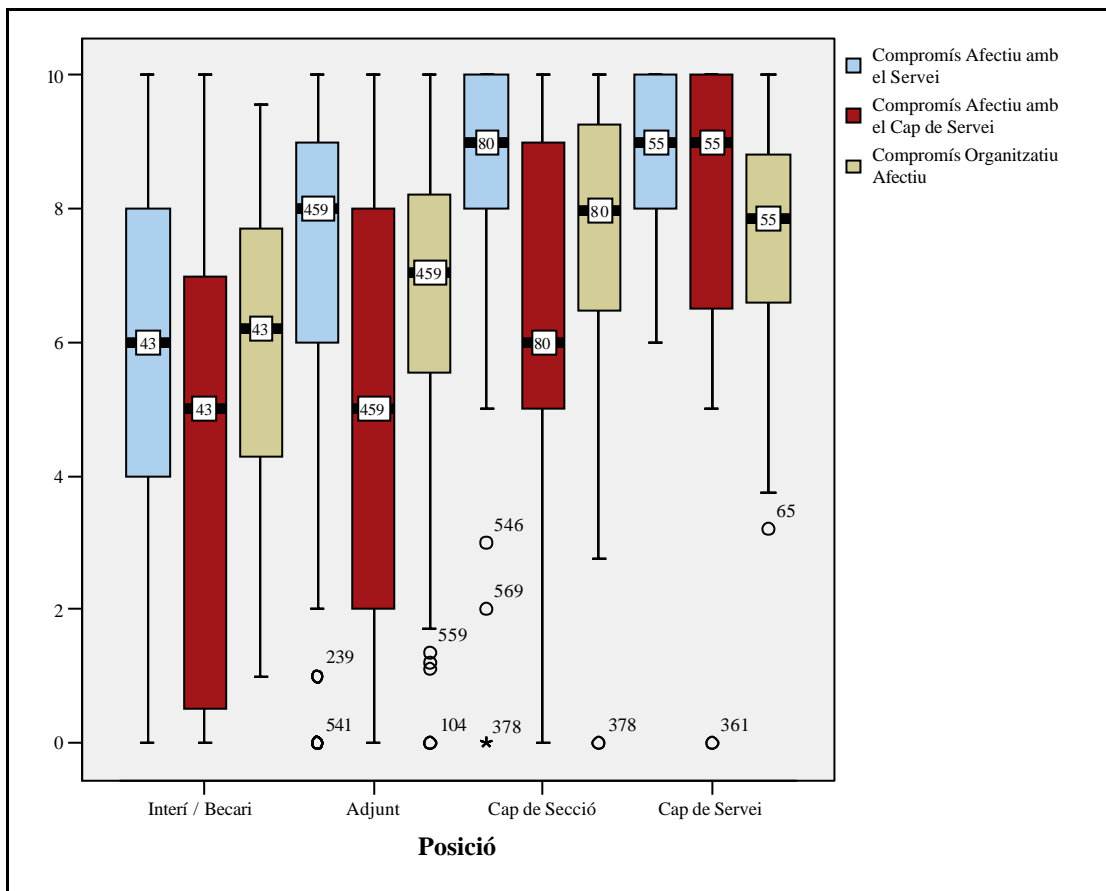
Amb independència de la seva significació estadística (vegeu la taula 6-11, a la pàgina 147), en una interpretació més qualitativa del gràfic 6-28 és destacable la diferent valoració de les dones i els homes del seu compromís amb el cap de servei. Mentre que la valoració gràfica de les dones mostra una caixa simètrica, la dels homes és més esbiaixada; el 50 % de les respostes són superiors a 6.

Respecte a la *posició* (vegeu el gràfic 6-29), destaca que tant la valoració del compromís afectiu amb el servei com amb el cap de servei augmenten a mesura que es promociona en la jerarquia mèdica. Els caps de servei i els caps de secció fan una valoració elevadíssima del seu compromís afectiu amb el servei i en els dos grups el 75 % de les

respostes són superiors a 8. La valoració dels adjunts també és força elevada, però només el 50 % dels enquestats mostren una valoració del compromís amb el servei superior a 8, mentre que els interins i becari valoren de manera més discreta el seu vincle afectiu amb el servei i només el 25 % dels individus d'aquest grup fa una valoració superior a 8.

La valoració del compromís afectiu amb el cap de servei és més feble i dispersa en totes les posicions (vegeu el gràfic 6-29).

Gràfic 6-29: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i posició



La discreta valoració que els metges adjunts i els interins i becari fan del seu compromís afectiu amb el cap de servei es pot interpretar des de diverses perspectives. Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski i Rhoades assenyalen que “els supervisors actuen com a agents de l'organització en el tracte amb els subordinats” (2002: 566), cosa que, traslladada al context hospitalari, on les relacions entre l'alta direcció i el cos facultatiu no sempre són de confiança, fa que la possible percepció entre els metges del cap de servei “com un agent” de l'hospital no sigui el millor argument perquè els facultatius generin un lligam afectiu envers el seu cap. A més, els facultatius perceben l'estatus del seu cap i la seva capacitat d'influència en funció del tracte que li dispensa l'alta direcció, que en el context de desconfiança descrit potser no

sempre és el més adequat.¹⁵⁰ Quan des de la direcció de l'hospital s'emfasitza el caràcter directiu de la posició de cap de servei s'incorre en el "risc de pèrdua de l'estima i el respecte dels col·legues, si els veuen principalment com a gestors" (Llewellyn, 2001: 608).

Una segona perspectiva interpretativa pot venir donada perquè el cap de servei no hagi reeixit en la seva funció de mentor (Colarelli, Bishop, 1990) i, per tant, no hagi influït en el progrés de la carrera professional del metge, decebent les expectatives que el facultatiu hi pogués tenir dipositades, la qual cosa comporta que aquest redueixi el seu compromís afectiu amb el superior (Vandenberghe, Bentein, Stinglhamber, 2004). En aquest sentit, un dels metges entrevistats efectua una afirmació molt contundent:

"Que l'hospital sigui un hospital brillant, depèn del cap de servei. El cap de servei és quasi com si fos el meu pare."¹⁵¹

Finalment, Becker, Billings, Eveleth i Gilbert (1996) apunten una tercera opció, i assenyalen que la congruència dels valors de l'empleat i els del seu cap, més que els de l'organització, faciliten el compromís de l'individu basat en la identificació amb el seu focus local, el cap de servei en aquest cas. Si els valors del cos facultatiu i els dels seus supervisors no són coincidents, hi pot contribuir també la feblesa del vincle afectiu dels metges hospitalaris amb el cap de servei.

D'altra banda, cal destacar la valoració que fan els mateixos caps de servei del seu compromís afectiu amb la posició que ocupen, que mostra una mediana superior a 9 en el 50 % de les respostes. El 50 % restant es pot diferenciar en dos grups: un 25 % mostra una implicació considerable (per sobre de 8), mentre que l'altre 25 % valora el vincle emocional amb la posició que ocupa de manera més moderada (entre 6 i 8) (vegeu el gràfic 6-29).

Pel que respecta a l'*activitat professional* (vegeu el gràfic 6-30), malgrat que les diferències en la valoració del compromís afectiu amb el cap de servei no són estadísticament significatives (donada l'elevada dispersió), gràficament les diferències observades amb relació a la diferent activitat professional dels metges són evidents.

La valoració dels qui només treballen a l'hospital mostra una distribució simètrica del seu gràfic de caixa, mentre que el gràfic de caixa dels qui compatibilitzen les dues activitats professionals té la mediana més elevada.

Una possible interpretació de les diferències observades és que els facultatius que només treballen a l'hospital valoren pitjor el seu compromís amb el cap de servei com una conseqüència de les expectatives no satisfetes pel seu superior. Per contra, el compromís afectiu amb el cap de servei més intens dels qui compatibilitzen les dues activitats es pot interpretar degut a la contribució d'aquest en el desenvolupament de

¹⁵⁰ Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski i Rhoades (2002) apunten que la percepció d'un estatus elevat suposa que l'organització "valora positivament les contribucions del supervisor i té a veure amb la preocupació del benestar del supervisor, la influència del supervisor en importants decisions de l'organització i l'autonomia i autoritat atorgades al supervisor en les responsabilitats del seu treball" (2002: 571).

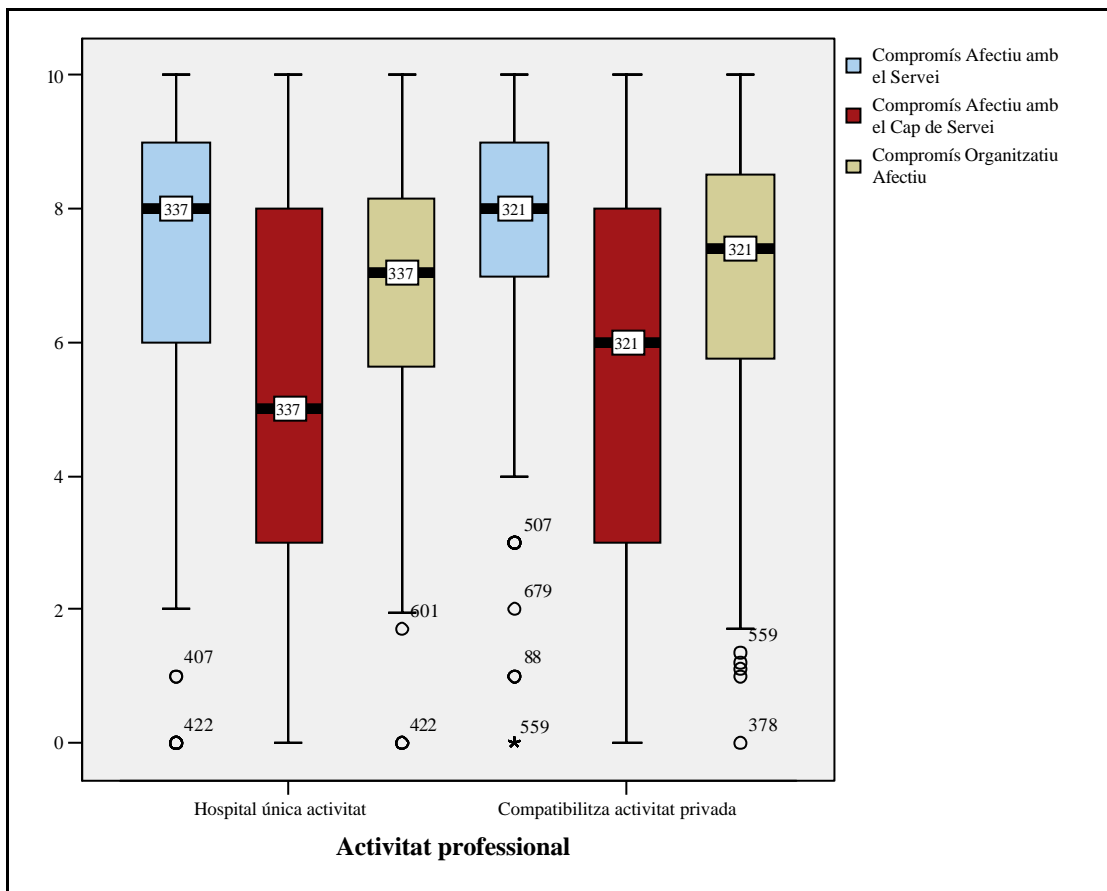
¹⁵¹ Entrevista amb MJ8.

l'activitat privada del facultatiu o a la seva permissivitat en l'acompliment de la tasca hospitalària per facilitar-li l'activitat privada.

“El meu cap de servei és una persona molt orientada a l'activitat privada, i ens entén perfectament.”¹⁵²

Per alguns facultatius el cap de servei actua com a representant de l'organització quan permet o simplement no desautoritza les activitats complementàries que puguin realitzar, i en conseqüència, a través d'ell, perceben un cert suport de l'hospital.

Gràfic 6-30: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i activitat professional



Aquesta interpretació es veuria reforçada per la interacció que es produeix entre l'activitat professional dual, el suport organitzatiu percebut i el compromís afectiu amb el cap de servei. En efecte, la correlació entre el suport organitzatiu i el compromís afectiu amb el cap de servei, que és moderada ($r = 0,406$), s'intensifica lleugerament en el grup que compatibilitza les dues activitats ($r = 0,429$), per comparació al grup que només treballa a l'hospital ($r = 0,379$).

¹⁵² Entrevista amb MJ6.

Amb relació al *nivell d'hospital*, no s'observen diferències remarcables entre les diferents categories de centres, tant pel que fa al compromís amb el cap de servei com amb la pròpia unitat.

El compromís afectiu amb el servei es relaciona molt intensament amb el compromís organitzatiu afectiu. És a dir, com més intens és el compromís afectiu del metge focalitzat en el servei, amb la part *proximal* de l'organització, més intens és el seu compromís afectiu amb la part *distal* de l'organització, amb l'hospital. En conseqüència, si el metge no se sent compromès afectivament a escala *local*, amb el servei, difícilment es sentirà vinculat afectivament més *globalment*, amb l'hospital. Aquesta relació entre el compromís afectiu amb el servei i amb l'hospital encaixa amb el perfil *compromès* de la tipologia proposada per Becker i Billings (1993), que categoritza els individus vinculats simultàniament a focus globals i locals.

La relació del compromís afectiu amb el servei i amb el compromís organitzatiu afectiu és encara més intensa en les dones que compatibilitzen les dues activitats professionals ($r = 0,551$), per l'existència d'una interacció. Respecte als altres components del compromís organitzatiu també s'observa una relació del compromís afectiu amb el servei amb el compromís organitzatiu normatiu encara que no tan intensa i més feble amb la dimensió *sacrificis associats* del compromís de continuïtat.

La relació que s'observa entre el compromís afectiu amb el servei i el *suport organitzatiu percebut* és feble i encara ho és més amb la *conducta organitzativa cívica*. En canvi, la relació amb la *satisfacció en el treball* és bastant intensa.

Respecte al *model de resposta EVLN*, el compromís afectiu amb el servei es relaciona amb *lleialtat* i inversament de manera més intensa amb la resposta *sortida*. Aquests resultats són coincidents amb els de l'estudi de Becker i Billings (1993), en el qual els individus que s'ajusten al perfil *compromès* són els que mostren una satisfacció en el treball més gran, una menor intenció de deixar l'organització i els que presenten amb major freqüència conductes organitzatives prosocials.

El compromís afectiu amb el cap de servei mostra una relació intensa amb el compromís amb altres focus, principalment amb el compromís afectiu i normatiu amb el servei. També s'observa una relació, encara que amb menys intensitat, amb el compromís organitzatiu afectiu, el compromís organitzatiu normatiu, el suport organitzatiu percebut i la satisfacció en el treball. Aquests resultats coincideixen parcialment amb els d'altres autors (Becker, 1992) que relacionen positivament el compromís amb el supervisor amb la satisfacció en el treball i el comportament organitzatiu prosocial, que es pot entendre com a conducta cívica organitzativa, relació que no observo en la meua recerca.

El compromís afectiu amb el cap de servei es relaciona dèbilment amb la resposta *lleialtat* i inversament, de manera més feble, amb la resposta *sortida*, resultat que contrasta amb la relació inversa més intensa entre la voluntat de deixar l'organització (*sortida*) i el compromís afectiu amb el superior, descrita per Vandenberghe, Bentein i Stinglhamber (2004).

Taula 6-11: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el focus del compromís afectiu del sexe i l'activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-28: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i sexe	Independent Samples Test (Compromís afectiu amb el servei)	0,011	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,2015
	Independent Samples Test (Compromís afectiu amb el cap de servei)	0,109	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,1268
	Independent Samples Test (Compromís organitzatiu afectiu)	0,055	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,5215
6-30: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i activitat professional	Independent Samples Test (Compromís organitzatiu afectiu)	0,340	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,0735
	Independent Samples Test (Compromís afectiu amb el servei)	0,706	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,029
	Independent Samples Test (Compromís afectiu amb el cap de servei)	0,350	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,0720

En síntesi, en aquest apartat he constatat que el compromís afectiu focalitzat en el servei és d'una gran intensitat, superior al compromís afectiu amb el cap de servei i més intens que el vincle afectiu amb el conjunt de l'hospital.

“Amb l'hospital com a institució aquest vincle no és tan intens; és molt més intens amb el servei.”¹⁵³

“Pel metge, l'hospital és el seu servei [...]; l'estructura mental depèn del servei, en general no depèn de l'hospital. Igual en un 20 %, però l'altre 80 % és el pes del servei.”¹⁵⁴

El compromís afectiu amb el servei s'intensifica encara més en els grups de metges més grans, amb més anys d'exercici professional, que fa més anys que treballen al mateix hospital i que ocupen posicions de cap de secció o cap de servei. Destaca la relació intensa entre el compromís amb el servei i la satisfacció en el treball i encara més amb

¹⁵³ Entrevista amb MA6.

¹⁵⁴ Entrevista amb MJ7.

el compromís organitzatiu afectiu, de manera que el compromís afectiu amb el servei esdevé un pas previ aparentment imprescindible perquè els facultatius es sentin compromesos de manera més global amb l'hospital.

“Hi ha un vincle amb l'hospital a partir de la cohesió interna del servei.”¹⁵⁵

En contraposició, la valoració del compromís afectiu amb el cap de servei és en general significativament més feble. Destaca que els grups de metges de més edat, amb més anys d'exercici professional i més veterans, són els que pitjor valoren el seu compromís amb el seu cap. Les dones mostren un compromís afectiu més feble amb el cap del servei i, en canvi, els facultatius que compatibilitzen les dues pràctiques professionals presenten un compromís afectiu més intens amb el seu superior.

La feblesa del compromís afectiu amb el cap de servei es pot interpretar que és deguda a diverses raons: perquè els metges desconfien del cap de servei si el consideren com un *agent* de la direcció de l'hospital o perquè, en sentit contrari, no li detecten capacitat per influir en l'alta direcció del centre. També es pot interpretar que la feblesa del vincle afectiu amb el cap de servei és deguda que aquest no ha satisfet les expectatives com a mentor que els metges al seu càrrec li havien suposat o, finalment, per la falta de congruència entre els valors dels facultatius i els del seu cap.

6.2.2. Compromís de continuïtat amb el servei i amb el cap de servei

El compromís de continuïtat focalitzat en el servei fa referència als costos percebuts pel metge, fonamentalment a l'existència d'alternatives professionals fora del servei, en el supòsit que deixés aquesta unitat. En aquesta recerca, el metge amb un intens compromís de continuïtat amb el servei estableix el seu vincle per la percepció que no té altres opcions de treball fora de la unitat. De la mateixa manera, el compromís de continuïtat amb el cap de servei es refereix a la percepció del facultatiu dels costos que li comportaria que l'actual cap de servei deixés la posició que ocupa.

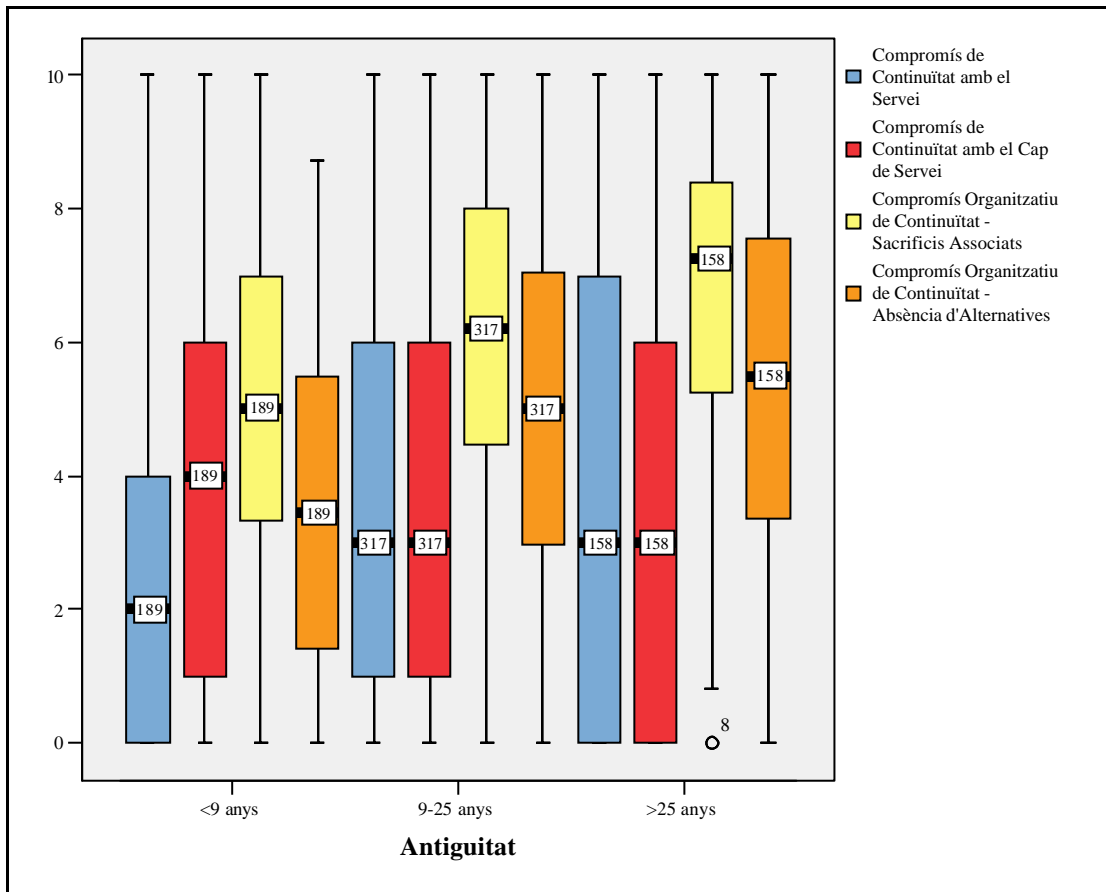
En l'anàlisi del compromís de continuïtat amb els focus, els resultats obtinguts són substancialment diferents dels assenyalats en l'anàlisi del compromís afectiu. Els metges fan una valoració molt feble del seu compromís de continuïtat amb el servei, valoració que es manté al llarg del temps, encara que en els grups de metges més grans, amb més anys d'exercici professional i més antiguitat, augmenta dèbilment. És a dir, la baixa valoració del compromís de continuïtat focalitzat en el servei implica que els metges perceben l'existència d'alternatives professionals a banda de la del servei en el qual treballen, percepció que es va limitant molt relativament al llarg de la seva trajectòria professional.

Pel seu costat, la valoració del compromís de continuïtat focalitzat en el cap de servei també és molt feble, però mentre amb relació a l'*edat* la valoració és similar en tots els grups, quan s'observa amb relació als *anys d'exercici professional* i a l'*antiguitat*

¹⁵⁵ Entrevista amb MA5.

(vegeu el gràfic 6-31) els grups més joves i amb menys veterania són els que fan la valoració relativament més elevada. És a dir, a mesura que evolucionen en la seva trajectòria professional els metges encara minimitzen més els escassos costos que els suposaria la desvinculació del cap de servei o la seva substitució.

Gràfic 6-31: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i antiguitat



Quan es comparen els resultats del compromís de continuïtat amb els focus i amb l'organització, destaca que la valoració del compromís de continuïtat amb el servei i amb el cap de servei són significativament inferiors a la del compromís organitzatiu de continuïtat amb l'hospital. En el cas del servei, probablement es pot interpretar que la relació del metge amb el servei és més *calenta*, dominada per la proximitat i per la intensitat del vincle emocional que no sembla deixar espai per un possible lligam instrumental, mentre que la relació del facultatiu amb l'hospital és més *freda*, més distant, més calculadora.

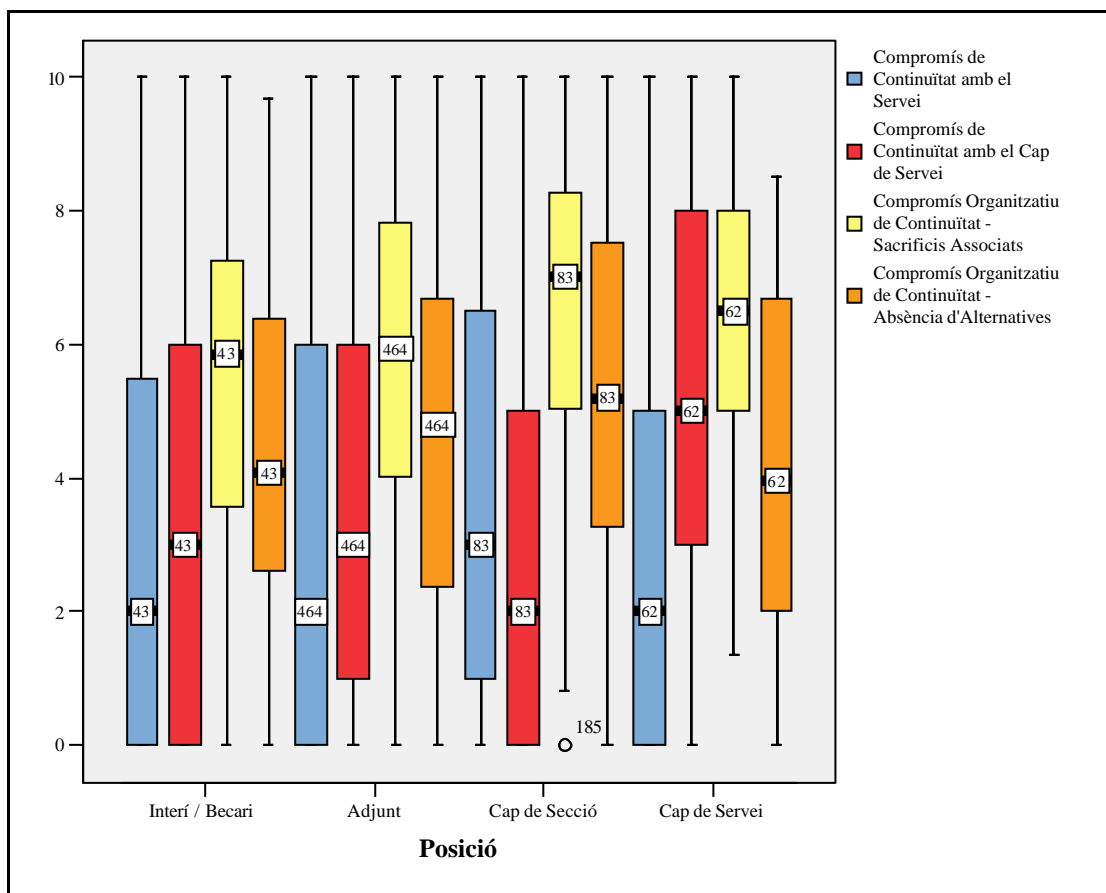
En canvi, la valoració feble del compromís de continuïtat amb el cap de servei es pot interpretar que és deguda a les mateixes raons que expliquen el baix compromís afectiu amb el cap de servei: les expectatives no satisfetes pel cap de servei en l'exercici de la funció de mentor (Colarelli, Bishop, 1990; Vandenberghe, Bentein, Stinglhamber,

2004), la no coincidència dels valors dels metges i els del seu cap (Becker, Billings, Eveleth, Gilbert, 1996), la desconfiança generada pel cap de servei si és vist com a representant de l'alta direcció (Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, Rhoades; 2002) o la necessitat d'autonomia que reclama un col·lectiu de professionals qualificats.

Amb relació al *sexe*, les dones mostren la mediana del compromís de continuïtat amb el servei lleugerament més elevada, en una valoració global del constructe molt feble i, per contra, el compromís de continuïtat amb el cap de servei és més elevat en els homes. Es pot deduir que les dones perceben més alternatives professionals fora del servei i es senten menys dependents del cap de servei que els homes.

Amb relació a la *posició* (vegeu el gràfic 6-32), les valoracions del compromís de continuïtat amb el servei són molt baixes i només destaca la mediana una mica més elevada en el grup de caps de secció, que, per contra, és el grup que mostra una valoració més baixa del compromís de continuïtat amb el cap de servei. Els caps de servei són els qui valoren amb més intensitat el compromís de continuïtat amb la seva posició.

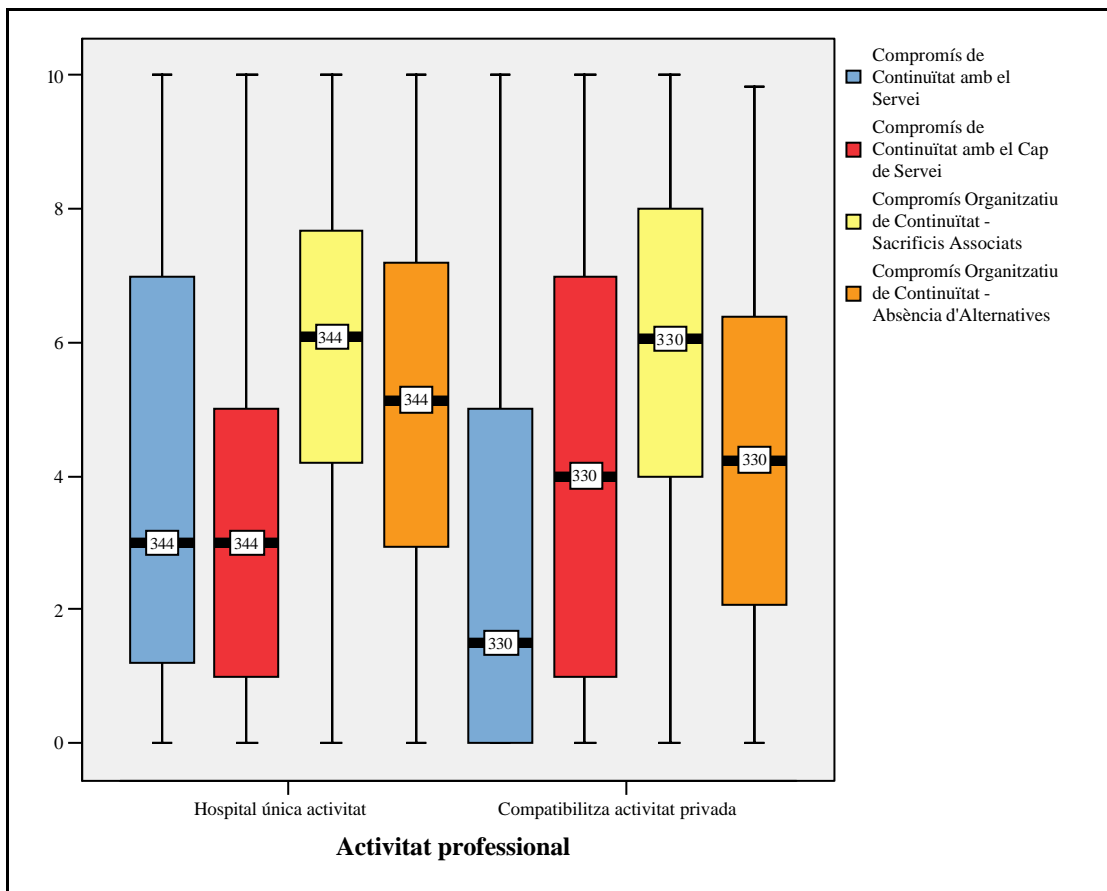
Gràfic 6-32: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i posició



És a dir, els caps de secció són els qui expressen un vincle relativament més intens amb el servei perquè la percepció dels costos que els comportaria deixar la unitat és superior a la dels seus col·legues; consideren que han fet molts sacrificis, que perdrien si deixessin el servei, i fonamentalment perquè no perceben alternatives professionals fora de la unitat on han desenvolupat la seva carrera professional. D'altra banda, els caps de secció també són els qui menys valoren els costos que els comportaria una eventual marxa del cap de servei, perquè probablement són els qui es senten més disposats i preparats per substituir-lo i possiblement es consideren a si mateixos com l'alternativa natural i evident.

Amb relació a l'activitat professional (vegeu el gràfic 6-33), es detecta una interacció entre variables. Els metges que compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb la pràctica privada mostren un compromís de continuïtat amb el servei molt baix, clarament inferior al del grup que només treballa a l'hospital. En canvi, els metges amb doble exercici professional mostren un compromís de continuïtat amb el cap de servei superior al dels seus col·legues que només exerceixen la seva professió a l'hospital.

Gràfic 6-33: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i activitat professional



Els resultats posen de manifest que pels qui compatibilitzen la pràctica privada amb l'exercici a l'hospital és fa evident l'existència d'alternatives professionals a l'exercici exclusiu a l'hospital, la qual cosa minimitza la percepció dels costos en els quals incorrerien si donat el cas es desvinculessin del servei i, en conseqüència, contribueix que la valoració del seu compromís de continuïtat amb el servei sigui molt feble.

En canvi, aquests metges amb doble pràctica professional són els qui presenten un compromís de continuïtat amb el cap de servei més elevat, que pot ser degut a la percepció dels costos addicionals superiors en què incorrerien, com, per exemple, una dificultat més gran de compatibilitzar les dues pràctiques professionals, si es produís un canvi de cap de servei.

“El cap de servei actua com un paraigües per a nosaltres, com un tel protector. Sense cap mena de dubte, sí, és així.”¹⁵⁶

Amb relació al *nivell de l'hospital*, la valoració del compromís de continuïtat respecte als dos focus també és molt feble. Els metges que treballen en hospitals d'alta tecnologia són els qui mostren un compromís de continuïtat amb el servei més baix. Probablement l'exigent carrera professional que han seguit en un hospital d'aquestes característiques contribueix que tinguin la percepció que disposen de més alternatives professionals. Són metges molt qualificats i en el seu imaginari sempre tenen la possibilitat d'anar a treballar a hospitals de menor complexitat o de concentrar-se a l'exercici privat els qui compatibilitzen les dues pràctiques. Per contra, el compromís de continuïtat amb el cap de servei és una mica més intens en els hospitals generals bàsics, on potser la dimensió més reduïda del centre afavoreix una percepció dels costos que suposaria la desvinculació del cap de servei.

En síntesi, els facultatius enquestats no consideren matisos amb el focus del compromís amb el servei, és *blanc* o és *negre*. Els metges es senten molt compromesos afectivament amb el servei, però no s'hi senten vinculats des d'una perspectiva calculadora, de continuïtat. Estableixen una relació particular amb el seu servei, la unitat organitzativa bàsica en la qual s'enquadren i que coincideix amb l'àmbit del seu coneixement i al qual dedicarà tota la seva carrera professional, la qual cosa els porta a desenvolupar fonamentalment un vincle emocional molt intens.

Per la seva banda, la baixa valoració del compromís de continuïtat que es detecta significa que els metges perceben alternatives professionals fora del servei i, en conseqüència, el vincle que desenvolupen amb la seva unitat té un caràcter més positiu.

El compromís de continuïtat amb el cap de servei és molt baix, cosa que implica que els metges consideren que l'ocupant de la posició és fàcilment substituïble. Probablement aquesta percepció sigui deguda que en alguns casos el cap de servei no es reconegut com un líder mèdic i científic, però tampoc se'l considera amb capacitat de gestió ni se li reconeix la capacitat per actuar com a mentor.

¹⁵⁶ Entrevista amb MJ9.

Taula 6-12: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el focus del compromís de continuïtat de la posició i l'activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-32: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització –sacrificis associat i absència d'alternatives– i posició	Jonckheere-Terpstra (Compromís de continuïtat amb el servei)	0,499	?	0,060
	Jonckheere-Terpstra (Compromís de continuïtat amb el cap de servei)	0,016	?	0,277
	Jonckheere-Terpstra (Compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats)	0,007	?	0,116
	Jonckheere-Terpstra (Compromís organitzatiu de continuïtat - absència d'alternatives)	0,471	?	0,106
6-33: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització –sacrificis associats i absència d'alternatives– i activitat professional	Independent Samples Test (Compromís de continuïtat amb el servei)	0,000	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,43043
	Independent Samples Test (Compromís de continuïtat amb el cap de servei)	0,006	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,2142
	Independent Samples Test (Compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats)	0,677	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,0320
	Independent Samples Test (Compromís organitzatiu de continuïtat - absència d'alternatives)	0,000	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	0,2725

6.2.3. Compromís normatiu amb el servei

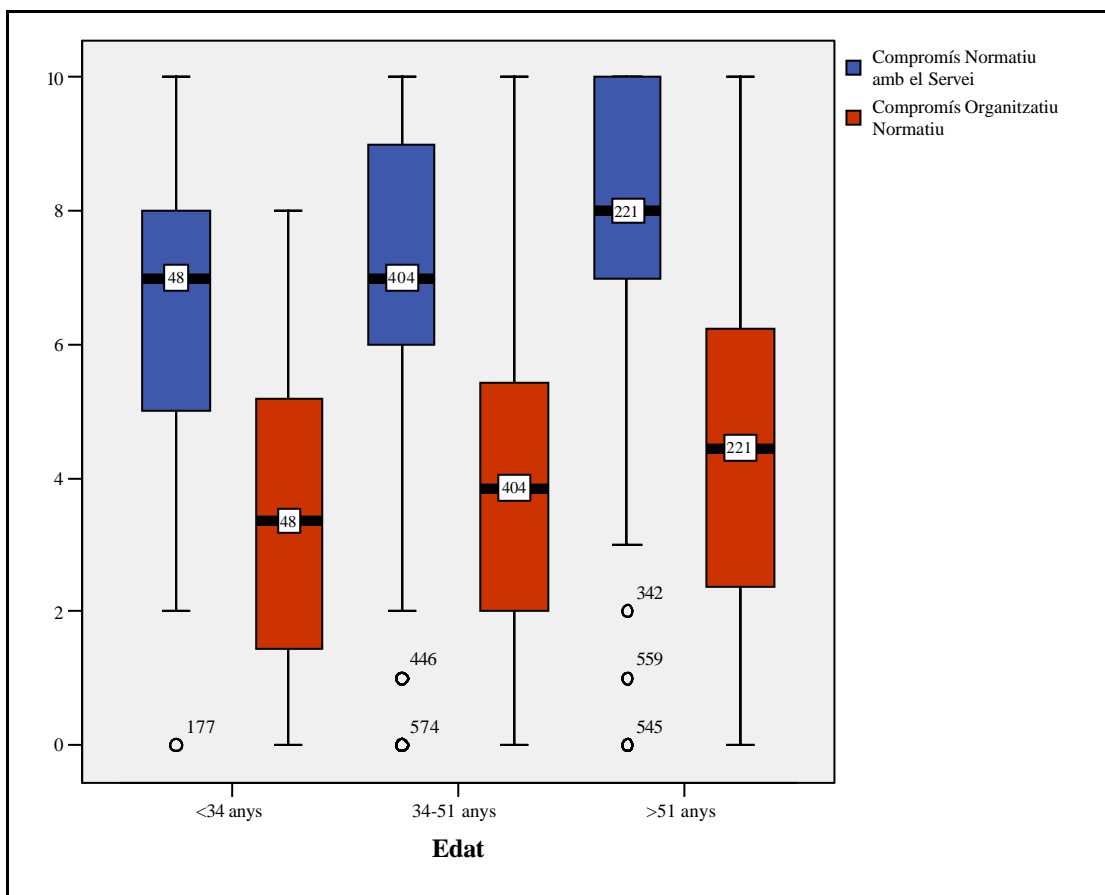
El compromís normatiu amb el servei fa referència al sentit d'obligació moral dels metges envers el servei en el qual estan enquadrats.

En aquest apartat només analitzo el focus del compromís normatiu amb el servei, perquè per a la mesura del focus de compromís amb el cap de servei s’ha adaptat l’instrument desenvolupat per Becker (1992) que només utilitza dos indicadors —afectiu i de continuïtat, que ell denomina conformitat— i no diferencien el constructe normatiu.

El compromís normatiu amb el servei és molt elevat, molt superior al compromís normatiu amb l’hospital. L’obligació moral amb el servei en el qual treballa que expressa el facultatiu és molt superior a l’obligació que sent respecte a l’hospital. El servei és la unitat natural en la qual viu el metge, amb la qual s’identifica i, a la vista dels resultats obtinguts, amb la qual se sent deutor i obligat. Probablement perquè, simbolitzat pel servei, considera que ha rebut quelcom que valora (coneixements, experiència, oportunitat de progrés professional...), mentre que l’hospital és una entitat més llunyana, *distal*, amb la qual el sentit d’obligació és molt relatiu perquè segurament no considera que hagi contribuït al seu desenvolupament professional amb la transcendència que atorga al servei.

La valoració del compromís normatiu amb el servei també augmenta amb el temps, de manera molt evident amb relació a l’*edat* (vegeu el gràfic 6-34), fins al punt que en el grup de més de 51 anys pràcticament el 50 % dels facultatius que responen ho fan per sobre de 8.

Gràfic 6-34: Focus del compromís: compromís normatiu amb el servei, compromís organitzatiu normatiu i edat



De manera que, mentre que el 50 % dels adjunts està per damunt d'una valoració de 7, el 75 % dels caps de secció està per sobre d'aquesta valoració i el 75 % dels caps de servei valoren el seu compromís normatiu amb el servei per damunt de 8.

Respecte a l'*activitat privada*, la mediana de la valoració del compromís normatiu amb el servei dels qui compatibilitzen l'activitat privada amb la feina a l'hospital és lleugerament superior a la dels qui només treballen a l'hospital. No s'observen diferències entre els diferents *nivells d'hospitals*, que presenten unes medianes i una distribució idèntiques. De la mateixa manera, el compromís normatiu amb el servei mostra una relació intensa amb el compromís organitzatiu afectiu, amb el compromís organitzatiu normatiu i amb la satisfacció en el treball.

En síntesi, el compromís normatiu amb el servei mostra un increment en la valoració a mesura que els metges es fan més grans, acumulen més anys d'exercici professional i més anys treballant en el mateix hospital. El compromís normatiu amb el servei és significativament més intens que el compromís normatiu amb l'hospital i, per tant, l'obligació moral que senten els metges envers el seu servei és molt superior a la que senten respecte a l'hospital, la qual cosa corrobora la rellevància que té el servei per als metges per comparació a l'hospital.

6.2.4. Resum de l'anàlisi i resultats dels focus del compromís organitzatiu

En aquest apartat he analitzat el compromís organitzatiu amb relació als dos focus considerats més rellevants pels metges, el servei i el cap de servei. Els resultats obtinguts posen de manifest que és possible diferenciar el compromís amb diverses entitats i confirmen la rellevància dels focus esmentats.

És destacable l'elevat compromís afectiu amb el servei i l'augment d'aquesta valoració amb relació a les variables de trajectòria professional (edat, anys d'exercici professional, antiguitat, posició en la jerarquia mèdica). Aquests resultats coincideixen amb els de Becker i Billings (1993) en el seu treball sobre perfils del compromís amb relació a focus globals i locals:

“Entretant, els nostres resultats suggereixen que els treballadors més grans, els treballadors més cultes i els treballadors amb més antiguitat tendeixen a formar part del perfil *compromesos* o del perfil *compromesos localment*, tot i que el procés subjacent en aquesta relació resta desconegut.”¹⁵⁷

El compromís afectiu amb el servei es relaciona molt intensament amb el compromís organitzatiu afectiu de manera que com més intens és el compromís afectiu focalitzat en el servei, més intens és el compromís afectiu del metge amb l'hospital. Aquesta relació

¹⁵⁷ Cfr. Becker, Billings (1993: 188).

entre el compromís afectiu *local*, amb el servei, i *global*, amb l'hospital, encaixa amb el perfil *compromès* de la tipologia proposada per Becker i Billings (1993).

És igualment destacable la valoració del compromís afectiu amb el cap de servei, perquè és significativament més feble que el compromís focalitzat en el servei i amb el temps, a mesura que el metge avança en la seva carrera professional, el compromís afectiu amb el cap de servei decau. Les dones es senten menys compromeses afectivament amb el seu cap de servei i, en canvi, els qui compatibilitzen dues activitats professionals mostren un component afectiu més intens amb el seu superior.

La baixa valoració del compromís afectiu amb el cap de servei s'atribueix a diverses raons: les expectatives insatisfetes dels facultatius respecte a la influència del cap de servei en el desenvolupament de la seva carrera professional, la desconfiança que pot generar quan els metges el consideren un representant de l'alta direcció de l'hospital, la falta de congruència entre els valors diferents i no compartits amb els metges del seu servei o que aquests no li reconeguin la capacitat per influir en l'alta direcció de l'hospital.

Respecte al compromís de continuïtat amb el servei, la valoració dels metges és molt feble i la mantenen al llarg del temps, amb un dèbil increment amb relació a les variables demogràfiques de trajectòria (edat, anys d'exercici professional, antiguitat) possiblement perquè no perceben costos per una possible desvinculació del servei ja que consideren que disposen d'alternatives professionals. Els caps de secció és el col·lectiu que mostra un compromís de continuïtat amb el servei una mica més elevat, mentre que els facultatius que compatibilitzen dues activitats professionals tenen un compromís de continuïtat amb el servei significativament inferior al dels qui només treballen a l'hospital. L'exercici professional privat a més de l'activitat hospitalària minimitza la percepció dels costos i evidència alternatives professionals per exercir la medicina. El compromís de continuïtat amb el servei també és més feble en els metges dels hospitals d'alta tecnologia.

Per la seva banda, la valoració del compromís de continuïtat focalitzat en el cap de servei també és molt feble, però s'incrementa en els grups amb més experiència professional i més antiguitat. Els caps de secció són el grup que mostra una valoració més baixa del compromís de continuïtat amb el cap de servei, possiblement perquè ells mateixos es poden considerar una alternativa a ocupar aquesta posició, cosa que minimitza la seva percepció dels costos que pot suposar una substitució del cap de servei. En canvi, els metges que compatibilitzen les dues pràctiques professionals mostren un compromís de continuïtat amb el cap de servei superior als qui només exerceixen a l'hospital, potser per les dificultats que podrien tenir per compatibilitzar les dues pràctiques professionals si el cap de servei actual fos substituït.

La valoració del compromís de continuïtat amb el servei i amb el cap de la unitat són significativament inferiors a les atorgades a les dues dimensions del compromís organitzatiu de continuïtat amb l'hospital, raó per la qual d'alguna manera es pot interpretar que el vincle amb l'hospital té un component més calculador, més fred, que amb el servei.

Finalment el compromís normatiu amb el servei és intensament valorat pels metges, molt per sobre de la valoració del compromís normatiu amb l'hospital, i es va

intensificant a mesura que el metge avança en la seva carrera professional. És més intens en els homes, entre els qui ocupen posicions més elevades en la jerarquia mèdica i en el grup que compatibilitza l'exercici a l'hospital amb l'activitat privada.

La intensitat del compromís afectiu i normatiu i la feblesa del compromís de continuïtat amb el servei, confirmen la rellevància del focus pels metges i dibuixen un compromís molt positiu i voluntari. Per contra, la feblesa comparativa de les valoracions del compromís afectiu i de continuïtat amb el cap de servei assenyalen que la relació dels metges amb el seu cap no té la mateixa fluïdesa que amb el servei i suposa en certa mesura un qüestionament d'aquesta figura.

6.3. Compromís professional

“It’s work, the most important thing its work”

LOU REED, JOHN CALE (1990): *Work*

En aquesta secció analitzaré el tercer objectiu de la tesi, que pretén conèixer el compromís professional dels metges hospitalaris. El compromís amb la professió s’entén específicament com el vincle “dels empleats professionals amb la professió” (Colarelli, Bishop, 1990: 159) i per analitzar-lo utilitzo el model del compromís professional de Meyer, Allen i Smith (1993), integrat per tres constructes —afectiu, de continuïtat i normatiu, que tracto separadament— i desenvolupat a partir del model multidimensional de compromís organitzatiu de Meyer i Allen (1991).

6.3.1. Compromís professional afectiu

El compromís professional afectiu “es basa en la identificació amb els objectius de la professió i la voluntat de contribuir a aconseguir aquests objectius” (Hall, Smith, Langfield-Smith, 2005: 91), els quals són més difosos i interpretables que els de l’organització. D’una persona amb un compromís afectiu intens s’espera que tingui un fort desig de seguir sent membre de la professió (Meyer, Allen, Smith, 1993).

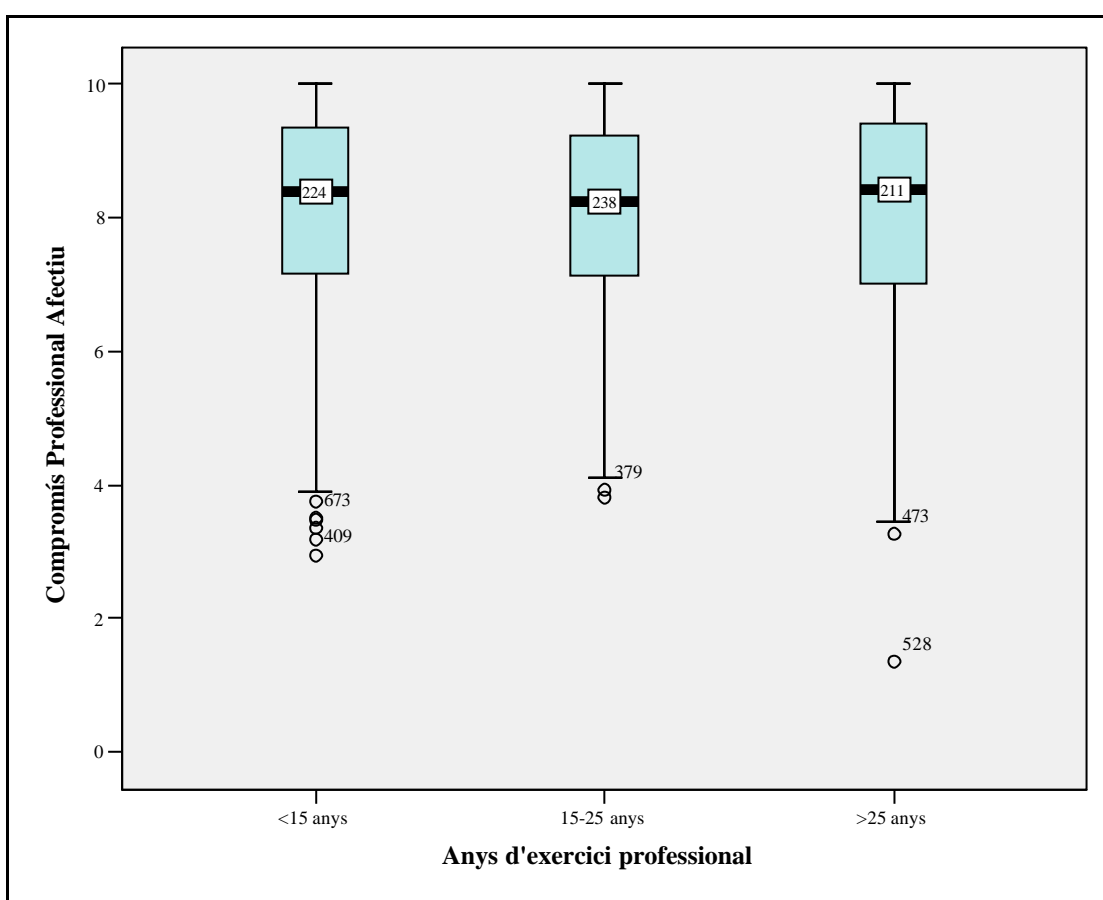
De fet, en l’anàlisi dels resultats obtinguts es constata que els metges mostren un compromís afectiu amb la professió molt elevat. Quan s’analitza el component afectiu amb relació a les variables *temporals* (edat, anys d’exercici professional, antiguitat), vinculades a la trajectòria professional, s’observa que tots els grups de metges es senten molt compromesos amb la seva professió i manifesten aquest vincle tan intens des que s’inicien en l’exercici de la medicina. En altres paraules, el compromís afectiu amb la professió no creix, es manté. En concret, amb relació a l’*edat*, el compromís professional afectiu és molt elevat en el grup de menys de 34 anys i es manté a un nivell similar en els altres grups. Aquest patró es reproduïx de manera similar a les altres variables longitudinals, tant amb relació als *anys d’exercici professional* (vegeu el gràfic 6-36) com respecte a l’*antiguitat*. Aquests resultats són coincidents amb els que presenten Meyer, Allen i Smith (1993) en el seu treball.

A diferència del que succeeix amb el compromís organitzatiu, que es va construir al llarg del temps en el decurs de la seva carrera professional, els metges arriben a l’hospital amb un compromís afectiu amb la professió molt elevat, que es manté pràcticament amb la mateixa intensitat al llarg de la seva vida professional. Un dels facultatius entrevistats expressa el seu lligam amb la professió de la manera següent:

“Jo vaig començar com un “animal clínic”, vol dir... buscant els malalts, buscant els malalts és la paraula correcta, perquè anaves a on sabies que hi havia malalts interessants.”¹⁵⁸

Aquesta valoració tan elevada del component afectiu té a veure molt probablement amb el procés de socialització iniciat durant els anys de formació del futur metge, en el qual es transmeten els valors de la professió i es modelen la identitat i els objectius professionals (Colarelli, Bishop, 1990). Aquesta consideració sobre la construcció del compromís professional afectiu coincideix també amb la d'altres autors (Aranya, Ferris, 1984), que apunten la tendència del compromís professional “a desenvolupar-se durant el procés de socialització en la professió escollida” (1984: 4).

Gràfic 6-36: Compromís professional afectiu i anys d'exercici professional



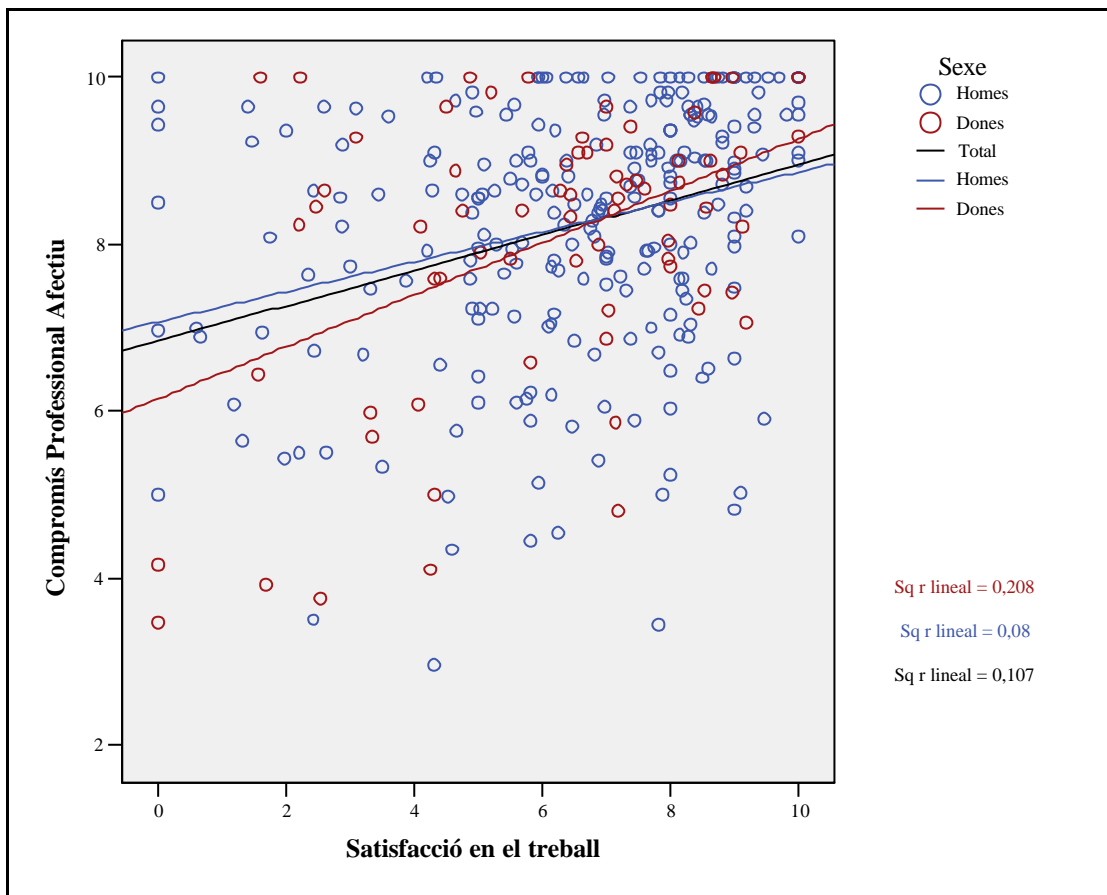
Amb relació al *sexe*, la valoració del component afectiu del compromís professional és molt elevada i similar entre dones i homes. Altres autors han observat que el compromís professional afectiu en els homes és més elevat que en les dones i el relacionen amb la satisfacció en el treball i, sobretot en els homes, amb el fet de treballar més hores per

¹⁵⁸ Entrevista amb MX4.

setmana, atendre més pacients i obtenir més ingressos econòmics (Kaldenberg, Becker, Zvonkovic, 1995).

En la meua recerca he analitzat aquesta relació —compromís professional afectiu - satisfacció en el treball— i hi he observant un efecte moderat ($r = 0,364$). No obstant això, quan distingeixo entre els qui treballen només a l'hospital i els qui realitzen una doble activitat professional, observo que en aquest segon grup l'efecte en les dones ($r = 0,456$) és molt més elevat a causa de la interacció de les variables (vegeu el gràfic 6-37). És a dir, les dones que compatibilitzen dues activitats professionals són les que mostren una satisfacció en el treball i un compromís afectiu amb la professió més intensos.

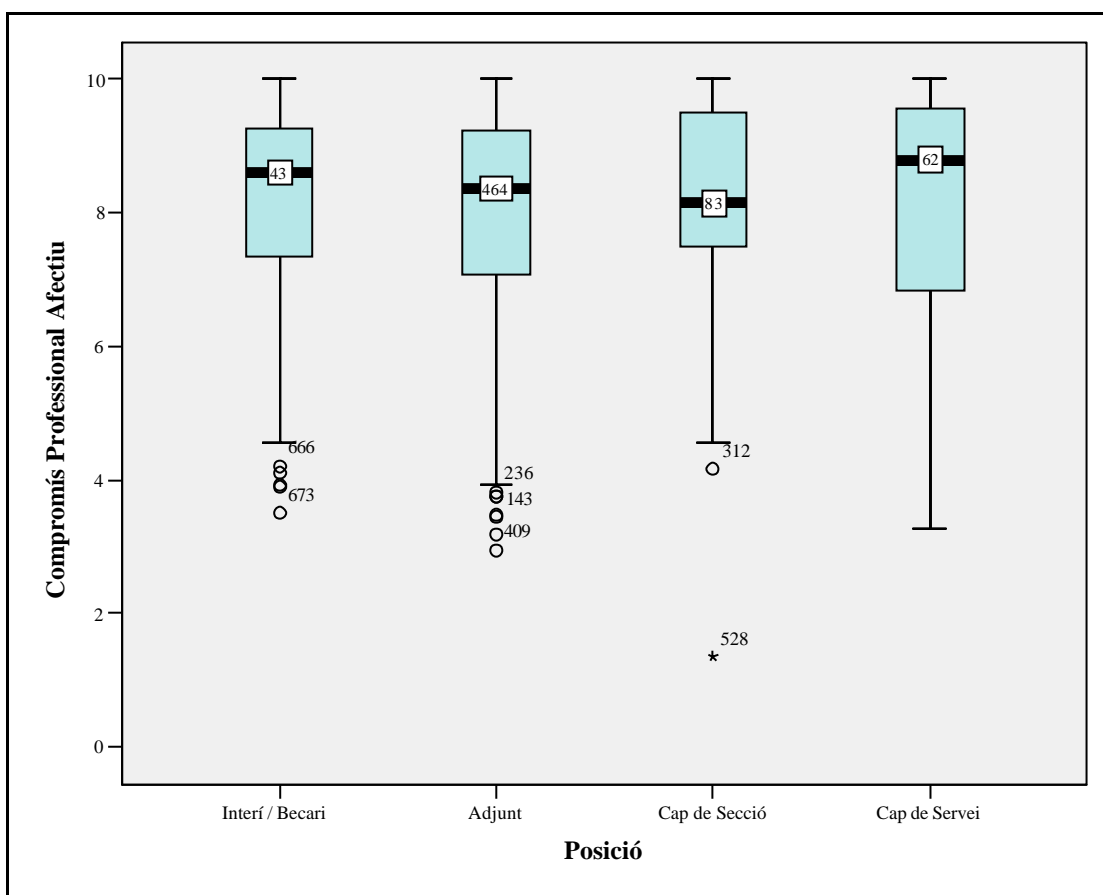
Gràfic 6-37: Compromís professional afectiu i satisfacció en el treball en els qui compatibilitzen les dues activitats professionals



Amb relació a la *posició*, la valoració del compromís afectiu professional també és molt elevada, i en destaca el grup de caps de servei, que presenta una mediana lleugerament superior a la resta de les posicions (vegeu el gràfic 6-38). Aquesta valoració més intensa en els caps de la unitat potser es pot explicar perquè l'accés a la posició de cap de servei suposa un reconeixement implícit del facultatiu. Fins que alguns hospitals no han desenvolupat models de carreres professionals que preveuen altres possibilitats de reconeixement professional no vinculades a l'accés a la jerarquia mèdica de l'hospital, la promoció vertical ha estat tradicionalment l'única possibilitat de reconeixement

organitzatiu. En conseqüència, accedir a la posició de cap de servei comporta “haver aconseguit quelcom” en la medicina, enllaçant amb una visió mítica del metge humanista, que exerceix una professió que integra un component de ciència i un altre d’art, que l’exerceix a causa d’una vocació (en el sentit “d’haver estat cridat” a exercir-la),¹⁵⁹ que a més és un home culte, interessat en altres branques científiques i en les arts, que es relaciona habitualment amb intel·lectuals d’altres disciplines i que, gràcies als coneixements i experiència que acumula en el seu àmbit de saber, es considera natural que arribi a dirigir un servei o una institució.

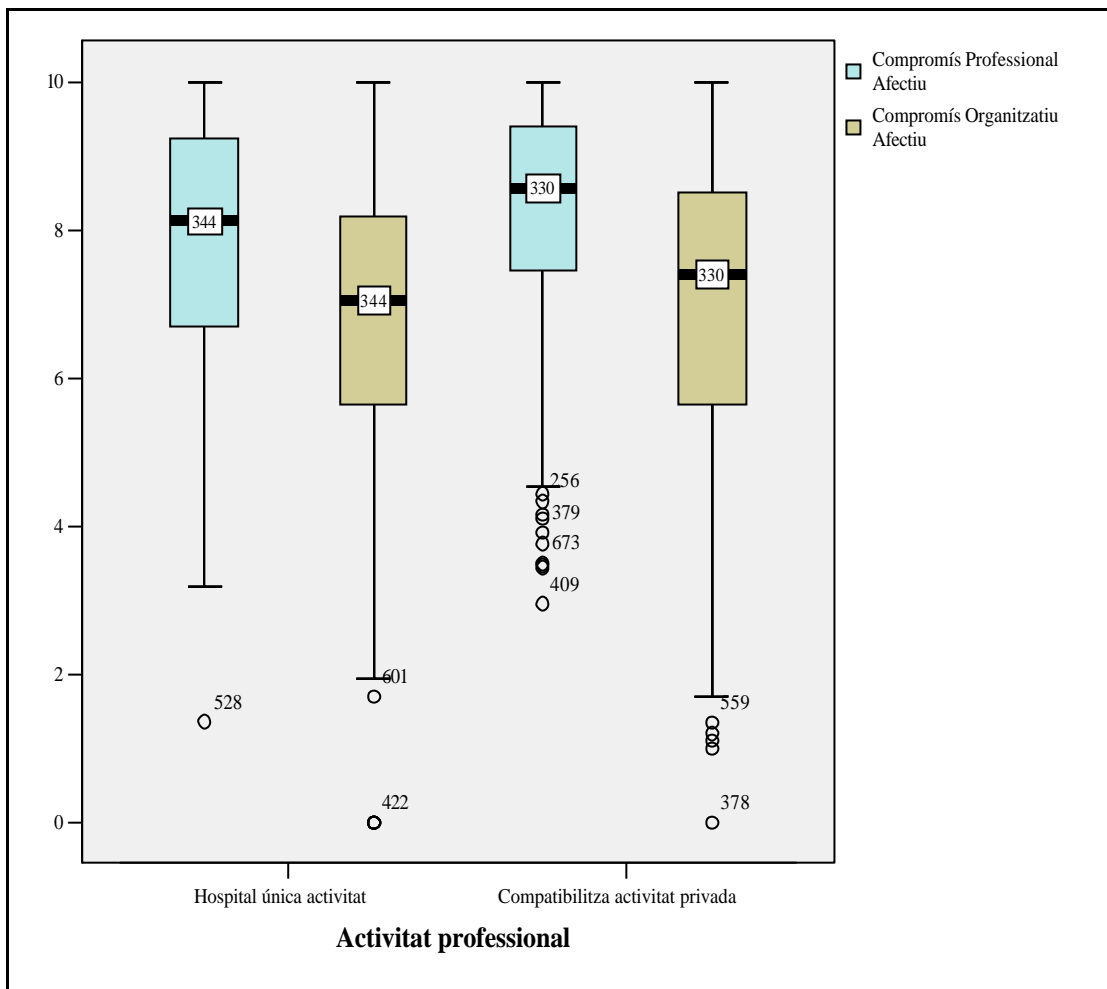
Gràfic 6-38: Compromís professional afectiu i posició



Pel que fa a l’*activitat professional* (vegeu el gràfic 6-39), el compromís afectiu amb la professió mostra una mediana més elevada i una resposta menys dispersa en el grup de metges que compatibilitzen l’exercici privat de la medicina amb l’activitat hospitalària. Aquesta és una diferència respecte al compromís afectiu amb l’hospital analitzat anteriorment, en el qual no s’observen diferències en la valoració amb relació a l’activitat professional.

¹⁵⁹ “És evident que en la paraula alemanya *professió* (*Beruf*), com potser més clarament encara en l’anglesa *calling*, hi ha si més no una reminiscència religiosa: la idea d’una tasca imposada per Déu. Aquest sentit religiós de la paraula es revela amb una nitidesa més gran com més ens hi fixem. En cada ús concret” Weber (1987: 57-58).

Gràfic 6-39: Compromís professional afectiu, compromís organitzatiu afectiu i activitat professional



A la vista de la significació estadística d'aquests resultats (vegeu més endavant la taula 6-13, a la pàgina 166) es reforça l'argument que compatibilitzar la pràctica hospitalària amb l'exercici lliure de la professió estimula els lligams afectius amb la professió. Sembla com si compatibilitzar les dues pràctiques professionals reforçés el sentit de ser professional, de ser “més metge”, per una sèrie d'induccions externes. Un dels facultatius entrevistats, en demanar-li sobre el seu sentiment respecte a la professió, manifesta:

“Em sento molt metge, molt metge.”¹⁶⁰

Inicialment, els metges que compatibilitzen l'activitat hospitalària i la privada ho fan com una oportunitat per generar uns ingressos econòmics complementaris al salari de l'hospital, però amb el temps l'exercici privat de la professió implica un reconeixement professional, l'adquisició d'un estatus social i la percepció d'autonomia, un dels valors

¹⁶⁰ Entrevista amb MX5.

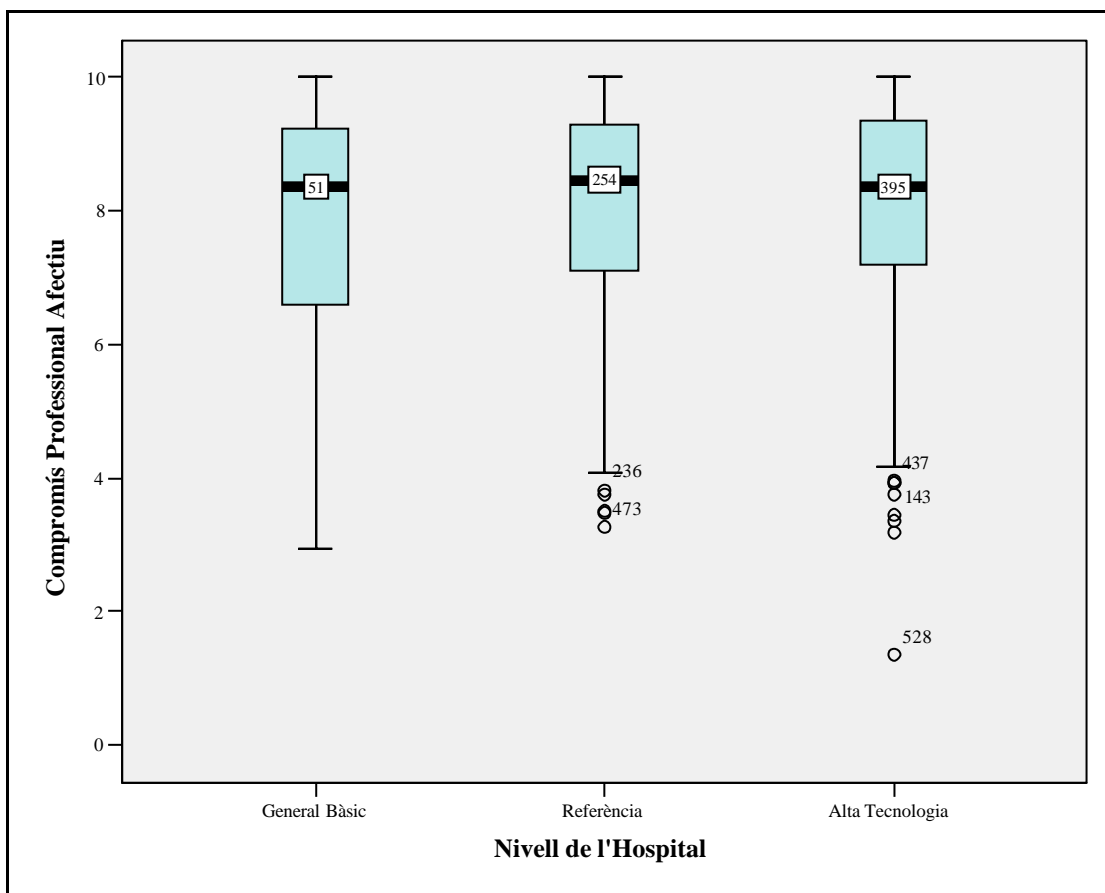
rellevants de qualsevol professió, que permet “mantenir l’autocontrol sobre el desenvolupament de l’aplicació del coneixement en el seu camp” (Raelin, 1986: 419). Per un dels facultatius entrevistats:

“L’activitat privada és el motiu pel qual vas a l’hospital tranquil, perquè gran part del malestar dels metges hospitalaris és econòmic, és a dir, estan obligats a estar allà moltes hores amb un sou molt baix.”¹⁶¹

D’alguna manera els facultatius que compatibilitzen dues activitats es veuen a si mateixos “més professionals”, més independents, cosa que potser els porta a construir un concepte de la professió propi i, en qualsevol cas, diferent del dels seus companys que només treballen a l’hospital.

Finalment, amb relació al *nivell de l’hospital* (vegeu el gràfic 6-40), el compromís professional afectiu és molt elevat, els tres nivells hospitalaris presenten unes medianes pràcticament idèntiques, amb una dispersió progressivament menor a mesura que augmenta el nivell de complexitat dels centres.

Gràfic 6-40: Compromís professional afectiu i nivell d’hospital



¹⁶¹ Entrevista amb MJ10.

És destacable que les diferències entre els nivells hospitalaris són mínimes i no influeixen de manera diferent en el vincle afectiu amb la professió. Els agrada ser metge als facultatius que treballen en els hospitals generals bàsics, més vinculats a la població que atenen, i també els agrada als metges dels hospitals de referència i als dels hospitals d'alta tecnologia, que emfasitzen una visió de l'exercici de la medicina vinculada amb la innovació, la recerca, la complexitat. Els metges dels diferents hospitals estableixen tots ells un intens lligam emocional amb la professió i ho fan d'una manera similar, encara que probablement la concepció de la professió no sigui la mateixa per a tots ells.

La conclusió és doble; d'una banda, el lligam afectiu amb la professió, que els agradi ser metges i que ho vulguin seguir sent, no té res a veure amb la complexitat de l'organització on s'exerceix la professió i, en segon lloc, probablement hi ha més d'una concepció de la professió, del que és ser metge, i possiblement en cada col·lectiu influeixen factors diferents en la valoració del component afectiu del compromís amb la professió. Segons l'opinió d'un dels metges entrevistats:

“Al final arribes a la conclusió que has d'intentar investigar, perquè si no fas recerca ajudes relativament o ajudes d'una manera que molta gent ho pot fer. Aquest és el concepte de fer medicina ara, que és molt més ampli, és un concepte clínic, és un concepte organitzatiu, també és un concepte de recerca, que crec que és el que al final el malalt es mereix.”¹⁶²

En els resultats obtinguts no s'observa relació entre el compromís professional afectiu i el *suport organitzatiu percebut* ni amb la *conducta organitzativa cívica*, es detecta una relació feble amb la *satisfacció en el treball*, que s'ha comentat anteriorment amb relació al sexe i a l'activitat professional i no s'observa cap relació amb les respostes del *model EVLN*. Aquests resultats no coincideixen amb els obtinguts per Meyer, Allen i Smith en el seu estudi clàssic, en el qual estableixen que el compromís organitzatiu i el professional¹⁶³ “contribueixen independentment a la predicció de variables de resultat importants per a l'organització” (1993: 546). En concret, descriuen la relació del compromís professional afectiu amb la conducta organitzativa cívica i de manera inversament amb les respostes *sortida* i *desatenció* del model EVLN.

En resum, el compromís professional afectiu és molt intens en els metges i, a diferència del compromís afectiu amb l'hospital, ho és d'entrada, quan el metge inicia la seva trajectòria professional a l'hospital i encara s'intensifica una mica més en el decurs de la seva carrera. El lligam afectiu amb la professió és molt similar entre dones i homes i entre els diferents nivells d'hospitals en els quals exerceixen els facultatius enquestats.

¹⁶² Entrevista amb MX6.

¹⁶³ Meyer, Allen, Smith prefereixen utilitzar el terme *ocupacional* en lloc de *professional*, perquè consideren que tant els professionals com els no-professionals poden “experimentar compromís amb la feina que realitzen” (1993: 539).

Però, en canvi, és més intens en els caps de servei i en els qui compatibilitzen l'exercici a l'hospital amb l'activitat privada, la qual cosa potser contribueix a reforçar el fet de sentir-se “més professional”.

Taula 6-13: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional afectiu dels anys d'exercici professional i l'activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-36: Compromís professional afectiu i anys d'exercici professional	Jonckheere-Terpstra	0,692	?	0,016
6-39: Compromís professional afectiu, compromís organitzatiu afectiu i activitat professional	Independent Samples Test (Compromís professional afectiu)	0,003	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,2307
	Independent Samples Test (Compromís organitzatiu afectiu)	0,340	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,0736

6.3.2. Compromís professional de continuïtat

El compromís professional de continuïtat fa referència “als costos associats a deixar l'ocupació” (Meyer, Allen, Smith, 1993: 540) i en els resultats obtinguts en aquesta recerca el component de continuïtat del compromís amb la professió, com el component afectiu, també rep una valoració molt elevada. Els esforços acumulats per ser metge, mantenir la competència tècnica i els coneixements actualitzats, són molt considerables. La possibilitat de deixar la medicina suposa perdre les *inversions* efectuades i una dificultat molt gran per aprendre una altra professió, i tot plegat contribueix a generar un compromís de continuïtat amb la professió molt elevat.

“Em sento bastant incapaç de fer qualsevol altra professió, cosa que és una pena, bastant lamentable, però sempre m'he preguntat quina seria la meua capacitat de supervivència si les coses m'anessin malament. És clar, és un problema, sembla que només sàpigues fer això.”¹⁶⁴

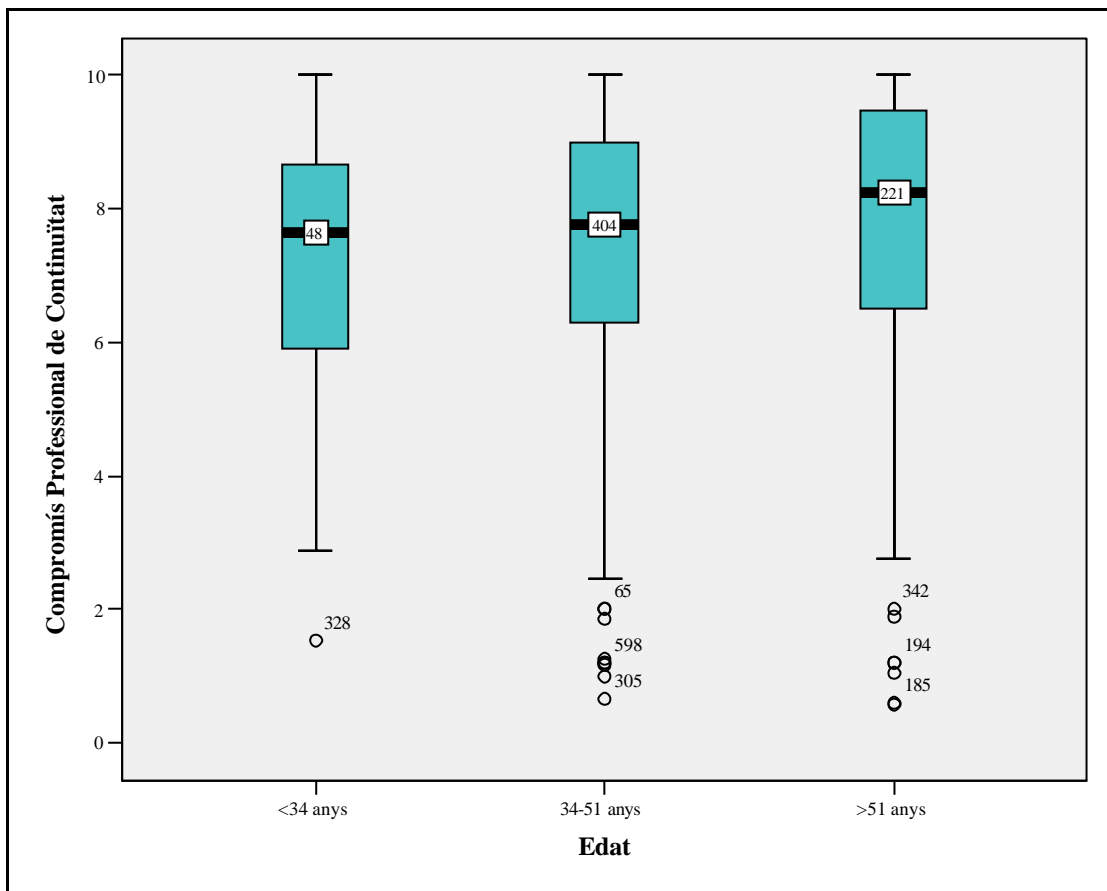
Els resultats obtinguts mostren que la valoració del compromís de continuïtat amb la professió augmenta amb relació a l'edat (vegeu el gràfic 6-41), i s'observa un increment progressiu de la mediana, que és molt significatiu en el grup dels més grans de 51 anys.

¹⁶⁴ Entrevista amb MX7.

Aquests resultats, però, no coincideixen amb els de Meyer, Allen i Smith (1993), que no observen relació entre el compromís professional de continuïtat i l'edat.

El patró de valoració del compromís professional de continuïtat és molt similar amb relació a l'*antiguitat*: el grup de metges més veterans, amb més de 25 anys d'exercici en el mateix hospital, presenta els valors de la mediana més elevats. En canvi, aquest increment de la mediana no es detecta amb relació als *anys d'exercici professional*, on la mediana del compromís de continuïtat amb la professió, molt elevada, pràcticament no varia a mesura que els metges acumulen més anys exercint la medicina.

Gràfic 6-41: Compromís professional de continuïtat i edat

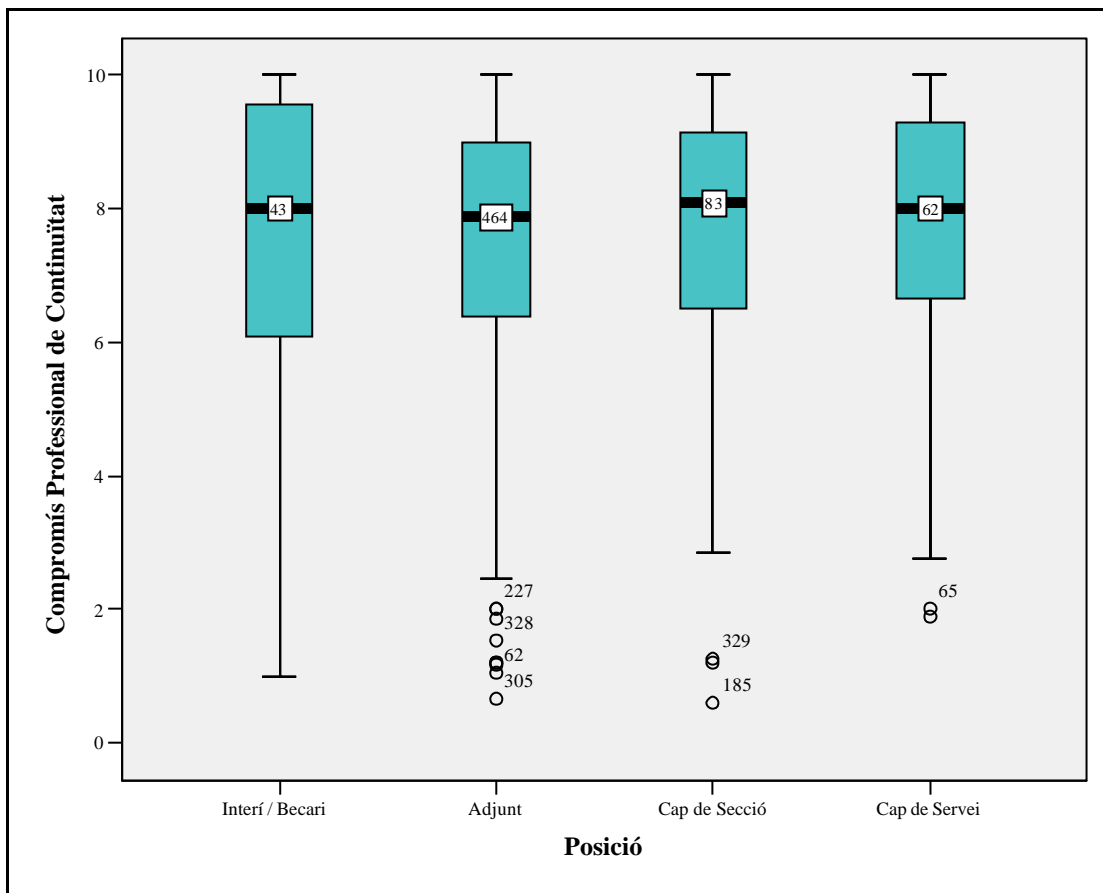


Amb relació al *sexe*, el compromís professional de continuïtat és elevat i presenta una mediana lleugerament més elevada i una menor dispersió en el grup d'homes. Altres autors (Kaldenberg Becker, Zvonkovic, 1995) han referit valoracions del compromís professional de continuïtat significativament més elevades en els homes que en les dones, la qual cosa implica una menor valoració de les inversions efectuades o la percepció d'una menor dificultat per canviar de professió.

Respecte a la *posició* (vegeu el gràfic 6-42), la mediana del compromís professional de continuïtat és lleugerament superior en el grup de caps de secció i en el de caps de servei, però el grup d'adjunts és més homogeni en la resposta. Els resultats es poden

interpretar tant per la percepció dels costos associats a deixar la professió i per l'absència d'alternatives professionals, com pel fenomen de la intensificació del compromís, que he comentat amb anterioritat.

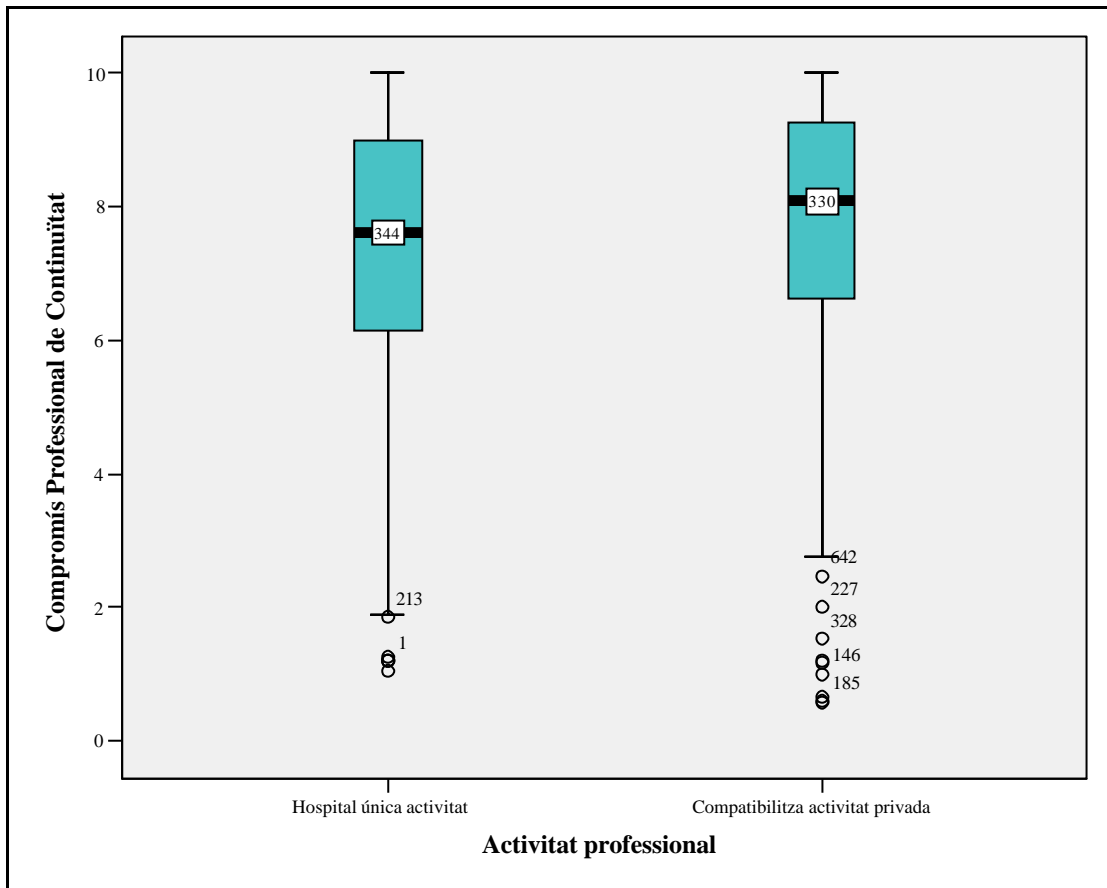
Gràfic 6-42: Compromís professional de continuïtat i posició



Amb relació a l'*activitat professional* (vegeu el gràfic 6-43), el compromís professional de continuïtat dels qui compatibilitzen la feina a l'hospital amb la pràctica mèdica privada mostra una mediana superior a la dels qui només treballen a l'hospital. En aquest cas, la diferent valoració es pot explicar tant per la percepció dels sacrificis efectuats en el decurs de la carrera professional com per les dificultats que comporta iniciar una nova activitat, potser més acusada entre els qui compatibilitzen les dues activitats, que d'alguna manera es trobarien atrapats en la situació actual (Rhoades, Eisenberger; 2002). Compatibilitzar les dues activitats suposa uns ingressos econòmics addicionals als quals pot ser difícil renunciar, a més de la complexitat organitzativa que pot implicar, com és que col·laborin altres professionals, que s'estiguin pagant inversions efectuades en equipament mèdic o senzillament que el facultatiu s'hagi acomodat a un nivell de renda que difícilment pot substituir o compensar amb una altra activitat. Un facultatiu explica les dificultats de compatibilitzar les dues activitats davant una hipotètica exigència de l'hospital:

“A mi no m’importa anar a operar una tarda a l’hospital, un cop al mes... però el que no em val és que em diguin ‘aquesta tarda has d’anar a treballar’, perquè tinc un *tinglado* privat monumental i, és clar, el que no puc fer és cancel·lar les intervencions que tinc programades per quedar-me a cobrir un forat. Si m’ho organitzen a un mes vista, si em diuen ‘operaràs el tercer dimecres de cada mes a l’hospital’, cap problema.”¹⁶⁵

Gràfic 6-43: Compromís professional de continuïtat i activitat professional

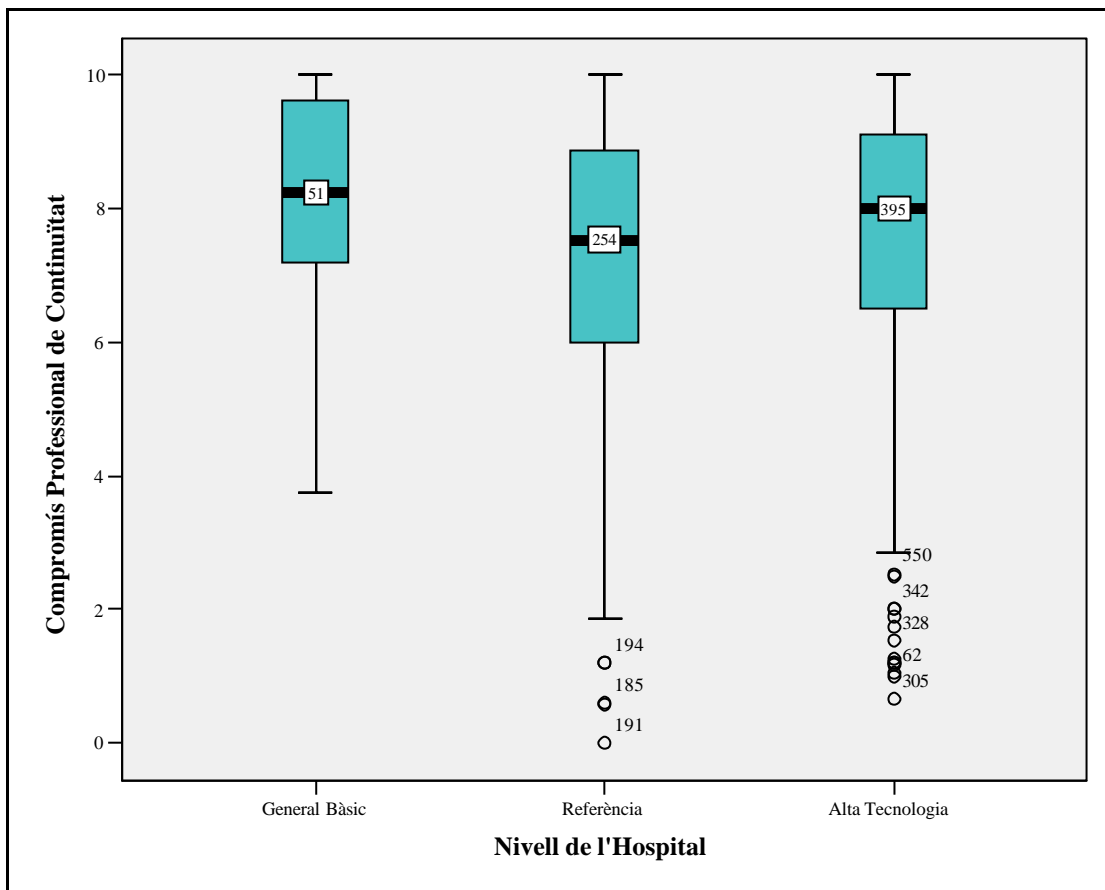


Amb relació al *nivell d'hospital* (vegeu el gràfic 6-44), la valoració del compromís professional de continuïtat és més elevada en el grup d'hospitals generals bàsics, que a més mostra una dispersió menor. Potser en aquests hospitals, a més de la percepció de les inversions realitzades, l'absència d'alternatives professionals és més evident que en els hospitals de nivells de complexitat superior, on les possibilitats dels metges de canviar d'ocupació —tant pel reconeixement curricular com perquè hi ha més opcions per promocionar en la jerarquia mèdica o fins i tot per les oportunitats d'establir relacions més diverses— són probablement superiors.

¹⁶⁵ Entrevista amb MJ11.

No s'observa relació del compromís professional de continuïtat amb el *suport organitzatiu percebut* ni amb *conducta organitzativa cívica, satisfacció en el treball* ni amb cap de les respostes del model EVLN.

Gràfic 6-44: Compromís professional de continuïtat i nivell d'hospital



En resum, el compromís professional de continuïtat dels metges enquestats és elevat i va augmentant en relació amb l'edat i els anys d'antiguitat a l'hospital. És una mica més elevat en els homes que en les dones i en els caps de secció i de servei. Destaca també una valoració més intensa del component de continuïtat entre els qui compatibilitzen dues activitats professionals i en els metges que treballen en hospitals generals bàsics.

El compromís de continuïtat amb la professió es considera degut als esforços i inversions efectuats per ser membre de la professió i a la percepció que es perdrien si es deixés la professió. Però possiblement, la causa més important d'un compromís professional de continuïtat elevat és l'extrema dificultat que suposa fer una altra cosa, iniciar una nova activitat professional (Becker, 1960).

“A mesura que l'individu es va fent gran i s'estableix en una carrera, ell o ella tendeix a allunyar-se d'altres opcions. Ha cremat, en efecte, els ponts amb altres carreres. Hi ha menys temps per aprendre noves

habilitats i desenvolupar el coneixement que produiran recompenses financeres equivalents.”¹⁶⁶

Taula 6-14: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional de continuïtat de l'activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-43: Compromís professional de continuïtat i activitat professional	Independent Samples Test	0,010	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,1984

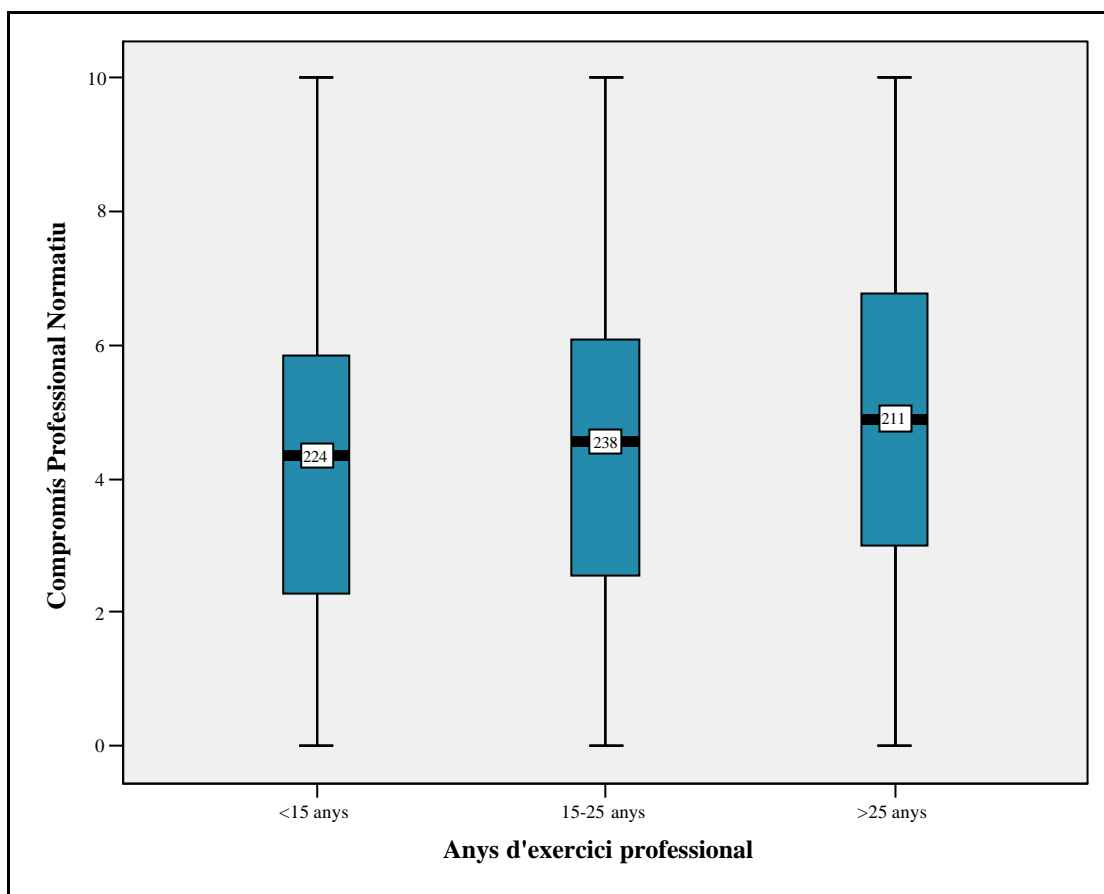
6.3.3. Compromís professional normatiu

El compromís professional normatiu fa referència al sentit d'obligació de seguir sent membre de la professió (Meyer, Allen, Smith; 1993). En la recerca que he portat a terme, observo que el component normatiu presenta uns valors molt inferiors als del compromís professional afectiu i de continuïtat. És a dir, els metges tenen un sentit d'obligació de mantenir-se en la professió relativament baix, que s'intensifica lleugerament al llarg de la seva carrera professional.

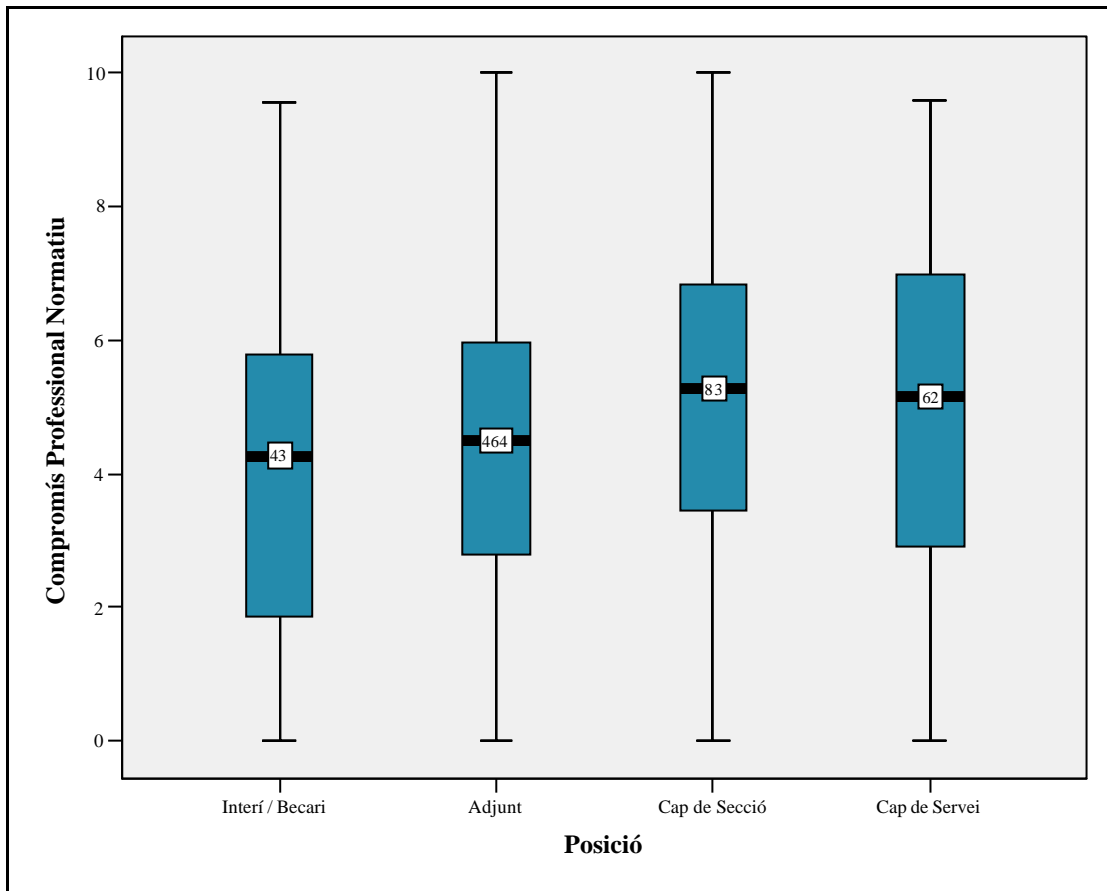
Alguns autors han assenyalat que el compromís normatiu amb la professió es pot incrementar com a resultat d'experimentar avantatges significatius per treballar a la professió o “per la pressió de col·legues i familiars que emfasitzen la importància de mantenir-se com a membre de la professió” (Hall, Smith, Langfield-Smith, 2005: 91). A mesura que els metges són més grans, acumulen més anys exercint la professió o treballant al mateix hospital, la valoració del compromís professional normatiu augmenta (vegeu el gràfic 6-45).

En conseqüència, i seguint la línia argumental proposada per Hall, Smith i Langfield-Smith (2005), un baix compromís normatiu amb la professió pot explicar-se perquè els metges han sofert una pèrdua de respecte i d'estatus social (Obeso, 1992) i no perceben recompenses significatives pel fet de ser metges i d'exercir la medicina. Possiblement predomina un sentiment de degradació de la professió i, donat el cas, el cercle d'amics i familiars no pressionaran el facultatiu que vulgui deixar la medicina perquè no abandoni la professió.

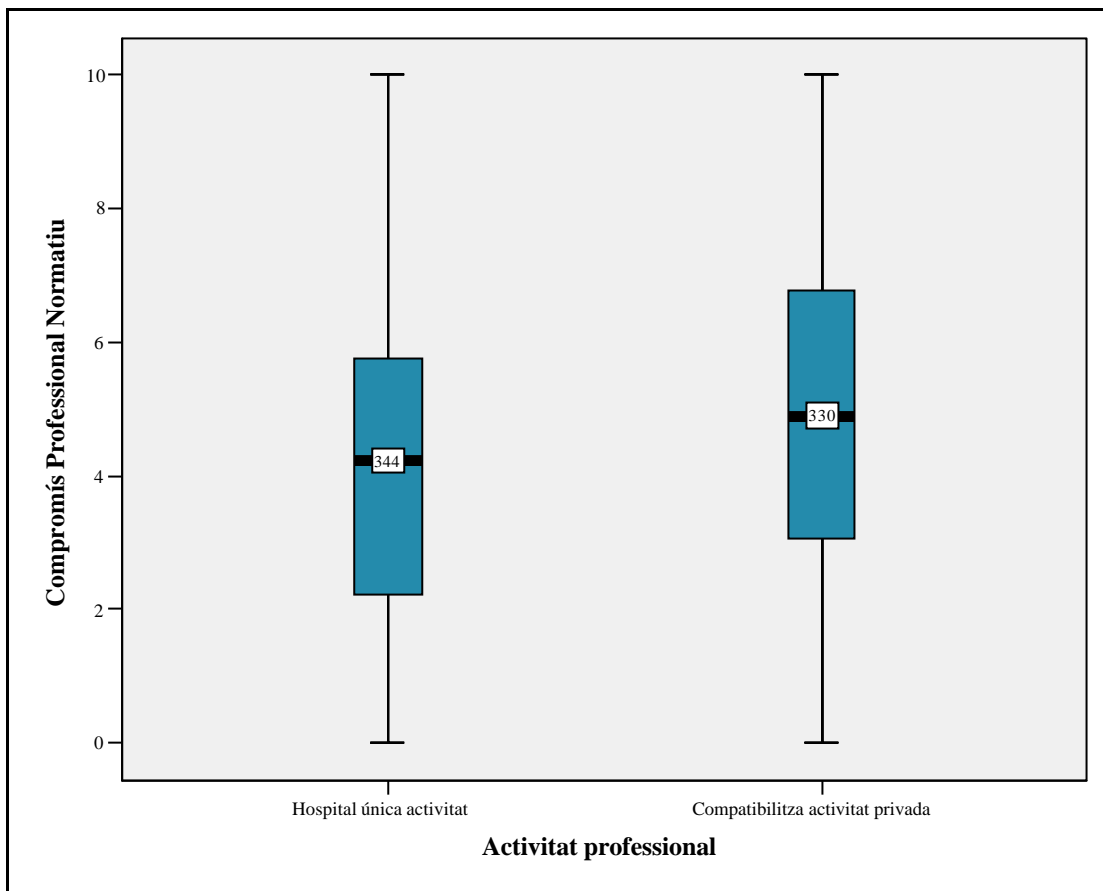
¹⁶⁶ Cfr. Colarelli, Bishop (1990: 160).

Gràfic 6-45: Compromís professional normatiu i anys d'exercici professional

Que els grups de més edat, més experts i veterans incrementin el seu compromís normatiu amb la professió pot venir donat per un major reconeixement del seu estatus, a mesura que fa més temps que exerceixen la medicina. D'aquesta manera, el compromís normatiu amb la professió dels caps de servei i de secció, encara que limitat, és significativament més elevat que el dels adjunts i els del grup d'interins i becaris (vegeu el gràfic 6-46), possiblement pel fet que l'accés a les posicions de la jerarquia mèdica comporta implícitament un reconeixement del facultatiu.

Gràfic 6-46: Compromís professional normatiu i posició

Igualment, i de manera significativa (vegeu la taula 6-15), els metges que compatibilitzen la seva feina a l'hospital amb activitat privada mostren un compromís normatiu amb la professió superior al dels qui només treballen a l'hospital (vegeu el gràfic 6-47), circumstància que es pot interpretar, amb cautela, com que la pràctica privada de la medicina ofereix al metge la possibilitat d'un reconeixement de la seva vàlua professional superior al que rep pel seu treball a l'hospital i, en conseqüència, incrementa el seu compromís normatiu amb la professió.

Gràfic 6-47: Compromís professional normatiu i activitat professional

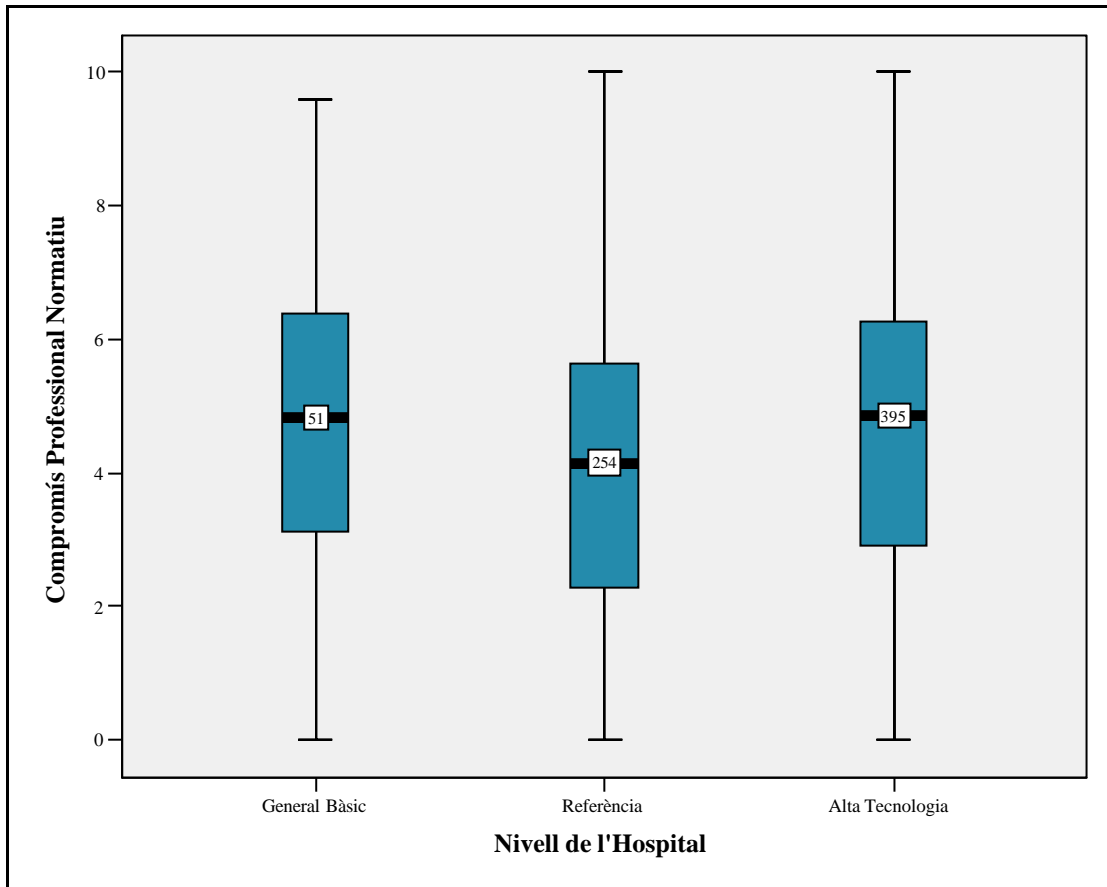
Amb relació al *sexe*, el compromís professional normatiu dels homes és lleugerament superior al de les dones, i pot contribuir-hi el fet que els homes ocupen majoritàriament posicions en la jerarquia mèdica. El 87,1 % dels caps de servei i el 83,1 % dels caps de secció enquestats són homes, cosa que contrasta fortament amb la distribució de sexes en la posició d'adjunt, que és molt més equilibrada: el 44,5 % són dones i el 55,5 % homes. De la mateixa manera, només el 22,3 % de les dones compatibilitzen la pràctica privada amb l'exercici a l'hospital, mentre que en el cas dels homes, els qui compatibilitzen les dues pràctiques arriba al 77,7 %.

En conseqüència, si ocupar una posició a la jerarquia mèdica té alguna cosa a veure amb el reconeixement professional i compatibilitzar l'exercici privat de la medicina amb la pràctica hospitalària afecta també la reputació del metge, sembla lògic que les dones no aconseguixin detectar les recompenses vinculades a l'exercici de la medicina que sembla que observen els homes i, en conseqüència, el compromís normatiu amb la professió de les dones és inferior.

Amb relació al *nivell d'hospital* (vegeu el gràfic 6-48), els metges del grup d'hospitals de referència són els qui mostren un component professional normatiu més baix. Aquesta baixa valoració es podria explicar perquè en els hospitals de referència no reben el mateix reconeixement professional que es pressuposa quan el facultatiu treballa

en un hospital d'alta tecnologia —entès com una mena de paradigma del component científic i tecnològic de la medicina— ni el que presumiblement pot rebre el metge que treballa en un hospital general bàsic, en un context menys tecnificat i més proper a una concepció més tradicional del metge.

Gràfic 6-48: Compromís professional normatiu i nivell d'hospital



En síntesi, el compromís professional normatiu és el component menys valorat del compromís amb la professió, encara que s'incrementa dèbilment amb l'edat, els anys d'exercici professional i l'antiguitat. El sentit d'obligació dels metges envers la professió és feble, lleugerament més elevat en els homes, en caps de secció i caps de servei, entre els metges que compatibilitzen dues activitats professionals i que treballen a hospitals generals bàsics o a centres d'alta tecnologia.

Taula 6-15: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional normatiu de l'activitat professional

Gràfic	Mètode	Significació	Efecte	Magnitud de l'efecte
6-47: Compromís professional normatiu i activitat professional	Independent Samples Test	0,000	$t \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}$	-0,2822

6.3.4. Resum de l'anàlisi i resultats del compromís professional

En aquest apartat he analitzat els resultats del compromís professional dels metges enquestats. En primer lloc, he assenyalat que els metges se senten intensament compromesos amb la seva professió des de que s'inicien en l'exercici de la medicina i mantenen la intensitat del seu compromís al llarg de la seva carrera professional. En aquest sentit, difereix de la valoració que fan del component afectiu del compromís amb l'organització, que no és tan intens i que s'incrementa al llarg de la trajectòria professional del facultatiu. En paraules d'un dels metges entrevistats:

“El lligam amb la professió és diferent que amb l'hospital i a mi el que m'agrada de la meua professió [...] és la relació amb les persones i la manera en que t'hi pots inserir [...] perquè tenen una malaltia i, per tant, són més vulnerables i necessiten més ajut. I de tant en tant tens la sensació que pots fer coses per ajudar aquestes persones o pots intentar facilitar-los de portar la seva malaltia, i és en el que em sento orgullosa.”¹⁶⁷

En la meua recerca, els metges manifesten un intens compromís professional afectiu, que és més intens en els homes que en les dones, en els caps de servei, en els metges que treballen en hospitals d'alta tecnologia i entre els qui compatibilitzen la pràctica hospitalària amb l'exercici privat de la medicina.

Per la seva banda, el component de continuïtat del compromís professional és elevat i s'incrementa lleugerament amb el temps al llarg de la trajectòria professional del metge. És més intens entre els caps de secció i en els metges que treballen en hospitals generals bàsics. Com en el cas del component afectiu, també és més intens en els homes i en els qui exerceixen la medicina privada a més de treballar a l'hospital.

En canvi, el compromís professional normatiu és força baix i malgrat que la valoració dels metges és més elevada en els grups de més edat, amb més experiència professional i amb més antiguitat a l'hospital, no arriba a assolir el nivell dels altres dos components. És més elevat en els homes, en els caps de secció i en els qui compatibilitzen el treball a

¹⁶⁷ Entrevista amb MA7.

l'hospital amb l'exercici privat de la medicina, i constitueix un perfil de metges amb un sentit d'obligació envers la professió relativament més elevat que la resta dels seus col·legues. Aquests facultatius perceben probablement algun tipus de recompensa pel fet de treballar com a metges o reben una certa pressió del seu cercle de relacions personals per mantenir-se com a membres integrants de la professió.

6.4. Compatibilitat entre compromisos

“Sóc amic de la idea perduda...”

FELIU FORMOSA (1973): *Meditació última*

En començar la tesi em preguntava si els metges es senten compromesos amb l'hospital en el qual treballen i si aquest compromís obeeix a un patró determinat. Volia analitzar també els possibles focus del seu compromís organitzatiu, bàsicament el servei i el cap de servei. De la mateixa manera, em qüestionava sobre la intensitat del compromís dels metges amb la seva professió i si aquest vincle mostrava també un patró de resposta determinat. Però a mesura que avançava en el meu treball, una pregunta adquiria més rellevància fins a situar-se en un primer pla de la meva recerca i fa referència a si són compatibles els compromisos organitzatiu i professional dels metges hospitalaris.

L'interès per aquesta qüestió ve donat per diversos motius, entre d'altres perquè tradicionalment en la literatura s'ha abordat en clau d'incompatibilitat (Gouldner, 1958; Scott 1966; Sorensen, Sorensen, 1974) i s'ha prestat una relativa poca atenció a la possible compatibilitat entre les dues lleialtats. Aquesta poca atenció té més rellevància si fos possible perquè en les organitzacions de professionals, com és el cas dels hospitals, els metges, els professionals, viuen suposadament en la tensió de dues exigències creixents: la de l'organització, que reclama una major atenció i dedicació a l'acompliment dels seus objectius i a l'assoliment de les seves finalitats, i la de la pròpia professió, que també demana al facultatiu un esforç superior, per millorar o mantenir els seus coneixements i capacitats professionals i, al mateix temps, l'assumpció com a propis dels valors que guien i regulen l'exercici de la medicina.

Dels resultats obtinguts en la meva recerca es desprèn que la relació entre el compromís organitzatiu i el compromís professional pren diferents formes, de manera que permet diferenciar grups de professionals que comparteixen pautes de comportament similars, que expressen diferents graus de compatibilitat i d'incompatibilitat entre els dos compromisos. Compatibilitzar les dues lleialtats no és senzill, perquè mentre els objectius de l'organització són més precisos, en bona mesura explícits i acostumen a centrar-se en resultats quantificables de l'activitat, els de la professió són més difusos, atès que difícilment es pot explicitar una única manera d'entendre i d'exercir la medicina i, en conseqüència, de comprometre's amb la professió. La qüestió que em plantejo tenint en compte les dades ja no és si els compromisos són compatibles o no, sinó per a qui són compatibles i en quines condicions.

6.4.1. Estratègia seguida per utilitzar l'anàlisi de clústers

Per avançar en aquesta línia de treball he utilitzat l'anàlisi de clústers, que, tal com he definit anteriorment, es tracta d'un mètode per agrupar automàticament els elements o

objectes d'una mostra, de manera que els elements d'una mateixa classe o grup siguin tan homogenis com es pugui, segons una sèrie de criteris definits prèviament per l'investigador, mentre que les classes entre si han de ser com més diferenciades millor.

La decisió sobre el nombre de clústers a establir, el valor que ha de prendre k , condiona tot el procés posterior; per això s'han comparat les solucions amb diversos valors de k , utilitzant criteris estadístics i sobretot d'interpretació substantiva, de plausibilitat, de si té sentit a la llum de la teoria que es coneix.

Pel que respecta als estadístics, s'ha aplicat el "criteri del colze", en el gràfic en què a les ordenades es troba la similitud i no-similitud dels nivells de fusió de les classes (és a dir, l'alçada de la branca del dendrograma en què es produeix la fusió) i a les abscisses, el nombre de classes corresponents. He observat un canvi bruscat del pendent (el gràfic adquireix una forma de colze) en passar de 5 a 4 classes. D'aquesta manera s'aconsegueixen classes integrades per membres relativament homogenis.

Pel que fa a l'altra cara de la mateixa moneda, l'heterogeneïtat entre classes, s'ha buscat que els centroides de les classes, els individus típics, els que tenen el valor mitjà en totes les variables dintre de cada classe, siguin tan diferents com es pugui en les variables actives. La classificació és molt millor com més gran és la seva capacitat de discriminar entre classes i perquè pugui considerar-se acceptable, en termes d'heterogeneïtat entre classes, ha d'explicar un mínim del 75 % de la variància total.¹⁶⁸

No obstant això, pel que respecta als criteris substantius, el fet que la classificació resulti interpretable i útil per a l'objectiu de classificar els metges ha constituït, juntament amb el de parquedat, el criteri més rellevant de validació de la tipologia.

En primer lloc, l'anàlisi de la variància ha permès establir el percentatge de variància de cada variable activa, explicat per la classificació obtinguda, i concentrar l'esforç interpretatiu en aquelles variables en les quals el percentatge és major.

A continuació, el fet que els grups obtinguts tinguin perfils diferents amb relació a les variables il·lustratives, aquelles que sense intervenir en la classificació poden ser rellevants per descriure els metges integrants dels grups, ha estat útil per descriure i interpretar la solució obtinguda i, en el cas que la relació coincideixi amb l'esperada *a priori* en funció de les variables actives, per suportar-ne la validesa.

Per creuar les variables il·lustratives amb la classificació he utilitzat els mateixos instruments que per a les variables actives, és a dir, diagrama de perfils dels centroides, taules creuades, diagrames de caixes en paral·lel, anàlisi de la variància i proves no paramètriques, quan els supòsits subjacents a les paramètriques s'han violat.

Els clústers s'han construït a partir de criteris (variables actives) com els components afectiu, de continuïtat i normatiu dels compromisos organitzatiu i professional, que en el cas del compromís organitzatiu de continuïtat es diferencia en les dues dimensions que l'integren: els sacrificis associats i l'absència d'alternatives.

¹⁶⁸ De fet, la Λ de Wilks, que mesura la proporció de la variància total deguda a la variància a l'interior de cada grup, és del 18 %, inferior al 25 %.

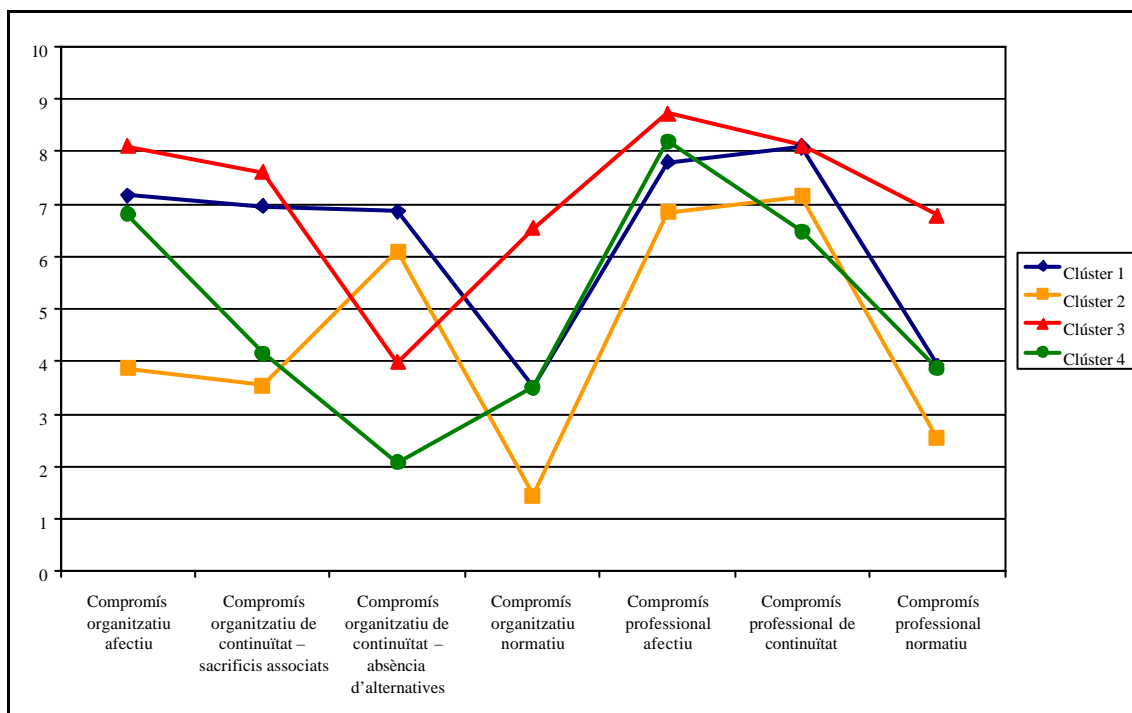
Els quatre clústers resultants classifiquen i agrupen els metges amb uns perfils de compromís organitzatiu i professionals similars, que responen de manera homogènia a les variables de l'estudi. De manera que cada clúster representa un diferent grau de compatibilitat o d'incompatibilitat entre els compromisos organitzatiu i professional i es poden interpretar com diferents patrons de resposta a les exigències de lleialtat a l'organització i a la professió dels facultatius enquestats (vegeu la taula 6-16).

Taula 6-16: Valors de mitjana dels criteris (variables actives) en els clústers

	Clústers				Total
	1	2	3	4	
Compromís organitzatiu afectiu	7,17	3,87	8,11	6,81	
Compromís organitzatiu de continuïtat - sacrificis associats	6,96	3,54	7,60	4,15	
Compromís organitzatiu de continuïtat - absència d'alternatives	6,86	6,09	3,99	2,08	
Compromís organitzatiu normatiu	3,50	1,45	6,54	3,51	
Compromís professional afectiu	7,80	6,84	8,73	8,19	
Compromís professional de continuïtat	8,09	7,14	8,12	6,48	
Compromís professional normatiu	3,92	2,54	6,78	3,87	
Nombre de casos	207	108	196	190	701
Percentatge de casos	29,5 %	15,4 %	28,0 %	27,1 %	100,0 %

A les files de la taula 6-16 es poden veure els valors de mitjana de cada factor en cadascun dels clústers, mentre que a les columnes s'observen els perfils dels clústers en el conjunt de criteris (variables actives).

Gràfic 6-49: Representació dels valors de mitjana dels criteris en cada clúster



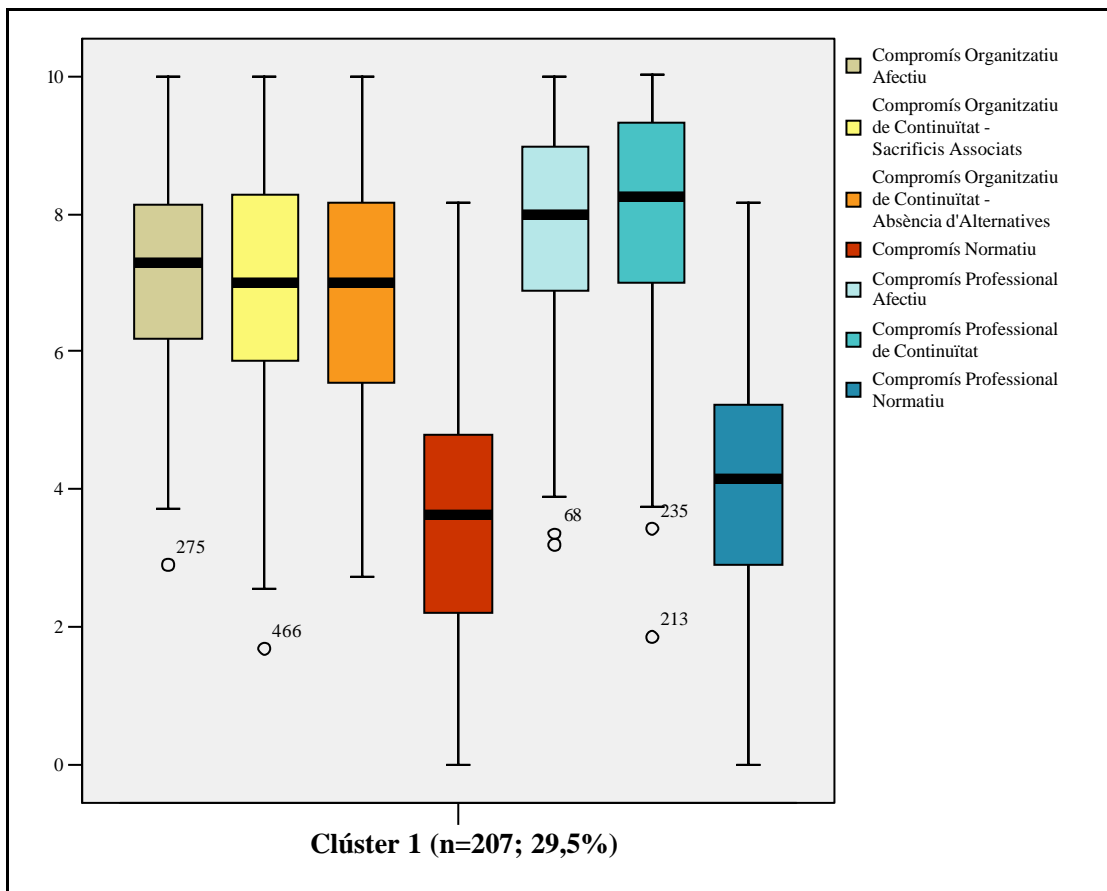
A continuació analitzo amb detall els resultats obtinguts per cada clúster i descriu els elements que en configuren cadascun i els caracteritzen.

6.4.2. Clúster 1: “Lleials amb condicions”

És el clúster més nombrós, integrat per 207 metges, el 29,5 % del total d'individus. Els integrants d'aquest grup presenten una elevada valoració de tots els constructes dels compromisos organitzatiu i professional, però, com a característica més remarcable, destaca la baixa valoració dels components normatius d'ambdós compromisos (vegeu el gràfic 6-50).

Els metges del clúster senten un intens compromís afectiu i un elevat compromís de continuïtat amb l'hospital, però en canvi expressen un compromís normatiu amb l'hospital molt baix, és a dir, es senten molt poc obligats envers l'hospital. De la mateixa manera, la valoració dels components afectiu i de continuïtat del compromís amb la professió són molt elevats, mentre que el component normatiu del seu compromís professional és molt feble.

Gràfic 6-50: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 1

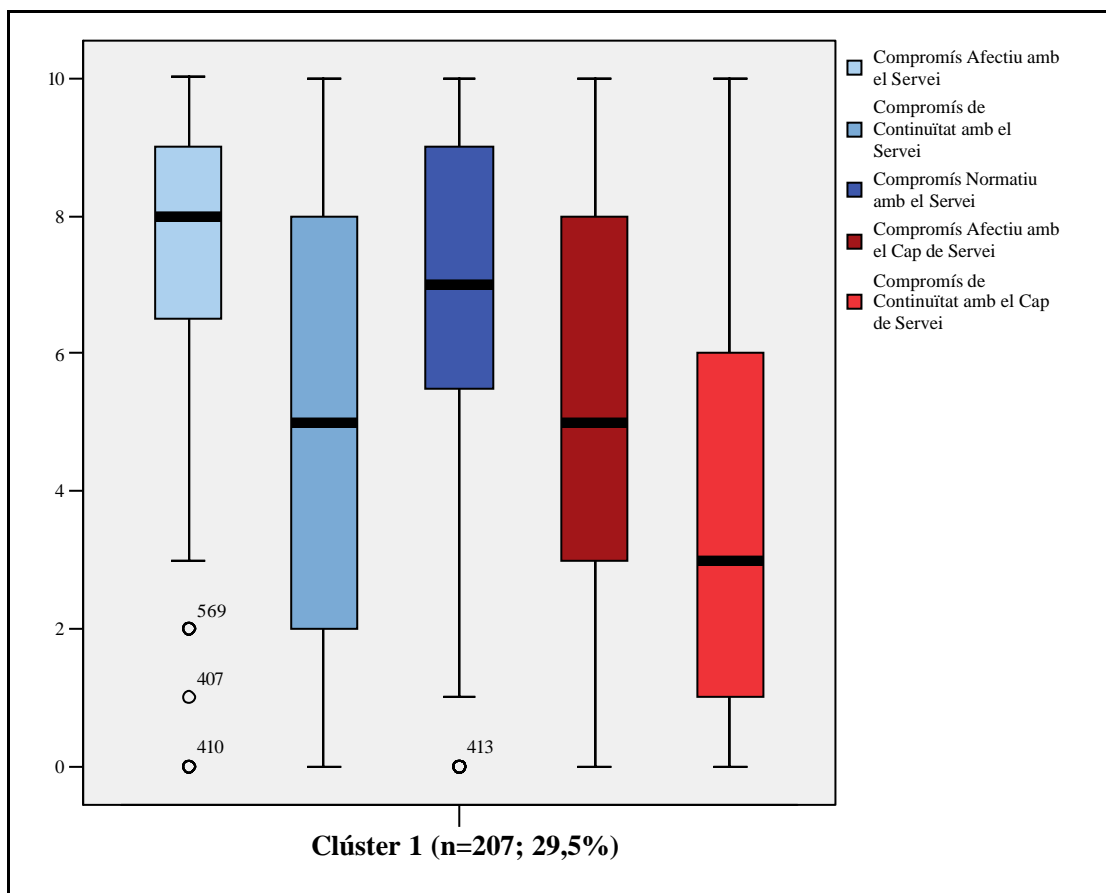


Respecte als *focus* del seu compromís (vegeu el gràfic 6-51), els metges d'aquest clúster mostren un compromís afectiu amb el seu servei molt intens (la mediana és de 8), un compromís de continuïtat molt dispers (la mediana és de 5, amb una distribució de respostes entre 0 i 10) i un compromís normatiu també considerablement intens (la mediana és de 7).

El compromís afectiu amb el cap de servei és dispers (la mediana és de 5), que és tant com dir que el vincle emocional amb el responsable de la unitat no és destacable, mentre que el compromís de continuïtat amb el cap de servei és notablement baix (la mediana és inferior a 3 i el 75 % de les respostes són inferiors a 6).

És un clúster integrat per metges amb una certa veterania, amb una edat mitjana de 47,8 anys. Destaca que només hi ha un 1 % de facultatius menors de 34 anys, quan al total de la mostra els metges d'aquesta edat superen el 7 %, mentre que els d'edat entre 34 i 51 anys (64 %) i els més grans de 51 anys (35 %) són presents en unes proporcions superiors a les del conjunt de la població de la mostra, un 60 % i un 32,8 %, respectivament.

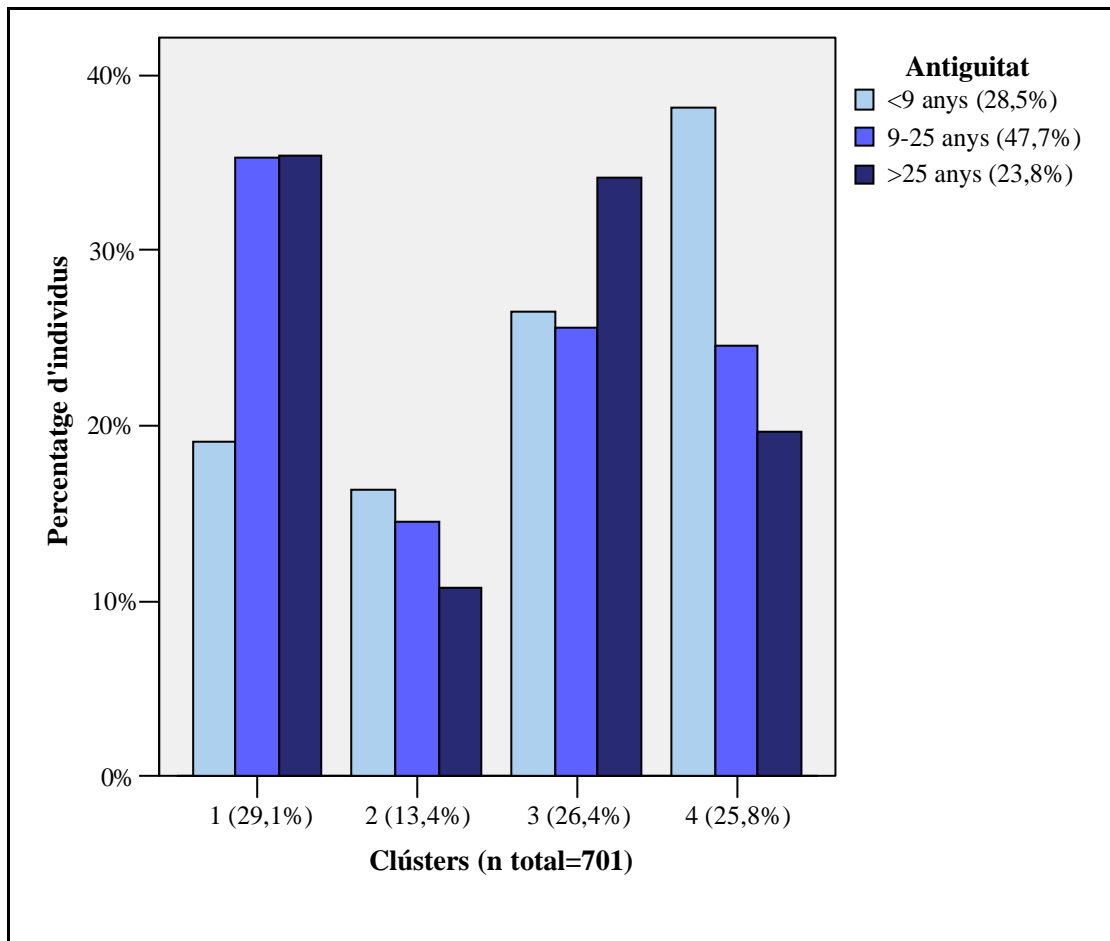
Gràfic 6-51: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 1



En el clúster, la dedicació mitjana a la medicina és de 21,9 anys. Els qui fa menys de 15 anys que exerceixen com a metges constitueixen el 24 % del clúster, mentre que en el total de la mostra sobrepassen el 33 %. Els del grup entre 15 i 25 anys d'exercici professional constitueixen el 41,4 % del clúster, molt superior a la proporció del 35,4 % que tenen en el conjunt de la mostra. Els qui fa més de 25 anys que treballen són el 34,5 % del clúster, també per sobre del 31,4 %, proporció amb què es distribueixen en la població de la mostra.

Respecte a l'*antiguitat* (vegeu el gràfic 6-52), la mitjana dels metges del clúster és de 17,2 anys treballant en el mateix hospital, que és la més elevada de tots els clústers. Destaca també que els integrants del clúster amb una antiguitat entre 9 i 25 anys (54,9 %) i els que la tenen superior a 25 anys (27,5 %) també s'hi troben amb una proporció superior a la que tenen en el conjunt de la mostra (47,7 % i 23,8 %), mentre que els metges amb antiguitat inferior als 9 anys (17,6 %) hi són presents en una proporció notòriament inferior a la que presenten en el conjunt de la mostra (28,5 %).

Gràfic 6-52: Distribució dels individus en els clústers en funció de la seva antiguitat



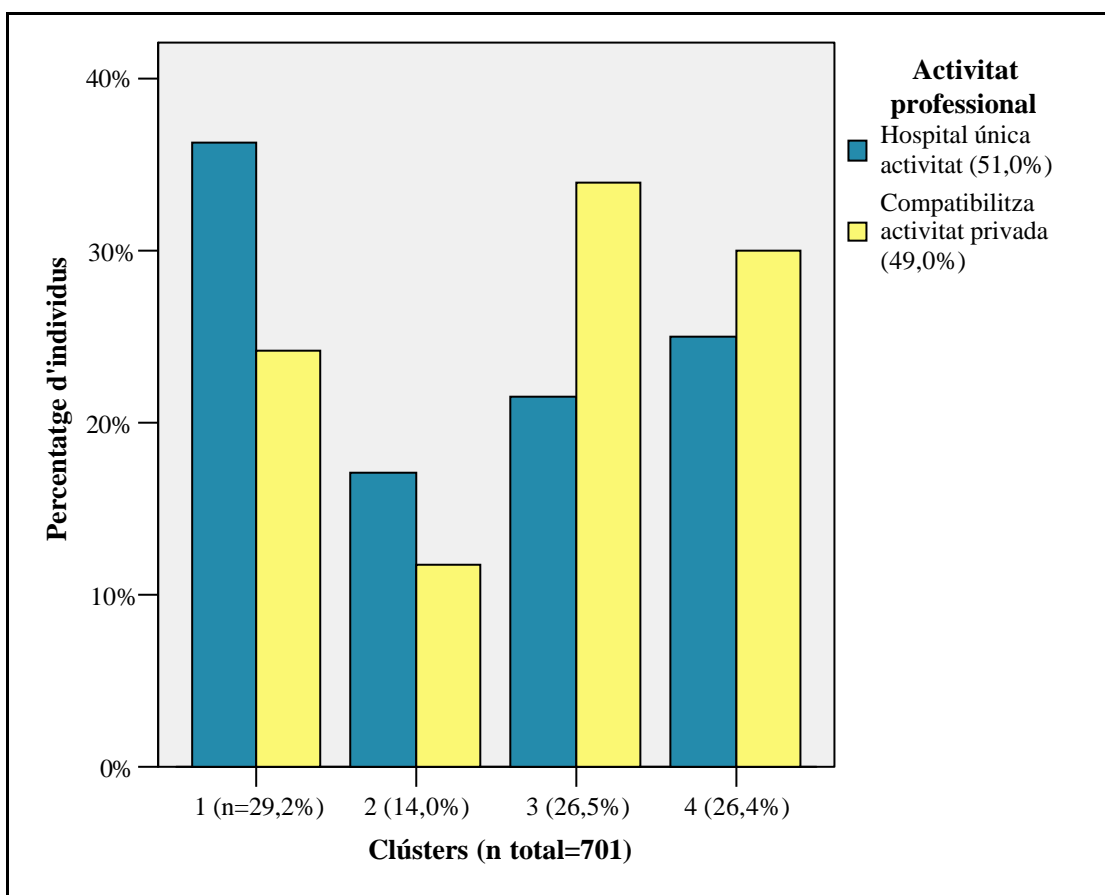
La gran majoria dels metges del total de la mostra (més del 71 %) ocupa la *posició* d'adjunt i en aquest clúster es distribueixen en una proporció similar, igual que els interins i becaris, mentre que els caps de secció (un 15,6 %) hi són presents en una

proporció superior a la que tenen en el conjunt de la mostra (un 12,7 %) i els caps de servei (6 %) en una distribució inferior a la del total (9,5 %).

És destacable també que els integrants del clúster que treballen en hospitals de referència (41,5 %) es concentren en el clúster en una proporció superior a la que presenten en el total de la població enquestada (36,3 %), mentre que els dels hospitals generals bàsics i els d'alta tecnologia ho fan en una proporció inferior a la que presenten en el conjunt de la mostra.

Amb relació a l'activitat professional (vegeu el gràfic 6-53), és el clúster amb la proporció més elevada de metges que només treballen a l'hospital: el 61 % dels integrants del clúster, cosa que suposa una proporció molt superior a la seva distribució en el total de la població enquestada (51 %).

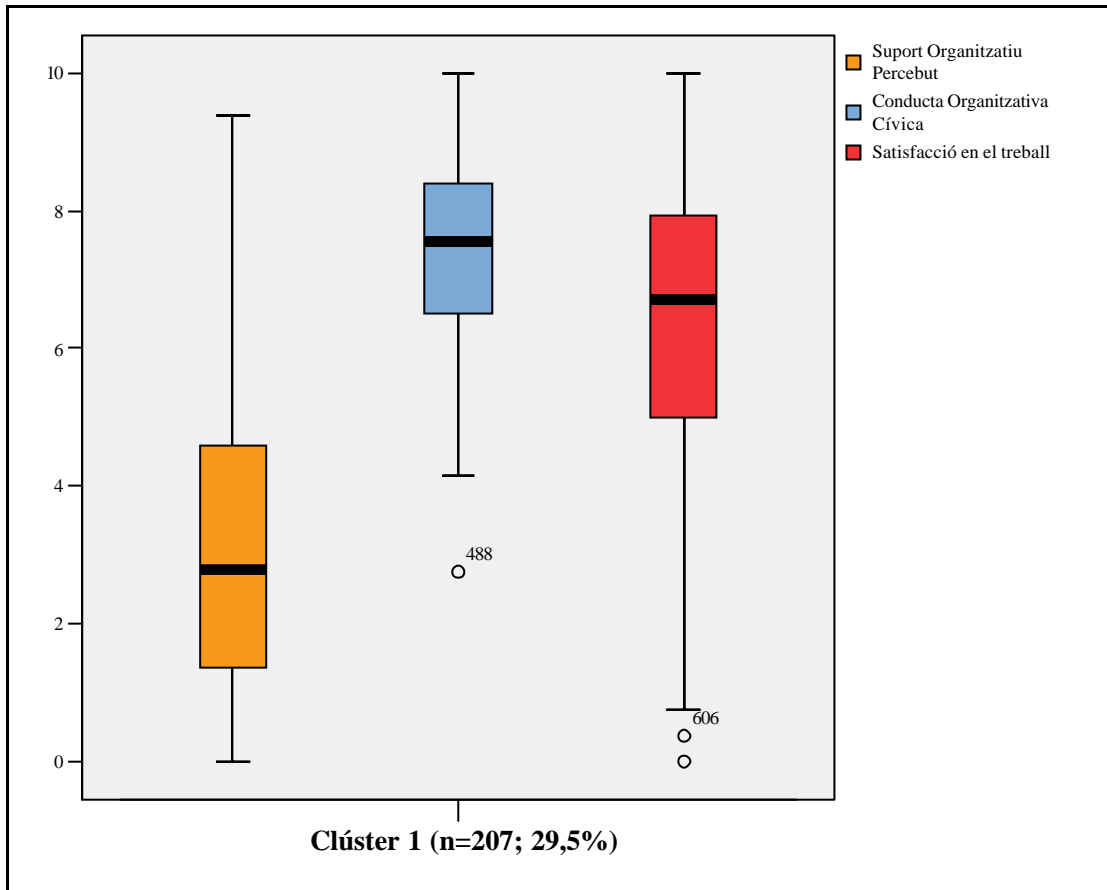
Gràfic 6-53: Distribució dels individus en els clústers en funció de la seva activitat professional



Els integrants del clúster fan una valoració molt baixa del *suport organitzatiu percebut* (vegeu el gràfic 6-54), amb una mediana que és inferior a 3, però en canvi consideren que la seva *conducta organitzativa cívica* —altruisme, escrupolositat, esportivitat, virtut cívica i cortesia— la tenen molt desenvolupada (la mediana és superior a 7,5 i el 75 %

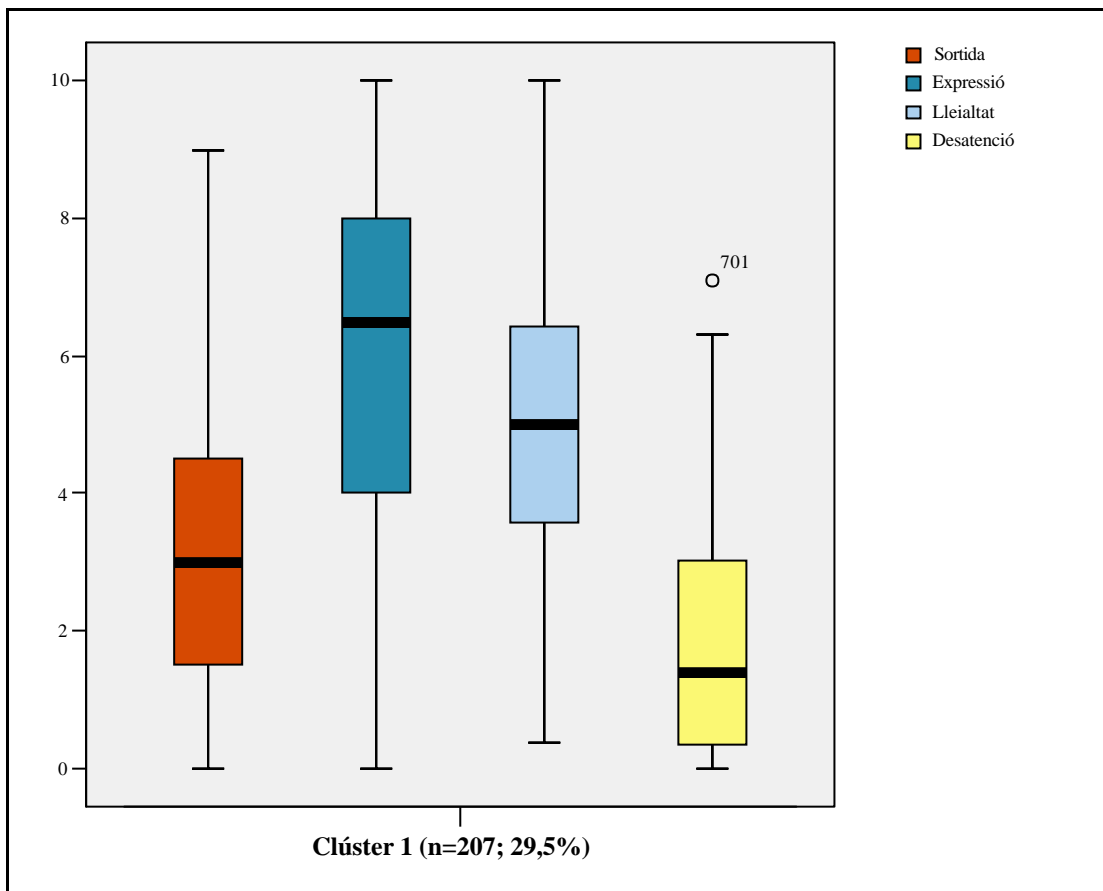
de les respostes són superiors a 6) i es senten relativament satisfets en el treball (la mediana és superior a 6,5 i el 75 % de les respostes són superiors a 5).

Gràfic 6-54: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 1



Amb relació al *model EVLN* (vegeu el gràfic 6-55), la resposta *sortida*, de tipologia destructiva-activa en la tipologia de Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988), es valora molt poc i encara menys la resposta *desatenció*, de tipologia destructiva-passiva, fins al punt que es poden descartar com a respostes possibles d'aquest col·lectiu. Per contra, la resposta *lleialtat*, constructiva-passiva, no és destacable (la mediana és de 5 i la dispersió de respostes oscil·la entre 0 i 10) i la resposta *expressió*, de dimensió constructiva-activa, que incideix específicament en l'interès de l'individu i en les accions que desenvolupa per introduir canvis a l'hospital, és una mica més elevada (la mediana és de 6,5) encara que amb una dispersió de respostes molt àmplia.

En el clúster les respostes més valorades són de tipus constructiu i, en conseqüència, serien les predominants en situacions de crisi. A les respostes constructives se'ls confereix una connotació clarament positiva, però la resposta *expressió* és prou àmplia per englobar diferents accions dels individus que, en funció de la posició i la responsabilitat que ocupi l'observador, no sempre tindran aquesta mateixa consideració.

Gràfic 6-55: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 1

En síntesi, es tracta d'un clúster en el qual es compatibilitzen el compromís organitzatiu i el professional. Els integrants d'aquest clúster expressen simultàniament un intens vincle afectiu amb l'hospital i amb la seva professió, així com un notori compromís de continuïtat tant amb l'hospital com amb la professió. Valoren molt el que els ha costat obrir-se camí professionalment a l'hospital.

Així mateix, és el clúster amb l'antiguitat més elevada i els seus integrants consideren que és molt difícil trobar feina en un altre centre. De la mateixa manera, les *inversions* realitzades per mantenir-se en la professió i l'extrema dificultat que suposa iniciar una nova activitat professional poden explicar el seu compromís professional de continuïtat tan intens. No obstant això, els integrants d'aquest clúster presenten característicament un compromís normatiu molt feble, tant amb l'hospital com amb la professió. No senten una obligació moral envers l'hospital ni perceben recompenses o avantatges significatius per ser membres de la professió ni reben senyals del seu entorn més proper que els indiquin un reconeixement pel fet de ser metges.

Una possible interpretació de la dèbil valoració del compromís normatiu amb l'hospital ve donada perquè es tracta del clúster en el qual es concentra la major proporció de metges que només treballen a l'hospital. L'esforç d'aquests metges per desenvolupar la seva carrera, expressat per l'elevada valoració de la dimensió *sacrificis associats* del

compromís de continuïtat, i “l’aposta” professional majoritària del clúster de treballar exclusivament a l’hospital, no consideren que hagi estat corresposta per la institució, la qual cosa es tradueix en una feble valoració del suport organitzatiu percebut, la segona valoració més baixa de tots els clústers.

“A la llarga no sé si l’hospital em tractarà massa bé, encara que jo li dedico molt temps.”¹⁶⁹

“Així resulta que has estat treballant quaranta anys, durant els primers anys quasi de franc, i t’arriba la jubilació i t’envien una carta totalment freda, i et diuen que pots deixar la bata i la targeta i que passi-ho bé”¹⁷⁰

Els metges que només treballen a l’hospital tenen unes expectatives més grans sobre l’organització, bàsicament pel que fa al suport que l’hospital els pot donar per progressar en la seva carrera professional i adquirir un major reconeixement com a metges. L’opció professional de treballar exclusivament a l’hospital, descartant la possibilitat de compatibilitzar-ho amb l’exercici privat de la medicina, amb el temps, sembla que es converteix en una mena de trampa per a molts d’ells, quan predomina la sensació d’haver donat molt a l’hospital i a canvi haver rebut molt poc, quan segueixen treballant a l’hospital “perquè no els queda més remei”.

“La gent ni es planteja deixar l’hospital, probablement per manca d’alternatives.”¹⁷¹

Aquesta argumentació ve reforçada perquè, cal remarcar-ho, és el clúster amb la valoració més elevada de la dimensió *absència d’alternatives* del compromís organitzatiu de continuïtat, en el qual, com ja s’ha comentat, es concentra el major nombre de metges que només treballen a l’hospital, en el qual hi ha una representació molt significativa de caps de secció, dels quals també s’ha comentat que pràcticament no tenen cap possibilitat de promoció en la jerarquia mèdica hospitalària i que amb tota probabilitat acabaran la seva carrera professional en aquesta posició.

Cal destacar també que es tracta dels metges amb l’antiguitat mitjana més elevada de tots els clústers i amb les mitjanes de l’edat i dels anys d’exercici professional només unes dècimes inferiors a les del clúster 3. La seva maduresa vital i professional poden ajudar-los a conciliar les perspectives organitzativa i professional i potser també poden contribuir a explicar el lleuger predomini de les respostes constructives del model EVLN, sobretot *expressió*, i de manera destacable la baixa valoració de les respostes de dimensió destructiva, *sortida* i *desatenció*. Però cal contemplar que en situacions de crisi la resposta *expressió* d’aquest col·lectiu es pot exacerbar i adquirir un to reivindicatiu sense que el compromís normatiu amb l’organització, molt feble en aquest clúster, pugui actuar com un mecanisme compensatori. Per Lachman i Noy (1996) la

¹⁶⁹ Entrevista amb MJ1.

¹⁷⁰ Entrevista amb MJ2.

¹⁷¹ Entrevista amb MJ3.

reacció *expressió* en situacions de crisi requereix, com a requisit previ, una baixa satisfacció en el treball dels facultatius.

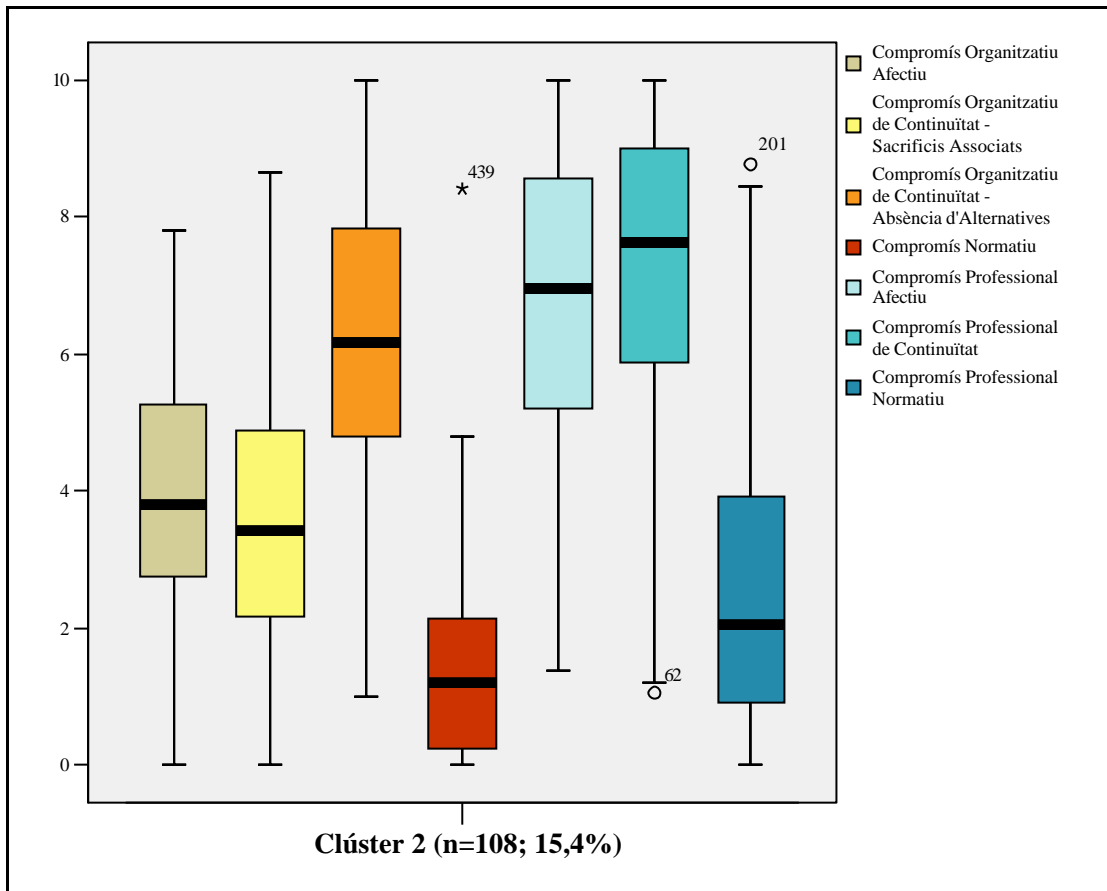
Els metges del clúster 1 són professionals que es troben en l'etapa central de la seva trajectòria professional a l'hospital i que, a més, expressen un vincle emocional i un sentit d'obligació amb el servei molt intensos. Per contra, el seu compromís afectiu amb el cap del servei és moderat, mentre que el compromís de continuïtat amb el seu cap és encara més feble. És a dir, els costos que els comportaria que marxés el seu cap o que no hi haguessin candidats alternatius, no són qüestions rellevants per al seu compromís de continuïtat amb el cap de la unitat, cosa que encaixa amb el fet que el nombre de caps de secció que integren el clúster sigui particularment significatiu i que es puguin considerar ells mateixos com a candidats alternatius al cap de servei. En general, els facultatius del clúster 1 encaixen prou bé amb la lleialtat condicionada descrita per Scott (1966) i per aquesta raó els etiqueto com a "lleials amb condicions".

6.4.3. Clúster 2: "Idealistes ressentits"

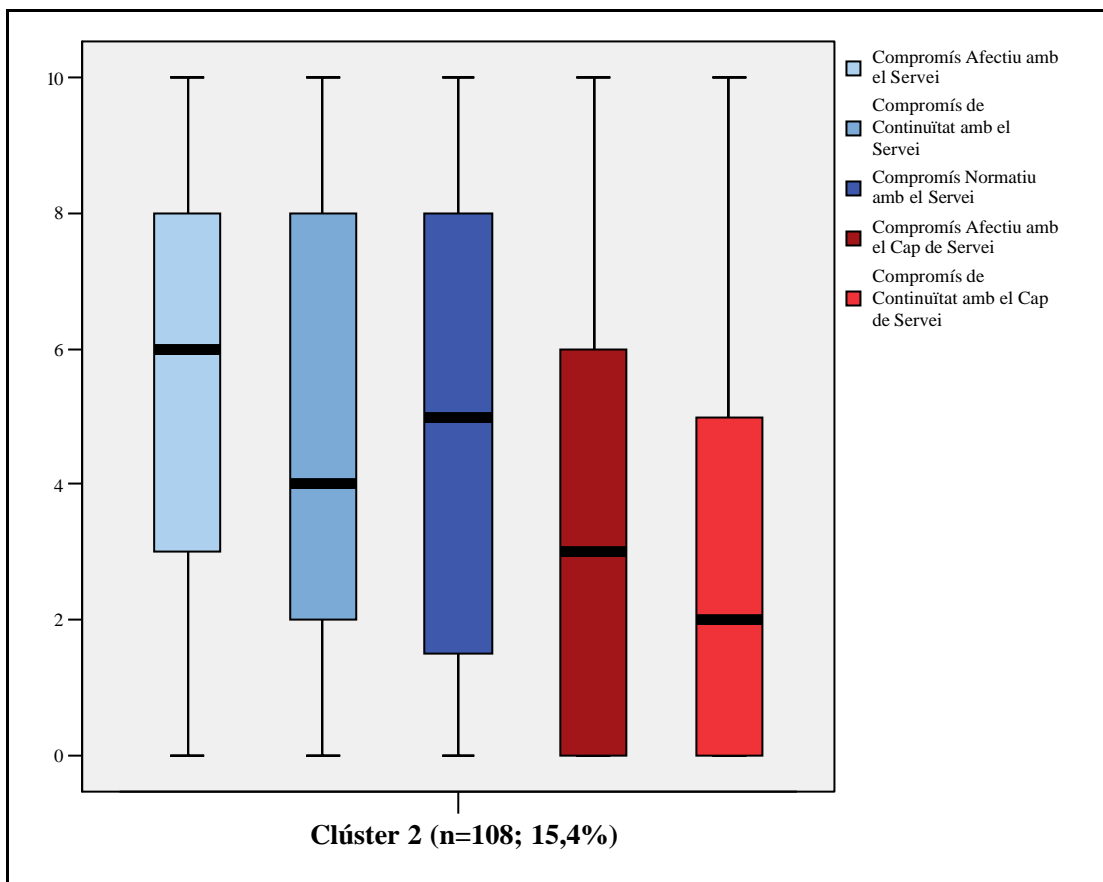
És el clúster més reduït, integrat per 108 metges, el 15,4 % del total d'individus. Com a característica més remarcable cal destacar que és el clúster que presenta la valoració més baixa de tots els constructes del compromís organitzatiu i del compromís professional.

Amb l'excepció del compromís de continuïtat amb l'hospital en la seva dimensió d'absència d'alternatives (la mediana és de 6,09), el compromís afectiu amb la professió (la mediana és de 6,84) i el compromís de continuïtat amb la professió (la mediana és de 7,14). La valoració de la resta dels constructes és baixa o molt baixa.

És a dir, que l'absència d'alternatives del compromís organitzatiu de continuïtat sigui l'única dimensió del compromís organitzatiu que rep una valoració elevada, explica que els integrants d'aquest clúster es sentin relativament compromesos amb l'hospital únicament perquè no tenen altres alternatives professionals. Però és igualment destacable que no mostrin cap vincle afectiu amb l'institució en la qual treballen ni valorin els sacrificis efectuats al llarg de la seva trajectòria professional com a font del seu compromís i la valoració que fan del seu sentit d'obligació moral envers l'hospital encara sigui més feble. Per contra, el seu compromís afectiu amb la professió és intens, encara que és el més dèbil de tots els clústers, el component de continuïtat del compromís amb la professió és també bastant elevat però molt dispers, mentre que el component normatiu del seu compromís professional és molt feble i també és el més mal valorat en comparació amb la resta dels clústers (vegeu el gràfic 6-56).

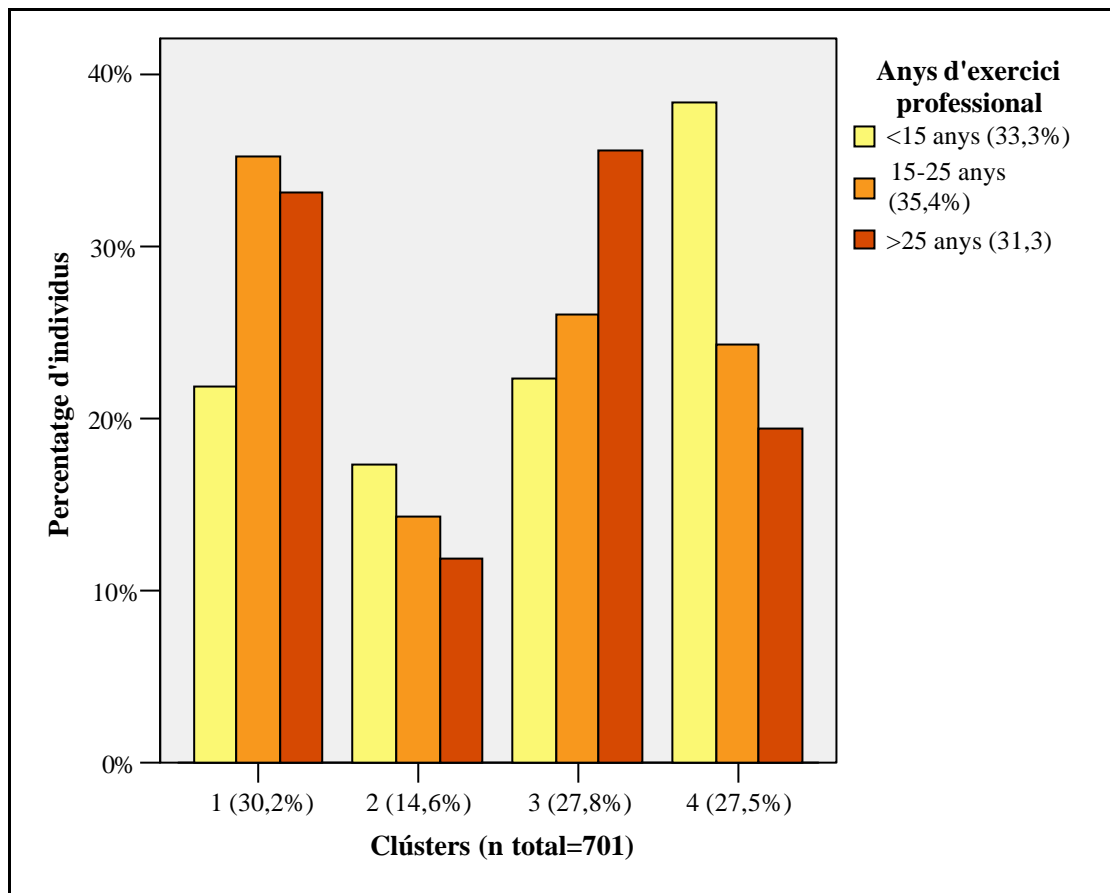
Gràfic 6-56: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 2

El focus del compromís amb el servei és el que té en tots els constructes les valoracions més baixes i més disperses de tots els clústers (vegeu el gràfic 6-57). Destaca també la baixíssima valoració del focus del compromís amb el cap de servei, que també és la més baixa de tots els clústers. El compromís afectiu amb el cap de servei presenta una mediana inferior a 3, mentre que el compromís de continuïtat amb el cap de servei encara és inferior (la mediana és de 2 i el 75 % de les respostes són inferiors a 5).

Gràfic 6-57: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 2

L'edat mitjana dels integrants del clúster és de 44,8 anys. Destaca que el 14,4 % dels integrants del clúster són menors de 34 anys quan en el conjunt de la mostra la seva proporció és de 7,1 %. És a dir, en el clúster es concentra el doble d'individus d'aquest tram d'edat amb relació a la seva distribució en el total de la mostra. D'altra banda, els més grans de 51 anys són el 26,8 % dels integrants del clúster, quan en la població estudiada s'hi troben en una proporció superior, el 32,8 %.

Amb relació als anys d'exercici professional (vegeu el gràfic 6-58), la dedicació mitjana a la medicina és de 18,8 anys. Un 39,8 % dels integrants del clúster fa menys de 15 anys que són metges, una proporció superior al 33,3 % que representen en el total de la mostra.

Gràfic 6-58: Distribució dels individus en els clústers en funció dels anys d'exercici professional

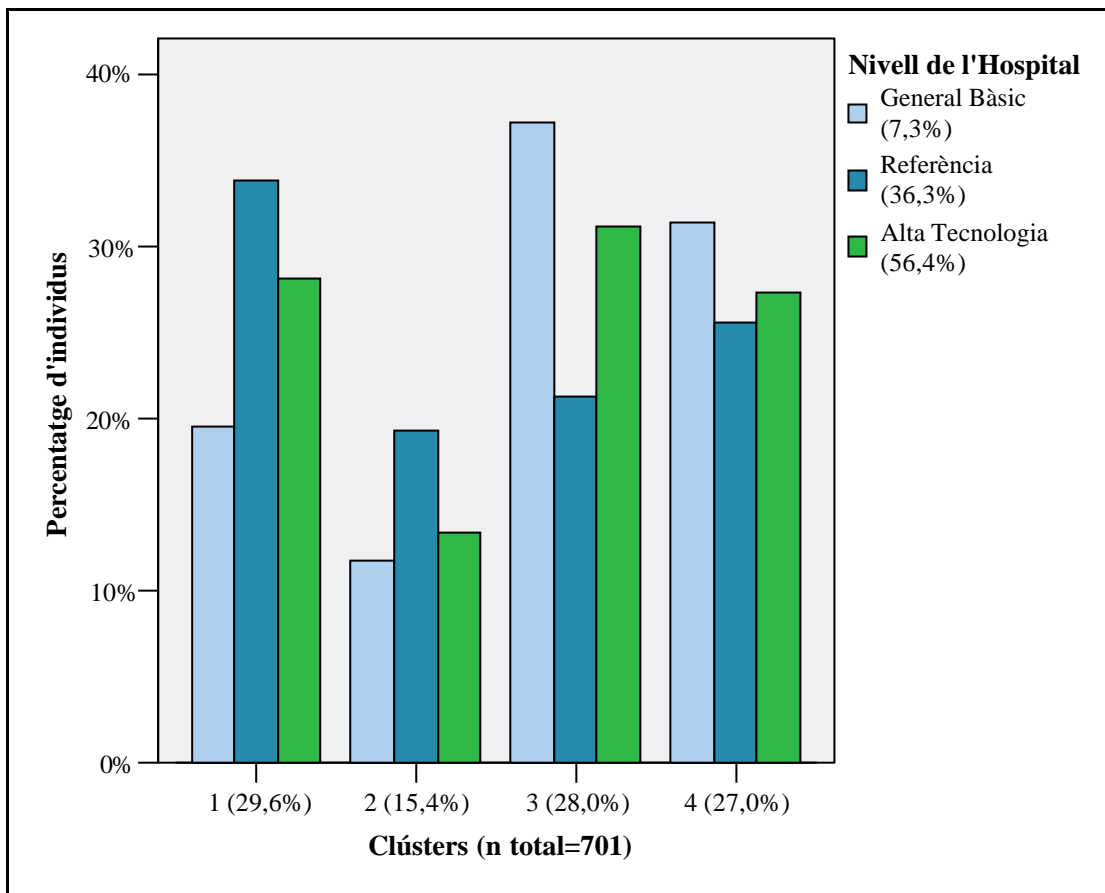
Respecte a l'antiguitat, els metges del clúster fa 14 anys de mitjana que treballen en el mateix hospital. També en aquest cas el col·lectiu amb menor antiguitat es concentra en el clúster en una proporció superior (33 %) a aquella amb què ho fa en el conjunt de la mostra (28,5 %). En sentit contrari, els metges amb una antiguitat superior als 25 anys són presents en el clúster en una proporció inferior (18,1 %) a aquella amb què es troben en el total de la població enquestada (23,8 %).

De la mateixa manera, la proporció d'adjunts en el clúster és superior (78,3 %) a la seva proporció en el total de la mostra (71,2 %). Els interins i becaris també tenen una presència més important (8,7 %) que en el conjunt de la mostra (6,6 %), mentre que la proporció de caps de secció (8,7 %) i de caps de servei (4,3 %) és significativament inferior a la seva distribució en la població enquestada, un 12,7 % i un 9,5 % respectivament.

Els integrants del clúster que treballen en hospitals de referència es concentren en una proporció superior (45,4 %) a aquella amb què ho fan en el total de la mostra (36,3 %), mentre que per als metges que treballen en hospitals generals bàsics (5,6 %) i en hospitals d'alta tecnologia (49,1 %) la presència en el clúster es dona en una proporció

sensiblement inferior a la que tenen en el total de la població (7,3 % i 56,4 %) (vegeu el gràfic 6-59).

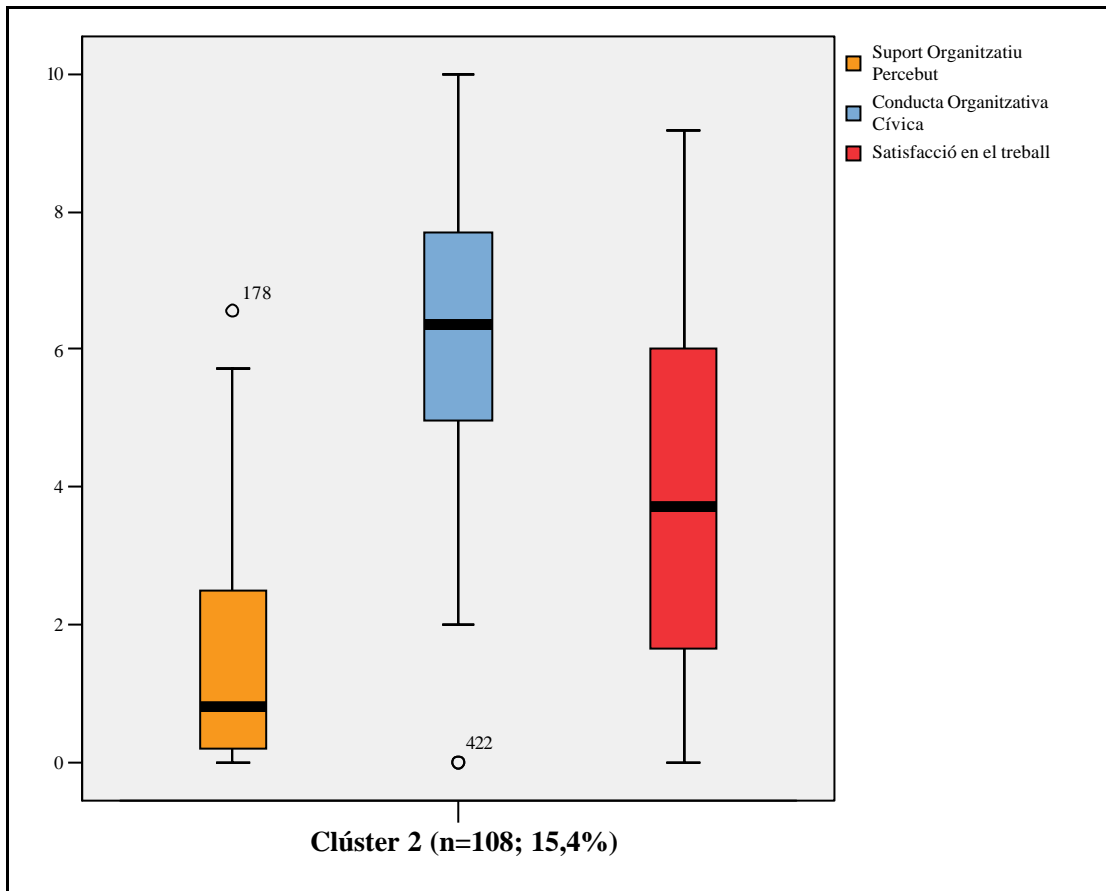
Gràfic 6-59: Distribució dels individus en els clústers en funció del nivell de l'hospital



És el clúster en què la proporció de dones (47,8 %) es troba més per sobre de la seva distribució en la mostra (37,1 %), cosa que potser es pot explicar per ser el clúster amb la segona edat mitjana més baixa, reflectint la presència massiva de dones en els darrers anys en la medicina. De la mateixa manera, els metges que més treballen a l'hospital (60,2 %) són presents en el clúster en una proporció molt superior a la que presenten en el conjunt de la mostra (51 %).

Un dels aspectes més destacables és la valoració pràcticament nul·la del suport organitzatiu percebut (la mediana és inferior a 1), que és la pitjor de tots els clústers. Els metges del clúster 2 són també els qui es senten menys satisfets de tots els clústers i són els únics que valoren la satisfacció en el treball per sota de 5 (la mediana és de 3,6). En canvi, consideren de si mateixos que tenen una conducta organitzativa cívica relativament desenvolupada (la mediana és superior a 6 i el 75 % de les respostes són superiors a 5), que, no obstant això, també és la més baixa de tots els clústers (vegeu el gràfic 6-60).

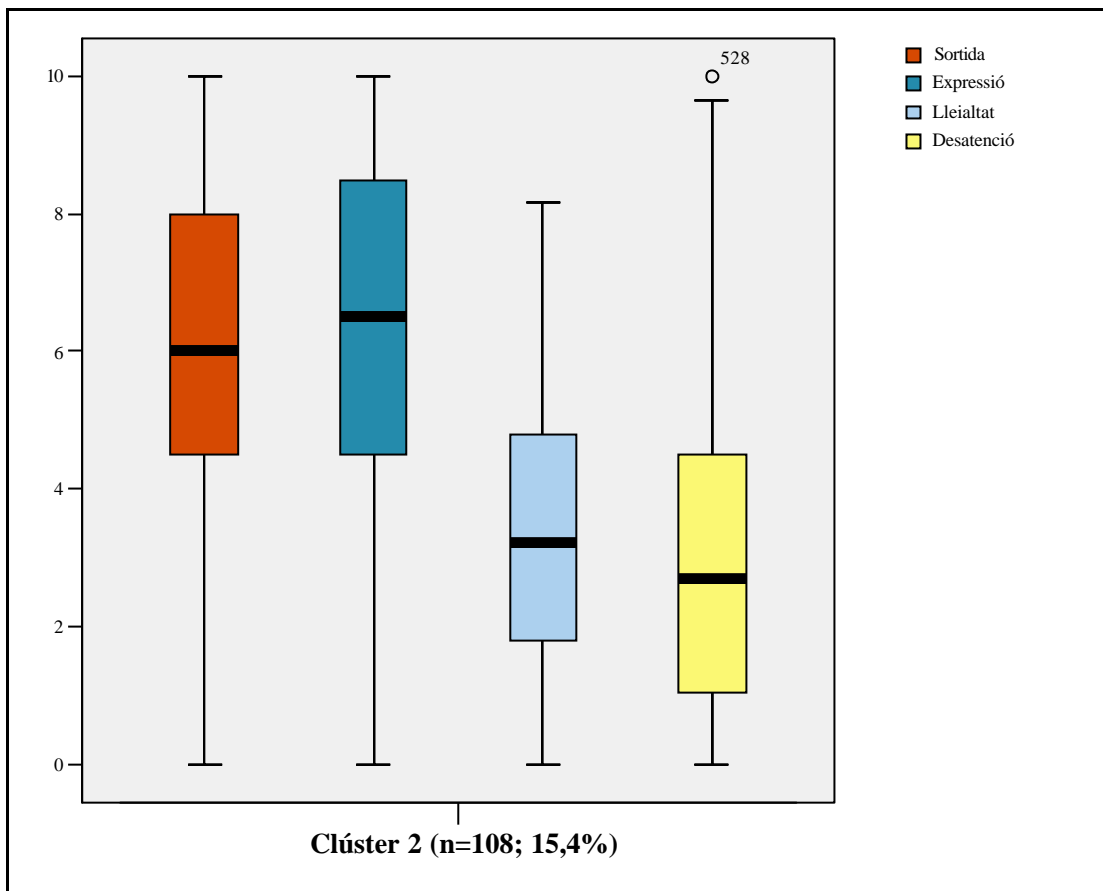
Gràfic 6-60: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 2



En aquest sentit, Organ (1991) considera que en el cas dels professionals la baixa satisfacció en el treball no afecta la productivitat gràcies a la *implicació de l'ego* (*ego-involvement*), de manera que per aquests professionals “el rendiment pobre o mediocre és intrínsecament dolorós. I desperta sentiments de culpa, astorament i autoretret” (1991: 109), la qual cosa pot contribuir a explicar alguns dels trets característics dels integrants d'aquest clúster.

Amb relació al *model EVLN* destaquen la resposta *sortida*, que de tots els clústers és el que la valora amb més intensitat, i la resposta *lleialtat*, que és en el clúster que es valora de manera més feble (vegeu el gràfic 6-61). És a dir, volen marxar de l'hospital i desconfien profundament de la direcció del centre. Per la seva banda, la resposta *desatenció* és molt dispersa i malgrat que és molt feble és la més elevada de tots els clústers, mentre que la resposta *expressió* és similar a la d'altres clústers i la mediana (6,5) és idèntica a la dels clústers 1 i 4.

En conseqüència, d'acord amb la tipologia de respostes de Rusbult, Farrell, Rogers i Mainous (1988), en el clúster 2 predomina un model de resposta actiu, i en funció de la resposta escollida —*sortida* o *expressió*— pot conferir una clara connotació negativa a la resposta dels facultatius davant la insatisfacció en el treball.

Gràfic 6-61: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 2

En síntesi, es tracta del clúster en el qual es manifesta una incompatibilitat entre el compromís organitzatiu i el compromís professional que escenifica el tradicional conflicte organització-professional. Els metges només expliciten un cert compromís de continuïtat amb l'organització a causa de la dimensió *absència d'alternatives*, el vincle amb l'hospital és exclusivament instrumental i calculador, i no manifesten afecte ni obligació moral envers la institució en la qual treballen. Tal com manifesta un dels facultatius entrevistats:

“L'hospital va prometre moltes coses i els metges potser ens vam veure molt implicats, amb ganes de treballar a l'hospital, però quan es va veure que tot allò era mentida, la gent es va desanimar. Això es manifesta en una descreença generalitzada, per dir-ho d'alguna forma, treballar a canvi de res. Si et diuen 'farem no sé què', penses 'ja ho fareu vosaltres'.”¹⁷²

Per contra, els agrada ser metges, ho volen seguir sent i això ho expressen amb un lligam afectiu amb la professió relativament intens, encara que és el més feble de tots

¹⁷² Entrevista amb MJ5.

els clústers i que amb l'edat va perdent intensitat de manera més evident que en la resta. Valoren l'esforç realitzat per ser metge i per mantenir la seva competència professional i ho expressen amb un compromís professional de continuïtat elevat, però en contrapartida predomina la sensació de pèrdua de respecte i d'estatus social (Obeso, 1992), que ser metge “ja no és el que era”, que es tradueix en el seu baix compromís normatiu, que és el més feble entre tots els clústers. És a dir, manifesten un rebuig de tot el que ve de l'hospital i preserven un cert lligam amb la medicina com a professió, que especulativament es pot suposar basat en una concepció mítica de la pràctica mèdica i de la figura del metge, pròpia dels “vells bons temps”:

“Fa vint-i-cinc o trenta anys la visió que el pacient tenia del metge no et diré que fos en un pedestal, perquè jo ja ho vaig viure en una època molt tardana, però hi havia una certa distància.”¹⁷³

Aquest rebuig de l'hospital es manifesta també en el fet que, entre tots els clústers, és el que mostra la valoració més baixa amb els focus del compromís organitzatiu. Malgrat la relativa intensitat del seu compromís afectiu amb el servei, que també és el més feble de tots els clústers, destaca la baixíssima valoració que es fa del compromís afectiu i del compromís de continuïtat amb el cap de servei, per bé que aquest compromís no és particularment intens en cap dels casos, llevat del clúster 3, en el qual precisament es concentren la major part de caps de servei de la mostra.

Els resultats expressen que els metges del clúster consideren que no reben cap mena de suport de l'hospital, cosa que pot incrementar el rebuig que senten pel seu centre. En paraules d'un dels metges entrevistats:

“Hi ha una sèrie de persones que qualifico d'insatisfetes eternes, perquè veus que tant si els plou d'un costat o de l'altre com si és blanc o negre, sempre acaben protestant i sempre els acaba semblant malament.”¹⁷⁴

Mostren també la seva profunda insatisfacció, ja que són els qui pitjor valoren la variable *satisfacció en el treball* de tots els clústers. D'acord amb Organ (1991), aquesta valoració pot contribuir a l'expressió d'un ressentiment.

De l'elevada valoració que fan de la dimensió *absència d'alternatives* del compromís de continuïtat i de la resposta *sortida* del model EVLN, es desprèn que realitzen la seva activitat quotidiana a l'hospital “perquè no els queda mes remei”, és a dir, volen marxar de l'hospital però no troben una altra feina.

En conjunt, es desprèn una mena de frustració perquè la seva carrera professional, l'exercici de la medicina i el reconeixement que reben, no s'ajusta a les seves expectatives. De manera que, simultàniament, expressen una concepció ideal de la professió, amb un ressentiment per les condicions en què consideren que es veuen obligats a exercir-la, raó per la qual els denomino “idealistes ressentits”. En definitiva, és el clúster en el qual es posa de manifest una incompatibilitat entre compromisos i, de

¹⁷³ Entrevista amb MJ4.

¹⁷⁴ Entrevista amb MA3.

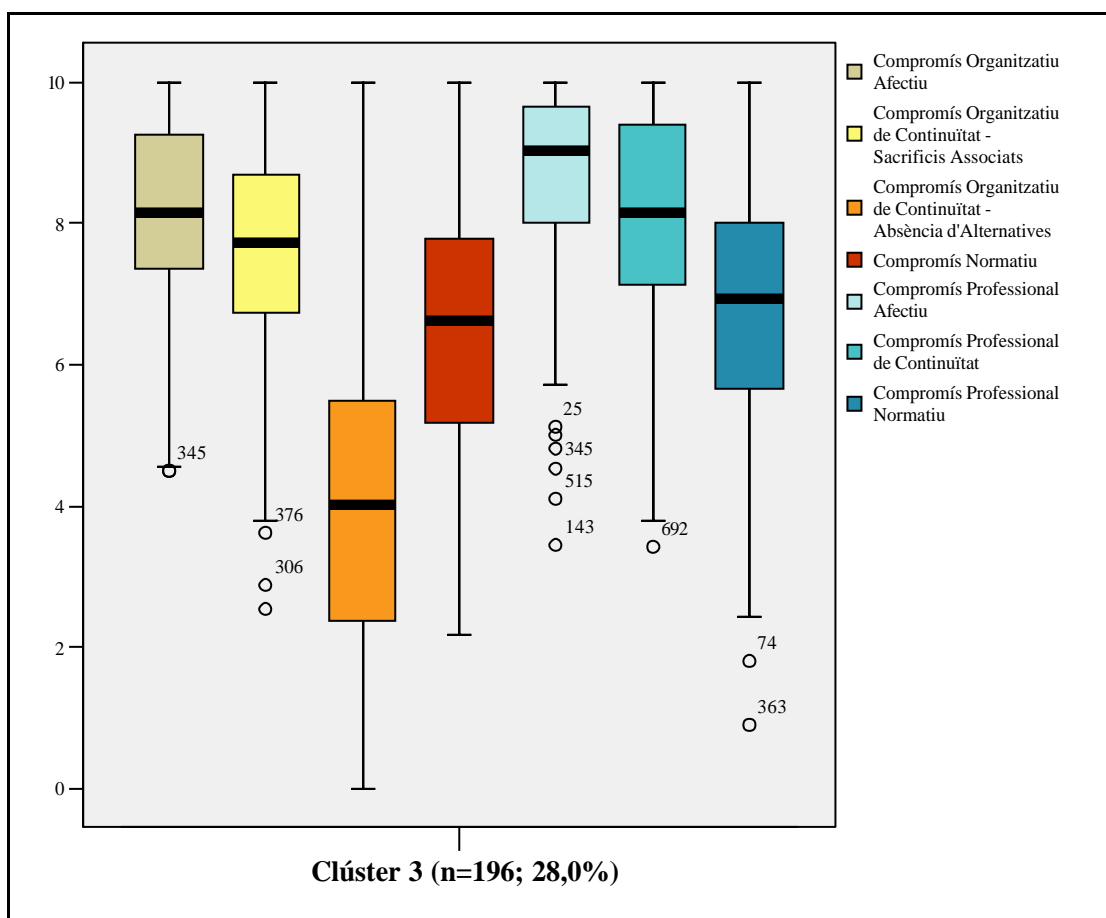
tots els clústers, és l'únic que mostra aquesta incompatibilitat com una característica inherent.

6.4.4. Clúster 3: “Triomfadors compromesos”

El clúster el constitueixen 196 metges, 28 % del total d'individus, i és el segon més nombrós després del clúster 1. Com a característica més remarcable, els integrants d'aquest grup mostren una valoració molt elevada de tots els constructes, amb l'excepció del compromís de continuïtat amb l'hospital en la seva dimensió d'absència d'alternatives, la qual cosa implica una aproximació menys calculadora i un compromís de naturalesa més positiva.

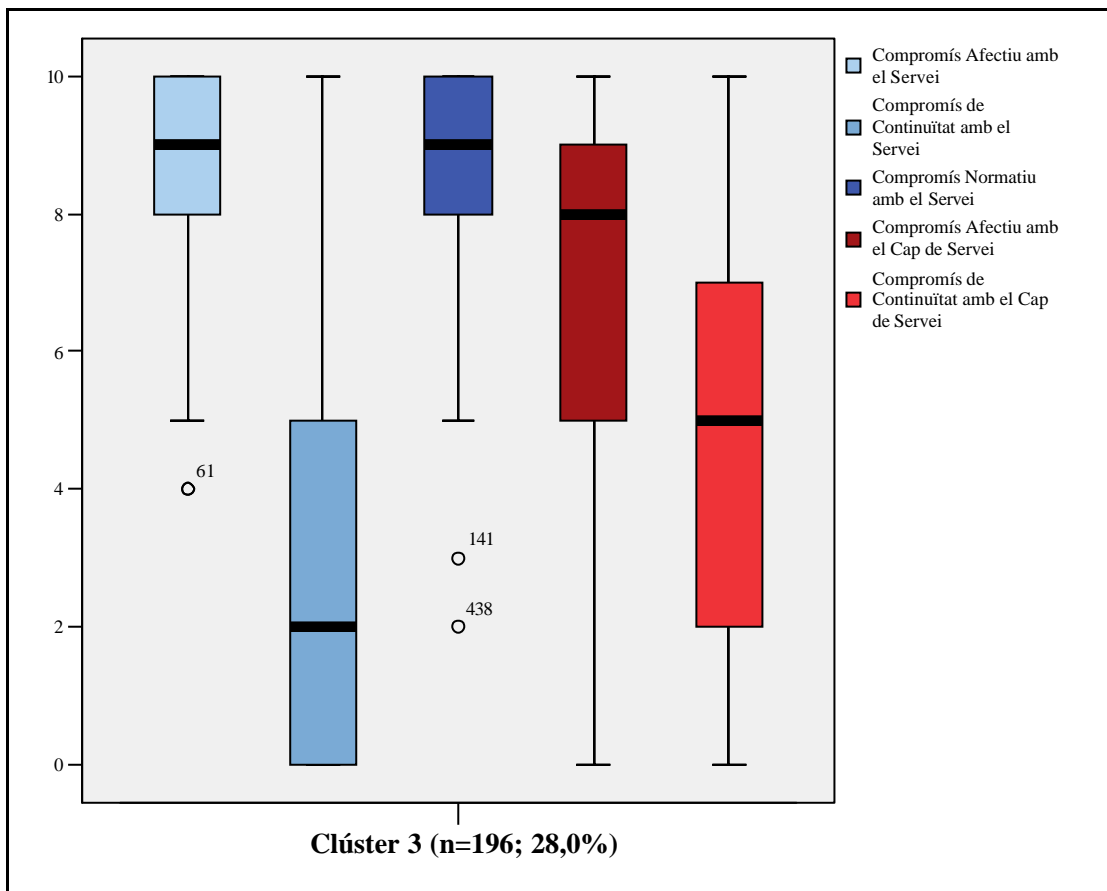
Senten un compromís afectiu molt intens amb l'hospital, mostren un compromís de continuïtat en la dimensió *sacrificis associats* també molt elevat i un compromís organitzatiu normatiu notable. El component afectiu del compromís amb la professió també és molt intens, així com el de continuïtat i el normatiu. És el clúster en què els constructes del compromís amb la professió es valoren simultàniament amb més intensitat (vegeu el gràfic 6-62).

Gràfic 6-62: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 3



De la mateixa manera, els focus del compromís organitzatiu són els més intensament valorats de tots els clústers. El compromís afectiu i normatiu amb el servei són extremadament intensos, mentre el compromís de continuïtat amb el servei és molt baix i molt dispers. El compromís afectiu amb el cap de servei és també molt intens encara que mostra una gran dispersió en les respostes, igual que el compromís de continuïtat amb el cap de servei. En qualsevol cas, és el clúster que manifesta el compromís afectiu i de continuïtat amb el cap de servei més intens, encara que també és en el que hi ha la concentració de caps de servei més gran (vegeu el gràfic 6-63).

Gràfic 6-63: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 3



L'edat mitjana és de 47,9 anys, que és la més elevada de tots els clústers, una dècima superior a la del clúster 1. En aquest sentit, és destacable que mentre al conjunt de la mostra els més grans de 51 anys són el 32,8 % dels individus, en el clúster aquesta proporció és del 43,6 %. I per contra, mentre que els grup de metges amb edat entre els 34 i els 51 anys constitueixen el 60 % de la població enquestada, en aquest cas suposen el 48,9 % dels integrants del clúster.

La mitjana d'anys d'exercici professional de la medicina és de 21,9 anys, idèntica a la del clúster 1. Destaca el grup de facultatius amb més de 25 anys d'exercici professional

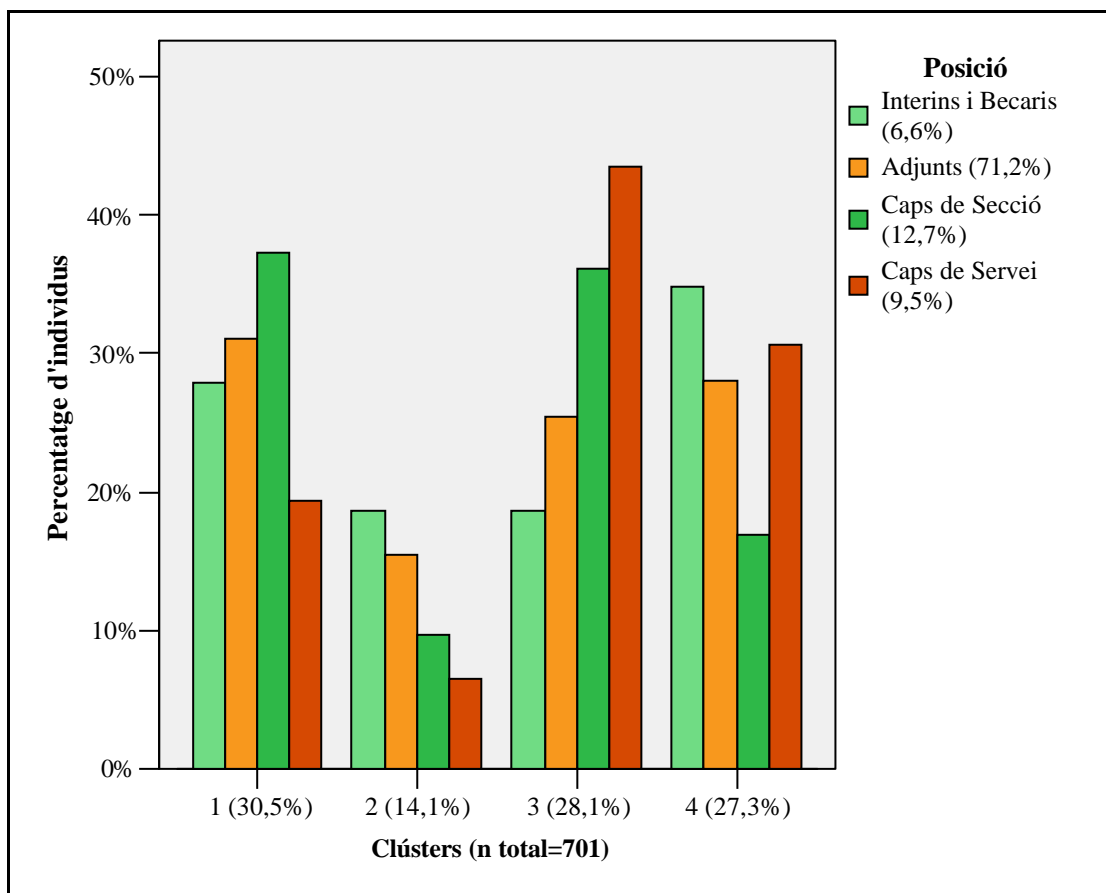
que, mentre que al conjunt de la mostra suposen el 31,4 % de la població, en el clúster es concentren en un 40,1 %. Per contra, els metges amb menys de 15 anys d'exercici professional, que són el 33,3 % del conjunt de la població enquestada, en el clúster resten molt per sota d'aquesta proporció, en el 26,7 %.

L'antiguitat mitjana és de 17 anys treballant en el mateix hospital, dues dècimes inferior a la del clúster 1. El 29,2 % dels integrants del clúster tenen una antiguitat superior als 25 anys, superior al 23,8 % que suposa aquest grup en el total de la mostra. En canvi, els metges amb una antiguitat entre 9 i 25 anys, que arriben al 47,7 % del conjunt de la mostra, en el clúster es presenten en una proporció inferior, el 43,8 %.

La presència d'homes també resulta més nombrosa (73,8 %) que en la població de la mostra (62,9 %).

Respecte a la posició que ocupen els metges, destaca en el clúster que els caps de servei (14,8 %) i els caps de secció (16,4 %) hi són presents en una proporció molt superior a la que tenen en el conjunt de la mostra (9,5 % i 12,7 %), mentre que la proporció d'adjunts (64,5 %) i d'interins i becaris (4,4 %) és inferior a la del total de la població enquestada (vegeu el gràfic 6-64).

Gràfic 6-64: Distribució dels individus en els clústers en funció de la posició que ocupen

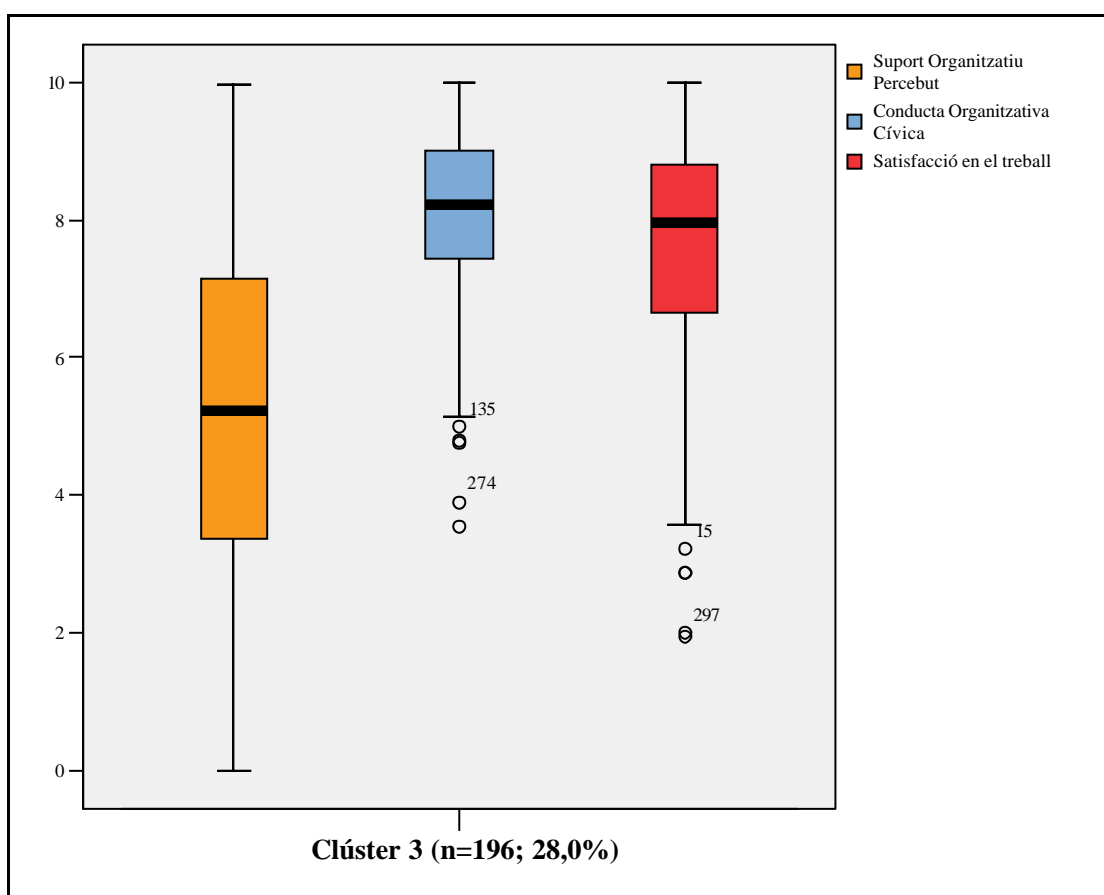


La presència de metges en el clúster que treballen en hospitals d'alta tecnologia (62,8 %) és superior a la proporció que presenta el total de la mostra (56,4 %), de la mateixa manera que la presència de metges que treballen en hospitals generals bàsics (9,7 %) també és superior a la de la mostra (7,3 %), però els facultatius dels hospitals de referència (27,6 %) tenen una presència en el clúster en una proporció clarament inferior a la de la població enquestada (el 37,3 %).

És el clúster en què es concentra un major nombre de metges que compatibilitza la seva pràctica hospitalària amb activitat professional privada (60,2 %) en una proporció molt superior a la del total de la mostra, en la qual els facultatius que compatibilitzen les dues pràctiques professionals constitueixen un 48,7 %.

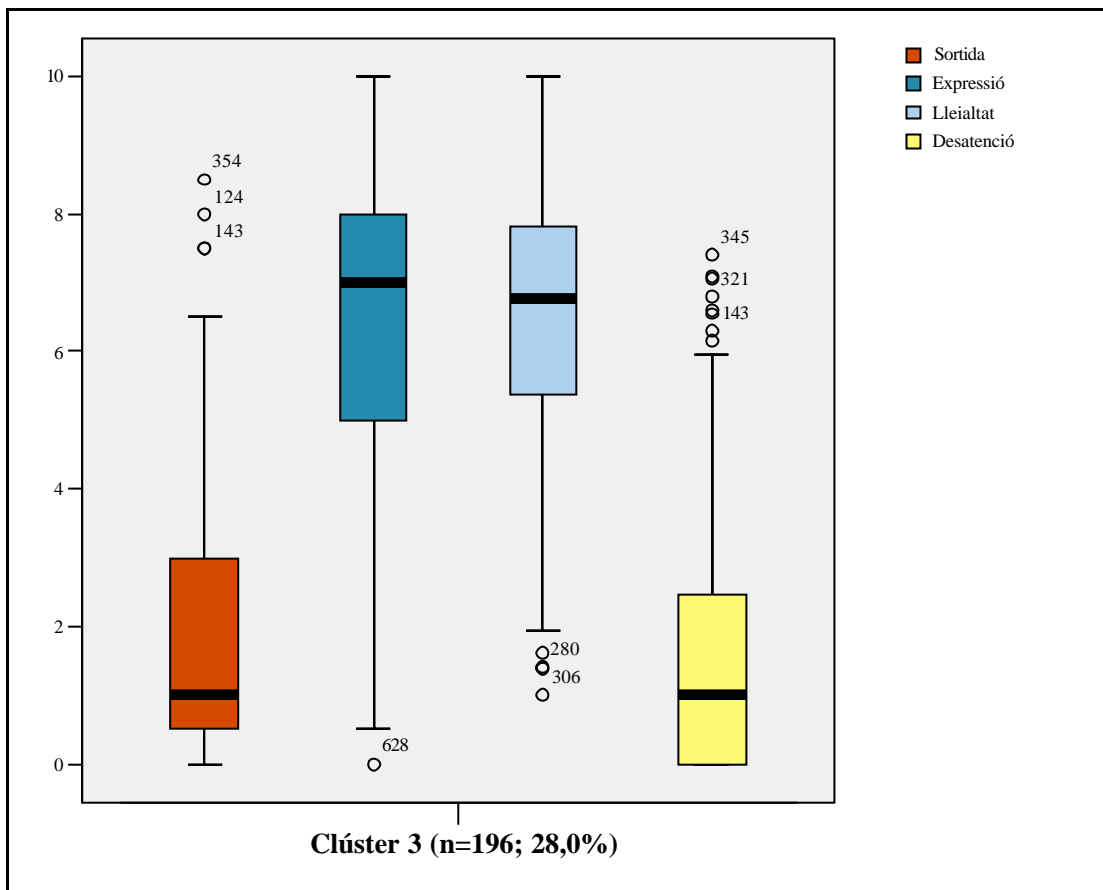
Els integrants del clúster fan una valoració "tèbia" del suport organitzatiu percebut, però tot i així és la més elevada de tots els clústers. De la mateixa manera, entre tots els clústers, també són els qui expressen una satisfacció amb el treball més intensa i els qui mostren una valoració més alta de la conducta cívica (vegeu el gràfic 6-65).

Gràfic 6-65: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 3



Amb relació al *model EVLN* destaca que és el clúster amb les respostes *expressió* i *lleialtat* més elevades i les respostes *sortida* i *desatenció* més baixes de tots els clústers (vegeu el gràfic 6-66). Predomina un model de resposta constructiu davant de situacions d'insatisfacció en el treball.

Gràfic 6-66: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 3



En síntesi, en el clúster es posa de manifest la compatibilitat entre els compromisos i els facultatius que l'integren expressen els nivells de compromís organitzatiu i professional més elevats de tots els clústers.

El vincle dels metges amb l'hospital és principalment voluntari i només en menor mesura s'explica perquè no tenen alternatives professionals a la seva actual ocupació. En el clúster predominen els qui compatibilitzen l'activitat a l'hospital amb l'exercici privat de la medicina, percebent que existeixen alternatives professionals a l'exercici hospitalari, a més de contribuir al reconeixement professional del facultatiu.

Es pot considerar el clúster dels triomfadors, contraposat al clúster 2 i en alguns aspectes a l'1. Són metges que han acomplert unes suposades expectatives professionals de reconeixement professional generalitzat, que es tradueixen en el seu progrés en la jerarquia mèdica hospitalària i en el fet de formar part del que es pot considerar l'elit de la professió.

“L’hospital és de molt nivell, de prestigi i amb professionals que són d’alta qualitat, i que això vol dir, en definitiva, que és un col·lectiu del qual jo em sento part integrant.”¹⁷⁵

És el clúster en el qual es concentra el nombre més important dels caps de servei de la mostra, en el qual es reconeix un cert suport de l’hospital i en el qual els metges estan més satisfets, potser perquè és en el que hi ha més facultatius que simultàniament evolucionen de manera reeixida i reconeguda a l’àmbit hospitalari i al privat. Els caracteritzo com a “trionfadors compromesos”.

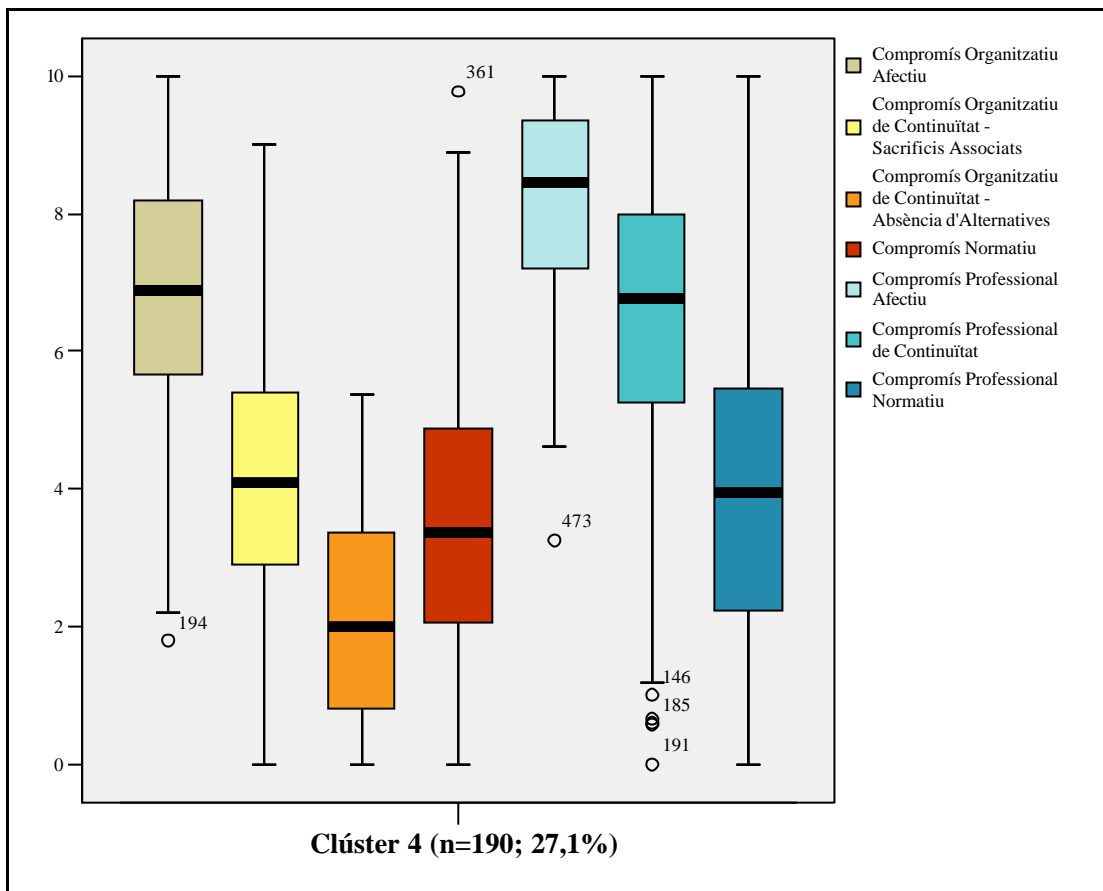
6.4.5. Clúster 4: “Joves amb qualitats”

El clúster l’integren 190 metges, el 27,1 % del total d’individus. Destaca el seu compromís afectiu amb l’hospital bastant elevat (la mediana és de 7), i sobretot el seu baix compromís de continuïtat tant en la dimensió de sacrificis associats (el 50 % de les respostes són inferiors a 4), com en la dimensió d’absència d’alternatives (la mediana és de 2 i la dispersió de 0 a 5), que és el més baix de tots els clústers (vegeu el gràfic 6-67).

El compromís afectiu amb la professió és molt elevat, quasi tant com en el clúster 3, però la valoració del compromís de continuïtat amb la professió és la més baixa de tots els clústers i el compromís normatiu amb la professió també es valora de manera molt feble però amb una dispersió molt gran.

El clúster es caracteritza per la importància que concedeix als lligams afectius, tant del compromís organitzatiu com del professional. Els sacrificis efectuats per ocupar una posició a l’hospital i per ser un metge competent no pesen prou per establir un vincle instrumental amb l’organització i la professió. De la mateixa manera, el feble sentit d’obligació moral envers l’hospital i la professió es poden explicar perquè els metges del clúster no valoren la contribució de l’hospital en el progrés de la seva carrera professional, circumstància que pot explicar-se perquè és el clúster amb la concentració més important d’interins i becaris, els metges que es troben en una posició laboral no consolidada.

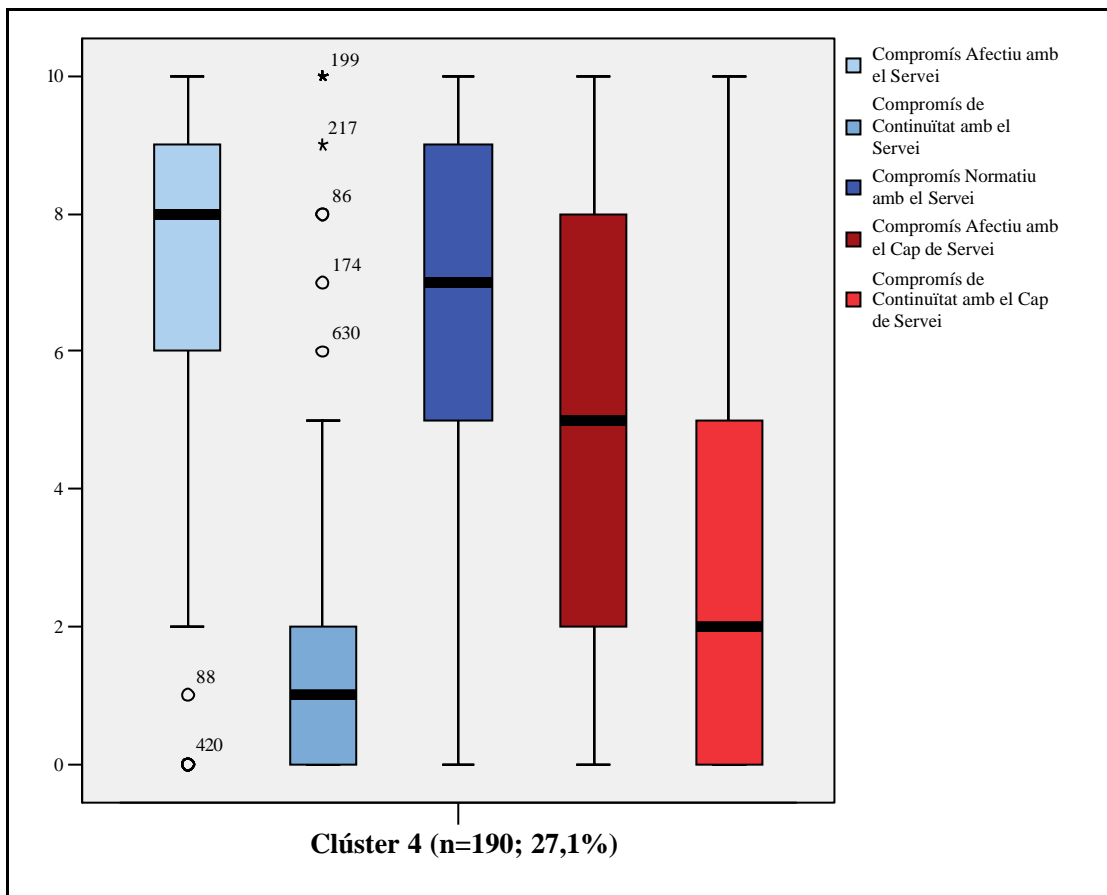
¹⁷⁵ Entrevista amb MX2.

Gràfic 6-67: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 4

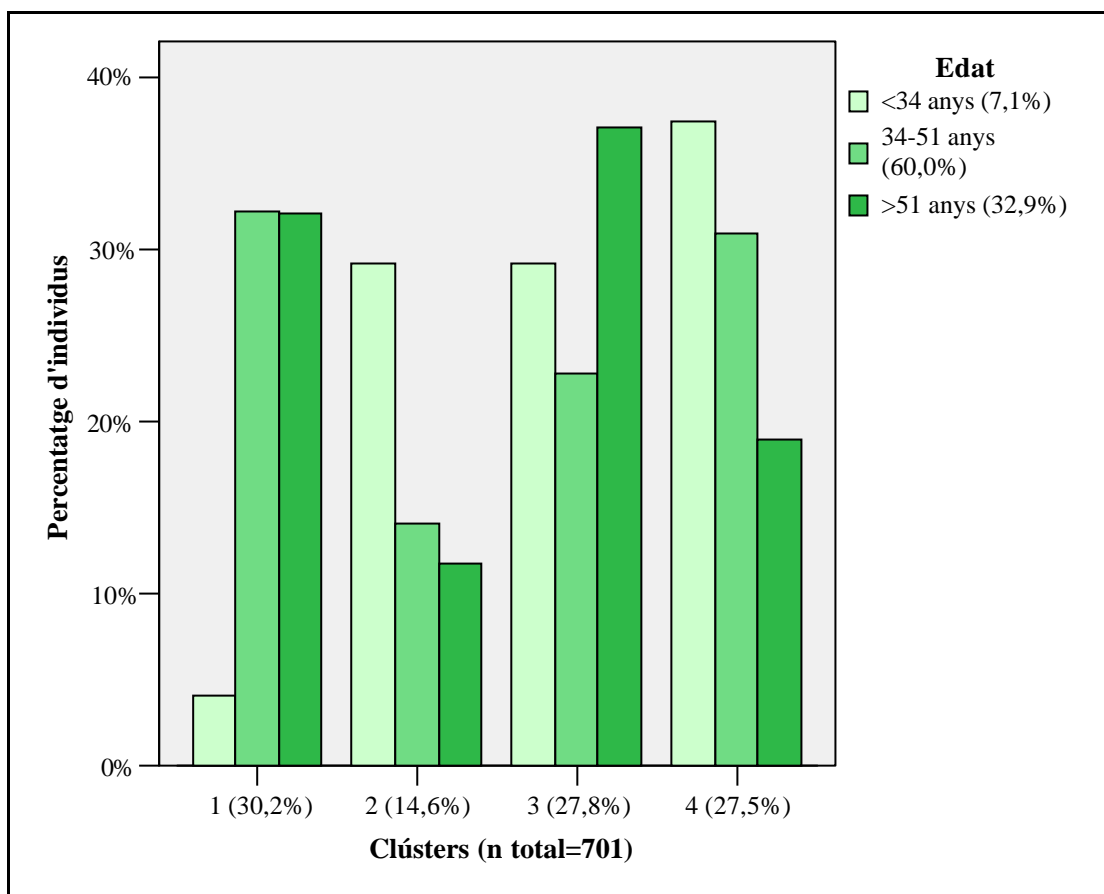
Amb relació al focus del seu compromís organitzatiu, el clúster mostra un intens compromís afectiu amb el servei, similar al clúster 1, però amb una dispersió de respostes més gran (vegeu el gràfic 6-68).

En canvi, és destacable el compromís de continuïtat amb el servei extremadament baix, el més baix de tots els clústers (la mediana és d'1 i el 75 % de les respostes és inferior a 2), mentre que el compromís normatiu amb el servei és elevat però dispers. És remarcable també la dispersió de respostes amb relació al compromís afectiu amb el cap de servei (la mediana és inferior a 5), mentre que el compromís de continuïtat amb el cap de servei és molt baix, amb un patró de resposta idèntic al que presenta el clúster 2, amb una mediana de 2 i un 75 % de les respostes inferiors a 5.

Gràfic 6-68: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 4



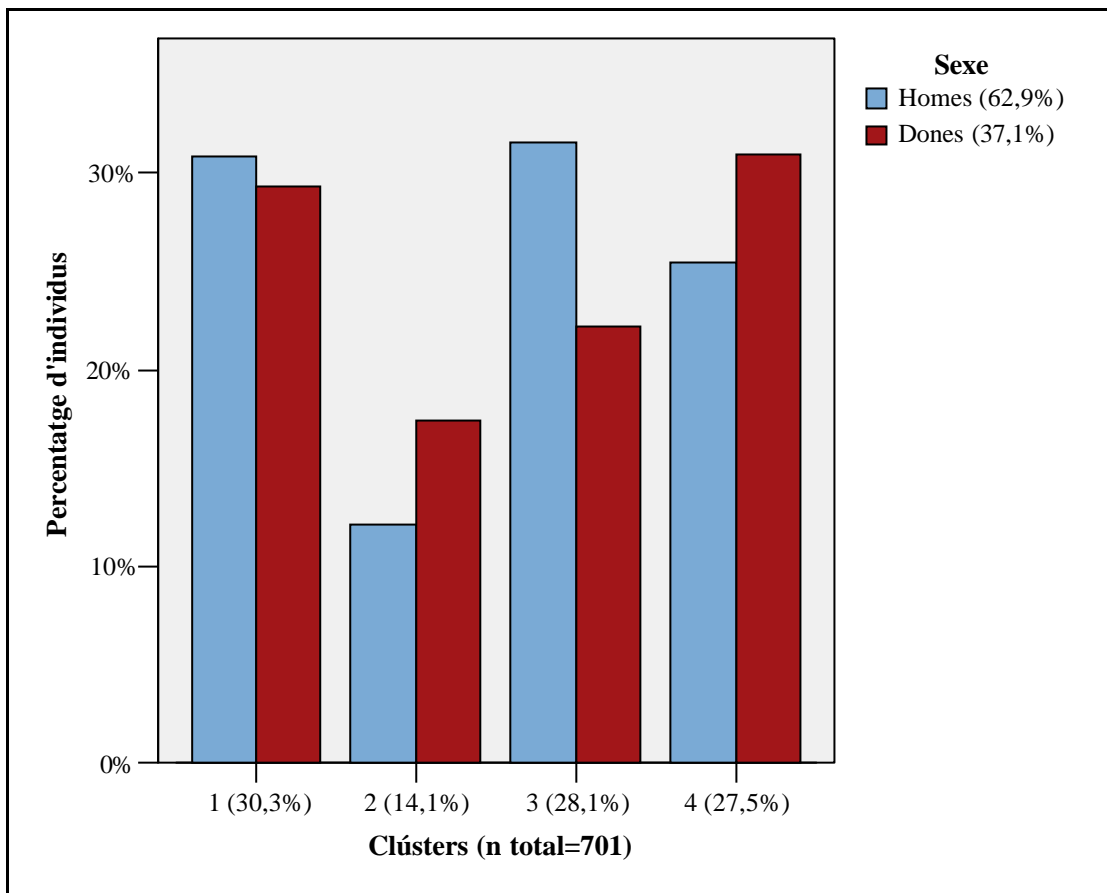
És el clúster amb els individus més joves, amb una edat mitjana de 43,9 anys, la més baixa de tots els clústers. La proporció de metges menors de 34 anys (9,7 %) és superior a la de la mostra (7,1 %). El 67,6 % dels metges entre 34 i 51 anys que es concentra en el clúster també és superior a la proporció en què es troben a la població de la mostra (60 %), mentre que els més grans de 51 anys tenen una presència en el clúster (22,7 %) molt inferior a la que tenen en el total de la mostra (vegeu el gràfic 6-69).

Gràfic 6-69: Distribució dels individus en els clústers en funció de l'edat

També és el clúster en el qual els metges tenen menys anys d'experiència professional, amb una mitjana de 17,9 anys d'exercici professional. El 46,5 % dels integrants del clúster fa menys de 15 anys que exerceixen la medicina, mentre que en el conjunt de la mostra són el 33,3 %. Per contra, els metges amb experiència professional entre 15 i 25 anys (31,4 %) i els que fa més de 25 anys que exerceixen la medicina (22,2 %) tenen una presència en el clúster inferior a la que presenten en el total de la mostra, un 35,4 % i un 31,4 % respectivament.

Per tant, també és el clúster en el qual els metges tenen una menor antiguitat, amb una mitjana de 12,9 anys treballant en el mateix hospital. La proporció de metges amb antiguitat inferior a 9 anys (39,8 %) és molt superior a la del total de la població enquestada (28,5 %), mentre que els facultatius amb una antiguitat entre 9 i 25 anys (43,1 %) i el grup amb antiguitat superior als 25 anys (17,1 %) tenen una presència inferior a la proporció que presenten en el conjunt de la mostra, un 47,7 % i un 23,8 % respectivament.

La proporció de dones en el clúster (43,8 %) és superior a la que presenten en el total de la mostra (37,1 %). Com que es tracta del clúster amb els metges més joves, es fa més evident la presència majoritària de dones, que en els darrers anys s'ha produït en la medicina (vegeu el gràfic 6-70).

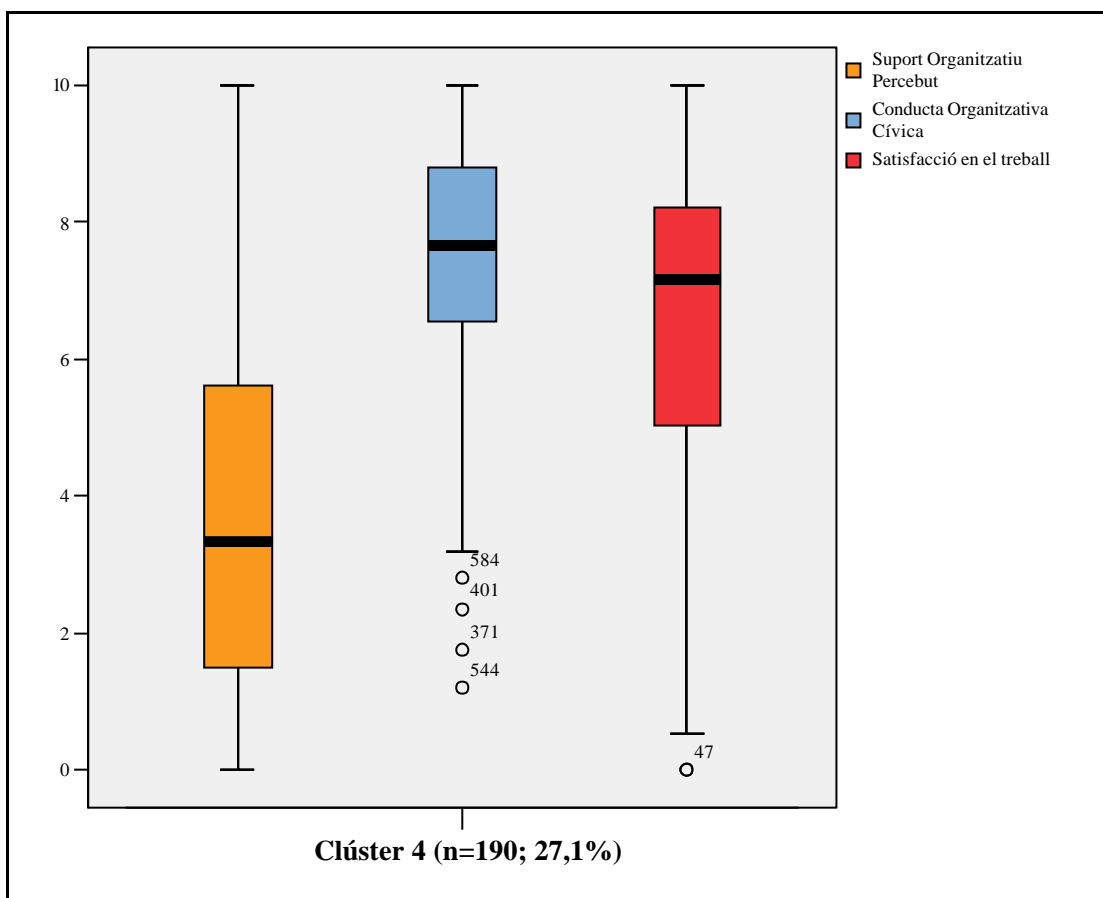
Gràfic 6-70: Distribució dels individus en els clústers en funció del sexe

Amb relació a la posició que ocupen els facultatius, destaca que els caps de secció tenen una presència en el clúster (7,9 %) en una proporció inferior a la que tenen a la mostra (12,7 %), mentre que la resta de posicions, interins i becaris (8,4 %), adjunts (73 %), caps de servei (10,7 %) es concentren en el clúster en una proporció lleugerament superior a la que presenten en el total de la mostra.

Els integrants del clúster es reparteixen entre els diferents nivells d'hospital en unes proporcions similars a com ho fan en la mostra i un 53,5 % dels metges del clúster compatibilitza la seva pràctica hospitalària amb activitat professional privada, en una proporció superior a la del total de la mostra (49 %). García-Prado i González (2006) fan referència que la pluriocupació és també molt freqüent entre els metges residents i encara més entre els residents homes.

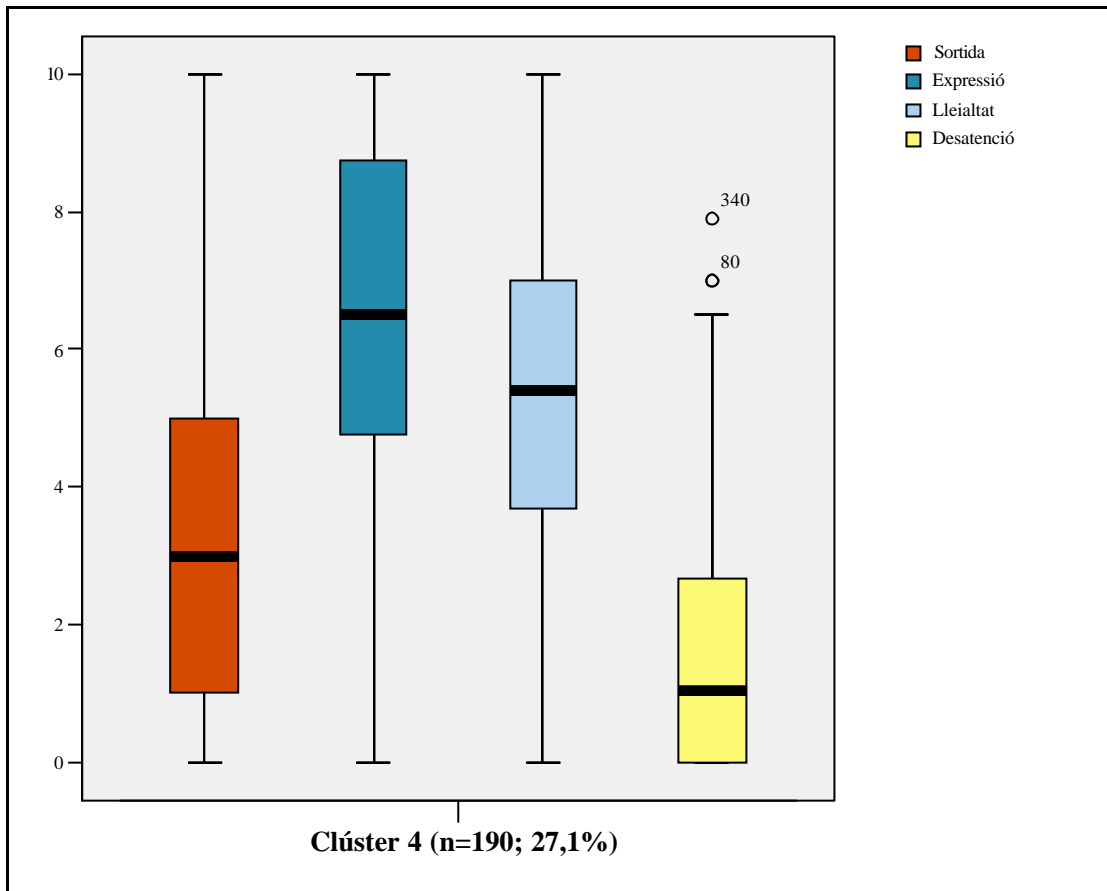
Els integrants del clúster fan una valoració molt baixa del suport organitzatiu percebut (la mediana és superior a 3, però amb una gran dispersió de respostes), que malgrat tot és la segona valoració més elevada després del clúster 3. La satisfacció en el treball que expressen és elevada, també per darrere dels metges del clúster 3. De la mateixa manera, consideren també que tenen una conducta organitzativa cívica intensa, però amb una dispersió de respostes superior a les dels clústers 3 i 1 (vegeu el gràfic 6-71).

Gràfic 6-71: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 4



Amb relació al *model EVLN*, el més destacable és la baixa valoració de les respostes *sortida* i *desatenció*, la qual cosa configura una tipologia de resposta predominantment constructiva per la valoració més intensa de les respostes *lleialtat* i *expressió* (vegeu el gràfic 6-72).

És interessant assenyalar que la resposta *expressió* rep una valoració molt similar en tres clústers, amb una mediana de 5, i una mica més elevada en el clúster 3, amb una mediana de 7. És la resposta que és valorada de manera més elevada en tots els clústers. Aquesta circumstància pot propiciar que en situacions de crisi la majoria dels facultatius optin principalment per aquesta resposta i els diversos clústers s'aglutinin al voltant d'*expressió*, que en aquest cas seria fonamentalment una resposta de caràcter reivindicatiu.

Gràfic 6-72: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 4

En resum, hi ha una compatibilitat dels compromisos per bé que, principalment, aquests són de component afectiu. Aquesta és una característica important del clúster: són metges que fan el que els agrada en un lloc que els agrada i ho volen seguir fent. No hi ha càlcul, no hi ha obligació, són joves, molts d'ells en una situació laboral de poca estabilitat o amb una certa precarietat, situació que els pot induir a compatibilitzar diverses ocupacions i que pot explicar en bona mesura la baixa valoració que fan de la contribució de l'hospital a la seva carrera. Els caracteritzo com a "joves amb qualitats".

Es pot interpretar que el clúster integra individus que prioritzen l'oportunitat de desenvolupar una activitat professional que els interessa en un lloc que els interessa i al qual es senten vinculats, possiblement en el qual s'han format com a especialistes.

“Jo diria que he tingut facilitats per desenvolupar aquesta tasca, sobretot en el camp que més m'interessava, i diguem que l'hospital m'ha posat poques traves.”¹⁷⁶

¹⁷⁶ Entrevista amb MA1.

Contribueix a aquesta interpretació l'intens compromís afectiu amb el servei que manifesten, mentre que el seu vincle de continuïtat es escàs, probablement perquè entenen que tenen poques possibilitats de consolidar la seva posició en el servei i acabaran desenvolupant la seva activitat professional en un altre servei. Destaca també la baixa vinculació que manifesten amb el cap de servei, influïda probablement perquè el cap de servei no ha contribuït a consolidar la situació laboral d'aquests facultatius o senzillament perquè es qüestiona el seu rol com a mentor o com a representant jeràrquic de l'hospital al capdavant del servei. Amb els anys i en funció del desenvolupament de la seva carrera i del grau d'acompliment de les seves expectatives professionals, aniran evolucionant i és previsible que passin a formar part d'algun dels altres tres clústers descrits.

6.4.6. Resum de l'anàlisi i resultats de la compatibilitat entre compromisos

En aquest apartat he donat resposta a la pregunta sobre la possible compatibilitat del compromís organitzatiu i professional dels metges hospitalaris, elaborant quatre clústers, cadascun dels quals respon de manera homogènia a les variables analitzades. Des d'una perspectiva global es pot concloure que els facultatius enquestats concilien el seu compromís organitzatiu i professional i només en un dels clústers s'expressa una incompatibilitat manifesta entre les dues lleialtats.

En concret, els facultatius integrants del clúster 1, els "lleials amb condicions", mostren un intens compromís amb l'organització i amb la professió. Es tracta de facultatius veterans i amb l'antiguitat mitjana més elevada, amb una presència significativa de caps de secció, i que característicament només treballen a l'hospital, institució que majoritàriament és de nivell de referència. Consideren que el suport que reben de la seva organització és insuficient. Es tracta del clúster més nombrós i probablement el que condiciona més la percepció d'un observador, i en certa mesura es correspondria amb el perfil clàssic de lleialtat condicionada descrit per Scott (1966).

El clúster 2 és el més petit i els seus integrants són els que manifesten la incompatibilitat entre compromisos. Són els "idealistes ressentits". Es senten vinculats afectivament amb la professió, valoren els costos de deixar la professió i expressen una obligació envers la professió molt feble, però de l'hospital no en volen saber res, mostren un rebuig intens i si encara hi treballen és per manca d'alternatives. És un col·lectiu insatisfet i amb una dosi de frustració notable. El seu pes en el conjunt, sense ser residual, no és determinant, la qual cosa els porta a ocupar una posició d'*outsiders*.

El clúster 3 és el dels "triomfadors compromesos", que es manifesten compromesos tant globalment amb l'organització com localment amb el servei i, per descomptat, amb la professió. Són veterans, amb una proporció notable de caps de servei i de facultatius que compatibilitzen les dues pràctiques professionals. Són metges que han acomplert unes suposades expectatives i que han rebut un reconeixement professional generalitzat, que es tradueix en el seu progrés en la jerarquia mèdica hospitalària i en el fet de formar part del que es pot considerar l'elit de la professió. Són facultatius que reconeixen un cert suport de l'hospital i que es mostren receptius a les propostes de l'alta direcció del centre. Aquests "triomfadors compromesos" constitueixen un col·lectiu satisfet, amb

una vida professional que els omple, i és en el que es posa de manifest de manera més rotunda la compatibilitat entre els compromisos.

Finalment, el clúster 4, el dels “joves amb qualitats”, exhibeix també una compatibilitat de compromisos per bé que limitada als components afectius. Es tracta dels metges més joves de la mostra, amb la proporció més elevada de dones i d'interins i becaris, pels quals l'organització no ha contribuït de manera efectiva a consolidar la seva situació laboral, que es tradueix en una baixa valoració del suport organitzatiu que perceben. L'intens compromís afectiu que manifesten amb el servei té a veure probablement amb el fet que els ofereix la possibilitat de treballar en el que és l'àrea del seu interès professional. A mesura que progressin en la seva carrera professional cal esperar que evolucionin i passin a formar part d'algun dels altres tres clústers descrits.

En definitiva, els diferents clústers descrits permeten catalogar les diferents respostes dels facultatius amb relació a la seva doble lleialtat amb la professió i l'hospital i fonamentalment, elaborar formes de relació i de gestió diferents per a cada col·lectiu.

7. Conclusions, implicacions, limitacions

“... i l’esperança en els homes i en els dies.”

JOAQUIM HORTA (1960): *Home amb esperança*

Vaig començar aquesta recerca plantejant-me una primera pregunta: quin és el grau de compromís dels metges amb l’hospital en el qual treballen? Addicionalment, em vaig preguntar si els metges es senten compromesos amb el servei i amb el cap del servei, *a priori* dos dels focus més rellevants pels facultatius. La tercera qüestió que em vaig formular va ser si els metges es senten compromesos amb la seva professió. I finalment, em vaig plantejar una darrera pregunta, que va anar adquirint rellevància a mesura que avançava en la meva recerca, i que fa referència a si són compatibles el compromís organitzatiu i el professional.

Per donar resposta a aquestes qüestions he fet una revisió de la literatura científica sota una triple perspectiva: el compromís amb l’organització, el compromís amb la professió i el conflicte organització-professional. He validat el qüestionari del model de Meyer, Allen i Smith, que ha servit de base per a una enquesta que he fet arribar als metges de nou hospitals, he mantingut converses semiestructurades amb diversos facultatius i en el capítol anterior he ofert una interpretació dels resultats obtinguts i els he comparat amb els d’altres autors.

7.1. Conclusions

En aquest apartat exposo les conclusions de la meva recerca com a respostes a les preguntes que m’he plantejat en el capítol en el qual tracto els objectius de la tesi.

Primera conclusió. Amb relació al primer objectiu de la recerca, que es pregunta sobre el grau de compromís dels metges amb l’hospital, es pot dir:

1. Des d’una perspectiva global, els metges es senten compromesos amb l’hospital i el seu compromís s’intensifica a mesura que es fan més grans, fa més anys que exerceixen la professió, acumulen més anys treballant en el mateix hospital i ocupen posicions en la jerarquia mèdica. Dit d’una altra manera, el compromís organitzatiu dels metges amb l’hospital es construeix, es desenvolupa i s’intensifica al llarg de la seva trajectòria professional i, en aquest sentit, els tres constructes integrants del model de compromís organitzatiu tenen una evolució similar.

El compromís organitzatiu dels metges depèn fonamentalment del component afectiu i de la percepció dels sacrificis associats del component de continuïtat. La contribució de la dimensió *percepció d'absència d'alternatives* del mateix component de continuïtat i la del component normatiu són més febles i la seva contribució és menor.

En conseqüència, el compromís organitzatiu dels metges s'explica principalment pel seu vincle emocional amb l'hospital i per la percepció dels costos, inversions i sacrificis en què han incorregut al llarg de la seva carrera. Per contra, el compromís organitzatiu dels metges no és pot justificar per l'absència d'alternatives professionals i encara menys per un sentiment d'obligació moral envers l'hospital, potser perquè consideren que han donat més al seu centre del que n'han rebut a canvi.

2. El component afectiu del compromís organitzatiu és el més intens i el que més s'incrementa en el decurs del temps. Cal esperar que els metges, a mesura que progressin en la seva trajectòria professional, incrementin el seu compromís afectiu amb l'hospital.

El compromís afectiu es més intens en els caps de secció que en els caps de servei, a causa probablement d'un procés d'intensificació del compromís, pel qual l'individu persisteix en una conducta determinada malgrat disposar d'informació que la desaconsella. Els caps de secció de la mostra no arribaran a ser caps de servei en el seu hospital, perquè aquesta posició l'ocupen individus de la seva generació, d'edat i trajectòria professional similar i que amb freqüència creixent provenen d'altres hospitals. Malgrat que els caps de secció poden interpretar que l'hospital els ha rebutjat com a possibles candidats en favor d'un facultatiu extern, la seva resposta és de reforçar el lligam emocional amb l'hospital, *intensificant* el seu compromís afectiu.

En la mesura que els metges perceben que l'hospital els dona suport, el seu compromís afectiu amb la institució també s'incrementa. Però el suport organitzatiu percebut, la "percepció general respecte al grau amb què les organitzacions valoren la seva contribució i atenen al seu benestar" (Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990: 51), considerat com un inductor molt potent del compromís organitzatiu afectiu, és valorat de manera molt feble pels metges que participen a la recerca, mentre que s'incrementa de manera destacable a mesura que els facultatius promocionen en la jerarquia mèdica.

Així mateix, els metges amb un compromís afectiu més intens desenvolupen una conducta organitzativa cívica, es senten més satisfets en el treball i en situacions de crisi o de conflicte, ofereixen a l'hospital una resposta de lleialtat i molt rarament opten per marxar i deixar la institució.

3. El compromís organitzatiu de continuïtat no és tan intens com el compromís afectiu, però també s'incrementa al llarg de la trajectòria professional del metge. La percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització és la dimensió que contribueix al compromís de continuïtat amb més intensitat. Per tant, el vincle de

permanència dels metges a l'hospital depèn més de la valoració que fan dels costos en què incorrerien si deixessin el centre, que de la manca d'oportunitats laborals.

Meyer i Allen (1997) assenyalen que “els empleats que consideren que deixar l'organització s'associa amb uns costos elevats no és gaire probable que la deixin. Però, al mateix temps, és menys probable que facin contribucions positives a l'organització” (1997: 38). En el cas dels metges, la valoració del seu compromís de continuïtat té unes connotacions menys negatives que les suggerides per Meyer i Allen, principalment perquè una intensa percepció dels sacrificis associats a deixar l'organització no s'ha d'interpretar tant com una valoració en negatiu de les inversions que es podrien perdre, sinó més aviat com una valoració positiva de la dificultat que ha suposat consolidar una posició estable a l'hospital, dels esforços, sacrificis i dedicació que ha requerit. Aquesta valoració és particularment intensa entre els facultatius dels hospitals d'alta tecnologia i aquesta consciència de l'esforç realitzat no ha d'anar necessàriament lligada a una menor contribució positiva a l'organització. D'altra banda, també pot explicar el sentiment dels metges que l'hospital no ha satisfet les seves expectatives.

En contrapartida, els metges perceben que tenen altres opcions professionals, que hi ha un cert mercat laboral i aquesta valoració és més evident entre els facultatius que compatibilitzen la seva activitat professional a l'hospital amb l'exercici privat de la medicina. Si els metges constaten que tenen altres opcions professionals es pot concloure que segueixen a l'hospital perquè volen, perquè aquesta opció és la que més els ha costat aconseguir, és la que més els agrada i professionalment és la que els resulta més gratificant i satisfactòria.

4. El component normatiu és el constructe menys intens del compromís organitzatiu encara que també evoluciona positivament al llarg de la trajectòria professional del metge. Les dones mostren un compromís normatiu inferior al dels homes. Els metges que compatibilitzen la feina a l'hospital amb l'exercici privat de la medicina presenten un compromís normatiu lleugerament més intens, potser perquè el treball a l'hospital amplia les seves alternatives professionals i aquesta circumstància genera un sentit d'obligació moral respecte a la institució relativament més intens.

Com més valoren el suport que reben de l'hospital més intens és el compromís normatiu dels metges, de la mateixa manera que com més intens és el seu lligam normatiu la resposta previsible en situacions de conflicte i crisi és la de *lleialtat*.

Concloent a la primera pregunta de la tesi, el compromís organitzatiu dels metges depèn fonamentalment del component afectiu i de la dimensió de percepció de sacrificis associats del compromís de continuïtat, mentre que la contribució de la dimensió *percepció d'absència d'alternatives* del mateix component de continuïtat i la del component normatiu són més febles. El compromís organitzatiu s'elabora i s'intensifica al llarg de la trajectòria professional del metge i, en aquest sentit, els tres constructes del model de compromís segueixen una evolució similar.

Segona conclusió. La segona qüestió de la recerca fa referència als focus del compromís, si els metges es senten compromesos amb el servei i amb el cap del servei, i les respostes obtingudes de la recerca són:

1. En primer lloc, és possible diferenciar el compromís dels metges amb diferents entitats, com és el cas del servei i del cap de servei, i la present recerca confirma la rellevància d'aquests dos focus per als metges enquestats.
2. El compromís afectiu amb el servei és particularment intens des de l'inici de l'activitat professional del facultatiu i, tot i així, encara s'incrementa en els grups de metges de més edat i més veterans. Per contra, el compromís afectiu amb el cap de servei és més feble i al llarg de la carrera professional del metge decau.

Les dones mostren un menor compromís afectiu amb el cap de servei i, per contra, els metges que compatibilitzen l'exercici de la medicina a l'hospital amb l'exercici privat mostren un vincle emocional més intens amb el seu superior.

La feblesa relativa del vincle afectiu amb el cap de servei s'explica per les limitacions que li observen els metges en l'exercici del seu càrrec: l'escassa influència en l'alta direcció, la desconfiança que genera si és considerat com a "representant" dels facultatius, l'exercici poc reeixit en el rol de mentor o la possible manca de congruència entre els seus valors i els dels mateixos facultatius.

3. El compromís de continuïtat amb el servei és molt feble i els metges mantenen aquesta valoració al llarg de la trajectòria professional. Els caps de secció són els qui tenen un compromís de continuïtat amb el servei més elevat i els facultatius que compatibilitzen les dues activitats professionals són els qui el tenen més baix, perquè minimitzen la percepció dels costos de deixar l'hospital i de manera evident constaten l'existència d'alternatives professionals.

El compromís de continuïtat amb el cap de servei també és molt feble però és més intens entre els metges que tenen més anys d'experiència professional i d'antiguitat a l'hospital. Els caps de secció són els qui tenen el compromís de continuïtat més baix amb el cap de servei i els metges que compatibilitzen les dues pràctiques professionals són els qui el tenen més elevat.

4. El compromís normatiu amb el servei és molt intens i s'intensifica en el decurs de la carrera professional del metge. És més intens en els homes, en els qui ocupen posicions en la jerarquia mèdica i en els metges que compatibilitzen el doble exercici professional.

Concloent a la segona pregunta, es confirma la importància del servei i del cap de servei com a focus del compromís dels metges. Els components afectiu i normatiu del compromís amb el servei són molt intensos i s'incrementen en el temps, mentre que el component de continuïtat és molt feble i amb els anys no s'incrementa. Per contra, el

component afectiu amb el cap de servei és més feble i decau al llarg de la carrera professional del metge. El compromís de continuïtat amb el cap de servei també és feble, però en canvi s'intensifica entre els metges més veterans.

Tercera conclusió. La tercera qüestió és relativa a si els metges es senten compromesos amb la seva professió. Les respostes obtingudes a la recerca són:

1. Els metges es senten intensament compromesos amb la seva professió des que inicien el seu exercici professional i mantenen la intensitat del vincle al llarg de la seva carrera professional.
2. El compromís afectiu és el component més intens del vincle amb la professió i ho és més en els homes, en els caps de servei, en els metges dels hospitals d'alta tecnologia i en els que compatibilitzen les dues pràctiques professionals.
3. El compromís de continuïtat és quasi tan intens com el compromís afectiu, però, a diferència d'aquest, va augmentant amb l'edat i amb els anys d'antiguitat a l'hospital. És més intens en els homes, en els caps de servei i en els de secció, en els metges dels hospitals generals bàsics i entre els qui desenvolupen l'exercici privat de la medicina a més de la pràctica hospitalària.
4. El compromís normatiu és el component més feble del compromís amb la professió, encara que s'incrementa al llarg de la trajectòria professional del metge. Aquest sentit d'obligació envers la professió és lleugerament més intens en els homes, en els caps de secció i de servei, en els facultatius que compatibilitzen les dues activitats professionals i que treballen a hospitals generals bàsics o d'alta tecnologia.

Concloent a la tercera pregunta, els metges es senten intensament compromesos amb la seva professió des que s'inicien en el seu exercici i mantenen la intensitat del vincle al llarg de la seva carrera professional. El compromís amb la professió s'explica per la intensitat del component afectiu i del de continuïtat mentre que la contribució del component de continuïtat és molt més feble.

Quarta conclusió. Finalment, la quarta qüestió vol esbrinar si són compatibles el compromís organitzatiu i el professional. Les respostes que he obtingut de la recerca són:

1. Globalment es pot respondre que els metges compatibilitzen el seu compromís organitzatiu i professional. Però això no es dona de manera homogènia i en tres dels clústers obtinguts s'observen diferents patrons de compatibilitat entre el compromís

organitzatiu i el professional i només en el quart es manifesta una incompatibilitat entre les dues lleialtats.

2. La primera agrupació associa metges amb un intens compromís afectiu amb l'organització i amb la professió i un considerable compromís de continuïtat amb les dues entitats. Per contra, el compromís normatiu amb l'hospital i amb la professió són molt febles. Són els "lleials amb condicions". És el clúster més nombrós, integrat per metges veterans i amb l'antiguitat mitjana més elevada, que majoritàriament només treballen a l'hospital, que acostuma a ser de nivell de referència, i concentra un nombre rellevant de caps de secció.

Es tracta de metges que es troben en l'etapa central de la seva trajectòria professional a l'hospital, amb un intens compromís afectiu i normatiu amb el servei i un vincle afectiu moderat amb el cap de servei. Malgrat la percepció que el suport que reben de la seva organització és clarament insuficient, acostumen a respondre en situacions de crisi amb *expressió*, portant a terme una sèrie d'accions constructives per introduir canvis a l'hospital. Però hi ha la possibilitat que en situacions de crisi la resposta *expressió* s'exacerbi i el seu to sigui fonamentalment reivindicatiu.

Com que es tracta del clúster més nombrós, probablement pot condicionar la perspectiva d'un observador. És el que encaixa millor amb el perfil clàssic de "lleialtat condicionada" de Scott i per això els denomino "lleials amb condicions".

3. El clúster 2 és aquell en què es manifesta la incompatibilitat entre els compromisos. Són els "idealistes ressentits". És el clúster més reduït, els metges que l'integren mostren un intens vincle afectiu i de continuïtat i un feble sentit d'obligació amb la professió. Però no mostren cap lligam afectiu ni obligació moral amb l'hospital i si encara hi treballen és perquè no tenen alternatives professionals. És el clúster amb el compromís més feble amb el servei i el cap de servei, són els metges que valoren pitjor el suport que reben de l'organització i, de tots els clústers, els que expressen una menor satisfacció amb el seu treball. En situacions de crisi són els qui opten amb més intensitat per la resposta *sortida*; volen marxar de l'hospital però no ho fan perquè, aparentment, no troben alternatives professionals que els resultin satisfactòries.

És un col·lectiu integrat per metges als quals agrada ser-ho i que valoren l'esforç que han fet per ser-ho, però en els quals predomina la sensació de pèrdua de respecte i d'estatus social, que ser metge i el reconeixement social que obtenen els membres de la professió potser no és com s'havien imaginat. Els etiqueto com a "idealistes ressentits" perquè es senten insatisfets i potser frustrats, però són pocs i, malgrat que es puguin fer notar, la seva capacitat d'influència és baixa i ocupen a l'hospital una posició d'*outsiders*.

4. El clúster 3 és el dels metges més compromesos, són els "trionfadors compromesos". Es senten compromesos amb l'hospital, amb el servei, amb el cap de servei i amb la professió. Són veterans, amb una proporció notable de caps de servei i de facultatius que compatibilitzen les dues pràctiques professionals.

Són els qui valoren millor el suport que reben de l'hospital, els qui es mostren més satisfets amb el seu treball i els qui més valoren la seva conducta cívica. Les seves respostes en situacions de crisi són constructives: *expressió* i *lleialtat*, les més valorades de tots els clústers. Són receptius a les propostes de l'hospital, han obtingut un reconeixement professional generalitzat, que es tradueix en el seu progrés en la jerarquia mèdica hospitalària i a formar part del que es pot considerar l'elit de la professió.

Constitueixen el clúster que manifesta més clarament la compatibilitat entre els compromisos, contraposat al clúster 2 i, en alguns aspectes, a l'1; es pot considerar el clúster dels triomfadors, raó per la qual els etiqueto com a "triomfadors compromesos".

5. Finalment, el clúster 4 integra metges que mostren també una compatibilitat de compromisos però limitada als components afectius. Es tracta dels metges més joves de la mostra, amb la proporció més elevada de dones, d'interins i becariis, pels quals l'organització no ha contribuït de manera efectiva a consolidar la seva situació laboral, la qual cosa explica la baixa valoració del suport organitzatiu que perceben. L'intens compromís afectiu que manifesten amb el servei expressa el seu vincle amb la unitat que els permet treballar a l'àmbit del seu interès professional. Són els "joves amb qualitats", que amb els anys, en funció de la direcció en la qual impulsin la seva carrera, del reconeixement que obtinguin, del grau en què s'acompleixin les seves expectatives professionals, aniran evolucionant i s'integraran en algun dels altres tres clústers descrits.

Podem dir, doncs, que els metges compatibilitzen de manera majoritària el seu compromís amb la professió i amb l'hospital. Els quatre clústers descrits determinen els patrons de resposta diferents dels metges amb relació a la demanda de doble lleialtat amb la professió i amb l'hospital i només un dels clústers expressa una clara incompatibilitat entre els dos compromisos. Cada clúster constitueix una entitat que requereix un tipus de relació diferent i, en definitiva, cadascun exigeix ser gestionat de manera específica.

7.2. Implicacions per a la gestió

“Que la vida iba en serio
uno lo empieza a comprender más tarde
—como todos los jóvenes, yo vine
a llevarme la vida por delante.”

JAIME GIL DE BIEDMA (1968): *No volveré a ser joven*

De les conclusions exposades a l'apartat anterior es desprenen una sèrie d'implicacions per a la gestió de l'hospital i en concret per a la gestió del col·lectiu mèdic, que exposo a continuació:

- a) **Primera implicació.** Aquesta implicació té a veure amb la darrera conclusió de la recerca: els metges constitueixen un col·lectiu divers, que no és homogeni i, en conseqüència, cal identificar els diferents clústers i gestionar-los de manera diferenciada.

Entre el col·lectiu mèdic hi ha diferents concepcions de la professió i l'exercici de la medicina no té el mateix significat per a tots els professionals, de manera que els metges no constitueixen un col·lectiu homogeni i uniforme. Tal com es posa de manifest, els quatre clústers suposen que sota la denominació de metge s'integren maneres diferents d'entendre, de viure i d'exercir la professió. Per tant, qualsevol política de recursos humans dirigida específicament al col·lectiu mèdic, impulsada des del mateix hospital o des dels serveis centrals d'organitzacions sanitàries més extenses, demana una identificació prèvia dels diferents clústers professionals, a fi que les polítiques i les accions que es generin siguin específiques i diferenciades per a cada grup. La gestió d'un col·lectiu de metges i l'abordatge de potencials conflictes entre l'organització i els professionals requereixen que les accions que es portin a terme siguin adequades a les demandes i les necessitats de cada clúster.

Les ressonàncies amb altres aproximacions que s'han efectuat des de la conducta i el lideratge són evidents. Adquireix una nova perspectiva el model de gestió del canvi de Beckhard i Harris (1988), que dissenyen un sistema de planificació per aconseguir diferents intensitats en la implicació dels individus involucrats en un procés de transformació de l'organització. Aquests autors conclouen que “és necessari obtenir algun grau de compromís per part de cada membre o grup de la massa crítica, ja que, altrament, no es produirà el canvi; no obstant això, no és necessari que el nivell de compromís sigui el mateix per a tothom” (1988: 97).¹⁷⁷ En

¹⁷⁷ Beckhard i Harris (1988) descriuen quatre nivells de compromís dels individus implicats en un procés de canvi: “cap implicació”, “permetre que succeeixi”, “ajudar que succeeixi” o “fer que succeeixi”.

funció del canvi que es vulgui impulsar en un hospital, cal obtenir una contribució específica i diferent de cada clúster, “un mínim grau de compromís” (1988: 98).

De la mateixa manera, les conclusions de la meva recerca donen suport a la manera d’entendre el lideratge de Hersey, Blanchard i Johnson (1996), autors del conegut model de lideratge situacional, desenvolupat pels dos primers durant els anys seixanta, en el qual propugnen l’aplicació de diferents estils de direcció —*delegar*, *participar*, *vendre* i *dir*—¹⁷⁸ en funció del grau de maduresa dels subordinats. En línia amb aquests autors, l’estil de lideratge a aplicar per cada clúster s’hauria d’ajustar i seria diferent.

- b) **Segona implicació.** Aquesta implicació és redundant en si mateixa: el compromís dels metges és gestionable. És a dir, els alts directius dels hospitals poden aconseguir amb les seves decisions i actuacions que els metges es sentin més o menys compromesos amb l’organització. Les experiències favorables en el treball, com les recompenses organitzatives, la justícia procedimental, la imparcialitat en la distribució de recursos, el suport del superior i les recompenses i condicions del lloc de treball (Eisenberger, Huntington, Hutchinson, Sowa, 1986; Rhoades, Eisenberger, 2002),¹⁷⁹ contribueixen al suport organitzatiu percebut i aquest incrementa el compromís afectiu a partir de la norma de reciprocitat (Rhoades, Eisenberger, Armeli, 2001).

En la mesura que els facultatius constatin que l’hospital s’interessa i es preocupa per ells, que s’esforça a facilitar-los l’exercici de la seva professió, a millorar-los les condicions en què l’exerceixen, a oferir-los més oportunitats i a afavorir el seu progrés professional, la valoració del suport organitzatiu percebut pels metges s’incrementarà i, en conseqüència, també s’intensificarà el seu compromís organitzatiu, fonamentalment els components afectiu i normatiu. És evident, doncs, que la direcció de l’hospital ha de tenir capacitat d’execució, fonamentalment en qüestions operatives, perquè els metges sentin que l’hospital els dóna suport. Els

¹⁷⁸ El model de Hersey i Blanchard defineix els diferents estils directius percebuts pels subordinats en funció de la intensitat del comportament de suport o de relació i del comportament directiu o de tasca que són recomanables utilitzar en les situacions que s’han identificat. A partir d’aquestes premisses, els diferents estils es defineixen de la manera següent: *delegar* (*delegating*) suposa una baixa intensitat del comportament de suport i directiu. No són necessaris “els comportaments d’encoratjament i de suport perquè el grup té confiança, està compromès i motivat” (1996: 205). L’estil *participar* (*participating*) implica una intensitat elevada del comportament de suport i baixa del comportament directiu, a fi que es comparteixen les decisions i el directiu centri la seva activitat a facilitar i comunicar. L’estil *vendre* (*selling*) implica un intens comportament directiu i de suport i, finalment, el directiu dóna la possibilitat de dialogar i aclarir, “amb la finalitat que ‘compri’ el que el directiu vol” (1996: 202). L’estil *dir* (*telling*) suposa un comportament de suport baix i un comportament directiu intens, amb el qual el directiu defineix què s’ha de fer, com, quan i on. (Hersey, Blanchard, Johnson, 1996).

¹⁷⁹ Rhoades i Eisenberger (2002) descriuen com a recompenses i condicions del lloc de treball: el reconeixement, el salari, la promoció, la seguretat en l’ocupació, l’autonomia, l’existència de condicions de treball estressants (excessiva càrrega de treball, ambigüitat en la definició de les funcions del lloc de treball o conflictes per incompatibilitat de responsabilitats en el lloc de treball), formació, entesa com una “pràctica discrecional mitjançant la qual es comunica una inversió en l’empleat” (2002: 700), i la grandària de l’organització, ja que els individus en principi es senten menys valorats en organitzacions grans.

procediments i les cauteles administratives que regulen el funcionament dels hospitals més dependents del finançament públic limiten notòriament la capacitat dels gestors per resoldre els problemes quotidians de les institucions hospitalàries. Els retards en la resolució dels problemes operatius que afecten qüestions com la dotació de recursos per afrontar els increments en la pressió assistencial, la resolució efectiva de situacions laborals de temporalitat i precarietat, la reposició de materials i equips obsolets, la dificultat per discriminar, valorar i reconèixer les diferents contribucions dels professionals, per posar alguns exemples, acaben per enrarir l'ambient de treball i contribueixen que els metges percebin que el suport organitzatiu que reben és escàs, cosa que en últim terme afecta negativament al seu compromís amb l'hospital.

Per poder gestionar s'han de donar les condicions per fer-ho i hi ha diversos aspectes que determinen la capacitat de gestió dels hospitals, com el marc jurídic que els regula o la preeminència del finançament públic de la seva activitat. Tots els hospitals inclosos en la recerca són competents per definir el seu horitzó estratègic i així ho han fet, elaborant els respectius plans estratègics. Disposen d'equips directius formats i amb capacitat per impulsar i implantar les estratègies formulades, però paradoxalment es troben sotmesos a uns marcs reguladors progressivament més rígids, que afecten un nombre d'hospitals progressivament més ampli. Amb la finalitat de garantir el respecte a la legalitat, l'impuls de les polítiques governamentals i l'acompliment dels pressupostos, els controls i la presència de l'administració sanitària s'intensifiquen, no hi ha incentius per l'eficiència dels hospitals i, en conseqüència, es limita i dificulta la seva capacitat de gestió operativa, amb els efectes adversos que s'han comentat.

- c) **Tercera implicació.** Té a veure amb el servei. Formar part d'un servei suposa una fita en la carrera professional del metge, després de la llicenciatura i de l'especialització. Els serveis —mèdics, quirúrgics o centrals— constitueixen un sistema d'agrupació d'individus en funció dels coneixements i habilitats que comparteixen els facultatius que els integren (Mintzberg 1984) i tradicionalment els serveis hospitalaris s'han estructurat superposadament amb les especialitats existents. En conseqüència, l'elecció d'una especialitat concreta és un procés pel qual el metge determina l'àmbit de coneixement en què desenvoluparà la seva activitat, que anirà perfilant durant tota la seva vida professional i, addicionalment, determina la seva adscripció organitzativa primària. El procés d'elecció de l'especialitat a Espanya es realitza per un sistema reglat, la via MIR, en el qual per accedir a una plaça de formació en una especialitat concreta els metges efectuen una prova de coneixements, que es valora conjuntament amb el seu currículum acadèmic, a fi d'establir una classificació dels facultatius a partir de la qual s'escull l'especialitat i l'hospital on es realitzarà el procés de formació, la residència.

Es tracta, per tant, d'un procés que incorpora una considerable dosi de racionalitat, en el sentit que el metge candidat escull l'especialitat en funció de la seva afinitat amb una disciplina concreta i de les opcions que pot tenir a partir de la posició que ha obtingut en el rànquing final del procés de selecció. Quan finalitzi el procés de formació quatre o cinc anys més tard, no sense incertesa, s'incorporarà com a metge adjunt en un hospital, s'enquadrarà en un servei en el qual els integrants amb la mateixa especialitat comparteixen una base comuna de coneixements.

Aquest procés pot explicar per què el servei és el focus amb el qual els metges es senten més compromesos, fins i tot els facultatius del clúster 2, que són els metges menys compromesos de tota la mostra. És conegut que els individus poden construir vincles diferents amb les diferents parts de l'organització (Vandenberghe, Bentein, Stinglhamber, 2004) i que estableixen diferents lligams amb cadascun dels grups niats dels quals formen part, de manera diferent i separada amb la part *proximal* i *distal* de l'organització (Lawler, 1992). Els metges enquestats mostren un compromís amb el servei molt intens, notablement superior al seu compromís amb l'hospital, i com més elevat és el seu compromís amb el servei més intens és el seu vincle amb l'hospital. No sembla possible que un metge es pugui sentir compromès amb l'hospital sense haver desenvolupat un compromís previ amb el seu servei, amb la unitat organitzativa bàsica. És a dir, el compromís *distal*, amb l'hospital, sembla que requereix que els metges es sentin compromesos prèviament a nivell *proximal*, amb el servei en el qual estan enquadrats.

En conseqüència, les tendències actuals que en hospitals d'alta tecnologia promouen la creació de superestructures que agrupen diversos serveis sota una mateixa unitat organitzativa o les que recomanen prioritzar la visió transversal de l'hospital amb l'adscripció de facultatius al voltant de determinats processos assistencials, requereixen ser gestionades amb molta cura i defugint l'efecte moda. Les transformacions organitzatives de l'hospital han d'evitar el risc que els metges puguin afeblir el seu compromís *proximal*, amb les seves unitats primàries, que pugui impedir o dificultar un compromís més intens amb l'hospital.

- d) **Quarta implicació.** Aquesta implicació afecta els caps de servei. El compromís dels metges amb els caps de servei és molt feble i suposa un qüestionament d'aquesta figura, que en molts casos tampoc gaudeix de la plena confiança de l'alta direcció de l'hospital. Des d'una perspectiva professional, arribar a ocupar la posició de cap de servei s'ha considerat tradicionalment una culminació de la carrera professional com a metge, una mena de reconeixement formal a la seva trajectòria. Sota aquesta perspectiva, el cap de servei esdevé idealment una mena de paraigües per a la unitat, la qual preserva d'ingerències externes, i gràcies a la seva reputació professional obté de l'alta direcció de l'hospital els recursos necessaris per al seu servei. Aquesta funció de "facilitador" s'afegeix a la d'ocupar-se d'organitzar la tasca diària assistencial i d'establir les àrees de treball d'interès prioritari del servei. A més, els metges integrants del servei esperen del seu cap que sigui capaç d'exercir un rol de mentor (Colarelli, Bishop, 1990) per vetllar i contribuir al progrés de la seva carrera professional. Paral·lelament, diversos hospitals consideren de manera progressiva la posició de cap de servei com la d'un directiu més de l'hospital i els qui l'ocupen, a més de ser metges amb experiència i un coneixement incontestable en la respectiva especialitat, han de reunir altres capacitats, pròpies de la direcció d'equips de professionals. L'hospital espera del cap de servei que, com a directiu de la institució, es responsabilitzi de l'acompliment dels objectius assistencials, docents, de recerca i econòmics de la seva unitat.

No obstant això, atenent als resultats obtinguts, no sembla que els metges valorin excessivament aquesta funció del seu superior jeràrquic, ja sigui perquè aquest no la fa bé, perquè efectivament el consideren un representant formal de l'hospital davant

dels empleats, en un context on els directius no sempre són rebuts amb simpatia, o perquè no els ofereix les oportunitats de desenvolupament personal i professional que esperaven.

Els mateixos caps de servei s'enfronten a una mena de dicotomia: o prescindeixen del reconeixement institucional que comporta qualsevol promoció jeràrquica i prossegueixen treballant com un professional més o, si per contra opten per accedir a posicions directives, els pertoca ocupar-se de tasques administratives i de gestió, moltes de les quals no els interessin i per a les quals es senten poc preparats.

Aquesta situació en els hospitals és comuna a la que poden viure altres organitzacions de professionals amb els seus quadres de comandament. En totes el problema acostuma a ser molt semblant: aconseguir que els professionals que accedeixen a posicions en la jerarquia assumeixin de manera competent responsabilitats de gestió, facin seus els objectius de l'organització i dirigeixin els professionals al seu càrrec ajudant-los a desenvolupar-se en la seva carrera.

Aconseguir que els caps de servei siguin millors directius de manera que, tant la direcció de l'hospital com els metges, es sentin raonablement satisfets amb els ocupants d'aquestes posicions no és una tasca senzilla, però implica que la posició jeràrquica es desvinculi de la carrera professional, que els caps de servei puguin ser cessats o premiats, però també que aquests tinguin la capacitació necessària, hagin passat per una formació específica i acreditada, per assumir aquesta responsabilitat. Que els facultatius s'arribin a sentir intensament compromesos amb el cap de servei ha de comportar suposadament uns beneficis notables per a l'hospital.

“Els nostres resultats suggereixen que augmentant el compromís amb els valors i objectius del supervisor —via formació en lideratge, socialització, creació d'equips, per exemple— afectarà el rendiment de manera superior a com ho faria incrementant el compromís amb l'organització.”¹⁸⁰

- e) **Cinquena implicació.** Té a veure amb el fet de compatibilitzar l'exercici de la medicina a l'àmbit hospitalari i al privat, que acostuma a ser una pràctica freqüent en els països en els quals coexisteixen prestació pública i mercat sanitari privat (García-Prado, González, 2006). En la meua recerca, pràcticament la meitat dels metges que responen al qüestionari compatibilitzen les dues activitats professionals. És important subratllar que els facultatius amb aquest doble exercici es concentren als clústers en els quals s'evidencia una compatibilitat més gran entre els compromisos i una major satisfacció dels metges amb el seu treball.

Compatibilitzar les dues activitats professionals comporta, doncs, beneficis per als metges, en termes econòmics, de reconeixement professional i d'impacte sobre la seva reputació. Però per a l'hospital el doble exercici pot comportar possibles conseqüències no desitjades sobre les quals alerten alguns autors (García-Prado, González, 2006): l'absentisme i l'elusió de les tasques dels facultatius, el desviament de pacients a la pràctica privada, la selecció de pacients o fins i tot

¹⁸⁰ Cfr. Becker, Billings, Eveleth, Gilbert (1996: 477).

l'apropiació o l'ús indegut de recursos públics. Per contra, altres autors (Camps, López, Puyol, 2006) destaquen els aspectes positius que la pràctica dual implica si el mateix hospital la promou entre els seus facultatius, perquè aquests compatibilitzin el doble exercici en el mateix hospital en el qual ja treballen. Amb arguments econòmics, jurídics i ètics aquests autors justifiquen que els hospitals vinculats a l'esfera pública efectuïn prestacions assistencials privades. Aquesta pràctica s'explica per la necessitat dels hospitals de la xarxa pública d'obtenir més ingressos econòmics i, simultàniament, per revertir la doble pràctica dels metges en un mecanisme de recompensa i reconeixement que permeti disposar d'un cos mèdic més involucrat amb l'hospital, més compromès.

7.3. Limitacions derivades de la metodologia i recerca futura

“Com sempre la ironia del coneixement és la següent: quan volem entendre a fons un tema se’ns obren moltes incògnites noves.”

EDUARD BONET (2007): *Gabriel Ferrater. Un amic, un temps, un món.*

Aquesta tesi se situa en un espai intermedi entre dues tipologies de recerca ben conegudes, la postpositivista i el constructivisme social. La recerca postpositivista es centra en el *realisme crític*, que es fonamenta en el fet que les hipòtesis no falsades poden considerar-se fets o lleis, la qual cosa comporta un increment de “l’edifici del coneixement, generalitzacions i lligams causa-efecte” (Guba, Lincoln, 2005: 195). Per la seva part, la recerca basada en la construcció social pretén “entendre” mitjançant un procés de reconstrucció, de manera que utilitzant les experiències d’altres aporta un coneixement “més informat i reconstruccions sofisticades” (Guba, Lincoln, 2005: 195). En la recerca postpositivista, els criteris de qualitat, interns i externs, es centren en la validesa, fiabilitat i objectivitat de la recerca, mentre que en la de construcció social s’avalua principalment el seu caràcter fidedigne i la seva autenticitat (Guba, Lincoln, 2005).

7.3.1. Limitacions de la recerca derivades de la metodologia utilitzada

En abordar les limitacions de la recerca, em centro fonamentalment en les limitacions derivades de la metodologia utilitzada.

Així doncs, en plantejar la qualitat de la meva recerca sota una perspectiva quantitativa, que es correspon principalment amb el seu àmbit postpositivista, cal considerar inevitablement la validesa de les conclusions i de les inferències efectuades a partir de les evidències que s’han presentat. Tanmateix, la valoració suposa sempre un judici humà i, en conseqüència, és fal·lible. La validesa té diversos graus, raó per la qual les conclusions de la recerca s’han de considerar temptativa o aproximadament vàlides.

La validesa de les conclusions dels tests estadístics efectuats té a veure amb dos tipus d’inferències referents a si existeix relació entre variables i, en el cas que n’hi hagi, el grau de relació entre elles. Les amenaces a aquest tipus de conclusions estadístiques procedeixen de diverses fonts; d’una banda, de la poca sensibilitat dels tests utilitzats per detectar diferències genuïnes, cosa que es coneix com a baixa potència de les proves estadístiques, deguda principalment a la reduïda dimensió de la mostra, o a la baixa fiabilitat d’alguns indicadors. En aquest sentit, en la meva recerca, a causa de l’elevada ràtio de resposta dels metges enquestats ($n = 701$, un 40,3 % de respostes) i, com es discuteix més endavant en parlar de la validesa de constructe, de la utilització

d'indicadors múltiples per a la mesura de cada dimensió del compromís, pretenc assegurar una potència suficient en els tests efectuats.

Un altre tipus d'amenaques provenen de la violació més o menys greu dels supòsits subjacents a les proves estadístiques utilitzades, que pot portar a estimacions imprecises de la covariació, de les relacions. D'una banda, si les observacions en un mateix hospital fossin no independents, els errors estàndard dels estadístics estarien esbiaixats negativament, cosa que augmentaria el risc d'error tipus I¹⁸¹ i, en conseqüència, s'observarien excessius efectes significatius. Així mateix, en portar a terme múltiples tests de significació augmenta el risc d'error tipus I, raó per la qual en certa mesura m'he servit de la correcció de Bonferroni, és a dir, d'un nivell de significació molt menor per decidir el que és i el que no és significatiu. De la mateixa manera, si la presència d'anomalies conduís a distribucions no normals, podria portar a subestimar la magnitud de l'efecte d'una associació i, per tant, a no detectar un efecte que és genuí (error tipus II).¹⁸² Per tot això, he optat per utilitzar gràfics de caixa, que no assumeixen distribucions però que les mostren, amb l'objectiu de comparar tota la distribució qualitativament.¹⁸³

Fonamentalment, però, he pretès que l'estratègia seguida es guiés pel sentit comú i la plausibilitat i d'aquesta manera he aclarit com he interpretat la significació estadística, com he atorgat més rellevància al rebuig d'una hipòtesi que al seu no-rebuig i com he analitzat el signe i la magnitud de l'efecte de les relacions observades i no només la seva significació estadística. Per aquestes raons em refereixo a l'estimació de la magnitud dels efectes i a la significació pràctica, en el sentit de si es rellevant en la pràctica, i per això m'he servit d'una metodologia estadística de suport al coneixement que tinc, basada en gràfics, exploratoris, descriptius i mètodes estadístics robusts, en general no paramètrics.

La validesa relativa de les inferències dels constructes —el compromís amb l'organització i amb la professió— que es volen mesurar des de la concreta operacionalització¹⁸⁴ que el qüestionari representa; és el que es coneix com a validesa de constructe. En aquest cas, els instruments de mesura utilitzats han estat prèviament avaluats en la literatura, però requerien una validació específica ja que es tractava d'una traducció adaptada de l'instrument original, a més d'haver-lo completat amb altres indicadors, que el configuren com un instrument de mesura d'elaboració pròpia. Per tant, el compromís organitzatiu i professional són constructes multidimensionals en els quals s'utilitzen els indicadors de Meyer, Allen i Smith (1993) per a les dimensions proposades i s'especifiquen les relacions sistèmiques. De manera que quan s'especifica

¹⁸¹ L'error tipus I determina la situació en què es rebutja una hipòtesi quan és certa.

¹⁸² L'error tipus II fa referència a la situació en què no es rebutja una hipòtesi quan és falsa.

¹⁸³ He comprovat la variació intrahospital i el reduït valor d'aquesta m'ha permès descartar la utilització de models jeràrquics i també els tests no paramètrics, basats en un menor nombre de supòsits.

¹⁸⁴ Operacionalització significa, literalment, especificar les operacions exactes que s'efectuen per a mesurar una variable latent. En la present recerca, fa referència a les respostes als ítems del qüestionari associades a cadascuna de les dimensions que conceptualitzen el compromís, mitjançant el tipus de relacions reflectives especificades.

que els ítems constitueixen un conjunt d'indicadors reflectius dels compromisos afectius, normatius i de continuïtat, és justificat fer servir un model d'anàlisi factorial per avaluar les propietats psicomètriques del qüestionari (Bisbe, Batista-Foguet, Chenhall, 2007).

Per diagnosticar el grau de validesa de l'operacionalització que el qüestionari representa he avaluat tant la seva translació (*face and content validity*), per a la qual m'he basat en l'opinió d'experts i de metges, com la seva relació en funció del criteri (convergent, discriminant, predictiva i concurrent), que avalua pragmàticament en part el constructe quant a la seva utilitat per predir. Aquesta avaluació suposa, per tant, descartar ítems poc consistents en cada constructe del compromís, diferenciar els tres constructes entre si i mostrar la seva relació amb altres dimensions, amb les quals suposadament s'ha de relacionar. La capacitat de predicció dels compromisos en futures situacions lògicament no ha pogut mostrar-se en aquest estudi transversal. La fiabilitat de la mesura dels tres components del compromís s'ha cuidat amb el mencionat *pruning items* i utilitzant usualment múltiples indicadors per a cada dimensió.

D'altra banda, quan les preguntes del qüestionari s'efectuen en un sol moment i a partir del mateix mètode d'autoemplenament del qüestionari, sempre comporta un efecte addicional, el *common method variance* (Podsakoff, MacKenzie, Lee, Podsakoff, 2003), que posa en dubte la validesa estadística i interna del constructe. En essència, aquest efecte consisteix que les relacions observades estan "inflades" respecte a les genuïnes, a causa de la utilització d'un únic procediment de mesura, precisament per l'efecte de la recollida conjunta de causa i efecte, la qual cosa pot considerar-se una amenaça a la validesa relacionada amb el biaix a les respostes degut a l'aplicació d'un únic mètode de recollida de dades.

Addicionalment, el grau de *desitjabilitat* social de gran nombre de les preguntes ha pogut atenuar les relacions observades, a causa de la reactivitat dels subjectes davant la situació experimental (en aquest cas "expectatives de l'experimentador"), que inferien una menor relació de la que hi poguéss haver (fins i tot poden no haver-se observat relacions genuïnes). Per tant, pot conduir a no observar el grau de relació que versablement hi hauria d'haver, a causa de la infiabilitat dels indicadors.

Per reduir aquestes amenaces he estat molt escrupulós en el respecte a la confidencialitat i a l'anonimat de cada metge enquestat. Com ja he comentat en el capítol de metodologia, en explicar el procediment d'administració del qüestionari (vegeu la pàgina 89), es van enviar els qüestionaris a cada hospital participant, en funció del nombre de metges integrants del seu cos facultatiu. Cada hospital els va fer arribar a tots els metges juntament amb una carta personalitzada, signada per un membre de l'alta direcció de l'hospital (vegeu la carta proposada a l'annex 1, a la pàgina 251). Amb el qüestionari i la carta de la direcció s'adjuntava un sobre franquejat, perquè un cop contestat el qüestionari me'l retornessin directament. Entre vuit i dotze setmanes després de la primera tramesa es va fer un segon enviament del qüestionari dirigit també a tots els metges de cada hospital, amb el propòsit de protegir la confidencialitat dels facultatius que encara no l'havien contestat. En tots els casos les respostes eren anònimes i amb el sobre resposta franquejat que s'adjuntava me les dirigien directament a mi.

Finalment, un cop revisades aquestes tipologies de validesa, cal plantejar-se fins a quin punt les conclusions de la recerca quantitativa són generalitzables a altres contextos, hospitals o moments diferents dels que es reflecteixen a les dades, és a dir, el que es coneix com a validesa externa.

És clar que la mostra no és aleatòria respecte al conjunt dels hospitals de Catalunya que integren la xarxa hospitalària d'utilització pública. De fet, la mostra d'hospitals pot considerar-se el que en terminologia de Shadish, Cook i Campbell (2002) es coneix com a *mostra a propòsit d'instàncies heterogènies (purposive sampling of heterogeneous instances)*, és a dir, en els hospitals de la mostra he assegurat la diversitat de la variable *nivell d'hospital*, per la importància que li confereixo amb relació a l'objecte d'estudi. S'ha pres com a referència la catalogació del Servei Català de la Salut (2003), que classifica els hospitals en general bàsic, referència i alta tecnologia.

A més, els metges que han contestat el qüestionari tampoc no constitueixen una mostra aleatòria, com tampoc els contextos o els moments de recollida de dades han estat aleatòriament seleccionats, cosa que, d'altra banda, és habitual en estudis d'aquest tipus.

No obstant això, la discussió respecte a la rellevància pràctica de les conclusions serà vàlida en tant que ho sigui per al propòsit que em plantejo, la determinació de patrons de resposta diferents dels metges a les exigències de la doble lleialtat, i aquestes conclusions siguin generalitzables a altres hospitals.

La vessant quantitativa de la meua recerca ha ocupat, però, només una part del meu treball, que ha tingut també una marcada orientació qualitativa que l'acosta a les premisses del constructivisme social. Sota aquesta perspectiva i a diferència del plantejament postpositivista, l'objecte de la meua recerca, els metges, es converteix en subjecte actiu. L'aspiració d'aquest enfocament no és tant configurar una realitat, com entendre una situació social concreta a partir de la reconstrucció individual o col·lectiva. Són els metges els qui construeixen i expliquen la seva pròpia història.

La metodologia qualitativa permet aprofundir en la recerca utilitzant la combinació de diversos mètodes. El qüestionari es centra en una de les possibilitats metodològiques que ofereix la recerca; d'alguna manera pretén determinar si les dades utilitzades serveixen per explicar com els metges compatibilitzen el seu compromís amb l'hospital i amb la professió i, en últim terme, per inferir un model. L'enfocament qualitatiu permet aprofundir en el procés de recerca combinant diversos mètodes que s'afegeixen a l'enfocament quantitatiu del qüestionari.

En la meua recerca he utilitzat diversos mètodes qualitius, cosa que m'ha permès evitar les limitacions que presenta metodològicament la utilització d'un únic mètode de recerca qualitativa (McCracken, 1988), atès que no sempre s'obtenen totes les dades relacionades amb el tema d'estudi (Sauquet, 2000). He fet servir les entrevistes semiestructurades, denominades també converses amb un propòsit (Marshall i Rossman, 1989), com a instrument per obtenir informació vàlida, perquè permeten explorar les àrees que "requereixen una major comprensió" (Sauquet, 2000: 95). La guia dels temes a tractar en l'entrevista, que es poden abordar sense un ordre específic, permet entrevistar sistemàticament diverses persones, i confereix una gran flexibilitat a l'entrevistador. L'objectiu últim de l'entrevista semiestructurada, de la conversa amb un

propòsit, és identificar patrons de compatibilitat del compromís dels metges entrevistats, aclarir i aprofundir en alguns dels resultats obtinguts de l'anàlisi quantitativa.

Com a mètode addicional cal afegir el meu propi coneixement i experiència en el sector salut. Fa més de quinze anys que dirigeixo programes de formació en gestió sanitària a ESADE, i prèviament hi havia intervingut com a professor i col·laborador estret. Al llarg d'aquest anys he tingut una relació intensa i continuada amb els participants en aquests programes, metges de formació en la seva gran majoria, la qual cosa m'ha permès escoltar-los i conèixer de primera mà les seves experiències i expectatives. Mantinc també una relació permanent amb directius del sector sanitari i de manera habitual participo en activitats del sector, cosa que em facilita un coneixement directe de les preocupacions i els interessos d'aquests directius. Que jo mateix sigui llicenciat en medicina i cirurgia i que, encara que limitada, hagi tingut experiència professional com a metge, em permet conèixer els metges i els qui els dirigeixen.

D'aquesta manera, el rol que he desenvolupat com a investigador ha estat combinar diversos mètodes de recerca, apropant-me en bona mesura a la figura d'*amant del bricolatge (bricoleur)*, de *fabricant d'edredons (quilt maker)* o de *muntador cinematogràfic (montage)* (Denzin, Lincoln, 2000). Aquestes denominacions pretenen reflectir el rol de l'investigador qualitatiu, que dona "unitat emocional i psicològica a una experiència interpretativa" (Denzin, Lincoln, 2000: 5), a partir de diverses activitats —l'ús d'enquestes, l'entrevista a metges, la utilització dels propis coneixement i experiència professionals, en el cas de la meua recerca—, amb la finalitat d'oferir un conjunt "d'imatges interconnectades i representacions" (Denzin, Lincoln, 2000: 6) que contribueixin a una millor comprensió de la compatibilitat i incompatibilitat entre els compromisos dels facultatius.

La utilització de diverses metodologies permet la triangulació, que no es tracta "d'un instrument o d'una estratègia de validació, però sí d'una alternativa de validació" (Flick, 1998: 230), perquè la utilització d'un únic mètode fa que el treball de recerca sigui més vulnerable als errors vinculats al mètode utilitzat, mentre que l'ús de diversos mètodes permet creuar i validar les dades obtingudes (Patton, 2003).

En resum, a partir de dues metodologies diferents he intentat fer una anàlisi dels patrons de resposta dels metges hospitalaris davant les demandes de compromís de l'organització i de la professió, i aquesta és una qüestió que segurament no es pot resoldre a gust de tothom. He utilitzat una metodologia quantitativa, que és molt potent, amb una finalitat descriptiva, però reduir la recerca exclusivament a aquest abordatge metodològic potser hauria estat ingenu per part meua. Els resultats i conclusions presentats són reflex de les metodologies utilitzades, més enllà de paradigmes i limitacions.

7.3.2. Recerca futura

La recerca futura s'hauria d'encarregar d'aprofundir en alguns aspectes que han anat sorgint al llarg d'aquest estudi i que no s'han pogut tractar, ja sigui perquè en el seu moment, quan es va dissenyar la recerca, no es van tenir en consideració, ja sigui perquè

han sorgit com a preguntes que han adquirit més rellevància a mesura que avançava en el meu treball o bé perquè, senzillament, ultrapassen el propòsit de l'estudi.

Aquesta recerca vaig enfocar-la inicialment com un treball descriptiu, com una mena de fotografia en un moment concret, sobre el doble compromís dels metges amb l'hospital i amb la seva professió. Però a mesura que he anat obtenint els primers resultats han adquirit una enorme importància els aspectes evolutius del compromís dels metges, la qual cosa m'ha portat a desenvolupar un treball més interpretatiu. És més, una de les conclusions del meu treball és que el compromís organitzatiu dels metges s'intensifica en el temps, a mesura que es fan més grans, que fa més anys que exerceixen la medicina i que treballen en el mateix hospital. Arribo a aquesta conclusió per comparació entre els grups de diferents edats, de diferents anys d'exercici professional, de diferent antiguitat a l'hospital, però es troba a faltar un coneixement més precís de l'evolució d'aquest compromís en un mateix metge o en un grup específic de metges, al llarg de la seva carrera professional o durant un període concret. De fet, en rigor, la conclusió exposada és una inferència, una aproximació.

Descric el compromís organitzatiu dels metges com a quelcom lineal, que evoluciona de menys a més, però per les limitacions de la mateixa recerca no es pot constatar si hi ha altres possibles recorreguts, si hi ha facultatius que segueixen un camí invers, metges que, per exemple, inicien la seva trajectòria professional amb un compromís molt intens, però que en el decurs de la seva carrera, per la vivència d'experiències concretes, la intensitat del seu vincle amb l'hospital es va debilitant. En aquest sentit, alguns autors han descrit que els individus amb un compromís previ més elevat amb l'organització són els qui mostren un descens més bruscat en aquest compromís, quan la seva percepció de la relació amb l'organització ha estat negativa respecte a les seves expectatives i creences prèvies (Brockner, Tyler, Cooper-Schneider, 1992).

La recerca futura, doncs, s'hauria de centrar en el desenvolupament d'estudis longitudinals que ens permetessin aprofundir en el coneixement de l'evolució del compromís en un col·lectiu professional tan específic com el dels metges. En aquesta línia, un dels aspectes rellevants a tractar pels propers treballs és l'estudi evolutiu dels clústers, si en el futur es mantenen els mateixos grups o bé es modifiquen o n'apareixen de nous. Cal estudiar si aquestes modificacions en els clústers s'associen a aspectes concrets de la gestió dels hospitals, i valorar l'impacte de les decisions i accions dels gestors sobre el grau de compromís dels metges i l'evolució dels clústers. Diversos factors poden jugar en aquest sentit un paper addicional molt rellevant, com, per exemple, la jubilació d'un nombre col·lectiu de metges en els propers anys, el futur predomini de les dones entre els integrants del cos facultatiu dels hospitals —en l'actualitat s'estima que constitueixen el 46 % dels metges en actiu (Arrizabalaga, Valls-Llobet, 2005) i es preveu que l'any 2010 ja superin el 50 % (González, Barber, 2007)— o la incorporació en el mercat de treball de noves generacions de metges amb una concepció diferent de la professió. En definitiva, la recerca futura hauria de relacionar estratègies de canvi amb el compromís dels metges.

D'altra banda, en la meua recerca els metges formen part d'un únic clúster d'una manera *estàtica*. És a dir, no s'ha estudiat si al llarg de la seva carrera han format part d'altres clústers o si és previsible que se n'integrin en d'altres en el futur. No sembla exagerat aventurar que un mateix facultatiu en la seva evolució professional hagi format part de més d'un clúster, entre altres raons perquè la seva concepció de la professió i del

seu treball a l'hospital el pot fer conciliar el seu compromís dual de forma diferent en el decurs de la seva trajectòria professional. Per tant, la recerca futura hauria d'esbrinar aquesta evolució, si els metges segueixen una mena de recorregut i formen part de diferents clústers en la seva carrera, l'evolució previsible i els factors que poden explicar el trànsit d'un clúster a un altre, de manera que ajudin a entendre la modificació dels perfils de conciliació o d'incompatibilitat dels compromisos dels metges.

Una altra qüestió que ha de ser d'interès per a la recerca futura és aprofundir en el coneixement dels focus del compromís dels metges, específicament en el servei i en el cap de servei, però també en el coneixement d'altres focus com pot ser l'equip de treball, que pot ser de gran interès per a hospitals orientats a processos. Les raons d'aquest interès són diverses, però en la meua recerca l'estudi que faig sobre aquests focus és voluntàriament limitat. D'altra banda, la importància que s'atorga al cap de servei en el funcionament dels hospitals, la controvèrsia que genera la seva figura d'acord amb els resultats obtinguts en la meua recerca i la importància que diversos autors (Becker, Billings, Eveleth, Gilbert, 1996; Vandenberghe, Bentein, Stinglhamber, 2006) confereixen al supervisor com a focus del compromís dels seus subordinats, justifiquen àmpliament que noves investigacions aprofundeixin en el coneixement d'aquest focus. També en aquest cas sembla interessant poder abordar la qüestió des d'una perspectiva evolutiva, analitzant les transformacions del compromís dels metges amb els focus al llarg de la seva carrera professional.

Una qüestió addicional d'interès a tractar per recerques futures és establir la possible relació del compromís dels metges amb l'hospital amb resultats desitjables per a la institució. Tradicionalment la recerca en aquest àmbit s'ha limitat a relacionar el compromís organitzatiu amb resultats del tipus "disminució de l'absentisme" o "rotació dels empleats". En el futur, seria desitjable aprofundir en l'estudi de la relació entre el compromís organitzatiu i la conducta organitzativa cívica i específicament, en el cas dels hospitals, en la relació del compromís organitzatiu amb variacions en la productivitat pressupostada, resultats econòmics, *impact factor* de les publicacions, resultat del model EFQM d'excel·lència¹⁸⁵ —model en el qual es fonamenta el sistema d'acreditació dels hospitals a Catalunya impulsat des de l'Administració sanitària— o resultats obtinguts a la conferència *Hospitals Top 20*,¹⁸⁶ per citar algunes de les variables de resultat comunament utilitzades en els hospitals. En la mateixa línia de recerca es pot analitzar la relació entre els diferents clústers i els resultats globals obtinguts per l'hospital, amb la finalitat de constatar si hi ha diferències en la contribució dels clústers i si es produeixen modificacions significatives en els resultats al llarg del temps.

¹⁸⁵ El model EFQM d'excel·lència es basa en l'autoavaluació de l'organització a partir de nou criteris, l'últim dels quals es dedica a l'anàlisi dels resultats a partir de la mesura de *a)* satisfacció del client, *b)* satisfacció del personal, *c)* impacte a la societat i *d)* resultats empresarials, amb mesures econòmiques i no econòmiques (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, 2003).

¹⁸⁶ La conferència *Hospitals Top 20 Benchmarks* para la Excelencia és una classificació anual dels hospitals de l'Estat espanyol que voluntàriament s'apunten a l'estudi, agrupats en funció de la seva grandària. S'hi utilitzen sis indicadors: *a)* índex de mortalitat ajustada per risc, *b)* índex de complicacions ajustades per risc, *c)* estada mitjana ajustada per casuística i severitat, *d)* índex d'ocupació, *e)* coeficient d'ambulatorització i *f)* cost per unitat de producció ajustada (García-Eroles, Illa, Arias, Casas, 2001).

En la recerca futura pot ser interessant utilitzar altres models de compromís organitzatiu, més propers al context català i espanyol (Quijano, Navarro, Cornejo, 2000), per posar de manifest diferències o reforçar les possibles similituds amb els resultats que he obtingut en la meua recerca. De la mateixa manera, les properes investigacions haurien d'aprofundir o fins i tot enfocar exclusivament la utilització de metodologies qualitatives, basant-se en entrevistes semiestructurades, per exemple, que permeten que l'investigador mantingui un to de conversa "mentre explora àrees que requereixen una major comprensió" (Sauquet, 2000: 95) i faciliten que s'entrevisti diverses persones "de la manera més sistemàtica i extensa delimitant anticipadament les qüestions a explorar" (Patton, 2003: 343). La utilització de metodologies qualitatives es pot complementar amb la narrativa, en la qual s'explica, es dona sentit, es construeix, en definitiva, la pròpia trajectòria professional (Bujold, 2004).

També pot ser d'interès ampliar la base d'estudi en futures recerques. El meu treball s'ha limitat a hospitals catalans, però en properes investigacions seria interessant ampliar el ventall dels hospitals participants tant a Catalunya com a la resta de l'Estat i, en una eventual segona fase, a d'altres països europeus. Per últim, podria resultar interessant reproduir aquesta recerca en altres professions, en les quals també la necessitat de conciliar les demandes de l'organització amb els requeriments de la professió és creixent, com pot ser el cas dels advocats, enginyers, consultors o auditors que treballen en grans despatxos professionals, els periodistes en mitjans de comunicació o els professors a les universitats.

8. Bibliografia

- ABBOTT, Andrew (1998): *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press.
- ALDENDERFER, Mark S.; BLASHFIELD, Roger K. (1987): *Cluster Analysis*. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-044. Beverly Hills and London: Sage Publications.
- ALLEN, Natalie J.; MEYER, John P. (1990a): "The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment in the organization". *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 63(1): 1-18.
- ALLEN, Natalie J.; MEYER, John P. (1990b): "Organizational socialization tactics: A longitudinal analysis of links to new-comers commitment and role orientation". *Academy of Management Journal*, 33, 847-858.
- ALLEN, Natalie J.; MEYER, John P. (1996): "Affective, continuance, and normative commitment: an examination of construct validity". *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276.
- ANGLE, Harold L.; PERRY, James L. (1981): "An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness". *Administrative Science Quarterly*, 26, 1-13.
- ARANYA, Nissim; POLLOCK, J.; AMERNIC, Joel (1981): "An examination of professional commitment in public accounting". *Accounting, Organization and Society*, 6(4): 271-280.
- ARANYA, Nissim; FERRIS, Kenneth R. (1984): "A re-examination of accountants' organizational-professional conflict". *Accounting Review*, 59(1): 1-15.
- ARANYA, Nissim; KUSHNIR, Talma; VALENCY, Aharon (1986): "Organizational commitment in a male dominated profession". *Human Relations*, 39, 433-448.
- ÀREA DE RECURSOS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (2006): *El pressupost de salut 2006*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- ARRIZABALAGA, Pilar; VALLS-LLOBET, Carme (2005): "Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación". *Medicina Clínica*, 125(3): 103-107.
- ARYEE, Samuel; WYATT, Thomas; MIN, Ma Kheng (1991): "Antecedents of organizational commitment and turnover intentions among professional accountants in different employment settings in Singapore". *The Journal of Social Psychology*, 131, 545-556.
- AVEN, Forrest F. (1988): *A Methodological Examination of Attitudinal and Behavioral Components of Organizational Commitment*. Ann Arbor, Michigan: UMI.
- BARTOL, Kathryn M. (1979): "Professionalism as a predictor of organizational commitment, role stress and turnover: a multidimensional approach". *Academy of Management Review*, 22(4): 815-821.

- BARUCH, Yehuda (1998): "The rise and fall of organizational commitment". *Human Systems Management*, 17(2): 135-143.
- BARTLETT, Kenneth R. (1999): *The Relationship between Training and Organizational Commitment in the Health Care Field*. University of Illinois at Urbana-Champaign. Graduate College. Thesis. PhD Degree. (UMI Microform Nr 9952959)
- BATEMAN, Thomas S.; ORGAN, Dennis W. (1983): "Job satisfaction and the good soldier: the relationship between affect and employee 'citizenship'". *Academy of Management Journal*, 26(4): 587-595.
- BATISTA-FOGUET, Joan Manuel; COENDERS, Germà (1998): "Introducción a los modelos estructurales. Utilización del análisis factorial confirmatorio para la depuración de un cuestionario". A: RENOM PINSACH, Jordi (ed.). *Tratamiento informatizado de datos*. Barcelona: Masson.
- BATISTA-FOGUET, Joan Manuel; SUREDA, Joan (1998): "Análisis de correspondencias". A: RENOM PINSACH, Jordi (ed.). *Tratamiento informatizado de datos*. Barcelona: Masson.
- BATISTA-FOGUET, Joan Manuel; COENDERS, Germà; ALONSO, Jordi (2004): "Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud". *Medicina Clínica*, 122, supl. 1, 21-27.
- BATISTA-FOGUET, Joan Manuel; VALLS I COLOM, Moisés (1985): "Técnicas gráficas en análisis exploratorio de datos". *Qüestió*, 9(3): 163-176.
- BAUGH, S. Gayle; ROBERTS, Ralph M. (1994): "Professional and organizational commitment among engineers: conflicting or complementing". *IEEE Transactions on Engineering Management*, 41(2): 108-114.
- BECKER, Howard S. (1960): "Notes of the concept of commitment". *American Journal of Sociology*, 66, 32-42.
- BECKER, Thomas E. (1992): "Foci and bases of commitment: are they distinctions worth making?" *Academy of Management Journal*, 35(1): 232-244.
- BECKER, Thomas E.; BILLINGS, Robert S. (1993): "Profiles of commitment: An empirical test". *Journal of Organizational Behavior*, 14, 177-190.
- BECKER, Thomas E.; BILLINGS, Robert S.; EVELETH, Daniel M.; GILBERT, Nicole L. (1996): "Foci and bases of employee commitment: implications for job performance". *Academy of Management Journal*, 39(2): 464-482.
- BECKHARDT, Richard; HARRIS, Reuben T. (1988): *Transiciones organizacionales. Administración del cambio*. Wilmington, Delaware: Addison-Wesley Iberoamericana.
- BEDIAKO, Solomon (2002): "Impact of downsizing on employees of community health-care service organizations". *Leadership in Health Services*, 15(1) I-VI.
- BELOUT, Adnane; DOLAN, Shimon L.; CERDIN Jean-Luc (2002): "Le 'commitment' organisationnel: du management rationnel au management par circonstances. Une étude de cas globale du downsizing dans le secteur public canadien et français". A: DUVILLIER (ed.) : *Motivation dans le Secteur Public*. [Pendent de publicació.]

- BEN-DAVID, Joseph (1958): "The professional role of the physician in bureaucratized medicine: a study in role conflict". *Human Relations*, 11, 255-274.
- BENGOA, Rafael; CAMPRUBÍ, Joaquim; ECHEBARRÍA, Koldo; FERNÁNDEZ, Jesús M.; VIA, Josep M. (1997): *Sanidad, la reforma posible*. Merck Sharp & Dohme de España, SA. Bega Comunicación. Arazuri. [Estudi realitzat per un equip de professors d'ESADE, Barcelona.]
- BENVENISTE, Guy (1987): *Professionalizing the Organization. Reducing Bureaucracy to Enhance Effectiveness*. San Francisco; Londres: Jossey-Bass Publishers.
- BENZÉCRI, Jean-Paul; BENZÉCRI, F. (1980): *Pratique de l'analyse des données*. París: Dunod.
- BERGER, Philip K.; GRIMES, Andrew J. (1973): "Cosmopolitan-local: a factor analysis of the construct". *Administrative Science Quarterly*, 18, 223-235.
- BISBE, Josep W.; BATISTA-FOGUET, Joan Manuel; CHENHALL, Robert (2007): "Defining management accounting constructs: a methodological note on the risks of conceptual misspecification". *Accounting, Organizations and Society*. [Pendent de publicació.]
- BISHOP, James W.; SCOTT, K. Dow; BURROUGHS, Susan M. (2000): "Support, commitment, and employee outcomes in a team environment". *Journal of Management*, 26, 1113-1132.
- BLAU, Gary (1985): "The measurement and prediction of career commitment". *Journal of Occupational Psychology*, 58, 277-288.
- BLAU, Gary (2001): "On assessing the construct validity of two multidimensional constructs. Occupational commitment and occupational entrenchment". *Human Resource Management Review*, 11, 279-298.
- BLAU, Peter M.; SCOTT, W. Richard (1962): *Formal Organizations: A Comparative Approach*. San Francisco, Califòrnia: Chandler Publishing Company.
- BOLON, Douglas S. (1997): "Organizational citizenship behavior among hospital employees: a multidimensional analysis involving job satisfaction and organizational commitment". *Hospital & Health Services Administration*, 42(2): 221-241.
- BRIEF, Arthur P.; MOTOWIDLO, Stephan J. (1986): "Pro-social organizational behaviors". *Academy of Management Review*, 11(4): 710-725.
- BRIERLEY, John A. (1996): "The measurement of organizational commitment and professional commitment". *The Journal of Social Psychology*, 136(2): 265-267.
- BRIERLEY, John A.; TURLEY, Stuart (1995): "The organizational turnover intentions of chartered accountants: a test of a causal model". *Accounting and Business Review*, 2, 27-54.
- BROCKNER, Joel; TYLER, Tom R.; COOPER-SCHNEIDER, Rochelle (1992): "The influence of prior commitment to an institution on reactions to perceived unfairness: the higher they are, the harder they fall". *Administrative Science Quarterly*, 37, 241-261.
- BUCHANAN, Bruce (1974): "Building organizational commitment: the socialization of managers in work organizations". *Administrative Science Quarterly*, 19, 533-546.
- BUJOLD, Charles (2004): "Constructing career through narratives". *Journal of Vocational Behavior*, 64, 470-484.

- BURNS, Lawton R.; ALEXANDER, Jeffrey A.; SHORTELL, Stephen M.; ZUCKERMAN, Howard S.; BUDETTI, Peter P.; GILLIES, Robin R.; WATERS, Teresa M. (2001): "Physician commitment to organized delivery systems". *Medical Care*, 39(7); Physician-System Alignment Supplement, I-9-I-29.
- BURNS, Lawton R.; ANDERSEN, Ronald M.; SHORTELL, Stephen M. (1990): "The effect of hospital control strategies on physician satisfaction and physician-hospital conflict". *Health Services Research*, 25(3): 527-560.
- BURNS, Lawton R.; WHOLEY, Douglas R. (1992): "Factors affecting physician loyalty and exit: a longitudinal analysis of physician-hospital relationship". *Health Services Research*, 27(1): 1-10.
- CALDWELL, David F.; CHATMAN, Jennifer; O'REILLY, Charles A. (1990): "Building organizational commitment: a multi-firm study". *Journal of Occupational Psychology*, 63, 245-261.
- CAMPS, Victòria; LÓPEZ, Guillem; PUYOL, Àngel (2006): *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, núm. 4. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- CARDONA, Pablo; LAWRENCE, Barbara S.; BENTER, Peter M. (2004): "The influence of social and work exchange relationship on OCB". *Group & Organization Management*, 29, 219-247.
- CASCIO, Wayne F. (1993): "Downsizing, what do we know? What have we learned?" *Academy of Management Executive*, 7(1): 95-104.
- CLUGSTON, Michael; HOWELL, Jon P.; DORFMAN, Peter W. (2000): "Does cultural socialization predict multiple bases and foci of commitment?" *Journal of Management*, 26(1): 5-30.
- COLARELLI, Stephen M.; BISHOP, Ronald C. (1990): "Career commitment. Functions, correlates and management". *Group & Organization Studies*, 15(2): 158-176.
- COLBY, David C. (1997): "Doctor's and their discontents". *Health Affairs*, 16(6): 112-114.
- COENDERS, Germà; BATISTA-FOGUET, Joan Manuel (2002): "Métodos aplicados de análisis multivariante en ciencias sociales". ESADE. [Apunts de l'assignatura Quantitative Methods in Qualitative Research del programa *PhD in Management Sciences*.]
- COHEN, Aaron; LOWENBERG, Geula (1990): "A re-examination of the side-bet theory as applied to organizational commitment: a meta-analysis". *Human Relations*, 10, 1015-1050.
- COHEN, Jacob (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2a ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- COHEN, Jacob (1992): "A power primer". *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991): *Informe y recomendaciones*. Madrid: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.

- COSTA, Joan (1995): "Participació i compromís dels professionals sanitaris en la gestió. Una sinergia necessària?" *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 25, 14-16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- COYLE-SHAPIRO, Jacqueline A-M.; KESSLER, Ian; PURCELL, John (2004): "Exploring organizationally directed citizenship behaviour: reciprocity or 'it's my job'?" *Journal of Management Studies*, 41(1): 85-106.
- COYLE-SHAPIRO, Jacqueline A-M.; NEUMAN, Joel H. (2004): "The psychological contract and individual differences: the role of exchange and creditor ideologies". *Journal of Vocational Behavior*, 64, 150-164.
- CROPANZANO, Russell; GREENBERG, Jerald (1997): "Progress in organizational justice: tunneling through the maze". A: COOPER, Cary L.; ROBERTSON, Ivan T. (ed.): *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 12, 317-372.
- DAVIES, Celia (1983): "Professionals in bureaucracies: the conflict thesis revisited". A: DINGWALL, Robert; LEWIS, Philip (ed.): *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others*. Londres: McMillan.
- DEKKER, Inez; BARLING, Julian (1995): "Workforce size and work-related role stress". *Work and Stress*, 9, 45-54.
- DELORIA, Julie E. (2001): *A Comparative Study of Employee Commitment: Core and Contract Employees in a Federal Agency*. Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. In partial fulfillment of the requirements for the PhD Degree. Falls Church, Virginia. <<http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-10212001-152609/unrestricted/dissdf8.pdf>> (20 d'abril de 2004).
- DENZIN, Norman K. (1978): *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. 2a ed. Nova York: McGraw-Hill.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (1994): "Introduction: entering the field of qualitative research". A: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.): *Handbook of Qualitative Research*. 2a ed. Londres: Sage Publications.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (2000): "Introduction: the discipline and practice of qualitative research". A: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.): *Handbook of Qualitative Research*. 2a ed. Londres: Sage Publications.
- DERBER, Charles (1982): "Managing professionals: ideological proletarianization and mental labor". A: DERBER, Charles (ed.): *Professionals as Workers. Mental Labor in Advanced Capitalism*. Boston: G. K. Hall & Co.
- DWYER, Peggy D.; WELKER, Robert B.; FRIEDBERG, Alan H. (2000): "A research note concerning the dimensionality of the professional commitment scale". *Behavioral Research in Accounting*, 12, 279-296.
- EDWARDS, Nigel; KORNACKI, Mary Jane; SILVERSIN, Jack (2002): "Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?" *British Medical Journal*, 324, 835-838.
- EISENBERGER, Robert; ARMELI, Stephen; REXWINKEL, Barbara; LYNCH, Patrick D.; RHOADES, Linda (2001): "Reciprocation of perceived organizational support". *Journal of Applied Psychology*, 86(1): 42-51.

- EISENBERGER, Robert; CUMMINGS, Jim; ARMELI, Stephen; LYNCH, Patrick (1997): "Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction". *Journal of Applied Psychology*, 82(5): 812-820.
- EISENBERGER, Robert; FASOLO, Peter; DAVIS-LAMASTRO, Valerie (1990): "Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation". *Journal of Applied Psychology*, 75(1): 51-59.
- EISENBERGER, Robert; HUNTINGTON, Robin; HUTCHINSON, Steven; SOWA, Debora (1986): "Perceived organizational support". *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- EISENBERGER, Robert; STINGLHAMBER, Florence; VANDENBERGHE, Christian; SUCHARSKI, Ivan, L.; RHOADES, Linda (2002): "Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention". *Journal of Applied Psychology*, 87(3): 565-573.
- ENGEL, Gloria V. (1969): "The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician". *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 30-41.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2002): *Policy Brief: Hospitals in a Changing Europe*. <<http://www.euro.who.int/document/OBS/hosbrief170202.pdf>> (28 d'octubre de 2004).
- ETZIONI, Amitai (1961): *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. Nova York: The Free Press.
- ETZIONI, Amitai (1964): *Modern Organizations*. Foundations of Modern Sociology Series. Englewood Cliffs, Nova Jersey: Prentice-Hall Inc.
- FARRELL, Dan (1983): "Exit, voice, loyalty, and neglect as responses of job dissatisfaction: a multidimensional scaling study". *Academy of Management Journal*, 26, 596-607.
- FERRIMAN, Annabel (2001): "Doctors explain their unhappiness". *British Medical Journal*, 322 (7296): 1197.
- FERRIS, Kenneth R.; ARANYA, Nissim (1983): "Organizational-professional conflict among U.S. and Israeli professional accountants". *The Journal of Social Psychology*, 119, 153-161.
- FILELLA, Jaume (1999): "El compromiso: una opción para revitalizar empresas". *Alta Dirección*, 208, 75-85.
- FLANGO, Victor E.; BRUMBAUGH, Robert B. (1974): "The dimensionality of the cosmopolitan-local construct". *Administrative Science Quarterly*, març, 198-210.
- FLICK, Uwe (1998): *An Introduction to Qualitative Research*. Londres: Sage.
- FREIDSON, Eliot (1986): *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Londres: University of Chicago Press.
- FREIDSON, Eliot (1988): *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- FREIDSON, Eliot (1994): *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Londres: University of Chicago Press.

- FORTUNY, Biel (2001): *Disseny aplicació i avaluació d'un model de gestió hospitalària de qualitat total: GESHQAT*. Departament d'Organització d'Empreses. Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Industrial de Barcelona. Universitat Politècnica de Catalunya. [Tesi doctoral.]
- Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* [Barcelona, 1990-], núm. 25 (maig de 1995): Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (2003): *Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el sector público y las organizaciones del voluntariado*. Madrid: Club de Gestión de Calidad.
- GALBRAITH, JAY (1977): *Organization Design*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- GALLEGO, Raquel (2000): *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'Administració sanitària catalana*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (BRO4/2000).
- GARCÍA-EROLES, Luis; ILLA, Carles; ARIAS, Antoni; CASAS, Mercè (2001): "Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método". *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 107-116.
- GARCÍA-PRADO, Ariadna; GONZÁLEZ, Paula (2006): "El pluriempleo en los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones". *Gaceta Sanitaria*, 20, supl. 2, 29-40.
- GELLATLY, Ian R. (1995): "Individual and group determinants of employee absenteeism: test of a causal model". *Journal of Organizational Behavior*, 16, 469-485.
- GONZÁLEZ, Luis; ANTÓN, Concha (1995): "Dimensiones del compromiso organizacional". A: GONZÁLEZ, Luis; TORRE, Alberto de la; ELENA, Joaquín de (ed.): *Psicología del trabajo y de las organizaciones. Gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. Salamanca: Eudema.
- GONZÁLEZ, Beatriz; BARBER, Patricia (2007): *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030*. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. <msc.es/novedades/docs/necesidadesEspecialidades06_30.pdf > (30 de març de 2007).
- GOODE, William J. (1969): "The theoretical limits of professionalization". A: ETZIONI, Amitai (ed.): *The Semi-Professions and Their Organizations*. Nova York: The Free Press.
- GOSS, Mary E. V. (1963): "Patterns of bureaucracy among hospital staff physician". A: FREIDSON, Eliot (ed.): *The Hospital in Modern Society*. Londres: The Free Press. Collier-McMillan Limited.
- GOULDNER, Alvin W. (1957): "Cosmopolitans and locals: towards an analysis of latent social roles". *Administrative Science Quarterly*, 2, 281-306.
- GOULDNER, Alvin W. (1958): "Cosmopolitans and locals: towards an analysis of latent social roles". *Administrative Science Quarterly*, 3, 444-480.

- GOULDNER, Alvin W. (1960): "The norm of reciprocity: a preliminary statement". *American Sociological Review*, 25, 161-178.
- GREENBERG, Jerald (1990): "Organizational justice: yesterday, today and tomorrow". *Journal of Management*, 16, 399-432.
- GRUP DE TREBALL PER LA RACIONALITZACIÓ I EL FINANÇAMENT DE LA DESPESA SANITÀRIA (2005): *Document marc*. <http://www.metgesdecatalunya.net/c-document_savis_sanitat.pdf>
- GUBA, Egon G; LINCOLN, Yvonna S. (2005): "Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences". A: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.): *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Nova York: Sage Publications Inc.
- GUINDAL, Mariano (2004): "La sanidad sustituye a la construcción como motor de la economía según las cámaras". *La Vanguardia*, 20 de setembre.
- GUNZ, Hugh P.; GUNZ, Sarah P. (1994): "Professional/organizational commitment and job satisfaction for employed lawyers". *Human Relations*, 47(7): 801-828.
- GUY, Mary E. (1985): *Professionals in Organizations. Debunking a Myth*. Nova York: Praeger Publishers.
- HACKETT, Rick D.; BYCIO, Peter; HAUSDORF, Peter A. (1994): "Further assessments of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment". *Journal of Applied Psychology*, 79(1): 15-23.
- HACKMAN, J. Richard; OLDHAM, Greg R. (1980): *Work Redesign*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- HALL, Matthew; SMITH, David; LANGFIELD-SMITH, Kim (2005): "Accountants' commitment to their profession: multiple dimensions of professional commitment and opportunities for future research". *Behavioral Research in Accounting*, 17, 89-109.
- HALL, Richard H. (1968): "Professionalization and bureaucratization". *American Sociological Review*, 33, 92-104.
- HEALTH CANADA (2003): *Health Care System: Canada's Health at a Glance*. <www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/hcssystem-e.htm> (6 de setembre de 2004).
- HERSCOVITCH, Lynne; MEYER, John P. (2002): "Commitment to organizational change: extension of a three-component model". *Journal of Applied Psychology*, 87(3): 474-487.
- HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth H.; JOHNSON, Dewey E. (1996): *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- HIRCHMAN, Albert O. (1970): *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- HOFF, Timothy J. (2000): "Professional commitment among physician executives in managed care". *Social Science & Medicine*, 50(10): 1433-1444.

- HOFF, Timothy J. (2001): "Exploring dual commitment among physician executives in managed care". *Journal of Healthcare Management*, 46(2): 91-111.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2004): *Profesionales sanitarios colegiados a 31 de diciembre de 1997 por CCAA/provincias y tipo de residencia, especialidad y sexo*. <<http://www.ine.es/inebase/cg/axi>> (30 de març de 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007): *Profesionales sanitarios colegiados a 31 de diciembre de 1997 por CCAA/provincias y tipo de residencia y sexo*. <<http://www.ine.es/inebase/cg/axi>> (30 de març de 2007).
- IRVING, P. Gregory; COLEMAN, Daniel F.; COOPER, Christine L. (1997): "Further assessment of a three-component model of occupational commitment: generalizability and differences across occupations". *Journal of Applied Psychology*, 82(3): 444-452.
- JAROS, Stephen J. (1997): "An assessment of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment and turnover intentions". *Journal of Vocational Behavior*, 51, 319-337.
- JAROS, Stephen J.; JERMIER, John M.; KOEHLER, Jerry W.; SINCICH, Terry (1993): "Effects on continuance, affective, and moral commitment on the withdrawal process: an evaluation of eight structural equation models". *Academy of Management Journal*, 36, 951-995.
- KALDENBERG, Dennis O.; BECKER, Boris W.; ZVONKOVIC, Anisa (1995): "Work and commitment among young professionals: a study of male and female dentists". *Human Relations*, 48(11): 1355-1377.
- KANTER, Rosabeth M. (1968): "Commitment and social organization: a study of commitment mechanisms in utopian communities". *American Sociological Review*, 33, 499-517.
- KATZ, Daniel (1960): "The functional approach to the study of attitudes". *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.
- KATZ, Daniel (1964): "The motivational basis of organizational behavior". *Behavioral Science*, 9, 131-133.
- KELLER, Robert T. (1997): "Job involvement and organizational commitment as longitudinal predictors of job performance: a study of scientist and engineers". *Journal of Applied Psychology*, 82(4): 539-545.
- KELMAN, Herbert C. (1958): "Compliance, identification and internalisation: three processes of attitude change". *Journal of Conflict Resolution*, 2, 51-60.
- KETCHAND, Alice A.; STRAWSER, Jerry R. (1998): "The existence of multiple measures of organizational commitment and experience-related differences in a public accounting setting". *Behavioral Research in Accounting*, 10, 109-137.
- KIESLER, Charles A.; SAKUMURA, Joseph (1966): "A test of a model of commitment". *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 349-353.
- KO, Jong-Wook; PRICE, James L.; MUELLER, Charles W. (1997): "Assessment of Meyer and Allen three-component model of organizational commitment in South Korea". *Journal of Applied Psychology*, 82, 961-973.

8. Bibliografia

- KOLB, Deborah M.; PUTNAM, Linda L. (1992): "The dialectics in disputing". A: KOLB, Deborah M.; BARTUNEK, Jean M. (ed.): *Hidden conflicts in organizations*. Londres: Sage.
- KORNHAUSER, William (1962): *Scientist in Industry. Conflict and Accommodation*. Berkeley, Califòrnia: University of California Press.
- LACHMAN, Ran; ARANYA, Nissim (1986): "Job attitudes and turnover intentions among professionals in different work settings". *Organization Studies*, 7, 279-293.
- LACHMAN, Ran; NOY, Shlomo (1996): "Reactions of salaried physicians to hospital decline". *Health Services Research*, 31(2): 171-190.
- LAIT, Jana; WALLACE, Jean E. (2002): "Stress at work. A study of organizational-professional conflict and unmet expectations". *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 57(3): 463-487.
- LARSON, Magali Sarfati (1977): *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, Califòrnia: University of California Press.
- LAWLER, Edward J. (1992): "Affective attachment to nested groups: a choice process theory". *American Sociological Review*, 57, 327-339.
- LEBART, Ludovic; MORINEAU, Alain; FÉNELON, Jean-Pierre (1985): *Tratamiento estadístico de datos*. Barcelona: Marcombo.
- LEE, Kibeom; CARSWELL, Julie; ALLEN, Natalie J. (2000): "A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person and work-related variables". *Journal of Applied Psychology*, 85, 799-811.
- LEONG, Leslie; HUANG, Shaio-Yan; HSU, Jovan (2003): "An empirical study on professional commitment, organizational commitment and job involvement in Canadian accounting firms". *The Journal of American Academy of Business*, 2(2): 360-370.
- LIGHT, Donald; LEVINE, Sol (1988): "The changing character of the medical profession: a theoretical overview". *The Milbank Quarterly*, 66, supl. 2, 10-32. Cambridge University Press.
- LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, Califòrnia: Sage Publications Inc.
- LLEWELLYN, Sue (2001): "'Two-way windows': clinicians as medical managers". *Organization Studies*, 22(4): 593-623.
- MACDONALD, Keith M. (1995): *The Sociology of the Professions*. Londres: Sage Publications Ltd.
- MARCH, James G.; SIMON, Herbert A. (1961): *Teoría de la organización*. 4a ed. Barcelona: Editorial Ariel.
- MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen (1989): *Designing Qualitative Research*. Newbury Park, Califòrnia: Sage Publications Inc.
- MATHIEU, John E.; ZAJAC, Dennis M. (1990): "A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment". *Psychological Bulletin*, 108, 171-194.

- MAYER, Roger; SCHOORMAN, F. David (1992): "Predicting participation and production outcomes through a two-dimensional model of organizational commitment". *Academy of Management Journal*, 35, 671-684.
- MCCRACKEN, Grant D. (1988): *The Long Interview*. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, 13. Newbury Park, Califòrnia: Sage Publications Inc.
- MCKINLAY, John (1982): "Toward the proletarianization of physicians". A: DERBER, Charles (ed.): *Professionals as Workers. Mental Labor in Advanced Capitalism*. Boston: G. K. Hall & Co.
- MCGEE, Gail W.; FORD, Robert C. (1987): "Two (or more?) dimensions of organizational commitment: reexamination of affective and continuance commitment scales". *Journal of Applied Psychology*, 72, 638-642.
- MEIXNER, Wilda F; BLINE, Dennis M. (1989): "Professional and job-related attitudes and the behaviors they influence among government accountants". *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 2, 8-20.
- MENDOZA, Xavier (1999): *La gestió de les organitzacions de professionals en el sector públic: de l'antagonisme a la cooperació*. Departament d'Economia Política, Hisenda Pública i Dret Financer i Tributari. Universitat de Barcelona. [Tesi doctoral.]
- MERCER, Alice A.; BILSON, Kevin (1985): "Factors influencing organizational commitment in physicians". A: ROBINSON, Richard B.; PEARCE, John A. (ed.): *Academy of Management Proceedings 1985*. San Diego, Califòrnia: Academy of Management.
- MERCER, Alice A. (1988): "Commitment and motivation of professional". A: FOTTLER, Myron D.; HERNÁNDEZ, Robert S.; JOINER, Charles L. (ed.): *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*. Nova York: John Wiley & Sons.
- MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. (1987): "Organizational commitment: toward a three-component model". *Research Bulletin*, 660. Working Paper. Londres: The University of Western Ontario.
- MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. (1991): "A three component conceptualization of organizational commitment". *Human Resource Management Review*, 1, 61-98.
- MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. (1997): *Commitment in the Workplace: Theory, Research and Application*. Thousand Oaks, Califòrnia: Sage Publications.
- MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J.; SMITH, Catherine A. (1993): "Commitment to organizations and occupations: extensions and test of a three-component model". *Journal of Applied Psychology*, 78, 538-551.
- MEYER, John P.; HERSCOVITCH, Lynne (2001): "Commitment in the workplace. Toward a general model". *Human Resource Management Review*, 11, 299-326.
- MEYER, John P.; STANLEY, David J.; HERSCOVITCH, Lynne; TOPOLNYTSKY, Laryssa (2002): "Affective, continuance and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates and consequences". *Journal of Vocational Behavior*, 61(1): 20-52.

- MEYER, John P.; IRVING, P. Gregory; ALLEN, Natalie J. (1998): "Examination of the combined effects of work values and early work experiences on organizational commitment". *Journal of Organizational Behavior*, 19, 29-52.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005): *Guías de formación de especialistas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. <www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/formacionSanitaria.htm> (24 d'agost de 2005).
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007): *Principales cifras del SNS 2005*. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. <www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF> (30 de març de 2007).
- MINTZBERG, Henry (1982): "La necesidad de coherencia en el diseño de la organización". *Harvard-Deusto Business Review*, 3r trimestre.
- MINTZBERG, Henry (1984): *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- MONTAGNA, Paul D. (1968): "Professionalization and bureaucratization in large professional organizations". *The American Journal of Sociology*, 74, 138-145.
- MORLANS, Màrius (2001): "El nou paradigma professional: entre l'autonomia i la responsabilitat". *Servei d'Informació Col·legial*, 101 (novembre de 2001-gener de 2002). Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. <www.comb.es/cat/publicacions/sic/sic101/sic03.htm> (16 d'abril de 2003).
- MORRISON, Elizabeth W. (1994): "Role definitions and organizational citizenship behavior: the importance of employees' perspective". *Academy of Management Journal*, 37(6): 1543-1567.
- MORRISON, Elizabeth W.; ROBINSON, Sandra L. (1997): "When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops". *Academy of Management Review*, 22(1): 226-256.
- MORROW, Paula C. (1983): "Concept redundancy in organizational research: the case of worker commitment". *Academy of Management Review*, 8, 486-500.
- MORROW, Paula C. (1993): *The Theory and Measurement of Work Commitment*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.
- MORROW, Paula C.; GOETZ, Joe F. (1988): "Professionalism as a form of work commitment". *Journal of Vocational Behavior*, 32, 92-111.
- MORROW, Paula C.; WIRTH, Rosemary E. (1989). "Work commitment among salaried professionals". *Journal of Vocational Behavior*, 34, 40-56.
- MOWDAY, Richard T. (1998): "Reflections on the study and relevance of organizational commitment". *Human Resource Management Review*, 8(4): 387-401.
- MOWDAY, Richard T.; PORTER, Lyman W.; STEERS, Richard M. (1982): *Employee-Organization Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism and Turnover*. Nova York: Academic Press.
- MOWDAY, Richard T.; STEERS, Richard M.; PORTER, Lyman W. (1979): "The measurement of organizational commitment". *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.

- NOGUERAS, Antoni (1995): "Punt de vista d'un professional del sector sobre la participació i el compromís dels professionals en la gestió". *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 25, 17-19. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- NORRIS-WATTS, Christina; LEVY, Paul E. (2004): "The mediating role of affective commitment in the relation of the feedback environment to work outcomes". *Journal of Vocational Behavior*, 65(3): 351-365.
- NOY, Shlomo; LACHMAN, Ran (1993): "Physician-hospital conflict among salaried physicians". *Health Care Management Review*, 18(4): 60-69.
- OBESO, Carlos (1992): *Gestión de las organizaciones profesionales sanitarias*. Barcelona: ESADE. [Papers ESADE, 87.]
- OBESO, Carlos; CASTELLÀ, Judit; GUILERA, Elvira; PEIRÓ, Manel; BATISTA, Joan Manuel (1990): "Satisfacció dels professionals de la sanitat: metges adjunts". [Document de treball no publicat.]
- O'NEILL, Hugh M.; LENN, D. Jeffrey (1995): "Voices of survivors: words that downsizing CEOs should hear". *Academy of Management Executive*, 9(4): 23-34.
- O'REILLY, Charles A.; CHATMAN, Jennifer (1986): "Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification and internalisation on pro-social behavior". *Journal of Applied Psychology*, 71, 492-499.
- O'REILLY, Charles A.; CHATMAN, Jennifer; CALDWELL, David F. (1991): "People and organizational culture: a profile comparison approach to assessing person-organization fit". *Academy of Management Journal*, 34(3): 487-516.
- ORGAN, Dennis W. (1988): *Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- ORGAN, Dennis W. (1990): "The motivational basis of organizational citizenship behavior". A: STAW, Barry M.; CUMMINGS, Larry L. (ed.): *Research in Organizational Behavior*, vol. 12. Greenwich, Connecticut: JAI Press, 43-72.
- ORGAN, Dennis W. (1991): "The subtle significance of job satisfaction". A: ORGAN, Dennis W. (ed.): *The Applied Psychology of Work Behavior*. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin Inc. 106-113.
- ORGAN, Dennis W.; BATEMAN Thomas S. (1991): *Organizational Behavior*. Boston: Irwin.
- ORGAN, Dennis W.; PODSAKOFF, Philip M.; MACKENZIE Scott B. (2006): *Organizational Citizenship Behavior. Its Nature, Antecedents and Consequences*. Thousand Oaks, Califòrnia: Sage Publications Inc. Foundations for Organizational Science.
- ORGAN, Dennis W.; RYAN, Katherine (1995): "A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior". *Personnel Psychology*, 48, 775-802.
- ORIOL I BOSCH, Albert (2001): *Crisi del professionalisme o la solució per la crisi*. <<http://www.iesalut.es/pensaments/crisis/index/htm>> (14 d'abril de 2003).

- ORIOI I BOSCH, Albert (2002): *El desenvolupament integrat dels professionals i dels serveis del sistema sanitari*. <http://www.iesalut.es/pensaments/desenv_integrat/index.asp> (14 d'abril de 2003).
- ORIOI I BOSCH, Albert; OLEZA, Rafael de (ed.) (2003): *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. <<http://www.gencat.net./salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreblanc.pdf>> (20 de juliol de 2004).
- ORTÚN, Vicente (1995): "La participació dels professionals en la gestió". *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 25, 10-13. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- PARSURAMAN, Saroj; NACHMAN, Sidney A. (1987): "Correlates of organizational and professional commitment". *Group and Organizational Studies*, 12(3): 287-303.
- PARSONS, Talcott (1939): "The professions and social structure". *Social Forces*, 17, 457-467.
- PATTON, Michael Q. (2002): *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3a ed. Thousands Oaks, Califòrnia: Sage Publications Inc.
- PAZY, Asya; ZIN, Ruth (1987): "A contingency approach to consistency: a challenge to prevalent views". *Journal of Vocational Behavior*, 30, 84-101.
- PENLEY, Larry E.; GOULD, Sam (1988): "Etzioni's model of organizational involvement: a perspective for understanding commitment to organizations". *Journal of Organizational Behavior*, 9, 43-59.
- PODSAKOFF, Philip M.; MACKENZIE, Scott B.; MOORMAN, Robert H.; FETTER, Richard (1990): "Transformational leader behaviors and their effect on trust, satisfaction, and organizational citizenship behaviors". *The Leadership Quarterly*, 1, 107-142.
- PODSAKOFF, Philip M.; MACKENZIE, Scott B.; LEE, Jeong-Yeon; PODSAKOFF, Nathan P (2003): "Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies". *Journal of Applied Psychology*, 88(5): 879-903.
- PONDY, Louis R. (1967): "Organizational conflict: concepts and models". *Administrative Science Quarterly*, 17(2): 296-320.
- PORTER, Lyman W.; STEERS, Richard M.; MOWDAY, Richard T.; BOULIAN, Paul V. (1974): "Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians". *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.
- POWELL, Deborah M.; MEYER, John P. (2004): "Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment". *Journal of Vocational Behavior*, 6(1): 157-177.
- QUIJANO, Santiago D. de; NAVARRO, José; CORNEJO, José Manuel (2000): "Un modelo integrado de compromiso e identificación con la organización: análisis del cuestionario ASH-ICI". *Revista de Psicología Social Aplicada*, 10(2): 27-61.
- RAELIN, Joseph A. (1984): "An examination of deviant/adaptative behaviors in the organizational careers of professionals". *Academy of Management Review*, 9(3): 413-427.

-
- RAELIN, Joseph A. (1986): *The Clash of Cultures: Managers and Professionals*. Boston: Harvard Business School Press.
- RAELIN, Joseph A. (1989): "An anatomy of autonomy: managing professionals". *The Academy of Management Executive*, 3, 216-228.
- RAHIM, Afzalur; BONOMA, Thomas V. (1979): "Managing organizational conflict: a model for diagnosis and intervention". *Psychological Reports*, 44, 1323-1344.
- RANDALL, Donna M. (1987): "Commitment and the organization: the organization man revisited". *Academy of Management Review*, 12(3): 460-471.
- RANDALL, Donna M. (1990): "The consequences of organizational commitment: methodological investigation". *Journal of Organizational Behavior*, 11(5): 361-378.
- REICHERS, Arnon E. (1985): "A review and reconceptualization of organizational commitment". *Academy of Management Review*, 10, 465-476.
- REICHERS, Arnon E. (1986): "Conflict and organizational commitment". *Journal of Applied Psychology*, 71, 508-514.
- RHOADES, Linda; EISENBERGER, Robert; ARMELI Stephen (2001): "Affective commitment to the organization: the contribution of perceived organizational support". *Journal of Applied Psychology*, 86, 825-836.
- RHOADES, Linda; EISENBERGER, Robert (2002): "Perceived organizational support: a review of the literature". *Journal of Applied Psychology*, 87(4): 698-714.
- RICHARDS, Tessa (1997): "Disillusioned doctors". *British Medical Journal*, 314, 1705.
- ROBINSON, Sandra L.; KRAATZ, Matthew S.; ROUSSEAU, Denise M. (1994): "Changing obligations and the psychological contract: a longitudinal study". *Academy of Management Journal*, 37(1): 137-152.
- RUSBULT, Caryl E.; ZEMBRODT, Isabella; GUNN, Lawanna K. (1982): "Exit, Voice, Loyalty and Neglect: responses to dissatisfaction in romantic involvements". *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1230-1242.
- RUSBULT, Caryl E.; FARRELL, Dan; ROGERS, Glen; MAINOUS, Arch G. III (1988): "Impact of exchange variables on Exit, Voice, Loyalty and Neglect: an integrative model of responses to declining job satisfaction". *Academy of Management Journal*, 31(3): 599-627.
- SALANCIK, Gerald R. (1977): "Commitment and the control of organizational behavior and belief". A: STAW, Barry M.; SALANCIK, Gerald R. (ed.): *New Directions in Organizational Behavior*. Chicago: St. Clair Press.
- SAUQUET, Alfonso (2000): *Conflict and Team Learning: Multiple Case Study in Three Organizations in Spain*. Columbia University. Teachers College. PhD Degree.
- SCOTT, W. Richard (1965): "Reactions to supervision in heteronomous professional organization". *Administrative Science Quarterly*, 10, 65-81.

- SCOTT, W. Richard (1966): "Professionals in bureaucracies-Areas of conflict". A: VOLLMER, Howard M.; MILLS, Donald L. (ed.): *Professionalization*. Englewood Cliffs, Nova Jersey: Prentice-Hall Inc.
- SCOTT, W. Richard (1985): "Conflicting levels of rationality: regulators, managers, and professionals in the medical care sector". *Journal of Health Administration Education*, 3(2): 113-131.
- SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (2003): *Tipus d'hospitals*. <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_hospitalaria.tip.htm> (19 de setembre de 2003).
- SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (2007): *Hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya*. <<http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/xhup.pdf>> (29 de març de 2007).
- SHADISH, William R.; COOK, Thomas D.; CAMPBELL, Donald T. (2002): *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin Co.
- SHAFER, William E.; PARK, L. Jane; LIAO, Woody M. (2001): "Professionalism, organizational-professional conflict and work outcomes". *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 15(1): 46-68.
- SHORE, Lynn McFarlane; BARKSDALE, Kevin; SHORE, Ted H. (1995): "Managerial perceptions of employee commitment to the organization". *Academy of Management Journal*, 38 (6): 1593-1615.
- SHORE, Lynn McFarlane; TETRICK, Lois E. (1991): "A construct validity of the survey of perceived organizational support". *Journal of Applied Psychology*, 76(5): 637-643.
- SHORE, Lynn McFarlane; WAYNE, Sandy J. (1993): "Commitment and employee behavior: comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organizational support". *Journal of Applied Psychology*, 78(5): 774-780.
- SIDERS, Mark A.; GEORGE, Gerard; DHARWADKAR, Ravi (2001): "The relationship of internal and external commitment foci to objective job performance measures". *Academy of Management Journal*, 44(3): 570-579.
- SILVERMAN, David (2000): "Analyzing talk and text". A: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.): *Handbook of Qualitative Research*. 2a ed. Thousand Oaks, Califòrnia: Sage Publications.
- SMITH, C. Ann; ORGAN, Dennis W.; NEAR, Janet P. (1983): "Organizational citizenship behavior: its nature and antecedents". *Journal of Applied Psychology*, 68(4): 655-663.
- SMITH, Richard (2001): "Why are doctors so unhappy?" *British Medical Journal*, 322, 1073-1074.
- SNAPE, Ed; REDMAN, Tom (2003): "An evaluation of a three-component model of occupational commitment: dimensionality and consequences among United Kingdom Human Resource Management Specialists". *Journal of Applied Psychology*, 88(1): 152-159.
- SOMERS, Mark J. (1987): *Development and Consequences of Organizational Commitment*. City University of New York. University Microfilms International. PhD Degree.

- SOMERS, Mark J. (1995): "Organizational commitment, turnover and absenteeism: an examination of direct and interaction effects". *Journal of Organizational Behavior*, 16 (1): 49-58.
- SORENSEN, James E., SORENSEN, Thomas, L. (1974): "The conflict of professionals in bureaucratic organizations". *Administrative Science Quarterly*, 19, 98-106.
- STEERS, Richard M. (1977): "Antecedents and outcomes of organizational commitment". *Administrative Science Quarterly*, 22, 46-56.
- TETT, Robert P.; MEYER, John P. (1993): "Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings". *Personnel Psychology*, 46, 259-293.
- THORNTON, Russell (1970): "Organizational involvement and commitment to organization and profession". *Administrative Science Quarterly*, 15, 417-426.
- TJOSVOLD, Dean (1991): *The Conflict-Positive Organization*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- TORO ÁLVAREZ, Fernando (1998): "Predicción del compromiso personal a partir del análisis del clima organizacional". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 14 (3): 333-344.
- TUKEY, John W. (1977): *Exploratory Data Analysis*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- VAN MAANEN, John; BARLEY, Stephen R. (1984): "Occupational communities: culture and control in organizations". A: STAW, Barry M.; CUMMINGS, Larry L. (ed.): *Research in organizational behavior*, 6, 287-365. Greenwich, Connecticut: JAI Press.
- VANDENBERGHE, Christian; BENTEIN, Kathleen; STINGLHAMBER, Florence (2004): "Affective commitment to the organization, supervisor and work group: antecedents and outcomes". *Journal of Vocational Behavior*, 64, 47-71.
- VAUGHAN, Clare; HIGGS, Roger (1995): "Doctors and commitment". *British Medical Journal*, 311 (7021), 1654-1655.
- VILARDELL, Miquel (2002): "Les alternatives per a la sanitat del futur". *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 36. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- WAHN, Judy (1993): "Organizational dependence and the likelihood of complying with organizational pressures to behave unethically". *Journal of Business Ethics*, 12, 245-251.
- WALLACE, Jean E. (1993): "Professional and organizational commitment: compatible or incompatible?" *Journal of Vocational Behavior*, 42, 333-349.
- WALLACE, Jean E. (1995): "Organizational and professional commitment in professional and nonprofessional organizations". *Administrative Science Quarterly*, 40, 228-255.
- WALTON, Richard E. (1987): *Managing Conflict*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

8. Bibliografia

- WANG, Xiaojin; ARMSTRONG, Anona (2001): *A Structural Model of Professional Commitment from the Perspective of Characteristics of a Professional Community*. School of Management. Victoria University of Technology. [Working Paper Series, 10/2001.]
- WEBER, Max (1983): *Ensayos sobre sociología de la religión I*. Madrid: Taurus.
- WHYTE, Glen (1986): "Escalating commitment to a course of action: a reinterpretation". *Academy of Management Review*, 11(2): 311-321.
- WILLIAMS, Larry J.; ANDERSON, Stella E. (1991): "Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors". *Journal of Management*, 17(3): 601-617.
- WITHEY, Michael J.; COOPER, William H. (1989): "Predicting Exit, Voice, Loyalty and Neglect". *Administrative Science Quarterly*, 34(4): 521-539.
- WIENER, Yoash (1982): "Commitment in organizations: a normative view". *Academy of Management Review*, 7, 418-428.

9. Annexos

Annex 1. Model de carta de presentació de l'estudi als metges, proposada a l'alta direcció de l'hospital

Benvolgut...,

Em plau demanar-te la teva col·laboració en l'estudi que uns professors d'ESADE han iniciat, amb una finalitat exclusivament científica i acadèmica, sobre el compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió.

Si et sembla bé col·laborar en aquesta recerca, hauràs d'omplir el qüestionari annex i tornar-lo a ESADE en el sobre que t'envio adjunt.

Totes les respostes són anònimes i la informació sol·licitada només s'utilitzarà per al projecte de recerca que els professors d'ESADE, autors del qüestionari, duen a terme simultàniament a diversos hospitals de Catalunya.

La participació del nostre hospital en aquest estudi es limita, exclusivament, a motivar la teva col·laboració i la dels teus col·legues i a fer-vos arribar el qüestionari.

T'agraeixo per endavant la teva col·laboració.

Cordialment,

XXX
Gerent

Barcelona, ... de de

Annex 2. Model de carta de recordatori de l'estudi als metges, proposada a l'alta
direcció de l'hospital

Benvolgut...,

Fa unes setmanes et vaig adreçar una carta en què et demanava que col·laboressis amb l'estudi sobre el compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió, un estudi que estan duent a terme uns professors d'ESADE.

Si ja has contestat el qüestionari, t'agraeixo la col·laboració i et demano que no tinguis en compte aquesta carta. Si encara no ho has fet, però, i vols col·laborar en el projecte, cal que emplenis el qüestionari annex i que el retornis a ESADE en el sobre de resposta adjunt.

Les respostes del qüestionari són confidencials i la informació només s'utilitzarà per al projecte de recerca que els professors d'ESADE, autors del qüestionari, duen a terme simultàniament en diversos hospitals de Catalunya.

La participació de la Direcció de l'hospital en aquest estudi es limita, exclusivament, a animar el personal perquè hi col·labori i a fer arribar el qüestionari a les persones adients.

T'agraeixo per endavant la teva col·laboració.

Cordialment,

XXX
Gerent

Barcelona, ... de..... de

Annex 3. Qüestionari

Benvolgut/uda,

A ESADE hem iniciat un projecte de recerca sobre el compromís organitzatiu dels metges hospitalaris, el seu compromís amb la professió i la compatibilitat d'aquestes dues demandes de lleialtat.

El qüestionari que us envio adjunt és un dels instruments que utilitzem per recollir les dades que necessitem i us agrairé que dediqueu uns minuts a contestar-lo. No trigareu més de quinze minuts a fer-ho. La rellevància de l'estudi depèn en gran mesura del nombre de respostes que obtinguem i, per tant, de la vostra col·laboració.

L'objectiu del qüestionari és detectar què opinen i com se senten els metges respecte al seu treball a l'hospital, per mitjà de diverses frases que poden reflectir, o no, les seves opinions. L'enquesta s'ha estructurat en set blocs temàtics: l'hospital, el servei, la professió, actituds respecte a l'hospital, suport de l'hospital, satisfacció en el treball i dades personals. Totes les respostes són anònimes i la informació personal sol·licitada només s'utilitzarà per estudiar les relacions entre atributs personals i actituds laborals (per exemple: mostren un compromís organitzatiu superior els metges amb una antiguitat més gran?).

Us agrairé que, un cop hàgiu contestat les preguntes, em torneu el qüestionari en el sobre adjunt.

Molt agraït per la vostra col·laboració.

Cordialment,

Manel Peiró
Professor d'ESADE

Indiqueu en quina mesura esteu d'acord amb cadascuna de les frases següents. Assenyaieu-ho a l'espai en blanc que hi ha a sota del número corresponent, d'acord amb l'escala que figura a continuació (observeu que no totes les frases tenen la mateixa polaritat):

Absolutament en desacord					Ni d'acord ni en desacord					Absolutament d'acord
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. L'hospital

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. M'agradaria passar la resta de la meva carrera en aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Sento que els problemes de l'hospital són els meus.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. No em sento "part de la família" d'aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. No sento lligams emocionals amb aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Aquest hospital significa molt per a mi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. No tinc un sentiment de pertinença a l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Em seria molt difícil deixar l'hospital ara, encara que volgués.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. La vida se m'alteraria massa si decidís deixar l'hospital ara.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. En aquests moments, quedar-me a l'hospital és tant una qüestió de necessitat com de desig.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. No tinc gaires opcions per plantejar-me deixar aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Una de les poques conseqüències negatives de deixar l'hospital seria les poques alternatives disponibles.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Si no li hagués donat tant a l'hospital, potser sí que em plantejaria treballar en un altre lloc.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. No em sento obligat a quedar-me en aquest lloc de treball.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Tot i que hi sortís guanyant, no crec que estigués bé deixar l'hospital en aquest moment.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Em sentiria culpable si deixés l'hospital ara.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Aquest hospital es mereix la meua lleialtat.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. No deixaria l'hospital en aquests moments perquè tinc un sentit del deure cap a les persones que hi treballen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Li dec molt al meu hospital.

2. El servei

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Tinc un sentiment de pertinença al meu servei.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. No tinc alternatives professionals fora del meu servei.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Tinc un sentit del deure amb el meu servei.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Quan algú elogia el meu cap de servei, ho sento com un compliment personal.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. La intensitat del meu treball depèn del reconeixement del meu cap de servei.

3. La professió

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. L'exercici de la medicina és important per a la meua imatge.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25. Em penedeixo d'haver entrat a la professió mèdica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Em sento orgullós de formar part de la professió mèdica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. No m'agrada ser metge.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. No em sento identificat amb la professió mèdica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. L'exercici de la medicina m'entusiasma.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. He donat massa de mi mateix a la professió de metge per plantejar-me canviar a hores d'ara.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31. Canviar de professió ara em seria difícil.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Canviarien massa coses a la meua vida si canviés de professió.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33. Canviar de professió ara em comportaria un cost molt gran.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

34. Res no m'impedeix canviar de professió.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

35. Canviar de professió ara requeriria un sacrifici personal considerable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

36. Crec que les persones que s'han format en una professió tenen la responsabilitat de dedicar-s'hi durant un període raonable de temps.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37. No sento cap obligació per continuar en la professió mèdica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

38. Sento que tinc una responsabilitat amb la medicina i que hi he de continuar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

39. Tot i que hi sortís guanyant, no crec que estigués preparat/ada per deixar la medicina ara.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

40. Em sentiria culpable si deixés la medicina.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

41. Estic en la medicina per un sentit de lleialtat a la professió.

4. Actituds respecte a l'hospital

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

42. Ocasionalment vaig a treballar tard i/o me'n vaig d'hora perquè no em trobo bé treballant, tenint en compte les condicions que ofereix l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

43. Ocasionalment, hi ha dies en què no poso gaire esforç en el meu treball.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

44. Mentre que jo rebí el meu salari, no em preocupa el que passi en aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45. Sovint considero la possibilitat de deixar aquest hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

46. Tal com estan les coses, crec que continuaré en el mateix lloc de treball durant els propers dos anys.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

47. Amb les condicions actuals, prefereixo dedicar la major part del meu esforç i d'energia a assumptes de fora de l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

48. En diverses ocasions, he pres la iniciativa per intentar aconseguir canvis a l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

49. De vegades m'he posat en contacte amb persones de fora de l'hospital en un esforç per efectuar canvis en els procediments de treball.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

50. La direcció de l'hospital coneix el seu treball i sap el que ha de fer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

51. Usualment defenso l'hospital contra les opinions crítiques.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

52. D'aquí a un any o dos, la situació de l'hospital serà molt millor del que és ara.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

53. Ajudo altres companys quan tenen molta feina.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Arribo cada dia puntualment a l'hospital, amb independència del temps que faci o del trànsit que hi hagi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. No critico l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

56. De manera voluntària, assumeixo funcions que contribueixen a la bona imatge de l'hospital.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

57. Procuo estar al corrent dels canvis i de les novetats de l'hospital.

5. Suport de l'hospital

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

58. El meu hospital té en compte les meves opinions.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

59. El meu hospital es preocupa realment pel meu benestar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

60. El meu hospital té molt en consideració els meus objectius i valors.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

61. Si tinc un problema, l'hospital m'ajudarà.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

62. Si m'equivoco sense mala fe, el meu hospital no m'ho tindrà en compte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

63. Si té l'oportunitat, el meu hospital intentarà aprofitar-se de mi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

64. El meu hospital mostra molt poc interès per mi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

65. El meu hospital està disposat a ajudar-me si necessito un favor especial.

6. Satisfacció en el treball

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

66. Si un bon amic meu em digués que està interessat en un lloc de treball com el que jo tinc, li recomanaria ferventment que hi optés.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

67. Estic molt satisfet amb el meu treball actual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

68. En general, el meu treball actual es correspon amb el que jo m'esperava.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

69. Sabent el que ara sé, si hagués de decidir de nou sobre el meu treball actual, el tornaria a escollir.

7. Dades personals

Dona

Home

Edat: _____ anys

Professió: _____

Especialitat: _____

Exercici professional: _____ anys

Posició que ocupeu a l'hospital: _____

Antiguitat a l'hospital: _____ anys

L'hospital en què treballeu està catalogat (assenyaleu amb una creu la resposta correcta):

d'alta tecnologia

de referència

general bàsic

Respecte a la vostra activitat professional a l'hospital:

és l'única activitat professional que porteu a terme

compatibilitzeu l'activitat professional a l'hospital amb activitat privada

Índex de gràfics

Gràfic 3-1: Tipologia de respostes a la insatisfacció en el treball (Rusbult, Farrell, Rogers, Mainous, 1988)	51
Gràfic 3-2: Model de tres components de compromís organitzatiu de Meyer i Allen	54
Gràfic 6-1: Compromís organitzatiu afectiu i edat	102
Gràfic 6-2: Compromís organitzatiu afectiu i anys d'exercici professional	103
Gràfic 6-3: Compromís organitzatiu afectiu i antiguitat	104
Gràfic 6-4: Compromís organitzatiu afectiu i posició	105
Gràfic 6-5: Compromís organitzatiu afectiu, sexe i activitat professional	107
Gràfic 6-6: Correlació entre compromís organitzatiu afectiu i suport organitzatiu percebut	108
Gràfic 6-7: Suport organitzatiu percebut i posició	109
Gràfic 6-8: Compromís organitzatiu afectiu i conducta organitzativa cívica	111
Gràfic 6-9: Compromís organitzatiu afectiu i satisfacció en el treball	112
Gràfic 6-10: Respostes <i>lleialtat</i> i <i>sortida</i> del model EVLN amb relació a la posició	113
Gràfic 6-11: Compromís organitzatiu de continuïtat i edat	117
Gràfic 6-12: Compromís organitzatiu de continuïtat i anys d'exercici professional	118
Gràfic 6-13: Compromís organitzatiu de continuïtat i antiguitat	119
Gràfic 6-14: Compromís organitzatiu de continuïtat i posició	120
Gràfic 6-15: Compromís organitzatiu de continuïtat i activitat professional	122
Gràfic 6-16: Compromís organitzatiu de continuïtat en els metges que compatibilitzen dues activitats professionals en funció de la posició que ocupen	123
Gràfic 6-17: Compromís organitzatiu de continuïtat i nivell de l'hospital	124
Gràfic 6-18: Compromís organitzatiu normatiu i edat	129
Gràfic 6-19: Compromís organitzatiu normatiu i antiguitat	130
Gràfic 6-20: Compromís organitzatiu normatiu i sexe	131
Gràfic 6-21: Compromís organitzatiu normatiu i posició	132
Gràfic 6-22: Compromís organitzatiu normatiu i activitat professional	133
Gràfic 6-23: Compromís organitzatiu normatiu i nivell d'hospital	134
Gràfic 6-24: Compromís organitzatiu normatiu i suport organitzatiu percebut	135
Gràfic 6-25: Compromís organitzatiu normatiu i satisfacció en el treball	136
Gràfic 6-26: Compromís organitzatiu normatiu i <i>lleialtat</i>	137
Gràfic 6-27: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i edat	141
Gràfic 6-28: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i sexe	142
Gràfic 6-29: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i posició	143
Gràfic 6-30: Focus del compromís: compromís afectiu amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització i activitat professional	145
Gràfic 6-31: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i antiguitat	149
Gràfic 6-32: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i posició	150
Gràfic 6-33: Focus del compromís: compromís de continuïtat amb el servei, amb el cap de servei, amb l'organització —sacrificis associats i absència d'alternatives— i activitat professional	151
Gràfic 6-34: Focus del compromís: compromís normatiu amb el servei, compromís organitzatiu normatiu i edat	154
Gràfic 6-35: Compromís normatiu amb el servei, compromís organitzatiu normatiu i posició	155
Gràfic 6-36: Compromís professional afectiu i anys d'exercici professional	160

Gràfic 6-37: Compromís professional afectiu i satisfacció en el treball en els qui compatibilitzen les dues activitats professionals	161
Gràfic 6-38: Compromís professional afectiu i posició	162
Gràfic 6-39: Compromís professional afectiu, compromís organitzatiu afectiu i activitat professional.....	163
Gràfic 6-40: Compromís professional afectiu i nivell d'hospital.....	164
Gràfic 6-41: Compromís professional de continuïtat i edat	167
Gràfic 6-42: Compromís professional de continuïtat i posició	168
Gràfic 6-43: Compromís professional de continuïtat i activitat professional.....	169
Gràfic 6-44: Compromís professional de continuïtat i nivell d'hospital.....	170
Gràfic 6-45: Compromís professional normatiu i anys d'exercici professional.....	172
Gràfic 6-46: Compromís professional normatiu i posició	173
Gràfic 6-47: Compromís professional normatiu i activitat professional.....	174
Gràfic 6-48: Compromís professional normatiu i nivell d'hospital	175
Gràfic 6-49: Representació dels valors de mitjana dels criteris en cada clúster.....	180
Gràfic 6-50: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 1.....	181
Gràfic 6-51: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 1.....	182
Gràfic 6-52: Distribució dels individus en els clústers en funció de la seva antiguitat	183
Gràfic 6-53: Distribució dels individus en els clústers en funció de la seva activitat professional.....	184
Gràfic 6-54: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 1.....	185
Gràfic 6-55: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 1.....	186
Gràfic 6-56: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 2.....	189
Gràfic 6-57: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 2.....	190
Gràfic 6-58: Distribució dels individus en els clústers en funció dels anys d'exercici professional.....	191
Gràfic 6-59: Distribució dels individus en els clústers en funció del nivell de l'hospital.....	192
Gràfic 6-60: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 2.....	193
Gràfic 6-61: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 2.....	194
Gràfic 6-62: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 3.....	196
Gràfic 6-63: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 3.....	197
Gràfic 6-64: Distribució dels individus en els clústers en funció de la posició que ocupen	198
Gràfic 6-65: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 3.....	199
Gràfic 6-66: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 3.....	200
Gràfic 6-67: Valoració del compromís organitzatiu i professional en el clúster 4.....	202
Gràfic 6-68: Valoració dels focus del compromís organitzatiu en el clúster 4.....	203
Gràfic 6-69: Distribució dels individus en els clústers en funció de l'edat.....	204
Gràfic 6-70: Distribució dels individus en els clústers en funció del sexe.....	205
Gràfic 6-71: Valoració del suport organitzatiu percebut, conducta organitzativa cívica i satisfacció en el treball en el clúster 4.....	206
Gràfic 6-72: Valoració de les respostes del model EVLN en el clúster 4.....	207

Índex de taules

Taula 2-1: Evolució de la despesa sanitària a Espanya i a Catalunya, 1990-2003.....	9
Taula 2-3: Evolució del nombre de metges col·legiats a Espanya i a Catalunya	10
Taula 3-1: Relació entre les dimensions dels models de compromís organitzatiu i els estats psicològics descrits per Meyer i Allen.....	31
Taula 3-2: Integració de dues conceptualitzacions multidimensionals del compromís (Meyer i Allen, 1997)	37
Taula 3-3: Tipologies del conflicte organització-professional i del compromís organitzatiu i professional (Aranya, Ferris, 1984)	71
Taula 5-1: Distribució dels qüestionaris	91
Taula 5-2: Índex de qualitat de la mesura dels factors	92
Taula 6-1: Edat, experiència professional i antiguitat en caps de servei i de secció	106
Taula 6-2: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu afectiu	110
Taula 6-3: Interaccions en l'efecte del compromís organitzatiu afectiu sobre la resposta lleialtat.....	114
Taula 6-4: Interaccions en l'efecte del compromís organitzatiu afectiu sobre la resposta sortida.....	114
Taula 6-5: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu afectiu de l'edat, anys d'exercici professional i posició	116
Taula 6-6: Edat, experiència professional i antiguitat per nivell d'hospital.....	125
Taula 6-7: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu de continuïtat	125
Taula 6-8: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu de continuïtat de la posició, activitat professional i nivell d'hospital	127
Taula 6-9: Interaccions en l'efecte del suport organitzatiu percebut sobre el compromís organitzatiu normatiu.....	136
Taula 6-10: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís organitzatiu normatiu del sexe, posició i activitat professional.....	138
Taula 6-11: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el focus del compromís afectiu del sexe i l'activitat professional.....	147
Taula 6-12: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el focus del compromís de continuïtat de la posició i l'activitat professional.....	153
Taula 6-13: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional afectiu dels anys d'exercici professional i l'activitat professional.....	166
Taula 6-14: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional de continuïtat de l'activitat professional	171
Taula 6-15: Significació estadística de la relació i grandària de l'efecte en el compromís professional normatiu de l'activitat professional.....	176
Taula 6-16: Valors de mitjana dels criteris (variables actives) en els clústers	180

Índex onomàstic

- Abbott 6
Aldenderfer..... 94
Alexander 6, 15
Alienador..... 31
Allen
 6, 7, 15, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27,
 29, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43,
 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57,
 58, 59, 75, 76, 81, 82, 84, 85, 86, 88,
 98, 101, 102, 104, 108, 111, 117, 129,
 134, 135, 136, 141, 160, 166, 167,
 168, 172, 211, 213, 225
Alonso..... 88
Amernic 59
Andersen..... 6
Anderson 47
Angle 6, 19, 28, 29, 32
Anton 19
anys d'exercici de la medicina 75
Aranya.....
 6, 7, 56, 57, 59, 63, 70, 71, 72, 161
Armeli...41, 42, 87, 88, 111, 112, 134, 219
Armelli 41
Armstrong 59
Arrizabalaga 229
Aryee 59, 72
Aven 6, 20, 22
Barber 9, 10, 229
Barksdale..... 48, 111, 121
Barley..... 59
Bartlett 21, 25, 27
Bartol 6, 71
Baruch..... 6, 14
Bateman..... 20, 21, 23, 47, 49
Batista-Foguet.....
 ... 16, 76, 84, 88, 92, 94, 101, 141, 226
Baugh..... 6, 72
Beckhard..... 218
Becker.....
 15, 22, 23, 35, 36, 37, 43, 76, 85, 124,
 142, 145, 147, 151, 155, 157, 158,
 162, 168, 171, 222, 230
Beckhard..... 218
Bediako 53
Belout..... 53
Ben-David 5, 61, 64
Bengoa 12, 75
Bentein
 ... 15, 37, 141, 145, 147, 150, 221, 230
Benter..... 49, 135, 136
Bentler..... 49, 112, 121
Benveniste 3, 4, 6, 12, 63
Benzécri 94
Berger 69
Billings
 15, 36, 37, 76, 142, 145, 147, 151,
 157, 158, 222, 230
Bisbe 226
Bishop.... 48, 145, 150, 160, 161, 172, 221
Blanchard 219
Blashfield 94
Blau 55, 59, 61
Bline 59, 72
Bolon 48
Bonoma 61
Bouliau.....
 6, 7, 15, 19, 20, 21, 28, 29, 32, 42, 49,
 56, 59, 72, 112
Brief..... 36, 47
Brierley 59
Brockner..... 229
Brumbaugh 69
Buchanan..... 6, 22, 32, 38
Budetti..... 6, 15
Bujold 231
Burns..... 6, 12, 15
Burroughs 48
Bycio 26, 46, 47
Caldwell 24, 33, 85
Campbell 227
Camprubí..... 12, 75
Camps 223
Cardona 49, 112, 121, 135, 136
Carswell 55, 57
Cascio 53
Castellà 16, 76, 84, 141
Catalunya..... 8, 10, 11, 14, 75, 231
Cerdin 53
Chatman... 6, 19, 24, 29, 33, 35, 36, 48, 85
Chenhall 226
Clugston 37
Coenders..... 88, 92, 94
Cohen..... 43, 93
Colarelli..... 145, 150, 160, 161, 172, 221
Colby 5
Coleman 6, 26, 56, 58, 59, 82
Comisión de Análisis y Evaluación del
 Sistema Nacional de Salud..... 12, 75

Cook	49, 227	Goode.....	72
Cooper.....		Goodman.....	35
6, 26, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 82, 85,		Goss	5
229		Gould	6, 27, 28, 33
Cornejo.....	6, 19, 20, 25, 29, 34, 231	Gouldner... 4, 6, 41, 49, 61, 68, 69, 71, 179	
Costa.....	10, 12, 75	Greenberg.....	42
Coyle-Shapiro.....	43, 44, 49	Grimes.....	69
Cropanzano.....	42	Grup de Treball per a la racionalització i	
Cummings	41, 42, 87, 88, 112	finançament de la despesa sanitària . 12	
Davies	6	Guba	224
Davis-LaMastro.....	41, 108, 134, 212	Guilera	16, 76, 84, 141
DeLoria	19	Guindal.....	8
Denzin	97, 98, 99, 228	Gunn	50, 62
Derber.....	66	Gunz	6, 73
Dharwadkar.....	37, 55	Guy	6
Dolan	53	Hackett.....	26, 46, 47
Dorfman.....	37	Hackman.....	40
Dwyer.....	59	Hall	6, 57, 59, 63, 64, 72, 160, 172
Echebarría	12, 75	Halliday.....	65
Edwards.....	5	Harris	218
Eisenberger.....		Hausdorf.....	26, 46, 47
26, 40, 41, 42, 87, 88, 101, 108, 109,		Health Canada.....	6
111, 112, 125, 134, 144, 145, 151,		Herscovitch.....	
169, 212, 219		6, 15, 20, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 38,	
Engel.....	5, 64	39, 40, 42, 43, 44, 46, 55, 101, 104,	
Etzioni.....	5, 27, 28, 29, 31	112, 117, 134, 141	
European Observatory on Health Systems .		Hersey.....	219
.....	3	Higgs	5
Eveleth	15, 36, 37, 145, 151, 222, 230	Hirshman.....	50, 62
Farrell.....	50, 51, 52, 85, 126, 186, 194	Howell.....	37
Fasolo	41, 108, 134, 212	Hsu	6, 7, 56, 72
Fénelon.....	94	Huang.....	7, 56, 72
Fernández.....	12, 75	Huntington... 26, 40, 41, 87, 101, 108, 219	
Ferriman.....	4	Hutchinson ... 26, 40, 41, 87, 101, 108, 219	
Ferris... 6, 7, 56, 57, 59, 63, 70, 71, 72, 161		iInstitut Nacional de Estadística..... 9, 10	
Fetter.....	86	Irving	6, 26, 40, 56, 58, 59, 82
Filella	14, 20, 22	Jaros.....	6, 26, 27, 29, 34
Flango	69	Jermier	29, 34
Flick.....	228	Johnson	219
Ford	6, 26, 43, 117	Kaldenberg	162, 168
Fortuny.....	12, 75	Kanter	27, 28, 31
Freidson.....	4, 6, 63, 64, 65, 66, 67	Katz	21, 47
Friedberg.....	59	Keller	6
Fulls Econòmics.....	12, 75	Kelman.....	24, 27, 28, 31
Galbraith.....	61	Kessler	43, 49
Gallego	11	Ketchand	117
García-Prado.....	206, 222	Kiesler.....	22, 23
Gellatly	46	Ko	26, 134
George.....	37, 55	Koehler.....	29, 34
Gilbert.....	15, 36, 37, 145, 151, 222, 230	Kolb	62
Gillies.....	6, 15	Kornacki.....	5
Goetz.....	57	Kornhauser	6, 61
González.....	19, 206, 222, 229	Kraatz.....	44
González López-Valcárcel.....	9, 10	Kushnir.....	59

- Lachman..... 5, 6, 15, 16, 52, 56, 59, 62, 65, 72, 85, 114, 126, 188
- Lait 6
- Langfield-Smith 6, 59, 72, 160, 172
- Larson 6
- Lawler..... 38, 141, 221
- Lawrence..... 49, 112, 135, 136
- Lebart..... 94
- Lee 55, 57, 226
- Leong 6, 7, 56, 72
- Levine 66, 67
- Levy..... 49
- Liao..... 6
- Light 66, 67
- Lincoln..... 97, 98, 224, 228
- Llewellyn..... 145
- López 223
- Lowenberg..... 43
- Lynch..... 41, 42, 87, 88, 111, 112, 134
- MacDonald 64, 65, 66
- MacKenzie 47, 86, 111, 226
- MacNeil..... 44
- Mainous..... 50, 51, 52, 85, 126, 186, 194
- March..... 29
- Marshall 80, 95, 227
- Mathieu 6, 19, 21, 24, 37, 39, 40, 45, 46, 101, 103, 112, 116, 120
- Mayer..... 6, 19, 29, 34
- McCracken..... 79, 95, 98, 227
- McGee..... 6, 26, 43, 117
- McKinlay..... 66
- Meixner 59, 72
- Mendoza..... 6, 12, 13, 62, 63, 64, 65, 75
- Mercer..... 6, 15, 69
- Merton..... 68
- Meyer..... 6, 7, 15, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 75, 76, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 98, 101, 102, 104, 108, 111, 112, 117, 124, 129, 134, 135, 136, 141, 160, 166, 167, 168, 172, 211, 213, 225
- Min 59
- Ministerio de Sanidad y Consumo 9, 10
- Mintzberg 6, 64, 220
- Montagna..... 63
- Moorman..... 86
- Moral 31, 34
- Morineau..... 94
- Morlans 5
- Morrison..... 44, 47, 48, 49, 111
- Morrow 6, 15, 19, 55, 56, 57, 59, 63
- Motowidlo 36, 47
- Mowday 6, 7, 15, 19, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 32, 42, 49, 56, 57, 59, 62, 70, 72, 112, 114, 116
- Mueller..... 26, 134
- Nachman..... 56
- Navarro..... 6, 19, 20, 25, 29, 34, 231
- Near 47, 48
- Neuman..... 44
- Nogueras 12, 75
- Norris 49
- Noy 5, 6, 15, 16, 52, 56, 62, 65, 85, 114, 126, 188
- O'Neill 53
- O'Reilly 6, 19, 24, 25, 29, 33, 35, 36, 48, 85
- Obeso..... 6, 12, 13, 16, 19, 64, 66, 75, 76, 84, 141, 172, 196
- Oldham..... 40
- Oleiza 4, 12
- Organ 20, 21, 23, 47, 48, 49, 86, 87, 101, 111, 194, 196
- Oriol..... 4, 12, 65
- Ortún..... 12, 75
- Parasuraman 56
- Park..... 6
- Parsons 6
- Patton..... 95, 96, 98, 99, 228, 231
- Pazy 59
- Peiró..... 16, 76, 84, 141
- Penley 6, 27, 28, 33
- Pennings 35
- Perry 6, 19, 28, 29, 32
- Podsakoff 47, 86, 111, 226
- Pollock 59
- Pondy 62
- Porter 6, 7, 15, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 32, 42, 49, 56, 57, 59, 62, 70, 72, 112, 114, 116
- Powell 23, 26, 43, 117, 124
- Price..... 26, 134
- Purcell..... 43, 49
- Putnam..... 62
- Puyol..... 223
- Quijano..... 6, 19, 20, 25, 29, 34, 231
- Quinn 88
- Raelin 6, 65, 165
- Rahim..... 61
- Randall..... 6, 15, 20, 45, 52, 53
- Redman..... 55, 59, 82

Reichers.....	15, 37, 41, 141, 144, 145, 147, 150, 151, 221, 230
6, 12, 15, 19, 20, 22, 35, 36, 37, 38, 76	
Rexwinkel.....	41, 111, 134
Rhoades.....	41, 42, 108, 109, 112, 125, 134, 144, 145, 151, 169, 219
Richards	4, 5
Roberts.....	6, 72
Robinson	44
Rogers.....	50, 51, 52, 85, 126, 186, 194
Rossmann.....	80, 95, 227
Rousseau.....	44
Rusbult ...	50, 51, 52, 62, 85, 126, 186, 194
Ryan.....	47, 48, 86, 87, 101, 111
Sakumura.....	22
Salancik.....	12, 20, 22, 23
Sauquet.....	6, 61, 62, 79, 95, 98, 227, 231
Schneider.....	229
Schoorman.....	6, 19, 29
Schorman.....	34
Scott.....	4, 5, 6, 48, 61, 63, 64, 69, 70, 179, 189, 209, 216
Servei Català de la Salut	10, 81, 89, 227
Shadish.....	227
Shafer.....	6
Shao	6
Sheperd.....	88
Shore.....	26, 41, 42, 48, 108, 111, 112, 121
Shortell.....	6, 15
Siders.....	37, 55
Silverman.....	96
Silversin	5
Simon.....	29
Sincich	29, 34
Smith.....	5, 6, 27, 46, 47, 48, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 72, 76, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 98, 101, 111, 134, 136, 160, 166, 167, 168, 172, 211, 225
Snape	55, 59, 82
Somers	6, 19, 20, 21, 23, 28, 33, 46
Sorensen.....	5, 6, 61, 71, 179
Sowa.....	26, 40, 41, 87, 101, 108, 219
Stanley	6, 15, 20, 26, 27, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 55, 101, 112, 117, 134
Steers.....	6, 7, 15, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 32, 38, 42, 49, 56, 57, 59, 62, 70, 72, 112, 114, 116
Stinglhamber.....	
	15, 37, 41, 141, 144, 145, 147, 150, 151, 221, 230
Strawser.....	117
Sucharski.....	41, 144, 145, 151
Sureda	94
Tetrick.....	41, 42, 108, 112
Tett	19, 45
Thomas.....	72
Thornton.....	71
Tjosvold	62
Topolnytsky	
6, 15, 20, 26, 27, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 55, 101, 104, 112, 117, 134	
Toro	53
Tukey.....	101
Turley.....	59
Tyler	229
Valency.....	59
Valls	101
Valls-Llobet.....	229
Van Maanen.....	59
Vandenberghe.....	15, 37, 41, 141, 144, 145, 147, 150, 151, 221, 230
Vaughan.....	5
Via	12, 75
Villardell	4, 12, 75
Wahn.....	52
Wall	49
Wallace.....	6, 7, 17, 56, 61, 63, 72
Walton.....	61
Wang.....	59
Waters.....	6, 15
Watt	59
Watts.....	49
Wayne	26, 48, 111
Weber.....	163
Welker.....	59
Wholey.....	6, 12, 15
Whyte.....	20, 23
Wiener.....	6, 26, 32, 44
Williams	47
Wirth.....	6, 56, 57, 59, 63
Withey.....	50, 51, 52, 85
Wyatt	72
Zajac	
6, 19, 21, 24, 37, 39, 40, 45, 46, 101, 103, 112, 116, 120	
Zembrodt.....	50, 62
Zin	59
Zuckerman.....	6, 15
Zvonkovic	162, 168

Índex alfabètic

- abandonar l'organització 19
- abast del lloc de treball 40
- abordatge de potencials conflictes entre
l'organització i els professionals218
- absència d'alternatives.....127
- absència d'alternatives professionals 77
- absència involuntària 46
- absència voluntària 46
- absència, dies de..... 46
- absència, nombre total de dies 46
- absències afegides al cap de setmana o a
vacances..... 46
- absències annexades sospitoses 46
- absències culpables..... 46
- absències no culpables 46
- absències, freqüència de les..... 46
- absències, nombre de 46
- absentisme 19, 45, 46, 82
- absentisme i elusió de les tasques dels
facultatius222
- absentisme involuntari. 46
- absentisme voluntari..... 46
- absentisme, disminució de l'230
- acompliment del treball..... 46
- acompliment dels pressupostos220
- acompliment en el lloc de treball 46, 47
- acreditació dels hospitals a Catalunya ..230
- activitat professional.....58, 89
- acumulació de les inversions 43
- adjunt105
- administració sanitària 11
- advocats..... 72, 231
- afectiu 15, 37, 34
- alienació 27
- alienador 31
- alta direcció 37
- alta direcció de l'hospital..... 76, 221
- alta direcció dels hospitals..... 81
- alta tecnologia 48
- alternatives d'ocupació 43
- alternatives de feina 51
- alternatives professionals en el clúster 2....
.....216
- altruisme 48, 86
- amant del bricolatge 97, 228
- Amèrica del Nord..... 6
- anàlisi de clústers93, 94, 179
- anàlisi factorial confirmatòria 92
- anàlisi sobre la motivació de March i
Simon..... 29
- anàlisis clíniques 67
- antecedent del compromís de continuïtat...
..... 43
- antecedent del compromís organitzatiu . 41
- antecedents 38
- antecedents del component afectiu del
compromís ocupacional 58
- antecedents del component de continuïtat..
..... 58
- antecedents del component normatiu del
compromís ocupacional..... 58
- antecedents del compromís38, 58
- antecedents del suport organitzatiu
percebut..... 42
- antecedents i conseqüències del
compromís ocupacional..... 82
- antecedents o conseqüències del
compromís organitzatiu i professional
..... 82
- antiguitat.....39, 43, 101
- antiguitat a l'hospital.....75, 89
- antiguitat en l'exercici professional..... 89
- antiguitat en la professió 58
- antiguitat i rotació105
- anys d'exercici de la medicina 75
- anys d'exercici professional.....101
- apropiació o ús indegut de recursos
públics.....223
- aproximacions qualitatives 98
- aproximacions quantitatives 98
- aspectes positius que la pràctica dual...223
- assignació de recursos..... 43
- assistència exemplar 48
- atenció ambulatoria 3
- atenció primària3, 4
- atenció sanitària 5
- auditoria 7
- auditors..... 72, 231
- auditors a Singapur 72
- autocontrol..... 56
- autonomia ... 40, 49, 57, 63, 64, 65, 66, 219
- autonomia mèdica 5
- autonomia professional.....
.....3, 5, 12, 56, 61, 70
- autoregulació 57
- autoritat 61
- autoritat col·legial..... 61

- bases del compromís 35, 36
- beneficència 10
- beneficis econòmics pels metges 222
- benestar dels empleats 53
- burocràcia 61, 64, 67
- burocràcia professional..... 64
- burocràcies 63
- burocratització dels professionals 65
- Canadà 6, 53, 81, 88
- canviar de professió 77
- cap de secció 105, 212
- cap de servei.....
- 15, 16, 76, 84, 105, 212, 221
- cap de servei com a directiu 221, 222
- cap de servei i funció de “facilitador” ..221
- cap de servei i rol de mentor221
- capacitat de gestió dels hospitals220
- característiques organitzatives 39
- característiques personals 39
- carrera professional 14, 16, 72, 229
- carrera professional del metge220
- carrera professional, progrés de la.....221
- carreres..... 3
- Catalunya..... 8, 10, 11, 14, 75, 231
- cessió 28
- circumscripcions 12, 35
- circumscripcions de l’organització 76
- cirurgia refractiva 67
- clara incompatibilitat entre els dos compromisos217
- clima organitzatiu 53
- coalicions i circumscripcions 35
- coeficient de Pearson..... 93
- coeficient de Spearman..... 93
- coeficient eta..... 93
- col·lectiu mèdic218
- col·legiats 9
- common method variance226
- compatibilitat..... 16
- compatibilitat de compromisos limitada als components afectius217
- compatibilitat de l’activitat a l’hospital amb l’exercici privat.....101
- compatibilitat del compromís organitzatiu i professional..... 72
- compatibilitat dels compromisos 72, 77, 101
- compatibilitat entre el compromís professional i l’organitzatiu 77
- compatibilitat entre els compromisos 17, 71, 217, 222
- compatibilitat entre els dos compromisos 73
- compatibilitat entre les dues lleialtats.... 71
- compatibilitat entre professionals i organització 63
- compatibilització de l’activitat a l’hospital amb exercici privat..... 75
- compatibilitzar l’activitat professional .213
- compatibilitzar les dues activitats professionals222
- component afectiu37, 58, 59, 75, 76, 77, 101
- component afectiu amb el cap de servei.... 85
- component afectiu amb el cap de servei i edat.....142
- component afectiu del compromís 15
- component afectiu del compromís organitzatiu 57
- component afectiu del compromís professional i sexe161
- component afectiu, valoració.....116
- component de continuïtat..... 58, 75, 76, 77, 101
- component de continuïtat amb el cap de servei..... 85
- component normatiu 58, 75, 76, 101
- component normatiu 59
- component normatiu del compromís organitzatiu213
- component professional normatiu i nivell d’hospital.....175
- comportament extrarol.....36, 49
- comportament *extra-role*.....47, 49
- comportament *in-role* 49
- comportaments extrarol 47
- compromès 36
- compromès globalment 36
- compromès localment 36
- compromesos amb la professió i amb l’organització 72
- compromís 1, 32
- compromís actitudinal..... 20
- compromís afectiu 25, 26, 29, 30, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 52, 53, 76, 102, 139, 219
- compromís afectiu amb el cap de servei.... 141, 214
- compromís afectiu amb el cap de servei en el clúster 1183
- compromís afectiu amb el cap de servei en les dones.....214
- compromís afectiu amb el servei . 141, 214
- compromís afectiu amb el servei en el clúster 4.....217
- compromís afectiu amb l’organització 41, 42, 46

- compromís afectiu amb l'organització i amb la professió216
- compromís afectiu amb la professió i activitat professional.....163
- compromís afectiu amb la professió i antiguitat.....160
- compromís afectiu amb la professió i anys d'exercici professional.....160
- compromís afectiu amb la professió i edat.160
- compromís afectiu focalitzat en el servei i edat.....142
- compromís afectiu professional i posició162
- compromís alienador 29
- compromís amb el cap de servei..... 85
- compromís amb el cap del servei..... 76
- compromís amb el grup de treball..... 36
- compromís amb el servei 84, 221
- compromís amb el supervisor 36
- compromís amb el treball..... 19, 55
- compromís amb el valor29, 34
- compromís amb els objectius i valors de l'alta direcció 35
- compromís amb els valors..... 30
- compromís amb els valors i objectius del supervisor 37, 222
- compromís amb l'alta direcció 35
- compromís amb l'hospital.....1, 6, 15, 62
- compromís amb l'ocupació 55
- compromís amb l'organització 6, 16, 19, 20, 35, 55, 57, 58, 72
- compromís amb l'organització i amb l'ocupació 81
- compromís amb l'organització i la professió 93
- compromís amb l'organització i la professió, efectes del..... 72
- compromís amb la carrera..... 19, 55, 60
- compromís amb la carrera..... 59
- compromís amb la professió..... 1, 6, 17, 55, 56, 57, 58, 60, 72, 75, 76, 79, 82
- compromís amb la professió i amb l'organització 71
- compromís amb restar..... 32
- compromís calculador.....29, 33
- compromís calculador-instrumental..... 33
- compromís com un comportament 20
- compromís d'intercanvi..... 29
- compromís de cohesió 28, 31
- compromís de continuïtat..... 25, 26, 29, 31, 33, 34, 43, 45, 46, 48, 52, 76, 140
- compromís de continuïtat amb el cap de servei.....214
- compromís de continuïtat amb el cap de servei i doble pràctica professional.....153
- compromís de continuïtat amb el cap de servei i posició151
- compromís de continuïtat amb el cap de servei i sexe151
- compromís de continuïtat amb el servei....214
- compromís de continuïtat amb el servei en els caps de secció214
- compromís de continuïtat amb el servei i posició151
- compromís de continuïtat amb el servei i sexe.....151
- compromís de continuïtat amb la professió i edat167
- compromís de continuïtat focalitzat en el cap de servei i edat.....149
- compromís de continuïtat respecte als dos focus i nivell de l'hospital.....153
- compromís de continuïtat-absència d'alternatives i antiguitat.....119
- compromís de continuïtat-sacrificis associats i caps de secció.....120
- compromís de control.....28, 31
- compromís de necessitat..... 29
- compromís del metge amb l'hospital. 67
- compromís del metge amb la seva professió 67
- compromís dels metges..... 76
- compromís dels metges amb diferents entitats.....214
- compromís dels metges amb el cap de servei.....221
- compromís dels metges amb l'hospital..... 12, 14, 15, 101, 211
- compromís dels metges amb l'organització 16
- compromís dels metges amb l'organització i amb la professió 79
- compromís dels metges amb la professió... 76
- compromís *distal*, amb l'hospital.....221
- compromís dual..... 6, 7, 17, 230
- compromís instrumental.....24, 29, 33, 34
- compromís l'alienador 29
- compromís moral29, 33
- compromís mutu 49
- compromís normatiu..... 25, 26, 29, 32, 33, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 76, 140

compromís normatiu amb el servei.....	214	compromís organitzatiu afectiu i resposta	
compromís normatiu amb el servei i		“sortida”.....	113
activitat professional.....	157	compromís organitzatiu afectiu i resposta	
compromís normatiu amb el servei i		“sortida”.....	116
antiguitat.....	156	compromís organitzatiu afectiu i	
compromís normatiu amb el servei i anys		satisfacció en el treball.....	112, 116
d’exercici professional.....	156	compromís organitzatiu afectiu i sexe ..	107
compromís normatiu amb el servei i edat ..		compromís organitzatiu afectiu i sexe ..	107
.....	155	compromís organitzatiu afectiu i suport	
compromís normatiu amb el servei i		organitzatiu percebut	116
posició	156	compromís organitzatiu afectiu i suport	
compromís normatiu amb el servei i sexe ..		organitzatiu percebut	108
.....	156	compromís organitzatiu afectiu i	
compromís normatiu amb la professió i		trajectòria professional del metge ..	116
activitat professional.....	174	compromís organitzatiu afectiu i variables	
compromís normatiu amb la professió i		demogràfiques.....	116
posició	173	compromís organitzatiu de continuïtat	
compromís ocupacional.....		19, 117, 212
.....	52, 55, 57, 58, 59, 60, 81	compromís organitzatiu de continuïtat dels	
compromís ocupacional afectiu	59	metges en la dimensió absència	
compromís organitzatiu		d’alternatives i anys d’exercici	
1, 6, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23,		professional.....	119
30, 32, 35, 38, 42, 44, 45, 46, 48, 53,		compromís organitzatiu de continuïtat en	
55, 56, 58, 71, 72, 75, 76, 77, 81, 93,		la dimensió sacrificis associats	
101, 219		,antiguitat.....	119
compromís organitzatiu afectiu.....		compromís organitzatiu de continuïtat i	
.....	19, 48, 49, 116	caps de servei amb doble activitat	
compromís organitzatiu afectiu dels		professional.....	121
metges.....	102	compromís organitzatiu de continuïtat i	
compromís organitzatiu afectiu i.....	105	interacció de variables	125
compromís organitzatiu afectiu i antiguitat		compromís organitzatiu de continuïtat i	
.....	104	model de regressió múltiple	126
compromís organitzatiu afectiu i anys		compromís organitzatiu de continuïtat i	
d’exercici professional.....	103	model de resposta EVLN.....	126
compromís organitzatiu afectiu i caps de		compromís organitzatiu de continuïtat i	
secció	106	sexe.....	120
compromís organitzatiu afectiu i caps de		compromís organitzatiu de continuïtat i	
servei.....	106	suport organitzatiu percebut	125
compromís organitzatiu afectiu i conducta		compromís organitzatiu de continuïtat-	
organitzativa cívica.....	111, 116	sacrificis associats i posició.....	120
compromís organitzatiu afectiu i edat..	102	compromís organitzatiu de continuïtat-	
compromís organitzatiu afectiu i		absència d’alternatives i activitat	
interacció de variables	107, 114	professional.....	122
compromís organitzatiu afectiu i jerarquia		compromís organitzatiu de continuïtat-	
de l’hospital.....	105	absència d’alternatives i edat.....	118
compromís organitzatiu afectiu i model de		compromís organitzatiu de continuïtat-	
regressió múltiple	115	absència d’alternatives i nivell de	
compromís organitzatiu afectiu i model de		l’hospital.....	124
resposta EVLN.....	116	compromís organitzatiu de continuïtat-	
compromís organitzatiu afectiu i model de		absència d’alternatives i posició	120
resposta EVLN,.....	113	compromís organitzatiu de continuïtat-	
compromís organitzatiu afectiu i posició		sacrificis associats anys d’exercici	
en la jerarquia mèdica.....	116	professional.....	118
compromís organitzatiu afectiu i resposta			
“lleialtat”	113, 116		

- compromís organitzatiu de continuïtat-sacrificis associats i activitat professional.....121
- compromís organitzatiu de continuïtat-sacrificis associats i edat.....117
- compromís organitzatiu de continuïtat-sacrificis associats i nivell d'hospital 1 23
- compromís organitzatiu de creixement.. 49
- compromís organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian..... 56
- compromís organitzatiu dels metges 15, 211, 229
- compromís organitzatiu dels metges amb l'hospital.....211
- compromís organitzatiu dels metges hospitalaris 79, 139
- compromís organitzatiu i professional.. 79
- compromís organitzatiu i professional en auditors..... 70
- compromís organitzatiu normatiu129
- compromís organitzatiu normatiu i activitat professional.....132
- compromís organitzatiu normatiu i antiguitat.....130
- compromís organitzatiu normatiu i anys d'exercici professional.....130
- compromís organitzatiu normatiu i caps de servei.....131
- compromís organitzatiu normatiu i conducta organitzativa cívica136
- compromís organitzatiu normatiu i edat130
- compromís organitzatiu normatiu i jerarquia mèdica.....131
- compromís organitzatiu normatiu i model de regressió múltiple138
- compromís organitzatiu normatiu i model de resposta EVLN137
- compromís organitzatiu normatiu i nivell d'hospital.....133
- compromís organitzatiu normatiu i posició131
- compromís organitzatiu normatiu i satisfacció en el treball.....136
- compromís organitzatiu normatiu i sexe130
- compromís organitzatiu normatiu i suport organitzatiu percebut134
- compromís organitzatiu normatiu, contracte psicològic135
- compromís organitzatiu normatiu, valoració dels metges.....138
- compromís organitzatiu, tres components..101
- compromís organitzatiu, vinculació amb101
- compromís organitzatiu i professional, constructes multidimensionals225
- compromís personal..... 29, 30, 34
- compromís professional..... 12, 14, 16, 19, 55, 57, 59, 60, 71, 72, 76, 77, 93, 101
- compromís professional afectiu215
- compromís professional afectiu i nivell de l'hospital.....165
- compromís professional de continuïtat.215
- compromís professional de continuïtat i activitat professional.....169
- compromís professional de continuïtat i antiguitat.....168
- compromís professional de continuïtat i nivell d'hospital.....170
- compromís professional de continuïtat i posició168
- compromís professional de continuïtat i sexe.....168
- compromís professional dels auditors ... 56
- compromís professional dels metges hospitalaris 76
- compromís professional dels metges hospitalaris 76
- compromís professional i organitzatiu de metges hospitalaris assalariats 82
- compromís professional normatiu 1 72, 215
- compromís professional normatiu i edat....172
- compromís professional normatiu i sexe175
- compromís *proximal*, amb les unitats primàries.....221
- compromís de continuïtat..... 28
- comunió..... 28
- comunitats autònomes 11
- concepcions de la professió218
- conceptualització actitudinal 21
- conceptualitzacions del compromís 25
- conceptualitzacions multidimensionals del compromís 37
- conclusions de la recerca quantitativa ..227
- condicions de treball 42
- condicions de treball estressants.... 42, 219
- condicions del lloc de treball..... 42
- conducta cívica 58
- conducta cívica adreçada als individus .. 48
- conducta cívica en el treball 47
- conducta organitzativa cívica 41, 44, 45, 47, 48, 49, 58, 75, 82, 101, 212

conducta organitzativa cívica, model bidimensional.....	47	constructe normatiu	27
conducta organitzativa prosocial.....	36	constructes del compromís organitzatiu	101
conductes disfuncionals	36	constructivisme social.....	224, 227
conductes funcionals.....	36	consultors	231
coneixement dels resultats actuals de les activitats del treball	40	contacte directe	61
coneixements certificats.....	65	contracte psicològic	44, 58
conferència Hospitales Top 20	230	contractes relacionals	44
confidencialitat.....	89, 226	contractes transaccionals	44
conflicte.....	16, 61, 62	contraposició del compromís amb l'organització i amb la professió	6
conflicte a les organitzacions	61	contribució dels professionals, dificultat per discriminar, valorar i reconèixer....	220
conflicte entre compromisos	70	control.....	3, 5
conflicte entre directius i professionals..	63	control burocràtic	66
conflicte entre gerents i metges.....	12	control col·legial.....	56
conflicte entre lleialtats	70	control del procés de treball.....	66
conflicte entre metges i hospital.....	17	control intern.....	51
conflicte entre professionals i organització	11	control jeràrquic	61
conflicte i compatibilitat entre els dos compromisos	80	control sobre el propi treball.....	65, 66
conflicte i el compromís entre professionals i organitzacions	68	conversa amb un propòsit	95, 227, 228
conflicte organització-professional	4, 5, 6, 11, 12, 14, 17, 56, 62, 63, 64, 66, 69, 70, 72, 75, 77, 79	corporativisme	12
conflicte organització-professional,	tipologies.....	correcció de Bonferroni	225
	71	cortesia	87
conflicte organitzatiu	62	cosmopolites	68, 69
conflictes a les organitzacions	61	costos associats	26
conflictes interpersonals	61	costos percebuts	25, 31, 32, 33, 34
conflictes intragrups,.....	61	creació d'equips	222
conflictes intrapersonals	61	criteri del colze.....	180
conformitat	24, 27, 31,33, 36, 48, 85	culminació de la carrera professional...221	
conformitat amb els estàndards professionals	56, 61	decadència de les professions	66
conformitat amb les normes i regulacions organitzatives.....	61	delació	52
conformitat generalitzada	48	demanda de doble lleialtat amb la professió i amb l'hospital.....	217
congruència del compromís organitzatiu i professional.....	72	demandes de compromís de l'organització i de la professió	228
conseqüències del compromís	45, 58	demandes organitzatives	61
conseqüències del compromís ocupacional	58	desatenció	50, 51, 52, 62, 85, 86
conseqüències del compromís organitzatiu	45	desconfiança	12
conseqüències del conflicte	62	descontentament.....	4
conseqüències del conflicte organització-professional.....	62	descripció del lloc de treball	36
conseqüències no desitjades del doble exercici professional.....	222	desencís	4
Consorci Hospitalari de Catalunya	11	desenvolupament personal i professional..	222
constructe afectiu	27	desil·lusió	4
constructe de tres components	58	desitjabilitat social.....	226
constructe multidimensional.....	15	desmotivació	4
		despesa sanitària	8, 9
		despesa sanitària pública.....	8
		desprofessionalització	66, 67
		diagrames bivariants	93, 101
		diferència entre els anys d'exercici professional i antiguitat.....	105
		diferencial de coneixement.....	66

- dimensió activa-passiva 50
dimensió constructiva-destructiva 50
dimensions del compromís de continuïtat
..... 43
dimensions estructurals 72
dimensions estructurals de les
organitzacions 72
direcció d'equips de professionals 221
direcció de l'hospital 16, 219, 222
direcció de l'hospital i capacitat
d'execució, 219
directius 5, 12, 13, 16, 22, 63, 96
directius hospitalaris 14, 16
director de la unitat 37
director general 89
director gerent 89
director mèdic 89
doble exercici professional 222
doble lleialtat 6, 77
doble pràctica dels metges 223
dones 9
dones en el clúster 4 217
dones integrants del cos facultatiu 229
dotació de recursos 220
downsizing 53, 58
dret 7, 59
dret a gestionar 12, 64
dualitat dels compromisos 71
dues lleialtats 1, 17
edat 39, 40, 43, 75, 89, 93, 101
eficientisme econòmic 11
elit de la professió 217
enfocament qualitatiu 227
enfocament quantitatiu del qüestionari 227
enginyeria 7
enginyers 72, 231
entrevist pilot 96
entrevista 95
entrevista individual 79
entrevista semiestructurada
..... 52, 95, 96, 227, 231
entrevistes obertes 95
entrevistes tancades 95
equip 61
equip de treball 37
equips directius 220
error tipus I 225
error tipus II 225
escola de relacions humanes 61
escrupolositat 86
Espanya 8, 9, 10, 75, 220
especialistes 9
especialistes en medicina interna 9
especialitat 4, 16, 89
especialitats quirúrgiques 9
esperit de servei 65
esportivitat 87
Estat espanyol 8, 231
estat psicològic 30
estats psicològics 25, 31, 32, 33, 34, 40
Estats Units 6, 8, 48
estils de direcció "delegar" 219
estils de direcció "dir" 219
estils de direcció "participar" 219
estils de direcció "vendre" 219
estructura matricial 61
estructures burocràtiques 63
estructures organitzatives 58
estudi evolutiu dels clústers 229
estudi quantitatiu 81
estudis longitudinals 229
estudis qualitius 79
estudis quantitius 79
ethos professional 66
ètica en el treball 19, 40
ètica professional 61
ètica protestant del treball 40
EVLN, resposta 45
EVLN, tipologia de resposta 50
evolució del compromís en els metges
..... 229
examen del suport organitzatiu percebut ...
..... 41
exercici assalariat 4
exercici de la medicina 3, 4, 77, 218
exercici liberal de la professió 6
exercici lliure 11
exercici privat de la medicina 4, 213
exhaustivitat 94
existència d'alternatives d'alta qualitat 126
experiència en el treball 40, 49
experiències en el treball 39
experiències favorables en el treball 219
experiències positives en el treball 58
explicitació 22
expressió 50, 51, 52, 58, 62, 85
fabricant d'edredons 97, 228
facilitar l'exercici de la professió 219
facultatiu 77
fiabilitat 92
fiabilitat d'indicadors 224
fiabilitat de la mesura 226
fiabilitat de la recerca 224
fidel adhesió a les regles sobre
procediments de treball i conducta .. 48
finançament 3, 8, 11
finançament públic 220
ffocus de compromís organitzatiu
1, 15, 16, 17, 35, 37, 76, 80, 84, 85,
101, 141, 214

focus del compromís afectiu amb el cap de servei i activitat professional.....	145	grups niats	38
focus del compromís afectiu amb el cap de servei i antiguitat.....	142	grups professionals	16, 64
focus del compromís afectiu amb el cap de servei i anys d'exercici professional. 1	42	guió de l'entrevista	96
focus del compromís afectiu amb el cap de servei i model de resposta EVLN...	147	heterogeneïtat entre classes.....	180
focus del compromís afectiu amb el cap de servei i posició	143	homes.....	9
focus del compromís afectiu amb el cap de servei i sexe	143	homogeneïtat	94
focus del compromís afectiu amb el servei	42	horitzó estratègic dels hospitals	220
focus del compromís afectiu amb el servei i activitat professional.....	145	hospital.....	1, 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 49, 75, 82, 222
focus del compromís afectiu amb el servei i antiguitat.....	142	hospital d'alta tecnologia	81, 89, 227
focus del compromís afectiu amb el servei i compromís organitzatiu afectiu....	147	hospital de referència	81, 89, 227
focus del compromís afectiu amb el servei i model de resposta EVLN	147	hospital del National Health Service	49
focus del compromís afectiu amb el servei i posició	143	hospital general bàsic	81, 89, 227
focus del compromís afectiu amb el servei i sexe	143	Hospitales Top 20 Benchmarks para la Excelencia	230
focus del compromís amb el cap de servei i 93		hospitals	3, 9, 10, 11, 62, 64, 81
focus del compromís amb el servei.....	93	hospitals de Catalunya	75, 227
focus del compromís amb el compromís de continuïtat amb el servei.....	149	hospitals en decadència.....	52, 56
focus del compromís de continuïtat amb el cap de servei.....	149	hospitals israelians.....	52, 62, 85
focus del compromís dels metges	230	idealistes ressentits	196, 209, 216
focus en el sindicat.....	19	identificació	22, 24, 27, 31, 33, 36, 37, 85
focus en el treball.....	19	identificació amb el supervisor	85
focus en el valor	19	identificació amb l'organització.....	19
focus en l'organització	19	identificació amb la feina	40
focus en la carrera	19	identificació prèvia dels diferents clústers professionals	218
focus extern del compromís.....	55	identitat	65
focus interns del compromís	55	identitat professional.....	65
formació	42, 58, 65	identitats latents a les organitzacions.....	68
gerent	89	imparcialitat.....	42
gerents.....	11, 12, 65	imparcialitat en la distribució de recursos	219
gestió d'un col·lectiu de metges.....	218	implicació	22
gestió dels hospitals	1, 14, 17, 52, 229	implicació alienadora.....	27
gestors hospitalaris	17	implicació calculadora	28
gràfic de caixa.....	101	implicació en el treball.....	19, 55, 57, 72
gràfics de caixa	101, 225	implicació en la professió	82
gràfics de caixa en paral·lel.....	93	implicació moral.....	27
grandària de l'organització	42, 219	incentius per l'eficiència dels hospitals	220
grup pilot	88	incompatibilitat dels compromisos	77, 230
grup professional.....	6, 60	incompatibilitat entre compromisos	77
grup professional assalariat	6	incompatibilitat entre els compromisos	216
grups de treball.....	61	incompatibilitat entre els dos compromisos.....	57
		incompatibilitat entre les dues lleialtats	216
		indicadors del compromís organitzatiu i ocupacional.....	82
		indicadors múltiples per a la mesura	225
		ineficiència	5
		inequívocabilitat.....	22

- infermera 82
 infermeres..... 3, 57, 58, 81
 infermeria 6, 58, 82
 Informe Abril Martorell..... 11
 insatisfacció 50, 51, 52
 insatisfacció en el treball..... 51
 insatisfacció professional..... 4
 integrador 61
 integrador amb autoritat..... 61
 intenció d'abandonar l'organització 19
 intenció de marxar..... 36
 intenció de rotació 58
 intensificació del compromís
 23, 106, 212
 interactiva 43
 interessos professionals 63
 interí / becari.....105
 interins i becaris110
 interins i becaris en el clúster 4.....217
 interiorització 24, 27, 31, 36, 37, 44, 85
 inversió..... 28
 inversions 22, 23, 43, 77
 inversions acumulades 43
 inversions creixents 58
 inversions realitzades..... 43
 jerarquia burocràtica..... 16
 jerarquia mèdica.....113
 job scope 40
 joc de summa zero..... 73
 joves amb qualitats208, 210, 217
 justícia distributiva 43
 justícia interactiva 43
 justícia organitzativa 43
 justícia procedimental..... 41, 42, 43, 219
 k-means 95
 líder de l'equip 37
 lideratge de Hersey, Blanchard i Johnson ..
219
 lideratge situacional.....219
 lideratge transformacional..... 43
 imitació de la capacitat dels gestors220
 limitacions de la recerca.....224
 limitacions derivades de la metodologia
224
 Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
 (LOSC)..... 11
 Llei general de sanitat..... 11
 lleials amb condicions..... 189, 209, 216
 lleialtat
 1, 6, 22, 50, 51, 52, 53, 55, 61, 62, 76,
 85, 86
 lleialtat amb la professió 77
 lleialtat condicionada 69
 lleialtat organitzativa 61
 lligam afectiu 24, 25, 31, 32, 33, 34
 lligam afectiu en el clúster 2.....216
 lligam psicològic 24
 llista de la bugaderia 38
 lloc de treball 41
 locals 68, 69
 magnitud de l'efecte 93
 magnitud de l'efecte d'una associació ..225
 magnitud de l'efecte de les relacions
 observades.....225
 malalts..... 3
 malestar 4
 mandat del coneixement..... 65
 marc jurídic que regula els hospitals220
 marcs regulatoris rígids220
 medicina 3, 7, 59, 63, 66, 77, 82
 medicina basada en l'evidència 5
 medicina privada 4, 67
 mesura del component afectiu 82, 83
 mesura del component de continuïtat
 83, 84
 mesura del component normatiu 84
 mesura del compromís organitzatiu 82
 mesura del compromís professional..... 83
 metge adjunt220
 metges.....
 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16,
 17, 38, 60, 63, 64, 65, 66, 75, 76, 77,
 82, 88, 94, 96
 metges assalariats.....
 1, 4, 5, 6, 52, 56, 62, 65, 75, 85
 metges col·legiats 9, 10
 metges compromesos amb la seva
 professió215
 metges hospitalaris . 14, 16, 17, 76, 81, 228
 metges hospitalaris assalariats 17
 metges que treballen a hospitals..... 79
 metges subjectes actius227
 mètode de recollida de dades.....226
 mètode de Ward..... 95
 mètodes qualitius 79, 95
 mètodes quantitius 79
 metodologia qualitativa 98, 227
 metodologia quantitativa228
 metodologies qualitatives.....231
 mitjana dels anys d'exercici professional..
105
 model d'anàlisi factorial.....226
 model d'anàlisi factorial confirmatòria .. 92
 model de compromís afectiu de Porter,
 Steers, Mowday i Boulian 59
 model de compromís de O'Reilly i
 Chatman..... 36
 model de compromís de Porter, Steers,
 Mowday i Boulian (1974) 7

model de compromís ocupacional de Meyer, Allen i Smith.....	59	objectius de l'organització	63, 179
model de compromís organitzatiu	211	objectius de la professió	179
model de compromís organitzatiu de Meyer i Allen.....	48	objectius de la recerca.....	101
model de compromís organitzatiu de O'Reilly i Chatman	85	objectius de la unitat.....	221
model de compromís organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian ...	29	objectius organitzatius	41
model de compromís organitzatiu de tres components de Meyer i Allen.....	57	objectivitat de la recerca	224
model de gestió del canvi de Beckhard i Harris	218	obligació.....	25, 31, 32, 33, 34
model de Hersey i Blanchard.....	219	obligació moral en el clúster 2.....	216
model de Meyer i Allen		observabilitat	22
.....	15, 24, 27, 29, 37, 45, 56, 75, 76	ocupacional.....	57
model de Mowday, Steers i Porter...	56, 57	oftalmologia	67
model de O'Reilly i Chatman.....	48	operacionalització	225
model de resposta EVLN.....		opinió d'experts i de metges.....	226
.....	52, 58, 62, 82, 85, 101	organització	3, 5, 37, 61, 64, 69
model de resposta EVLN dels metges assalariats d'hospitals en declivi....	114	organització burocràtica.....	4, 64
model de tres components	59	organització de professionals	3, 16
model EFQM d'excel·lència	230	organització hospitalària	4
model EVLN.....	50, 51, 52, 62, 75	organitzacions de professionals	
model multidimensional.....	57	6, 61, 64, 72, 222
model multidimensional de Meyer, Allen i Smith.....	59	organitzacions de professionals autònoms	64
model organitzatiu	5	organitzacions de professionals de serveis a les empreses.....	64
model professional.....	5	organitzacions de professionals heterònoms.....	64
model racional d'actituds	21	organitzacions professionals de serveis a les persones.....	64
models de compromís organitzatiu i professional.....	80	orientació al client	56
models de compromís professional.....	56	orientació qualitativa	227
models de gestió.....	3	outsourcing	58
models multidimensionals de compromís	26	pacients	3, 4, 5, 6
models multidimensionals de compromís professional.....	56	pacients a la pràctica privada, desviament de	222
mortificació	28	pacients, selecció de	222
mostra a propòsit d'instàncies heterogènies.....	227	paraigües per a la unitat	221
motivació.....	40, 62	participació	12
multidimensional.....	24	patró de compatibilitat dels compromisos ..	77
múltiples compromisos	35	77
muntador cinematogràfic	97, 228	patró de compromís	76
naturalesa del compromís	37	patró de compromís professional.....	77
necessitats professionals	63	patrons de compatibilitat del compromís dels metges	228
nivell d'hospital.....	75, 227	patrons de compatibilitat entre el compromís organitzatiu i el professional.....	216
nivell de l'hospital.....	89, 101	patrons de compromís	17, 36, 76
nivell general de satisfacció en el treball ...	88	percepció d'absència d'alternatives.....	29
no compromès.....	36	percepció d'absència d'alternatives d'ocupació	26, 43, 117
norma de reciprocitat.....	41, 49, 134, 219	percepció de discrecionalitat en el lloc de treball	48
normatiu	15, 37, 85	percepció de l'existència d'alternatives d'ocupació	43
		percepció de sacrificis associats amb deixar l'organització	117

- percepció de sacrificis associats del compromís de continuïtat.....213
- percepció de suport organitzatiu 26
- percepció dels costos, inversions i sacrificis212
- percepció dels sacrificis associats amb deixar l'organització.....26, 43, 212
- percepció dels sacrificis associats amb deixar l'organització, valoració118
- perfil del compromís 35
- periodistes231
- personal d'infermeria 65
- perspectiva multidimensional..... 59
- perspectiva quantitativa 98, 224
- perspectiva unidimensional..... 59
- plans estratègics dels hospitals220
- plantejament post-positivista227
- plausibilitat.....225
- polaritat invertida 81
- política de recursos humans.....218
- polítiques governamentals220
- polítiques i pràctiques de gestió de professionals 17
- posició 58, 75, 89, 101
- posició d'enllaç 61
- posició jeràrquica222
- posicions directives222
- potència de les proves estadístiques224
- pràctica de la medicina 5
- pràctica professional..... 5
- pràctiques de gestió de persones..... 1
- presència de l'administració sanitària ...220
- presència en el lloc de treball 45, 46
- pressió assistencial.....220
- pressupost sanitari 3
- prestacions assistencials privades223
- prestigi 63
- principi..... 20
- problemes d'alineació 13
- procedimental..... 43
- procés d'elecció de l'especialitat220
- procés d'encasellament 64
- professió
..... 1, 3, 5, 9, 55, 59, 61, 65, 69, 77, 89
- professió, membre de la 64
- professional..... 5, 57, 67
- professionalisme..... 57
- professionals
...3, 4, 9, 12, 16, 55, 63, 64, 66, 67, 69
- professionals assalariats..... 67
- professions 6, 61, 63, 65, 72
- professions personals7, 72
- professions tecnocientífiques 7
- professions tradicionals 59
- professors231
- progrés professional.....219
- proletarització dels professionals 66, 67
- proletarització ideològica 66
- proletarització tècnica..... 66
- promoció 42, 219
- prova pilot 88
- pruning items226
- publicitat..... 22
- quadres de comandament222
- qüestionari227
- Qüestionari de Compromís Organitzatiu 22
- qüestionari de compromís organitzatiu de Meyer, Allen i Smith 84
- Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Mowday, Steers i Porter57, 70
- Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Porter i Mowday 35
- Qüestionari de Compromís Organitzatiu de Porter, Steers, Mowday i Boulian...
..... 72
- qüestionari de Meyer i Allen 81
- qüestionari de Meyer, Allen i Smith
..... 81, 82, 98
- qüestionari de Mowday, Porter i Steers. 62
- qüestionari definitiu..... 89
- qüestionari pilot 82
- qüestionaris 90
- rati de resposta dels metges enquestats.224
- recerca post-positivista224
- recerca qualitativa 98
- reciprocitat.....49
- recompensa.....223
- recompenses42, 72
- recompenses i condicions del lloc de treball219
- recompenses organitzatives..... 41, 219
- recompenses universals de les experiències en el treball..... 43
- reconeixement..... 4, 40, 219, 223
- reconeixement formal a la seva trajectòria
.....221
- reconeixement institucional.....222
- reconeixement professional.....222
- reconeixement social 65
- reconstrucció individual o col·lectiva ...227
- reducció del conflicte..... 61
- reformes sanitàries..... 3
- relació compromís professional afectiu-satisfacció en el treball.....162
- relació del suport organitzatiu percebut amb el compromís normatiu139
- relació entre el compromís organitzatiu afectiu i la satisfacció en el treball
.....112

relació entre el suport organitzatiu percebut i la conducta organitzativa cívica.....	111	sacrifici.....	28
relació entre la conducta organitzativa cívica i el compromís organitzatiu afectiu	111	sacrificis associats	127
relació entre la satisfacció en el treball i el suport organitzatiu percebut	112	salari	42, 219
relació entre satisfacció en el treball i conducta organitzativa cívica	112	salari.....	65
relació entre variables	224	sanitat catalana.....	12, 13
relació entre variables grau de	224	satisfacció	40
relació suport organitzatiu percebut - conducta organitzativa cívica	135	satisfacció dels metges amb el seu treball	222
relació suport organitzatiu percebut- compromís organitzatiu afectiu.....	111	satisfacció en el treball . 36, 42, 48, 55, 57, 58, 75, 82, 88, 101	
relació suport organitzatiu percebut- compromís organitzatiu normatiu ..	135	satisfacció personal.....	42
relacions laterals.....	61	sector públic	9, 11
rellevància pràctica de les conclusions ..	227	sector sanitari.....	8, 13
rendiment.....	42, 58	seguretat.....	63
rendiment en el lloc de treball	45	seguretat en l'ocupació	42, 219
rendiment, avaluació del.....	82	seguretat social.....	10
renúncia	19, 28	sensibilitat dels tests utilitzats.....	224
reposició de materials i equips obsolets.....	220	sentit de pertinença.....	53
representativitat.....	81	servei.....	15, 16, 17, 76, 84
reputació.....	222	serveis hospitalaris	220
reputació professional.....	17, 221	sexe.....	39, 75, 89, 101
requeriments organitzatius	61	side-bets	22, 43
resolució dels problemes operatius.....	220	significació de la feina	40
respecte	4	significació estadística	225
respecte a la legalitat.....	220	significat experimentat en el treball	40
respecte per la propietat de la companyia	48	síndrome dels supervivents	53
responsabilitat.....	5, 12, 222	síndrome organization man	72
responsabilitat experimentada	40	sistema de salut	10
responsabilitats de gestió	222	Sistema Nacional de Salut	10, 11
responsables polítics.....	96	sistema sanitari.....	3, 8, 65
resposta “expressió” en el clúster 1.....	216	sistema sanitari públic	4
resposta “expressió” en el clúster 3.....	217	sistemes de salut.....	8
resposta “sortida” en el clúster 2.....	216	sistemes sanitaris	3
respostes “lleialtat” en el clúster 3	217	situacions laborals de precarietat.....	220
resultats	3	situacions laborals de temporalitat	220
resultats del treball	45	socialització	44, 65, 222
retenció d'empleats.....	45	socialització en la professió.....	71
retenció dels empleats.....	45	sortida	50, 51, 52, 62, 85
retribució	11	stakeholders	75
retroalimentació	49	suport	5
retroalimentació des de la feina	40	suport del superior	219
revocabilitat.....	22	suport del supervisor	41, 42
rotació	19, 42, 45	suport organitzatiu percebut	40, 41, 42, 48, 75, 82, 87, 93, 101, 108, 212, 219
rotació d'empleats	45	suport organitzatiu percebut pels metges	220
rotació del personal.....	25	suport organitzatiu percebut valoració dels metges.....	219
rotació dels empleats	230	suport organitzatiu percebut, inductor del compromís organitzatiu afectiu.....	212
		suport organitzatiu percebut, valoració d'interins i becaris	110
		suport organitzatiu percebut, valoració dels metges	108

suport organitzatiu que perceben, valoració en el clúster 4	217	utilització del temps de treball.....	48
suport percebut de l'hospital, valoració en relació a la posició	109	validació	88
suport percebut del supervisor	41	validació específica	225
nsió i compatibilitat dels compromisos..	79	validació prèvia	88
teoria de l'atribució	121	validesa	58, 59, 92
teoria de l'intercanvi social	49	validesa de constructe.....	224, 225
teoria de l'organització	61	validesa de l'instrument	88
teoria del <i>management</i>	62	validesa de l'operacionalització, grau de	226
teoria del procés d'elecció.....	38, 141	validesa de la recerca.....	224
teoria del suport organitzatiu	41	validesa de les conclusions	224
tests estadístics.....	224	validesa estadística i interna del constructe	226
tests no paramètrics	93	validesa externa.....	227
tests paramètrics.....	93	validesa, graus de	224
tipologies cosmopolites		validesa, tipologies de.....	227
constructors de l'imperi.....	68	valors dels professionals	61
no integrats.....	68	valors organitzatius.....	35
tipologies de metges.....	93	valors professionals	56, 63
tipologies locals		variables actives.....	94, 180
buròcrata sincer.....	68	variables contínues	93
dedicat	68	variables de disposició	39, 40
guardià	68	variables demogràfiques	39, 76, 82
veterans	68	variables il·lustratives	101, 180
trajectòria professional.....	211, 230	variables latents.....	92
transferència de les competències sanitàries.....	11	variables nominals	93
transferències sanitàries	11	variables observables.....	92
treball professional.....	49	variables ordinals	93
treballadors d'ofici.....	66	variables professionals	82
treballadors de "coll blanc"	50	variables suplementàries	94
treballadors de coll blau	49	variables suplementàries o il·lustratives.	94
triangulació	98, 228	variables, suplementàries	94
triangulació d'investigadors	99	variables aprofessionals	76
triangulació de dades	99	varietat en les habilitats.....	40
triangulació de teories.....	99	vinde afectiu.....	39
triangulació metodològica.....	99	vinde emocional.....	26
triangulació, tipologies bàsiques	99	vinde emocional amb l'hospital.....	212
triomfadors compromesos	202, 209, 216, 217	vinculació dels metges amb l'hospital..	84
Unió Catalana d'Hospitals	11	violació dels supòsits subjacents a les proves estadístiques.....	225
unitat.....	37	virtut cívica.....	87
unitat organitzativa bàsica.....	84	vocació	55, 57
universitats	64	volicció	22
		xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).....	10, 11, 89, 227