

Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario

Clara I. Hernández-Vargas*, Susana Llorens-Gumbau y Alma M. Rodríguez-Sánchez

Equipo WONT. Universitat Jaume I. Castellón (España)

Resumen: En este estudio se analiza el papel mediador de los afectos positivos y el engagement en el trabajo entre creencias de eficacia y calidad de servicio (desempeño, compromiso, calidad percibida) en el personal sanitario ($N = 154$) de un hospital de la Comunidad Valenciana. Basado en el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO) (Salanova, Llorens, Cifre, y Martínez, 2012) análisis de ecuaciones estructurales y bootstrapping revelan que el afecto positivo y el engagement en el trabajo media entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio. Concretamente, aquellos empleados con mayores creencias de eficacia, presentan mayor afecto positivo y más engagement en el trabajo que a su vez, se relaciona positivamente con mayor calidad de servicio.

Palabras clave: Eficacia; afecto positivo; engagement; calidad de servicio; hospitales.

Title: Healthy Employees and Service Quality in Health Care settings.

Abstract: In this case study, we analyze the mediating role of positive affects and work engagement among efficacy beliefs and service quality (performance, commitment, perceived quality) of health professionals ($N = 154$) from a hospital in Valencia. Based on Healthy & Resilient Organizations Model (HERO; Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2012), structural equations and bootstrapping analysis revealed that positive affect and work engagement mediates between the efficacy beliefs and service quality. Specifically, those employees with high efficacy beliefs, showed high positive affect and more work engagement, which in turn was positively related to higher service quality.

Key words: Efficacy beliefs; positive affect; engagement; service quality; hospitals.

Introducción

El engagement en el trabajo constituye uno de los constructos clave en la investigación científica. Éste se define como un estado motivacional-afectivo positivo y psicológico relacionado con el trabajo caracterizado por vigor, dedicación y absorción (Salanova y Schaufeli, 2009). El concepto, medida e incluso intervención sobre engagement ha sido estudiado en diferentes sectores. Sin embargo, su estudio es más limitado cuando nos centramos en el contexto sanitario. En este contexto, el estudio del engagement cobra más relevancia dado que cuanto más engaged y mejor se encuentren los profesionales sanitarios, éstos ofrecerán un mejor trato de calidad al paciente (Liao, Toya, Lepak, y Hong, 2009). Para avanzar en esta línea, el presente estudio analiza los antecedentes (*i.e.*, recursos personales en términos de creencias de eficacia y afecto positivo) y consecuencias (*i.e.*, calidad de servicio) del engagement en un contexto sanitario basándonos en el Modelo HERO (*Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes*) (Salanova, Llorens et al., 2012). Concretamente, el estudio se centra en conocer cómo las creencias de eficacia se relacionan con la calidad de servicio a través del impacto de los afectos positivos y el engagement en profesionales sanitarios.

Modelo Teórico: el Modelo HERO

El modelo HERO (Salanova, Llorens et al., 2012) es un modelo heurístico que considera como factor clave el desarrollo de organizaciones saludables y resilientes (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson, y McGrath, 2004). Estas organizaciones son resilientes a la hora de afrontar crisis económicas y financieras y resurgen más fortalecidas de las crisis (Cooper y Cartwright, 1994). Si bien el concepto de resi-

liencia se ha aplicado principalmente a las personas (Ablett y Jones, 2007) se considera que las organizaciones también pueden ser resilientes. Las organizaciones resilientes son capaces de crear ambientes de trabajo que contribuyen a la productividad de la organización, y a mejorar la salud psicológica y física de los trabajadores (Harland, Harrison, Jones, y Reiter-Palmon, 2005; Laschinger, 2010). Específicamente en el contexto sanitario, una organización sanitaria saludable y resiliente sería aquella que se esfuerza por garantizar la calidad de vida laboral de sus empleados, así como de sobrevivir y prosperar en contextos de cambio económico y social, aquellas que son capaces de crear ambientes de trabajo que contribuyen a mejorar la práctica profesional y la salud de los profesionales sanitarios, y en definitiva a mejorar la calidad del servicio prestado al paciente/familiar (Matos, Neushotz, Griffin, y Fitzpatrick, 2010; McAllister y Lowe, 2011; Salanova, Rodríguez-Sánchez, del Líbano, y Ventura, 2012). De manera genérica, Salanova (2008) define las HERO como aquellas organizaciones que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar la salud de sus empleados y de la organización a través de prácticas organizacionales saludables que se relacionan con la mejora de las características del trabajo a tres niveles: (1) nivel de tarea (*e.g.*, rediseño de tareas para mejorar la autonomía, *feedback*), (2) nivel del ambiente social (*e.g.*, liderazgo), y (3) nivel organizacional (*e.g.*, estrategias organizacionales para la mejora de la salud, conciliación trabajo-familia).

Las premisas teóricas del modelo HERO proponen que una organización saludable y resiliente es aquella que integra tres elementos clave que interaccionan entre sí de forma positiva. Estos elementos son los siguientes: (1) prácticas y recursos organizacionales saludables (*e.g.*, apoyo social, estrategias organizacionales saludables), (2) empleados saludables (*e.g.*, creencias de eficacia, afecto positivo, engagement) y (3) resultados organizacionales saludables (*e.g.*, desempeño, calidad, compromiso) (Salanova, Llorens et al., 2012). En segundo lugar, el modelo ha sido validado en una muestra de 303 equipos y sus supervisores inmediatos. Los resultados de

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Clara I. Hernández-Vargas, Departamento de Psicología Social, Universitat Jaume I, Av. Sos Baynat, s/n. 12071. Castellón (España). E-mail: al193167@alumail.uji.es

esta validación muestran que cuando las organizaciones tienen recursos y prácticas organizacionales saludables (autonomía, feedback, clima de apoyo trabajo en equipo, coordinación y liderazgo transformacional) los equipos se sienten más saludables (más eficaces, engaged, y resilientes), lo que hace que se generen resultados organizaciones más saludables (mejor desempeño intra y extra rol incluso cuando éstos son evaluado por el propio supervisor) (Salanova, Llorens, et al., 2012). Más evidencia sobre el Modelo HERO se ha obtenido en otros estudios llevados a cabo en equipos de trabajo (Acosta, Salanova, y Llorens, 2012; Cruz, Salanova, y Martínez, en prensa; Torrente, Salanova, Llorens, y Schaufeli, 2012). El concepto de organización saludable imprime a la salud en el trabajo un enfoque hacia la optimización del capital humano, social y psicológico, y la maximización de la estrategia de negocio. Además, son organizaciones que retiene y atraen trabajadores más productivos talentosos, a la vez que tienen éxito en la gestión y obtienen resultados saludables para los empleados y la organización (Salanova, 2008). Dado el carácter heurístico del modelo HERO y la imposibilidad de probar todas sus relaciones simultáneamente, el presente estudio se centra en dos componentes básicos del Modelo HERO: empleados saludables (creencias de eficacia, afectos positivos y engagement) y resultados saludables (desempeño de rol, compromiso organizacional, calidad percibida) evaluados a nivel individual aunque con referencia a nivel de equipos de trabajo/organización de las diferentes unidades del hospital.

El Papel de los Recursos Personales del Equipo sobre el Engagement

Siguiendo las premisas del Modelo HERO los recursos personales se definen como aquellos recursos propios de las personas que conforman el equipo de trabajo, que solos o en interacción con recursos laborales y extra organizacionales, son funcionales a la hora de afrontar demandas laborales o extra organizacionales (Salanova, Llorens, et al., 2012), y que además tienen valor en sí mismas como fuentes de motivación, aprendizaje y desarrollo tanto a nivel individual como colectivo (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2007). De hecho, existe evidencia de que los recursos personales facilitan a las personas y a los grupos enfrentar la vida profesional con confianza, resistencia, determinación, esperanza y visión de futuro, todas ellas características positivas para el desarrollo del engagement en el trabajo (Froman, 2010). Salanova (2008) señala que los recursos personales se pueden clasificar en recursos cognitivos, y emocionales. Aunque son distintos, comparten la capacidad de ampliar la acción momentánea y construir de manera duradera los recursos personales tanto intelectuales como psicológicos (Fredrickson, 2001). Por tanto, en el presente artículo se consideran estos dos tipos de recursos: cognitivos (mediante la evaluación de las creencias de eficacia) y emocionales (mediante la evaluación del afecto positivo) debido a que manifiestan relaciones con el engagement en el trabajo en

equipo que se han validado empíricamente en estudios previos (e.g. Salanova, Llorens, y Schaufeli, 2011).

A nivel cognitivo, el recurso personal por excelencia está determinado por las creencias de eficacia. Éstas se definen como “creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados” (Bandura, 1997, p. 3). Estas creencias pueden darse a nivel individual (autoeficacia) pero también se ha demostrado empíricamente de la existencia de una percepción de eficacia colectiva en el grupo. Así, la eficacia colectiva se define como las creencias compartidas de un grupo para ejecutar los cursos de acción necesarios para alcanzar los objetivos designados (Bandura, 2000; Wang y Lin, 2007). Las creencias de eficacia influyen tanto en la elección y selección de respuestas, así como en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a las distintas situaciones ambientales en las que hay obstáculos (Llorens, García-Renedo, y Salanova, 2005). Además, funcionan como un mecanismo de motivación, de manera que cuando las personas se sienten eficaces, se sienten bien a corto plazo (afecto positivo) aumenta su compromiso a largo plazo en sus actividades, existe alto esfuerzo así como persistencia, dedicación y mayores niveles de absorción en la actividades que realizan (De Lucena Carvalho, Calvo, Martín, Campos y Castillo, 2006; Llorens, Schaufeli, Bakker, y Salanova, 2007). Y cuando existe autoeficacia y engagement se produce un incremento en los niveles rendimiento en las tareas, mayor capacidad de resolución de problemas, más profesionalismo, empatía y mejor capacidad de trabajo (e.g. Gullberg, Olsson, Alenfelt, e Ivarsson, 1994).

Otro recurso personal clave en el desarrollo del engagement en el trabajo es el afecto positivo, entendido en este estudio como el grado en que una persona se siente entusiasta y activa, optimista, confortable, satisfecha y resiliente ante las adversidades (Llorens, Salanova, y Losilla, 2009; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Este afecto positivo permite a los equipos desarrollar adaptaciones que funcionan para crear recursos duraderos, pensamientos nuevos y de amplio alcance, acumular recursos de afrontamiento, y generar más recursos a lo largo del tiempo en forma de espirales (Cohn et al., 2009; Fredrickson, 2001; Llorens, Salanova, y Losilla, 2009; Salanova, Llorens, y Schaufeli, 2011). Concretamente en el sector sanitario, se ha demostrado que el afecto positivo aumenta el vigor, la dedicación y la absorción en el trabajo con pacientes (Kasman, Fryer-Edwards, y Braddock, 2003; Mageau y Vallerand, 2007; Winseman, Malik, Morison, y Balkoski, 2009). De acuerdo con la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1997) los afectos pueden ser una consecuencia sobre la eficacia de los trabajadores. Recientemente, Salanova, Llorens, y Schaufeli (2011) mostraron que las creencias de eficacia (tanto individuales como colectivas) influyen en el desarrollo del engagement en el trabajo, pero sólo a través del afecto positivo. Concretamente, mediante estudios longitudinales con muestras de empleados en estudios de campo y estudiantes universitarios en estudios de laboratorio, estos autores demostraron que altos niveles en creencias de efica-

cia generan ciclos y espirales positivas de engagement en el trabajo, pero sólo cuando se incrementan los niveles de afecto positivo (en términos de confort, entusiasmo y satisfacción). Una de las aportaciones del presente estudio a la investigación científica radica en la incorporación de más afectos positivos, esto es, relajación, entusiasmo, placer, optimismo, resiliencia, y satisfacción, en su relación con las creencias de eficacia, engagement y calidad de servicio en el sector sanitario.

Engagement en el Trabajo en Equipo

El engagement en el trabajo se ha estudiado tradicionalmente a nivel individual, conceptualizándolo como un estado positivo relacionado al trabajo que se caracteriza por el vigor, por los altos niveles de energía mientras se trabaja, por el deseo de esforzarse en el trabajo que se está realizando incluso cuando se presentan dificultades. La dedicación hace referencia a una alta implicación laboral con manifestación de sentimientos de significado, entusiasmo, orgullo y reto por el trabajo. Por otro lado, la absorción se produce cuando la persona está totalmente concentrada en su trabajo, el tiempo le pasa rápidamente y presenta dificultades para desconectarse de lo que está haciendo (Salanova y Schaufeli, 2009, p. 109).

Recientemente, el estudio del engagement en el trabajo se ha ampliado a nivel colectivo (Salanova, Llorens, Cifre, Martínez, y Schaufeli, 2003; Salanova, Llorens, et al., 2012; Torrente, et al., 2012). Parece ser que cuando las personas trabajan juntas se desarrollan constructos colectivos mediante varios procesos: la persuasión social entre los miembros del grupo, o el modelado conductual. Blader y Tyler (2009) señalan desde la teoría de la identidad social, que el esfuerzo del comportamiento de un individuo se hace en nombre de un colectivo al que ellos pertenecen; de forma tal que estos individuos están intrínsecamente relacionados con el bienestar de su equipo y por lo tanto es probable que se comporten en nombre de los intereses del mismo. Además por el hecho de trabajar juntos pueden experimentar emociones positivas mediante un mecanismo de contagio de emociones (Bakker, van Emmerik, y Euwema, 2006; Salanova y Schaufeli, 2009).

La investigación previa ha mostrado que el engagement en el trabajo ha incrementado diferentes resultados saludables, entre los que se destacan los siguientes: (1) los resultados de negocio (Harter, Schmidt, y Hayes, 2002), (2) el desempeño y la calidad percibida en trabajadores de diversos sectores (Burke, 1995; Ríos-Rísquez, Meca, y Fernández, 2010; Salanova, Agut, y Peiró, 2005; Salanova et al., 2003), y en particular en el sector sanitario (Carmeli, Ben-Hador, Waldman, y Rupp, 2009; Fröjd y Von Essen, 2006; Koch y Jones, 2010; Lee y Ko, 2010), así como el (3) desempeño de los grupos de trabajo evaluados por el propio supervisor (Torrente et al., 2012), (4) los niveles de control, afecto positivo y creencias de eficacia en equipos de trabajo en forma de espirales positivas (Llorens et al., 2007; Salanova, Llorens,

y Schaufeli, 2011), (5) el éxito académico futuro (Salanova, Martínez, y Llorens, 2012), y (6) la satisfacción laboral y el compromiso organizacional (del Líbano, Llorens, Salanova, y Schaufeli, 2012; Llorens, Bakker, Schaufeli, y Salanova, 2006) (para una revisión ver Schaufeli y Salanova, 2011).

A pesar de estos avances, existe todavía una falta de estudios que se centren en la relación entre el engagement en el trabajo en equipo con la calidad de servicio, concretamente en el sector sanitario. Una de las novedades del presente estudio (además del hecho de evaluar la relación de los recursos personales tanto a nivel cognitivo como afectivo sobre el engagement) es la evaluación de la calidad de servicio (en términos de desempeño, compromiso y calidad percibida).

Engagement en el Trabajo en Equipo y Calidad de Servicio

Se ha evidenciado que el engagement está relacionado con el grado de desempeño en la realización de las tareas (tanto desempeño in rol como extra rol), la forma en que los trabajadores se comprometen con la organización (compromiso organizacional), y al nivel de calidad con que realizan su trabajo con los pacientes/acompañantes (Bakker y Bal, 2010; Christian, Garza, y Slaughter, 2011; Hallberg, y Schaufeli, 2006). En definitiva, puede decirse que el engagement ha demostrado su relación positiva con la calidad de servicio.

De acuerdo con Goodman y Svyantek (1999) dos son las dimensiones clave del desempeño de rol: el desempeño in rol y el extra rol. Concretamente, el desempeño in rol hace referencia a aquellas actividades que se relacionan con las propias del trabajo, aquellas que están definidas por contrato, y asignadas en las descripciones de los puestos de trabajo. Altos niveles de desempeño in rol indicaría que el empleado cumple con las tareas de trabajo, con lo que se espera de él. Por otro lado, en otras ocasiones existe también un comportamiento proactivo que incluye otras acciones dirigidas a apoyar y beneficiar a la organización, los compañeros o los pacientes de manera altruista (Fritz, Yankelevich, Zarubin, y Barger, 2010). En este caso, se refiere al desempeño extra-rol que se relaciona con aquellas acciones que exceden lo prescrito por contrato, por ejemplo, conductas de ciudadanía.

Por otra parte, otro elemento clave de la calidad de servicio es el compromiso organizacional. Éste se entiende como la conexión emocional que los empleados tienen con su organización, basada en valores compartidos e intereses. Son estos valores compartidos lo que hace que los empleados desarrollan un fuerte vínculo con su organización (Hallberg y Schaufeli, 2006). Finalmente, el tercer elemento incluido en la calidad de servicio es la calidad percibida entendida como la diferencia entre la percepción del servicio y las expectativas de los consumidores (Vinagre y Neves, 2008). En este estudio la calidad percibida se define por la atribución que realiza el personal sanitario de la prestación del servicio que otorga su equipo y la organización. Diferentes investigaciones han demostrado la relación positiva que existe entre el

bienestar de los empleados y la calidad de servicio. Por ejemplo, diferentes estudios han demostrado la relación positiva entre (1) engagement y desempeño in y extra rol (*e.g.*, Schaufeli, Taris, y Bakker, 2006; Torrente et al., 2012), (2) engagement y compromiso con la organización (del Líbano et al., 2012; Llorens et al., 2006) y (3) engagement y calidad percibida por clientes de hoteles y restaurantes (Salanova, Agut, y Peiró, 2005). Esta relación positiva entre bienestar psicosocial y calidad de servicio con pacientes en el sector sanitario también se ha evidenciado en diferentes estudios (*e.g.*, Carmeli et al., 2009; Fröjd y Von Essen, 2006; Koch y Jones, 2010; Schneider y Bowen, 1985) donde se indica que aquellos trabajadores más felices dedicarán más energía y recursos para mejorar la atención con los pacientes.

El Presente Estudio

Basado en la investigación previa, el objetivo del presente estudio es analizar los antecedentes (*i.e.*, recursos personales en términos de creencias de eficacia y afecto positivo) y consecuencias (*i.e.*, calidad de servicio) del engagement en un contexto sanitario basándonos en el Modelo HERO (*Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes* (Salanova, Llorens, et al., 2012)). Concretamente, el estudio se centra en conocer cómo las creencias de eficacia se relacionan con la calidad de servicio a través del impacto de los afectos positivos y el engagement en profesionales sanitarios. Esperamos que los afectos positivos y el engagement medien de forma consecutiva entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio percibida por el personal sanitario del hospital (ver Figura 1).

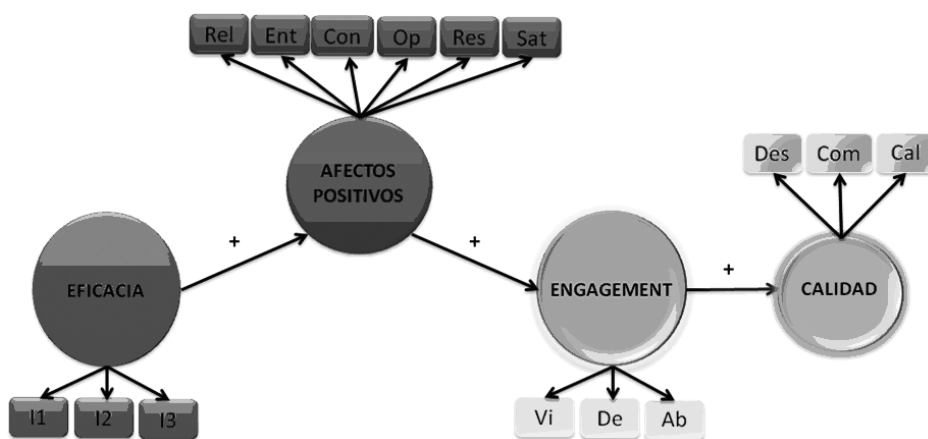


Figura 1. Modelo propuesto de mediación total.

Método

Muestra y Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio de campo muestral en un hospital privado ubicado en la Comunidad Valenciana. La metodología consistió en la administración (voluntaria) vía papel del cuestionario HERO adaptado a Hospitales (Salanova, Llorens, et al., 2012; Llorens y Salanova, 2012) a 154 profesionales sanitarios de las diferentes unidades del hospital. De estos, el 77% fueron mujeres y el 84% tenían contrato fijo, con una media de 11 años ($DT=9.6$) trabajando en el hospital. Dado que el Hospital cuenta con un total de 211 profesionales y en el estudio han participado 154 profesionales (73% de la plantilla) se supera el mínimo de 138 trabajadores que serían necesarios para contar con una muestra representativa con un margen de error de 0.015 y el 90% de confiabilidad. Además, la muestra también es adecuada para llevar a cabo Análisis de Ecuaciones Estructurales puesto que en el estudio han participado 154 sujetos y supera el mínimo de 115 observaciones que se necesitan para un poder estadístico de .50 y 80 grados de libertad (MacCallum, Browne, y Sugawara, 1996).

Este estudio se enmarca en un proyecto más general realizado por el equipo WONT con el objetivo de evaluar Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes (HERO; Salanova, Llorens et al., 2012). Tras realizar una charla de sensibilización, la recogida de datos se realizó durante los meses de abril y mayo de 2011. A cada participante se le facilitó una carta informativa donde se le indicó los objetivos del proyecto, y el procedimiento de cumplimentación de los cuestionarios y de la confidencialidad de los datos. La administración de los cuestionarios tuvo lugar durante el horario de trabajo. Una vez finalizados se introdujeron en un sobre cerrado y fueron recogidos por el propio investigador quien estuvo presente en todo momento para la distribución de cuestionarios, resolución de dudas y recogida de cuestionarios. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos de todos los participantes.

Variables

Las variables han sido estructuradas siguiendo el Modelo HERO y basados en el cuestionario HERO adaptado a Hospitales (Llorens y Salanova, 2012) cuya validez y evidencia empírica ha sido encontrada en la investigación previa

(Acosta, Salanova, y Llorens, 2012; Cruz, Salanova, y Martínez, en prensa; Torrente et al., 2012; Salanova, Llorens et al., 2012). Este cuestionario fue diseñado específicamente para evaluar las prácticas y recursos saludables, empleados saludables y resultados saludables en el contexto sanitario. El presente estudio se basa en dos de estos tres elementos: empleados saludables (creencias de eficacia y afectos positivos) y resultados saludables (desempeño de rol, compromiso organizacional y calidad percibida). El personal sanitario cumplimentó el cuestionario utilizando una escala tipo Likert de 0 (*incapaces de hacerlo/nunca*) a 6 (*seguros de poder hacerlo bien/siempre*) pensando en el equipo de trabajo del que forman parte. Las variables utilizadas se presentan a continuación. En todos los casos, las variables están recogidas y analizadas a nivel individual.

Recursos personales del equipo. Se evaluaron mediante dos recursos: creencias de eficacia (nivel cognitivo) con el trabajo y afectos positivos (nivel emocional). Las creencias de eficacia con el trabajo, que constituye la variable independiente, se evaluaron mediante un total de tres ítems ($\alpha = .93$, e.g., *Podemos hacer bien el trabajo aunque aparezcan situaciones inesperadas*). Los afectos positivos en el trabajo, que actúa como variable mediadora, se evaluaron mediante seis ítems preguntando al personal sanitario, *Como se ha sentido el grupo en el último año*: relajado, entusiasmado, a gusto, optimista, resiliente y satisfecho con el trabajo ($\alpha = .92$). Se utilizó una adaptación de la escala de Warr (1990) mediante una escala de caras para facilitar que la respuesta del trabajador representara el aspecto afectivo de las variables estudiadas (Kunin, 1955).

Engagement en el trabajo en equipo. Se evaluó mediante 18 ítems de la versión española del cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli, Salanova, González-Romá, y Bakker, 2002) adaptado a grupos de trabajo (Salanova et al., 2003) que incluye tres dimensiones: (1) vigor (siete ítems; e.g., *Podemos continuar trabajando durante largos periodos de tiempo*; $\alpha = .76$), (2) dedicación (cuatro ítems; e.g., *Estamos implicados en la tarea*; $\alpha = .87$) y (3) absorción (siete ítems, e.g., *El tiempo pasa volando cuando estamos trabajando*; $\alpha = .72$). Esta variable constituye la segunda de las variables mediadoras.

Calidad de servicio. Actúa como variable independiente y se evaluó mediante un total de 16 ítems distribuidos en tres escalas: desempeño de rol, compromiso organizacional y calidad percibida. Concretamente, el desempeño ($\alpha = .84$) se evaluó mediante dos dimensiones (adaptadas de la escala de Goodman y Svyantek, 1999): desempeño in rol (tres ítems; e.g., *Logramos los objetivos del trabajo*; $\alpha = .81$) y desempeño extra rol (tres ítems; e.g., *Realizamos funciones que no son requeridas pero que mejoran la imagen de la organización*; $\alpha = .83$). El compromiso organizacional fue evaluado con tres ítems mediante una adaptación de la escala de Cook y Wall (1980), *Nos gusta decir a los demás que trabajamos en este hospital*; $\alpha = .74$). Finalmente, la calidad percibida se evaluó con siete ítems (e.g., *Hacemos sentir al paciente que es especial e importante*; $\alpha = .86$) mediante la adaptación de las esca-

las de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) y Price, Arnould, y Tierney (1995).

Análisis de Datos

En primer lugar, se calcularon análisis descriptivos (*i.e.*, medias, desviaciones típicas), intercorrelaciones y análisis de fiabilidad (α de Cronbach) mediante el paquete estadístico SPSS. En segundo lugar, se realizó el test de Harman de factor único (ver Podsakoff, MacKenzie, Lee, y Podsakoff, 2003) mediante el paquete estadístico AMOS 21.0 para comprobar el sesgo de la varianza común. En tercer lugar, se calcularon Análisis de Varianza para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las escalas del estudio en función de variables sociodemográficas (género, y tipo de contrato¹) para descartarlas como variables control en el análisis SEM. En cuarto lugar, se realizaron Análisis de Ecuaciones Estructurales (SEM) mediante el paquete estadístico AMOS 21.0 para conocer las relaciones estructurales hipotetizadas en el estudio. Para ello se siguieron las recomendaciones para análisis de mediación utilizando modelos de ecuaciones estructurales (Holmbeck, 1997) para constructos latentes y múltiples mediadores (James, Mulaik, y Brett, 2006). Además, también se calcularon los diferentes pasos básicos descritos por Baron y Kenny (1986) con factores latentes, el test de Sobel (1982; cf. Wood, Goddman, Beckmann, y Cook, 2008). Finalmente, se llevaron a cabo análisis bootstrapping (MacKinnon et al., 2002; Preacher y Hayes, 2004) mediante el programa AMOS 21.0 para probar la significatividad de los efectos directos e indirectos entre las variables del modelo.

Se compararon cuatro modelos competitivos para verificar las hipótesis: M1. *Propuesto* que asume que las creencias de eficacia se relacionan positivamente con la calidad de servicio a través de los afectos positivos y el engagement (ver Figura 1); M2. *Parcialmente mediado* donde se incluye una relación directa entre eficacia a calidad de servicio (ver Figura 2); M3. *Parcialmente mediado (bis)* donde se incluye también una relación directa entre eficacia a engagement y entre afectos positivos a calidad de servicio (ver Figura 3). Además, tal y como recomienda Kline (1998) pusimos a prueba un modelo alternativo para determinar que el orden de las variables mediadoras en el modelo no es arbitrario. Por tanto, se puso a prueba el M4. *Alternativo* en el que los afectos positivos median la relación entre engagement y calidad de servicio (ver Figura 4).

Para los análisis SEM, se utilizaron métodos de estimación de máxima verosimilitud mediante el cálculo de los índices absolutos y relativos de bondad de ajuste (Marsh, Balla, y Hau, 1996): el índice Chi-square, el Goodness of Fit Index (GFI), el Root Mean Square Error Approximation (RMSEA), el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), así como el Comparative Fit Index (CFI), el Incremental Fit Index (IFI), y el Tucker-Lewis Index (TLI). Valo-

1 En la investigación sólo se han evaluado estas variables sociodemográficas a petición del Hospital.

res por debajo de .08 indican un buen ajuste para *RMSEA* (Brown y Cudeck, 1993) y *SRMR* (Hu y Bentler, 1998) y mayores de .90 para el resto de índices (Hoyle, 1995). Además, se calculó el Akaike Information Criterion (*AIC*; Akaike, 1987) para comparar modelos competitivos no-anidados; a niveles menores de *AIC*, mejor es el ajuste.

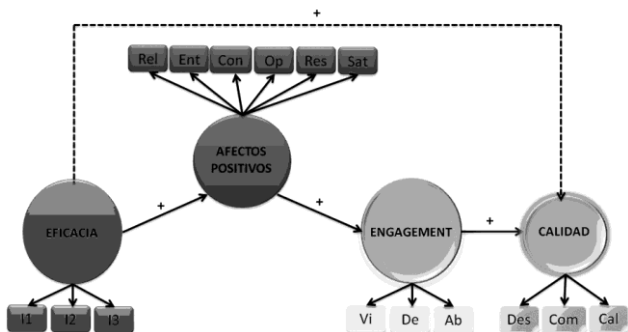


Figura 2. Modelo parcialmente mediado.

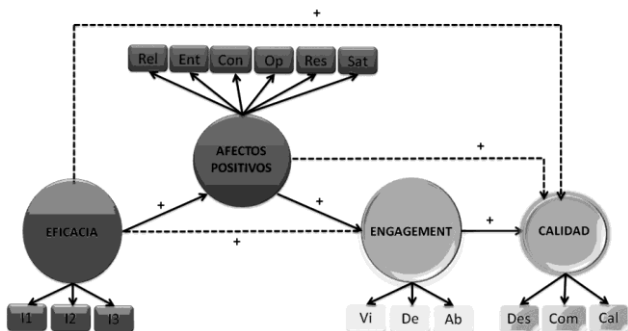


Figura 3. Modelo parcialmente mediado (bis)

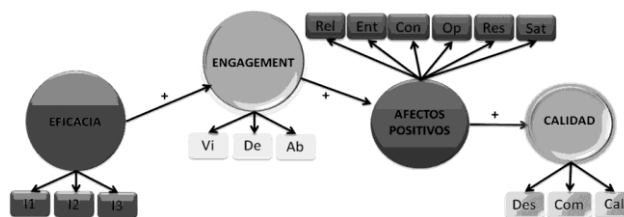


Figura 4. Modelo alternativo.

Resultados

Análisis Descriptivos, Test de Harman y Análisis de Varianza

En primer lugar, los resultados muestran que todas las escalas cumplen con el criterio de fiabilidad propuesto por la investigación científica (Nunnally y Bernstein, 1994). Además, los análisis de correlaciones indican que, tal y como se esperaba, todas las variables están positiva y significativamente relacionadas en un 100% de los casos (*r* media = 0.45) (ver Tabla 1).

En segundo lugar, los resultados del test de factor único de Harman (e.g., Podsakoff et al., 2003) revelaron un pobre ajuste a los datos, $\chi^2(65) = 339.49$, *RMSEA* = .16, *CFI* = .75, *NFI* = .71, *TLI* = .70, *IFI* = .75. Parece ser que el sesgo de la varianza del método común no afecta a los datos del estudio y por tanto podemos atribuir que la varianza de las variables se debe a los mismos constructos psicosociales que evaluamos y no al método de evaluación.

Tabla 1. Medias (*M*), desviación típica (*DT*), consistencia interna (alpha de Cronbach en la diagonal) y correlaciones de las variables del estudio (*N* = 154)

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. Eficacia	5.13	1.11	.93							
1. 2. Afectos positivos	3.09	1.89	.24	.91						
2. 3. Vigor	4.43	0.81	.41	.45	.76					
3. 4. Dedicación	4.92	0.97	.42	.50	.61	.87				
4. 5. Absorción	3.98	0.90	.32	.40	.57	.61	.72			
5. 6. Desempeño	4.25	1.01	.42	.35	.52	.56	.42	.84		
6. 7. Compromiso	4.49	1.13	.34	.41	.54	.61	.47	.44	.74	
8. Calidad	4.77	0.82	.31	.29	.48	.4	.49	.56	.49	.86

Nota. Todas las correlaciones son significativas a $***p < .001$.

En tercer lugar, los análisis de varianza (ANOVA) muestran que no existen diferencias significativas en función del género ni en función del contrato en ninguna de las variables del estudio (creencias de eficacia, afectos positivos, vigor, dedicación, absorción, desempeño, compromiso y calidad percibida) (ver Tabla 2). Por lo tanto, en los siguientes análisis (SEM) no fue necesario incluir ni el género ni el contrato como variables de control.

Ajuste del Modelo: Modelos de Ecuaciones Estructurales

La Tabla 3 muestra los resultados de los análisis de Ecuaciones Estructurales. De acuerdo con Baron y Kenny (1986) pusimos a prueba el ajuste de nuestro modelo propuesto (M1) a los datos. El modelo consiste en una variable exógena (creencias de eficacia) y tres variables endógenas (afectos positivos, engagement y calidad de servicio). Las creencias de eficacia y el afecto positivo están compuestas

por tres y seis indicadores (ítems), respectivamente. El engagement en el trabajo en equipo comprende tres indicadores referentes a las escalas de vigor, dedicación y absorción.

Finalmente, la calidad de servicio estuvo compuesta por tres indicadores (escalas): desempeño de rol, compromiso organizacional y calidad percibida.

Tabla 2. Análisis de Varianza (*ANOVA*) de las variables del estudio en función de género y contrato ($N = 154$)

Variable	Género			Contrato		
	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1. Eficacia	1, 143	2.381	.125 <i>ns</i>	1, 143	1.043	.309 <i>ns</i>
7. 2. Afectos positivos	1, 141	2.604	.109 <i>ns</i>	1, 141	5.879	.170 <i>ns</i>
8. 3. Vigor	1, 144	.029	.866 <i>ns</i>	1, 144	.427	.514 <i>ns</i>
9. 4. Dedicación	1, 144	1.033	.311 <i>ns</i>	1, 144	.750	.388 <i>ns</i>
5. Absorción	1, 143	.455	.501 <i>ns</i>	1, 143	1.009	.317 <i>ns</i>
6. Desempeño	1, 143	2.309	.131 <i>ns</i>	1, 143	1.290	.258 <i>ns</i>
7. Compromiso	1, 141	.602	.439 <i>ns</i>	1, 141	1.123	.291 <i>ns</i>
8. Calidad	1, 142	.567	.453 <i>ns</i>	1, 142	.487	.486 <i>ns</i>

Nota. *gl* = grados de libertad; *F* = valor de la *F*, *p* = probabilidad, *ns* = no significativo

Los resultados indican que el M1.^{Propuesto}, en el cual las creencias de eficacia se relacionan positivamente con la calidad de servicio a través de los afectos positivos y el engagement, no ajusta bien a los datos, $\chi^2(87) = 168.86$, $GFI = .87$, $RMSEA = .07$, $SRMR = .10$, $CFI = .94$, $TLI = .93$, $IFI = .94$, $AIC = 234.86$. El modelo de mediación parcial M2.^{Parcialmente mediado} en el que se incluía una relación directa desde las creencias de eficacia a la calidad de servicio muestra una diferencia significativa entre ambos modelos, Delta $\chi^2(1) = 5.19$, $p < .05$, a favor del M2, $\chi^2(86) = 163.67$, $GFI = .87$, $RMSEA = .07$, $SRMR = .09$, $CFI = .95$, $TLI = .94$, $IFI = .95$, $AIC = 231.67$. En tercer lugar, probamos el M3.^{Parcialmente mediado (bis)}: un modelo de mediación parcial en el que también incluimos relaciones directas de las creencias de eficacia a engagement así como de los afectos positivos a calidad de servicio, $\chi^2(84) = 138.78$, $GFI = .90$, $RMSEA = .06$, $SRMR = .05$, $CFI = .96$, $TLI = .95$, $IFI = .96$, $AIC = 210.78$. Las diferencias de Chi-cuadrado muestran diferencias significativas entre el M1 y el M3, Delta $\chi^2(3) = 30.08$, $p < .001$, y el M2 y M3, Delta $\chi^2(2) = 24.89$, $p < .001$. Estos resultados muestran evidencia para el M3: (1) las creencias de eficacia se relacionan significativa y positivamente con la calidad de servicio a través de los afectos positivos y el engagement, (2) existe una relación directa y significativa desde las creencias de eficacia a engagement, $\beta = .24$, $p < .001$, aunque (3) la relación directa entre afectos positivos a calidad de servicio no fue significativa, $\beta = .06$, *ns*, ni tampoco la relación directa entre creencias de eficacia y calidad de servicio, $\beta = .08$, *ns*.

En cuanto al proceso de mediación se probaron y alcanzaron las cuatro condiciones para variables latentes de Baron y Kenny (1986) en el M3 (nuestro mejor modelo): (1) las creencias de eficacia se relacionan de forma positiva y significativa con las variables mediadoras: afectos positivos, $\beta = .52$, $p < .001$, y engagement, $\beta = .50$, $p < .001$; (2) las creencias de eficacia se relacionan positiva y significativamente con la calidad de servicio, $\beta = .51$, $p < .001$; (3) el afecto positivo, $\beta = .51$, $p < .001$, y el engagement, $\beta = .94$, $p < .001$,

se relacionan positiva y significativamente con la calidad de servicio. Además, la relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio deja de ser significativa cuando se controla por los afectos positivos y el engagement, $\beta = .06$, $p = .254$, al igual que la relación entre afectos positivos y calidad de servicio, $\beta = .07$, $p < .287$ cuando se controla por el efecto mediador del engagement. Sin embargo, la relación entre creencias de eficacia y engagement continua siendo significativa a pesar de controlar por el afecto positivo, $\beta = .37$, $p < .001$. Estos resultados evidencian que los afectos positivos y el engagement no median de manera total la relación entre creencias de eficacia y calidad de servicio. Los resultados del test de Sobel (1982; ver Wood et al., 2008) muestran que el efecto indirecto de las creencias de eficacia sobre la calidad de servicio a través del afecto positivo (Sobel test = 3.38, $p < .001$) y del engagement (Sobel test = 7.35, $p < .001$) es estadísticamente significativo.

Como se recomienda por Kline (1998) pusimos a prueba un modelo alternativo para determinar que el orden de las variables mediadoras en el modelo no es arbitrario. Como consecuencia, se puso a prueba el M4, en el que el afecto positivo está mediando la relación entre engagement y calidad de servicio. Como se esperaba, los resultados dieron evidencia a favor del M3, dado que el M4: (1) muestra un valor más alto de chi-cuadrado, Delta $\chi^2(3) = 89.12$, $p < .001$ y (2) muestra peores índices de ajuste comparados con el M3.

En conclusión, los resultados previos utilizando análisis de Ecuaciones Estructurales y análisis de doble mediación proporcionan evidencia convincente a favor del M3. La figura 5 muestra gráficamente la representación de este modelo final. Todas las variables manifiestas presentan pesos factoriales que oscilan de .68 a .92 en los factores latentes correspondientes. En segundo lugar, una revisión de los pesos de regresión para el M3 revela que, tal y como esperábamos, las creencias de eficacia se relacionan positiva y significativamente sobre el afecto positivo, $\beta = .24$, $p < .001$ ($R^2 = 6\%$), el cual a su vez se relaciona positiva y significativamente con el engagement, $\beta = .52$, $p < .001$ ($R^2 = 27\%$), que se relacio-

na positiva y significativamente con la calidad de servicio, $\beta = .94, p < .001$ ($R^2 = 88\%$). Finalmente, las creencias de efi-

cia también muestran una relación directa positiva y significativa con el engagement, $\beta = .39, p < .001$ ($R^2 = 20\%$).

Tabla 3. Índices de Ajuste de los Modelos de Ecuaciones Estructurales ($N = 154$)

Modelo	χ^2	<i>gl</i>	<i>GFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>IFI</i>	<i>AIC</i>	χ^2 dif.
Modelo 1 (M1)	168.86	87	.87	.07	.10	.94	.93	.94	234.86	
Modelo 2 (M2)	163.67	86	.87	.07	.09	.95	.94	.95	231.67	
Dif. M2-M1										5.19*
Modelo 3 (M3)	138.78	84	.90	.06	.05	.96	.95	.96	210.78	
Dif. M3-M1										30.08***
Dif. M3-M2										24.89***
Modelo 4 (M4)	227.90	87	.85	.10	.12	.90	.89	.91	293.90	
Dif. M4-M1										59.04 ³
Dif. M4-M2										64.23***
Dif. M4-M3										89.12***

Notas. χ^2 = Chi-cuadrado; *gl* = grados de libertad; *GFI* = Goodness of Fit Index; *RMSEA* = Root Mean Square Error Approximation; *SRMR* = Standardized Root Mean Square Residual; *CFI* = Comparative Fit Index; *TLI* = Tucker-Lewis Index; *IFI* Incremental Fit Index; *AIC* = Akaike Information Criterion; χ^2 dif. = diferencia de Chi-cuadrado; *** $p < .001$, * $p < .05$.

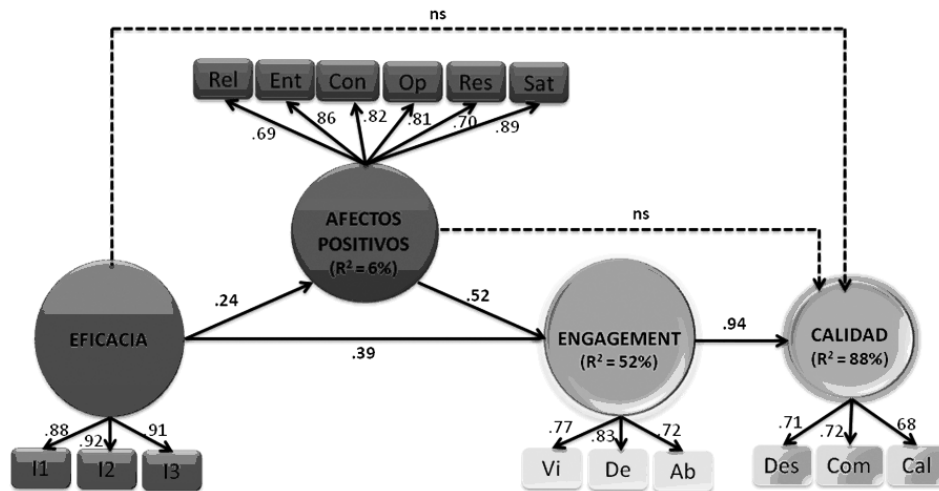


Figura 5. Modelo estructural de creencias de eficacia, afectos positivos, engagement y calidad de servicio ($N = 154$).
Nota: Los coeficientes estandarizados son significativos a $p < .001$ y se representan mediante líneas continuas; los coeficientes estandarizados no significativos se representan mediante líneas discontinuas; *ns* = no significativo.

Ajuste del Modelo: Análisis Booststrapping

A pesar de que contamos con suficiente muestra para llevar a cabo análisis de Ecuaciones Estructurales con una potencia de .50 (MacCallum, Browne, y Sugawara, 1996) se ha procedido a replicar los resultados obtenidos utilizando el procedimiento de booststrapping mediante el programa AMOS (MacKinnon et al., 2002; Preacher y Hayes, 2004). Este método permite determinar de manera más específica la significación de estimadores estadísticos de relaciones directas e indirectas cuando las muestras no son demasiado amplias así como intervalos de confianza de los efectos indirectos (Efron y Tibshirani, 1993; Shrout y Bolger, 2002). La hipótesis nula, que establece que x no tiene un efecto indirecto sobre y vía m , se rechaza cuando el intervalo de confianza se encuentra por encima o por debajo de cero. Para ello, se extrajeron muestras nuevas (mediante el procedimiento de reemplazo) de nuestra muestra (500 veces) y se

calcularon todas las estimaciones directas e indirectas del modelo.

Tal y como se esperaba, los resultados indicaron que el afecto positivo y el engagement median de forma total la relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio, puesto que la relación directa entre creencias de eficacia y calidad de servicio es no significativa. Además, el 95% de los intervalos de confianza del modelo de mediación no incluye el valor cero, lo que indica que el modelo es estadísticamente significativo (Preacher y Hayes, 2004) (ver Tabla 3). En cuando a los efectos indirectos que son los efectos clave del estudio, los resultados muestran que, tal y como se esperaba, tres de las cuatro relaciones indirectas fueron significativas (1) el afecto positivo media de forma parcial la relación entre creencias de eficacia y engagement, $\beta = .30, p = .01$, (2) el engagement media de forma total la relación entre el afecto positivo y calidad de servicio, $\beta = .28, p = .004$, y finalmente, (3) el engagement media de forma parcial la relación entre

creencias de eficacia y calidad de servicio, $\beta = .22, p = .002$. Por tanto, puede concluirse que, tal y como se esperaba, el afecto positivo y el engagement median la relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio. Sin embargo,

mientras que el afecto positivo media parcialmente la relación entre creencias de eficacia, engagement y calidad de servicio, el engagement media de forma total la relación entre creencias de eficacia, afecto positivo y calidad de servicio.

Tabla 4. Ajuste de los Modelos de Bootstrapping: relaciones indirectas ($N = 154$)

Variable mediadora	Bootstrap			CB 95% IC		<i>p</i>
	Estimador	<i>EE</i>	<i>IC Inferior</i>	<i>IC Superior</i>		
Afectos positivos	Efectos indirectos					
	Engagement					
Engagement	Creencias de eficacia	.30	.11	.09	.44	.010
	Efectos indirectos	Estimador	<i>EE</i>	<i>IC Inferior</i>	<i>IC Superior</i>	<i>p</i>
Engagement	Calidad de servicio					
	Afectos positivos	.28	.06	.20	.40	.004
Engagement	Efectos indirectos	Estimador	<i>EE</i>	<i>IC Inferior</i>	<i>IC Superior</i>	<i>p</i>
	Calidad de servicio					
Engagement	Creencias de eficacia	.22	.05	.14	.31	.002

Notas. Número de muestras del bootstrapping = 500; CB = Confianza del bootstrapping; IC = Intervalo de confianza; EE = Error Estándar; *p* = probabilidad.

Discusión

El objetivo del presente estudio era conocer cómo las creencias de eficacia se relacionan con la calidad de servicio (desempeño, compromiso organizacional y calidad percibida) a través del impacto de los afectos positivos y el engagement (vigor, dedicación y absorción) en el personal sanitario de un Hospital de la Comunidad Valenciana. Esperábamos que los afectos positivos y el engagement mediaran de forma consecutiva entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio percibida por el personal sanitario del hospital.

Los resultados de los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) y los análisis bootstrapping mostraron que tal y como se esperaba, los afectos positivos y el engagement en el trabajo median la relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio del personal sanitario del hospital evaluado. De manera específica las creencias de eficacia se relacionaron de manera positiva y significativa sobre el afecto positivo del personal sanitario, el cual a su vez se relacionaba positiva y significativamente con el engagement, y éste con la calidad de servicio. Pero además, las relaciones entre las variables del modelo no son tan simples, sino que se ha demostrado también el papel tan potente de las creencias de eficacia sobre el engagement; esta relación no solo está determinada por el efecto mediador de los afectos positivos sino también de forma directa; se muestra así una mediación parcial de los afectos positivos entre las creencias de eficacia y el engagement. Por tanto, parece ser que el personal sanitario con altas creencias de eficacia sobre sus capacidades para realizar con éxito su trabajo, experimenta más afectos positivos (está más relajado, entusiasta, a gusto, optimista, resiliente y satisfecho con el trabajo). Estos afectos positivos (y las creencias de eficacia) hacen que se esfuerce y se dedique más a su trabajo; se siente lleno de energía para realizar su trabajo y orgulloso del trabajo que hace, que es percibido con significado y propósito, tanto que el tiempo le pasa "volando". Además, la experiencia de estos niveles de engagement del personal sanitario se relaciona con un mejor desempeño

(tanto de las tareas prescritas por contrato, como de las tareas extra rol), mayor compromiso con el hospital y otorgan mayor calidad en la atención de los pacientes.

Estos resultados van en la línea de la investigación previa, donde se muestran las relaciones positivas entre creencias de eficacia, afecto positivo y engagement, así como las relaciones entre engagement y calidad de servicio (*e.g.* Burke, 1995; Ríos-Rísquez, Meca, y Fernández, 2010; Salanova, Llorens, y Schaufeli, 2011; Salanova, Llorens et al., 2012). Concretamente, la investigación (*e.g.*, Carmeli et al., 2009; Fröjd y Von Essen, 2006; Lee y Ko, 2010) ha señalado que el rendimiento de los profesionales sanitarios depende en parte de la eficacia de sus miembros, de su vigor y dedicación en el trabajo. Estos estados positivos se ven reflejados en la forma en que atiende a sus pacientes. Son los profesionales más eficaces, y los más *engaged*, los que son mejores en la comunicación sobre asuntos difíciles, proporcionan más cantidad apropiada de información a los pacientes y esto les ayuda a sentirse competentes y seguros en su relación interpersonal con sus pacientes. Podemos concluir que el hospital debe fomentar las creencias de eficacia y el afecto positivo si quieren que el personal sanitario incremente sus niveles de engagement que a su vez se traducirá en un incremento en la calidad de servicio, en términos de desempeño, compromiso con el hospital y calidad de atención al paciente/acompañante. En suma, los resultados apoyan la hipótesis planteada en esta investigación y podemos indicar que el objetivo de este estudio se ha cumplido.

Limitaciones e Investigación Futura

Pese a las fortalezas que tiene este estudio, no está carente de algunas limitaciones, concretamente las limitaciones principales son cuatro. La primera es que se trata de una muestra de conveniencia, lo cual compromete la generalización de los resultados obtenidos. Sin embargo, ofrece una visión de la realidad del día a día del hospital analizado, lo que puede permitir que se generen intervenciones específicas en el personal sanitario del mismo (Reeves y Bednar, 1994).

La segunda limitación es que los datos han sido recogidos mediante cuestionarios de autoinforme, lo que podría generar el sesgo de la varianza común. Sin embargo, el test de Harman revela que no existe sesgo en la varianza del método común en la base de datos. La tercera limitación es que a pesar de que el referente a la hora de cumplimentar el cuestionario era el grupo/organización, los datos se han tratado a nivel individual considerando la percepción de los empleados. En futuros estudios sería interesante incluir más hospitales (al menos 30) para poder replicar los resultados obtenidos agregando las puntuaciones a nivel de equipo u organización dado la relevancia de las unidades de trabajo en los hospitales (Lee y Ko, 2010). En este caso, podrían incluso utilizarse la percepción de los supervisores o de los propios clientes en cuanto a la calidad de servicio del hospital y explorar efectos e interacciones transnivel mediante análisis multinivel. Finalmente, otra limitación del estudio es que se trata de un estudio transversal. En futuros estudios sería interesante incluir diseños longitudinales mediante la recogida de 2 o 3 medidas que permitan establecer relaciones de causa-efecto y desarrollar ciclos y espirales de las creencias de eficacia, respectivamente.

Implicaciones Teóricas y Prácticas

El presente estudio muestra diferentes contribuciones tanto teóricas y prácticas. A nivel teórico, el presente estudio amplía la investigación sobre el rol mediador de los afectos positivos y del engagement de trabajo en equipo en su relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio evaluada mediante tres indicadores (desempeño, compromiso y calidad percibida) en un contexto poco accesible como es el sector sanitario. Los resultados obtenidos proporcionan evidencia a favor del Modelo HERO (Salanova, Llorens et al., 2012) en el contexto sanitario. En segundo lugar, este estudio contribuye al estudio del engagement analizando sus antecedentes a nivel de recursos personales como de sus consecuencias a nivel de calidad de servicio con pacientes. Además, de los recursos personales a nivel cognitivo (evaluados por las creencias de eficacia) en el presente estudio se han ampliado también los indicadores del afecto positivo,

incluyendo elementos como optimismo y resiliencia que no estaban presentes en el estudios previos sobre el tema (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011). Además, este estudio no sólo se limita a conocer cuáles son las fuentes del engagement en el trabajo en equipo sino que además se analizan sus consecuencias positivas, tal como se muestra con la calidad de servicio, variable de vital importancia en el contexto sanitario.

Desde un punto de vista práctico, los resultados de este estudio pueden ser valiosos de cara a la implementación de estrategias de intervención para la promoción y cuidado de la salud de los profesionales sanitarios. Concretamente, los resultados indican que se pueden implementar estrategias que faciliten la generación de recursos personales (cognitivo-emocionales) entre los empleados, en especial, entre las diferentes unidades y equipos de trabajo en el hospital favoreciendo la eficacia colectiva en equipo y el desarrollo de afectos positivos para buscar el bienestar total del personal sanitario (engagement) y favorecer la calidad integral de atención a los pacientes.

Nota Final: Con el presente estudio se pretende estimular la investigación-acción dirigida a fomentar la salud ocupacional del personal sanitario. La dirección de los hospitales tiene que ser consciente que invertir en salud de sus empleados es invertir en calidad de servicio para los pacientes. Esperamos que este sea el primero de muchos trabajos que permitan desarrollar las Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes para que puedan convertirse en verdaderos “templos de la salud integral” de sus empleados y pacientes.

Agradecimientos.- Este estudio está subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (#411/UJI/SALUD), Ministerio de Ciencia e Innovación (#PSI2008-01376/PSIC), Universitat Jaume I y Bancaixa (#P11B2008-06), Fundación Dávalos-Fletcher y Beca PASPAs de la Universidad Nacional Autónoma de México y Beca Santander para estudiantes de Latinoamérica. Esta investigación ha sido posible gracias a una subvención del Ministerio Español de Economía y Competitividad (PSI2011-22400). Y en México por el apoyo del Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico de la UNAM (PASPAs).

Referencias

- Ablett, J. R., y Jones, R. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychology of Women Quarterly, 31*, 733-740.
- Acosta, H., Salanova, S., y Llorens, S. (2012). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: El rol de la confianza organizacional. *Ciencia y Trabajo, 13*, 125-134. <http://www.cienciaytrabajo.cl/v2/index.html>
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika, 52*, 317-332.
- Bakker, A. B., van Emmerik, H., y Euwema, M. C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and Occupations, 33*, 464-489.
- Bakker, A. B., y Bal, P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 189-206.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 75-78.
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Blader, S. L., y Tyler, T. R. (2009). Testing and extending the group engagement model: Linkages between social identity, procedural justice, economic outcomes, and extrarole behavior. *Journal of Applied Psychology, 94*, 445-464.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.

- Burke, R. J. (1995). Management practices, employees' satisfaction and perceptions of quality of service. *Psychological Reports*, 77, 748-750.
- Carmeli, A., Ben-Hador, B., Waldman, D. A., y Rupp, D. E. (2009). How leaders cultivate social capital and nurture employee vigor: Implications for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1553-1561.
- Christian, M. S., Garza, A. S., y Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, 64, 89-136.
- Cohn, M., Fredrickson, B., Brown, S., Mikels, J., y Conway, A. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368.
- Cook, J., y Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cooper, C. L., y Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization – A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455-471.
- Cruz, V., Salanova, M., y Martínez, I. M. (en prensa). Liderazgo transformacional y desempeño grupal: Unidos por el engagement grupal. *Revista de Psicología Social*.
- De Lucena Carvalho, V., Calvo, B., Martín, L., Campos, F., y Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Del Libano, M., Llorens, S., Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2012). About the bright and dark sides of self-efficacy: Work engagement and workaholism. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 688-701.
- Efron, B., y Tibshirani, R. (1993). *An introduction to the bootstrap*. New York: Chapman & Hall.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fritz, C., Yankelevich, M., Zarubin, A., y Barger, P. (2010). Happy, healthy, and productive: The role of detachment from work during nonwork time. *Journal of Applied Psychology*, 95, 977-983.
- Fröjd, C., y Von Essen, L. (2006). Is doctors' ability to identify cancer patients' worry and wish for information related to doctors' self-efficacy with regard to communicating about difficult matters? *European Journal of Cancer Care*, 15, 371-378.
- Froman, L. (2010). Positive psychology in the workplace. *Journal of Adult Development*, 17, 59-69.
- Goodman, S. A., y Svyantek, D. (1999). Person-organization fit and contextual performance: Do shared values matter. *Journal of Vocational Behavior*, 55, 254-275.
- Gullberg, M. T., Olsson, H. M., Alenfelt, G., e Ivarsson, A. (1994). Ability to solve problems, professionalism, management, empathy, and working capacity in occupational therapy: The professional self description form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 173-178.
- Hallberg, U. E., y Schaufeli, W. B. (2006). "Same" but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist*, 11, 119-127.
- Harland, L., Harrison, W., Jones, J., y Reiter-Palmon, R. (2005). Leadership behaviours and subordinate resilience. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 11, 2-14.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 268-279.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues and applications* (pp. 1-15). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- James, L. R., Mulaik, S. A., y Brett, J. M. (2006). A tale of two methods. *Organizational Research Methods*, 9, 233-244.
- Kasman, D. L., Fryer-Edwards, K., y Braddock, C. (2003). Educating for professionalism: Trainees' emotional experiences on IM and pediatrics inpatient wards. *Academic Medicine*, 78, 730-741.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford Press.
- Koch, T., y Jones, S. (2010). The ethical professional as endangered person: Blog notes on doctor-patient relationships. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 36, 264-285.
- Kunin, T. (1955). The construction of a new type of attitude measure. *Personnel Psychology*, 8, 65-67.
- Laschinger, H. S. (2010). Staff nurse work engagement in Canadian hospital settings: The influence of workplace empowerment and six areas of worklife. En S. L. Albrecht (Ed.), *Handbook of employee engagement: Perspectives, issues, research and practice* (pp. 309-322). Northampton, MA US: Edward Elgar Publishing.
- Lee, T., y Ko, Y. (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 839-848.
- Liao, H., Toya, K., Lepak, D. P., y Hong, Y. (2009). Do they see eye to eye? Management and employee perspectives of high-performance work systems and influence processes on service quality. *Journal of Applied Psychology*, 94, 371-391.
- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., y Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 13, 378-391.
- Llorens, S., García-Renedo, M., y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: Un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 55-70.
- Llorens, S., Salanova, M., y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de la construcción. *Directivos construcción*, 220, 48-55.
- Llorens, S., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., y Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
- Llorens, S., y Salanova, M. (2012). *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales de Castellón y provincia*. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 2, 130-149.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104.
- Mageau, G. A., y Vallerand, R. J. (2007). The moderating effect of passion on the relation between activity engagement and positive affect. *Motivation and Emotion*, 31, 312-321.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., y Hau, K. T. (1996). An evaluation of Incremental Fit Indices: A clarification of mathematical and empirical properties. En G. A. Marcoulides y R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling: Issues and techniques* (pp. 315-353). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M., y Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 307-312.
- McAllister, M., y Lowe, J. B. (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York: Springer Publishing Co.
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36, 717-731.

- Price, L. L., Arnould, E. J., y Tierney, P. (1995). Going to extremes: Managing service encounters and assessing provider performance. *Journal of Marketing*, 59, 83-97.
- Reeves, C. A., y Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Ríos-Risquez, M., Meca, J., y Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22, 600-605.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En Vázquez y Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 403-458). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Salanova, M., Agut, S., y Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1217-1227.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I. M., y Schaufeli, W. B. (2003). Perceived collective efficacy, subjective well-being, and task performance among electronic work groups: An experimental study. *Small Group Research*, 34, 43-73.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We need a Hero! Towards a validation of the Healthy & Resilient Organization (HE-RO) model. *Group & Organization Management*, 37, 785-822.
- Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W. B. (2011). Yes, I can, I feel good, and I just do it! On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology: An International Review*, 60, 255-285.
- Salanova, M., Martínez, I., y Llorens, S. (2012). Success breeds success, especially when self-efficacy is related to an internal attribution of causality. *Estudios de Psicología*, 33, 151-165.
- Salanova, M., Rodríguez-Sánchez, A. M., Del Libano, M., y Ventura, M. (2012). Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: Marco teórico y conceptual. En S. Llorens y M. Salanova (Dirs.) *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales de Castellón y provincia*. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., y Bakker, A. (2006). Dr. Jekyll and Mr. Hyde: On the differences between work engagement and workaholism. En R. J. Burke (Ed.), *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217). Northampton, UK: Edward Elgar.
- Schaufeli, W. B., y Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 39-46.
- Schneider, B., y Bowen, D. E. (1985). Employee and customer perceptions of service in banks: Replication and extension. *Journal of Applied Psychology*, 70, 423-433.
- Shrout, P. E., y Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and non-experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). Washington, DC: American Sociological Association.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W. B. (2012). Teams make it work: How team work engagement mediates between social resources and performance in teams. *Psicothema*, 24, 106-112.
- Vinagre, M., y Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 87-103.
- Wang, S., y Lin, S. J. (2007). The effects of group composition of self-efficacy and collective efficacy on computer-supported collaborative learning. *Computers in Human Behavior*, 23, 2256-2268.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., y McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Winseman, J., Malik, A., Morison, J., y Balkoski, V. (2009). Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Academic Psychiatry*, 33, 484-491.
- Wood, R. E., Goodman, J. S., Beckmann, N., y Cook, A. (2008). Mediation testing in management research: A review and proposals. *Organizational Research Methods*, 11, 270-295.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2007). How job and personal resources influence work engagement and financial turnover: A diary study in a Greek fast-food company. *International Journal of Stress Management*, 14, 121-141.

(Artículo recibido: 17-01-2012 revisado: 24-09-2012, aceptado: 21-01-2013)