



11262  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ATZ  
ALIAZ  
LE

**LA SATISFACCION LABORAL  
DEL MEDICO FAMILIAR EN  
DIFERENTES MODELOS DE  
ORGANIZACION DE LA  
ATENCIÓN MEDICA**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS  
P R E S E N T A :

**MARIA DEL CARMEN GARCIA PEÑA**

1995

FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Manuel y a  
Carmen Jimena*

***Tutores:***

***Dr. Onofre Muñoz Hernández***

***Dra. Sandra Reyes Frausto***

***Dra. Isabel Reyes Lagunes***

***Este trabajo de tesis fue revisado por los siguientes sinodales a quienes agradezco sus valiosos comentarios:***

***Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo.***

***Dr. Leonardo Viniegra Velázquez.***

***Dr. Onofre Muñoz Hernández.***

***Dra. Silvia Santamaría Galván.***

***Dra. Isabel Reyes Lagunes.***

***Dra. Sandra Reyes Frausto.***

***Dr. Juan Garduño Espinosa.***

## ***AGRADECIMIENTOS***

Este proyecto de investigación se desarrolló gracias a los fondos proporcionados por el Fondo de Fomento a la Investigación de la Jefatura de Servicios de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social y por CONACyT.

En las etapas de elaboración del protocolo, análisis de los datos y redacción del informe final el apoyo incondicional y permanente de mis coasesoras, la Dra. Isabel Reyes Lagunes y la Dra. Sandra Reyes Frausto fue piedra angular para que el trabajo llegara a su fin. Agradezco infinitamente su valiosa participación.

El trabajo de los encuestadores tanto en la primera como en la segunda etapa fue parte fundamental del proyecto y les expreso mi gratitud por su entrega, responsabilidad y compromiso: Sres. Hugo Villa, Oscar Escalera Ceballos, Rafael Martínez, Amado Carmona, José de Jesús Arenas y trabajadoras sociales Elvia Sixto, Marina González y Norma González Valadez. La codificación y captura estuvo a cargo de la Enf. Rosario Lázaro Gutiérrez y los analistas Rubí Cano Escalante y Michel Amaury Monroy Roldán a quienes agradezco el empeño puesto en su labor. Mi reconocimiento a la Enf. Lidia Martínez González cuya colaboración fue invaluable en la preparación del manuscrito. Agradezco también la amplia colaboración de la Srita. Abelina Escamilla Gómez.

El Dr. Héctor Guiscafré Gallardo me aceptó en su grupo como alumno de maestría y es en gran parte responsable de mi formación, le agradezco su apoyo permanente.

Finalmente agradezco muy especialmente al Dr. Onofre Muñoz Hernández el apoyo otorgado tanto en tiempo como en recursos y la confianza depositada en este proyecto.

# ***INDICE***

<b><i>RESUMEN</i></b>	15
<b><i>INTRODUCCION</i></b>	17
<b><i>I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS</i></b>	19
1. Construcción y Validación de instrumentos	19
2. Redes semánticas para la construcción de instrumentos	21
3. Satisfacción laboral de los médicos	23
4. Satisfacción laboral de los médicos familiares	25
<b><i>II. MARCO CONCEPTUAL</i></b>	29
Esquema Conceptual	40
<b><i>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION</i></b>	41
1. Preguntas de investigación	42
<b><i>IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</i></b>	43
<b><i>V. HIPOTESIS</i></b>	45
<b><i>VI. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS</i></b>	47
1. Características del lugar donde se llevó a cabo la investigación	47
a) Area geográfica	47
2. Diseño	47
a) Tipo de estudio	
3. Población de estudio y Muestra	47
a) Criterios de inclusión	47
b) Criterios de exclusión	47
c) Criterios de eliminación	47
d) Marco muestral	47
e) Unidad muestral	48

f) Selección de la muestra	48
g) Unidad de análisis	48
h) Tamaño de muestra	48
4. Definiciones operativas de variables	49
5. Instrumentos para la recolección de la información	51
a) Construcción del instrumento para el censo	51
b) Construcción y Validación del instrumento para la medición de satisfacción laboral	51
c) Instrumento de ambiente laboral de Moss	53
d) Hoja de recolección de datos generales	53
6. Descripción general del estudio	54
7. Personal participante	55
a) Censo	55
b) Construcción, validación y medición	55
8. Captura y validación de la información	55
9. Análisis de datos	56
10. Aspectos éticos	56
<i>VII. RESULTADOS</i>	57
1. Censo de médicos	57
2. Instrumento para la Medición de Satisfacción Laboral	59
a) Construcción del instrumento de medición	59
b) Análisis de los ítemes y validación	62
c) Calificación de la prueba	64
3. Descripción de la población bajo estudio	64
a) Características generales de los médicos entrevistados	65
b) Antecedentes académicos de los médicos entrevistados	65
c) Antecedentes laborales de los médicos entrevistados	69
d) Características económicas de los médicos entrevistados	69



4. Satisfacción y ambiente laboral	72
a) Satisfacción laboral	72
b) Ambiente laboral	79
<i>VIII. DISCUSION</i>	83
1. De los resultados de la investigación	83
a) Construcción y Validación del instrumento	83
b) Satisfacción y ambiente laboral	85
2. De la metodología	91
<i>IX. CONCLUSIONES</i>	95
1. Del problema de investigación	95
2. De orden metodológico	96
<i>X. RECOMENDACIONES</i>	99
1. Del problema de investigación	99
2. De orden metodológico	99
<i>XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</i>	101
<i>XII. BIBLIOGRAFIA</i>	103
<i>XIII. ANEXOS</i>	109
A. Tamaño de muestra	110
B. Hoja de recolección de datos generales	111
C. Instrumento de medición de ambiente laboral de Moss	112
D. Instrumento de medición de satisfacción laboral	117
E. Análisis factorial	127
F. Abreviaturas	131

## **RESUMEN**

**Objetivos:** 1) Determinar el número de médicos que laboran en unidades de primer nivel en el IMSS, la SSA y en el sistema de atención privada con manejo de igualas y la proporción de los que tienen la especialidad de medicina familiar. 2) Construir y validar un instrumento para la medición de la satisfacción del mf. 3) Establecer el nivel de satisfacción laboral del médico en el IMSS, la SSA y el sistema privado. 4) Medir la fuerza de asociación entre el nivel de satisfacción laboral del mf y el modelo de la organización de la atención médica en el que trabaja.

**Material y métodos.-** Diseño transversal. Se realizó un censo de médicos. Se elaboró teóricamente el constructo de satisfacción laboral y se utilizó la técnica de red semántica para la construcción de los ítems. El cuestionario se integró por 80 ítems. Se validó aplicando el cuestionario a 9 médicos (218) por cada ítem considerado en la dimensión con mayor número. Se realizó prueba de T para discriminación, alfa de Cronbach y análisis factorial. Para la medición del ambiente laboral se aplicó el instrumento de Moss. El tamaño de muestra fue de 97 médicos en cada grupo más un 10% por pérdidas, la selección fue aleatoria.

**Resultados.-** Se localizaron 1447 mf en el IMSS, 504 en la SSA y 150 en el sistema privado en el D.F. El instrumento de medición quedó construido con 4 dimensiones: “satisfacción global”, “instituto de salud donde trabajo”, “mis pacientes” y “yo como médico”. En la discriminación se obtuvieron valores de  $p < 0.001$ , el alfa de Cronbach varió entre 0.76 y 0.94 y se obtuvieron por análisis factorial 4 factores para todas las dimensiones excepto para “mis pacientes” en el que se obtuvieron 2. Estos factores explicaron más del 44% del constructo elaborado. Comparación entre grupos: Se estudiaron a 107 mf IMSS, 106 de la SSA y 97 médicos privados. El porcentaje más bajo (23%) de médicos con especialidad en medicina familiar se encontró en la SSA. En las tres primeras dimensiones se encontró que aproximadamente la mitad de los médicos del IMSS y de la SSA estaban insatisfechos; en cambio, tres cuartas partes (un 75%) de los médicos del modelo privado mostraron estar satisfechos. Al comparar el modelo privado y el IMSS se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.03$ ) en “satisfacción global” (RM=2.48, IC 95% 1.38-4.47), “instituto de salud donde trabajo” (RM=2.10, IC 1.17-3.79) y “yo como médico” (RM=1.81, IC 1.03-3.20). En el caso de privados/SSA, se mantuvieron las diferencias con  $p < 0.001$  en “satisfacción global” (RM=2.35, IC 1.30-4.23), “instituto de salud donde trabajo” (RM=2.59, IC 1.44-4.65) y “yo como médico” (RM=2.24, IC 1.27-3.94). En ninguno de los dos casos se encontraron diferencias en “mis pacientes”.

Entre el IMSS y la SSA no se encontraron diferencias. Tomando como referencia al grupo de MP, la regresión logística reportó en “satisfacción global” para el IMSS un riesgo de insatisfacción de 1.78 (IC 95% 1.11-2.85) para la SSA una RM de 1.73 (1.07-2.78), en

“instituto de salud donde trabajo”, el IMSS tuvo una RM de 1.61 (1.01-2.58), SSA con RM de 1.80 (1.31-2.86), y en “yo como médico”, IMSS/SSA tuvieron una RM de 1.23 (1.01-1.52).

En la medición del ambiente laboral los tres modelos fueron significativamente diferentes ( $p < 0.0004$ ).

**Conclusiones.-** El modelo de organización está asociado a insatisfacción en las dimensiones de “satisfacción global”, “yo como médico” y “instituto de salud donde trabajo”. La técnica de red semántica es una herramienta útil para la construcción del instrumento de medición, que discrimina adecuadamente y tiene alta confiabilidad.

### **INTRODUCCION**

La satisfacción del prestador de servicio ha sido un concepto que se ha manejado desde hace varios años. Ha tenido diversos enfoques: algunos han relacionado a la satisfacción con el perfil de personalidad o el marco de referencia individual o bien con algunos aspectos del modelo de organización de la atención médica como la burocratización, el grado de autonomía, la disponibilidad de recursos o las recompensas psicológicas o materiales. Una de las razones de estos diferentes enfoques ha sido el marco conceptual que cada autor ha manejado implícita o explícitamente, ya sea que este a favor o no de los determinantes situacionales o disposicionales de la satisfacción<sup>1</sup>. Otro punto que debe considerarse es la dificultad que representa medir un aspecto subjetivo del individuo. Enfrentarse a la definición de este constructo y a la construcción y validación de un instrumento que mida satisfacción laboral es una tarea compleja.

La importancia de partir de una construcción y validación adecuada radica en el hecho de que sin cumplir este aspecto no podemos hacer inferencias en cuanto a diferentes niveles de satisfacción. Ya que en este trabajo el objetivo último era lograr hacer mediciones entre diferentes modelos de organización de la atención, un paso preliminar fue contar con un instrumento suficientemente validado.

En el IMSS el primer nivel de atención tiene la responsabilidad de atender a toda la población y resolver el 85% de las necesidades de salud. La capacidad resolutoria del primer nivel no se alcanza en su totalidad y las posibles causas pueden ser: la estructura de la atención médica con enfoque a la enfermedad y no a la salud, algunas características organizacionales de los modelos de atención y el que nos ocupa en esta investigación, la satisfacción del médico familiar.

## *Satisfacción Laboral de Médicos Familiares*

---

## ***I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS***

### **I. Construcción y validación de instrumentos**

La medición es una actividad fundamental de la ciencia. Adquirimos información de las personas, objetos o eventos por medio de la observación pero para que los datos cobren sentido, requerimos de cuantificarlos. Cada rama de la ciencia ha desarrollado sus procedimientos particulares de medición. En el campo de las ciencias sociales y de la conducta, la psicometría es el área que ha desarrollado los aspectos de medición de los fenómenos sociales y psicológicos. Duncan (1984) refiere que el impacto de la psicometría ha trascendido los terrenos de las ciencias sociales y de la conducta por el amplio uso que se le ha dado a las definiciones psicométricas de consistencia y validez, la popularidad que el análisis factorial ha tenido en los últimos años y la adopción de los métodos psicométricos para desarrollar escalas de medición de diversos tipos<sup>2</sup>.

En las ciencias sociales el proceso de medición consiste generalmente en asignar números según las respuestas que dan las personas a un cuestionario que puede evaluar conocimientos, actitudes, sentimientos, afectos, personalidad o habilidades. Stevens en 1948 definió a la medición como el proceso de asignar números a objetos o personas según reglas específicas. Jones en 1971 agrega que la medición es hecha para características de los objetos o personas y no para los objetos o personas per se y que el acto de medir se refiere a cuantificar la cantidad que posee un objeto o una persona de una determinada característica. Duncan en 1984 enfatiza que la medición no solo es la asignación de números, estos números deben corresponder a diferentes grados de una cualidad o propiedad de un objeto, sujeto o evento<sup>3</sup>.

Los fenómenos o variables de interés que se miden en las ciencias sociales frecuentemente no son directamente observables como sería el caso de sentimientos, creencias, expectativas, necesidades, emociones, afectos, actitudes. La medición de estas variables resultaría prácticamente imposible si no contáramos con la posibilidad de medirlas con cuestionarios. Para construir cuestionarios o instrumentos de medición se debe iniciar por la definición del constructo, es decir el investigador debe tener un concepto, fundamentado teóricamente

de lo que es la depresión, la ansiedad, el optimismo, el éxito, etc. En la medida en que una variable es abstracta y no concreta se dice que es un constructo. Este constructo representa una hipótesis, por lo general incompleta, en la que una diversidad de conductas se correlacionan entre sí; los constructos por tanto implican dominios o áreas de observación<sup>4</sup>. Otros aspectos fundamentales para desarrollar un instrumento es la definición de la población de estudio y del objetivo de la medición. Una vez que el constructo, la población de estudio y el objetivo de la medición han sido especificados, se construyen los ítemes. Estos deben ser claros, comprensibles, redactados sin ambigüedad y deben preguntar o enunciar un solo aspecto. Hasta hace poco tiempo tanto la definición del constructo como la construcción de los ítemes se había hecho a partir del marco teórico definido por el investigador pero recientemente se ha incluido la aplicación de la técnica de red semántica que agrega el punto de vista de la población objeto de la medición<sup>5</sup>. Este aspecto será presentado posteriormente.

Habiendo completado el proceso de construcción del instrumento, el investigador debe demostrar que el cuestionario efectivamente mide lo que pretende. Un primer paso en este proceso es evaluar la confiabilidad, es decir que tan consistentemente se está midiendo la variable<sup>2</sup>. Existen diversos métodos para medir confiabilidad. Estos dependen de el objetivo y las características del instrumento:

#### **I. Para Estabilidad temporal:**

En el caso de que se requiera aplicar el instrumento en mas de una ocasión.

1. Test-retest.- Cuando un instrumento se aplica al mismo grupo en dos ocasiones diferentes, debe ser aplicado en un lapso no menor de 4 semanas ni mayor de 6 a 8 semanas.
2. Pruebas paralelas.- Se aplican dos instrumentos semejantes al mismo grupo con instrucciones similares.

#### **II. Para consistencia interna:**

##### **1. Mitades.-**

1.1 Split-Half.- Se aplica a un grupo y se analiza en mitades.

1.2 Pares-nones.- Se aplica a un grupo y se analizan las preguntas nones y las preguntas pares.

2. Kuder-Richardson.- Se utiliza cuando la respuesta es dicotómica y establece la correlación de cada una de las preguntas con el resto del instrumento.

3. Alfa de Cronbach.- Se utiliza para opciones de respuesta múltiples.

Un instrumento confiable generalmente es válido pero no siempre es así. La validez se refiere a que tan representativa es la muestra de conductas que se eligieron para definir el constructo, es decir que tan bien se mide lo que se pretende medir<sup>4</sup>. En un sentido muy general, un instrumento de medición es válido si cumple satisfactoriamente el propósito con el que se diseñó y el tipo de validez depende de la naturaleza de la evidencia requerida, es decir si pretendemos establecer una relación funcional con una variable particular, le corresponde la validez predictiva, si deseamos representar un universo de un contenido específico, tendremos la validez de contenido y si queremos medir un rasgo psicológico, interesará la validez de constructo.

La validez de constructo inicia con la especificación del dominio de observaciones y posteriormente se determina el grado en que todas o algunas de estas observaciones se correlacionan entre sí.

Los métodos para establecer la validez de constructo implican correlaciones como en el caso del análisis factorial. El análisis factorial permite explicar constructos porque las correlaciones que se obtienen especifican si todas las medidas están determinadas por factores específicos, o por un factor común o bien si las medidas tienden a repartirse entre cierto número de factores comunes<sup>4</sup>.

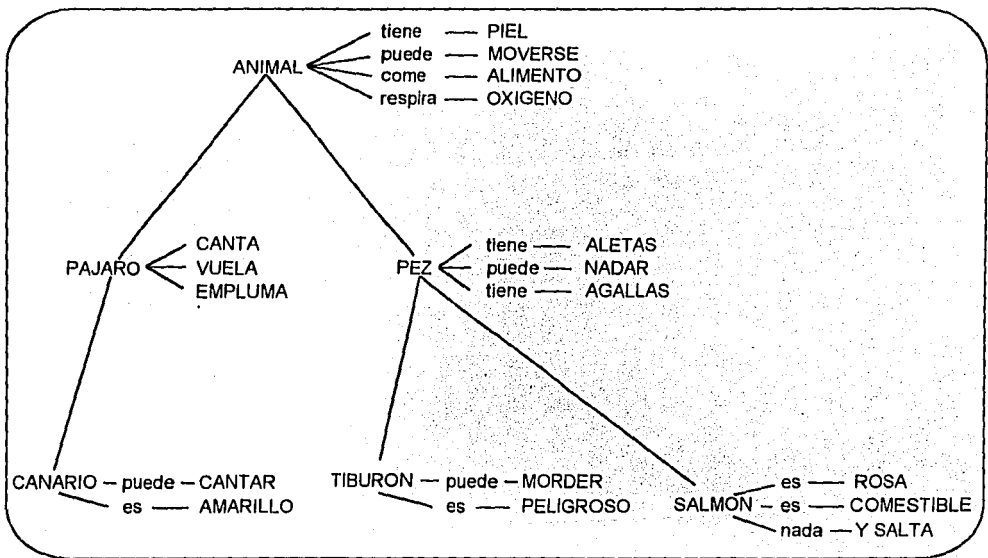
## **2. Redes semánticas para la construcción de instrumentos**

La red semántica de una palabra o frase es aquél conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo. Esta red está conformada por los procesos de memoria que eligen los elementos que la integran. La elección de los elementos se hace en base al marco referencial del sujeto que los selecciona<sup>6</sup>. El concepto de red semántica se fundamenta en el hecho de que la estructura semántica se va desarrollando y adquiere nuevas relaciones y elementos a medida que aumenta el conocimiento general del individuo. Por otra parte, el conocimiento adquirido se integra a la estructura presente enriqueciéndola y es la memoria como proceso activo de reconstrucción la que extrae la



información necesaria para formar la red semántica. Una representación de una parte de la memoria semántica de acuerdo con la estructura jerárquica de Quillian (1968), donde se pueden observar conceptos superordinados y subordinados se presenta a continuación. La técnica de red semántica se desarrolló a partir de los estudios de memoria semántica de Quillian, quien propuso esta forma de organización de la memoria<sup>7</sup>. La técnica de la red semántica tiene su origen en procedimientos desarrollados por Figueroa y colaboradores<sup>6,8</sup> quienes utilizaron la técnica para conocer el significado de algunos conceptos mediante análisis cuantitativo.

FIGURA 1



Tomado de Lachman et al (1979)

La aplicación de la red semántica para el conocimiento del significado ha sido más frecuente<sup>5,9</sup> en comparación con su utilización para la construcción de instrumentos de medición de actitudes, creencias o sentimientos, sin embargo recientemente se ha constituido en una herramienta valiosa para resolver el problema de la definición del constructo, no sólo desde el punto de vista teórico, sino tomando en cuenta el significado que tienen los conceptos para la población objetivo. Como se considera que la red

semántica evoca la memoria semántica que es la representación interna de la realidad que el sujeto posee<sup>5,10</sup>, su utilización en la etapa de construcción hace que la validez de los instrumentos se incremente.

### **3. Satisfacción laboral de médicos**

El tema de la satisfacción laboral ha sido abordado desde la década de los cincuentas por diversos autores<sup>11</sup>. El primer instrumento de medición, el Job Descriptive Index (JDI), fue elaborado por Smith y colaboradores en 1963 para medir la satisfacción de trabajadores en la industria. Estos autores conceptualizaron a la satisfacción como un estado afectivo más o menos persistente relacionado con el marco referencial del individuo, sin embargo no tomaron en cuenta otras variables que pudieran intervenir en el fenómeno<sup>11</sup>.

Los primeros autores que analizaron el tema de la satisfacción de prestadores de servicio y además lo relacionaron con la calidad de atención médica fueron Freeborn y Greenlick en un trabajo que discute la evaluación del desempeño en los sistemas de atención médica ambulatoria, donde se incluye como importante la evaluación de la satisfacción del prestador de servicios<sup>12</sup>.

En 1969 Engel analizó el impacto de la burocratización del sistema en la percepción médica de la autonomía concluyendo que algunos aspectos de la burocracia, (como por ejemplo el salario asegurado) pueden incidir favorablemente en la satisfacción<sup>13</sup>. Mechanic comparó la satisfacción de los médicos en el sistema británico de salud (sistema muy antiguo, bien organizado y muy estructurado) y el sistema de Estados Unidos, y concluyó que los médicos británicos expresan un nivel mayor de frustración pero no analiza con profundidad las razones de la diferencia<sup>14</sup>.

En 1978 Breslau y Cols, comparan la satisfacción laboral de médicos de atención primaria y de personal para-médico, en pequeños grupos y en organizaciones complejas, concluyendo que las estructuras complejas cambian la naturaleza del trabajo médico y causan insatisfacción<sup>15</sup>.

Stamps sugiere que el grado de satisfacción sea evaluado en sus diferentes componentes como son la autonomía, el pago, el número de reglas de trabajo, las relaciones con sus pacientes y con sus compañeros de trabajo, la carga laboral y el prestigio y estatus. El instrumento es completo pero tiene el inconveniente de haber sido utilizado indistintamente para médicos y enfermeras<sup>16</sup>.

En 1984 se publicó el primer artículo en el que se intenta definir a la satisfacción laboral del médico; los autores la conceptualizan como la diferencia que se percibe entre la situación real y lo que se quiere o espera encontrar en el trabajo y tiene un componente afectivo con seis facetas fundamentales: recursos suficientes, autonomía, relaciones con los pacientes, relaciones profesionales, status y prestigio y cantidad y calidad de trabajo<sup>17</sup>.

Cohen en 1987 realizó un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de un nuevo modelo de práctica médica, en el ensayo se analizaron las actitudes del paciente, la satisfacción del médico, la calidad de la atención y los costos. Para evaluar la satisfacción del prestador de servicio se utilizó un instrumento previamente elaborado; Cohen encontró que en el grupo experimental la satisfacción estaba relacionada de manera directa con los cambios en la organización del equipo médico, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas<sup>18</sup> lo que podría haber estado relacionado con los problemas de validez del instrumento.

Linn exploró la relación que existe entre la satisfacción del médico y la del paciente y como se asocian con determinadas características organizacionales como el tamaño del hospital, el número de pacientes, el tipo de supervisión, etc. Se encontró una correlación positiva entre la satisfacción de los médicos y la del paciente y estas correlacionaron positivamente con el menor número de pacientes, la continuidad en la atención, etc. En ésta investigación la medición de satisfacción de los médicos se realizó sólo con 7 ítems<sup>19</sup> que si no fueron seleccionados cuidadosamente pudieron tener problemas de confiabilidad.

Un trabajo que confirma la relación ya encontrada por otros autores, entre la satisfacción y la autonomía es el de Cooper que encontró que los médicos más satisfechos son los que se movían en ambientes más libres<sup>20</sup>.

Una variable que ha sido asociada con la satisfacción es el control ya sea normativo o económico, a mayor control menor satisfacción<sup>21</sup>.

Kravitz estudia el nivel general de satisfacción que queda integrado por cuatro áreas: satisfacción con los recursos materiales y humanos para proveer atención; con las recompensas psicológicas y materiales, con la relación con los pacientes y con el ambiente social e intelectual del trabajo. El aspecto que más insatisfacción produjo fue el relacionado con las recompensas psicológicas y materiales<sup>22</sup>.

Richardson y Burke aporta datos en relación a diferencias de género en estrés y satisfacción laboral, se entrevistaron a 2584 médicos. No encuentran diferencias significativas entre sexos y para ambos reportan que altos grados de estrés están asociados a menor satisfacción y actitudes más negativas con la práctica médica, sin embargo no hacen referencia a los instrumentos utilizados para la medición<sup>23</sup>.

En una encuesta, Kravitz investiga la satisfacción de los médicos en la práctica institucional (1392 médicos militares) y encuentra que sólo el 19% están satisfechos con el salario y el 27% con la eficiencia de la práctica, sin embargo no analiza otros aspectos institucionales y no señala las características del instrumento de medición utilizado<sup>24</sup>.

#### **4. Satisfacción laboral en médicos familiares**

Un trabajo más reciente de Cooper y Sutherland comparó la satisfacción laboral, el estrés y la salud mental en 917 médicos generales antes y después de la introducción de un nuevo contrato laboral en Gran Bretaña. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Warr, Cook y Wall para satisfacción y estrés y el índice de Crown-Crisp para salud mental, reportaron que con el nuevo contrato había mayores datos de ansiedad, depresión y la satisfacción laboral había disminuido<sup>25</sup>.

Un trabajo de Schultz y colaboradores investigó la satisfacción laboral de médicos de diversas especialidades en una práctica institucional, se encuestaron a 850 médicos que reportaron casi un 70% de satisfacción con su práctica diaria. No se encontraron diferencias significativas entre los médicos familiares y otros especialistas, la percepción

de la autonomía y otras características organizacionales fueron los mejores predictores de satisfacción<sup>26</sup>.

La carga de trabajo es también un factor relacionado de manera inversamente proporcional con satisfacción<sup>27</sup>.

La continuidad de la atención, característica fundamental de la especialidad en medicina familiar; también ha sido anotada como un elemento muy importante para la satisfacción del paciente y del médico<sup>28</sup>.

En México se llevó a cabo en 1990 la Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre usuarios y prestadores de servicios del IMSS. En esta encuesta se analizaron varios aspectos, entre ellos el desempeño, el ambiente laboral, el reconocimiento institucional, los servicios otorgados, los recursos y la satisfacción del prestador de servicios<sup>29</sup>. El nivel de satisfacción reportado por los médicos que laboran en las unidades de medicina familiar fue del 68%.

En otros trabajos nacionales también se ha tomado en cuenta la satisfacción del médico como elemento importante que influye sobre la calidad de atención pero ni el marco conceptual ni el instrumento diseñado son los adecuados para abordar integralmente este apartado, las mediciones fueron fragmentadas en diversos aspectos reportando que el 43% está satisfecho con el salario, 75% tienen pocas expectativas de superación y el 62% reporta una situación inadecuada en el área de trabajo<sup>30</sup>.

Como se observa en la revisión anterior varios trabajos han aportado aspectos interesantes tanto para la definición de satisfacción, la relación de ésta con la burocratización, la normatividad, y algunas otras variables, sin embargo ningún trabajo aporta un esquema conceptual claro, por otro lado las dimensiones que han conformado el constructo de satisfacción se hallan en algunos casos demasiado fragmentadas y en otros se encuentran incompletas. Además en la literatura internacional los reportes relacionados a prácticas institucionales resultan con características sustancialmente diferentes a el sistema de salud nacional. Tampoco existe un instrumento de medición validado que pueda ser

utilizado en nuestra población. En nuestro país se han llevado a cabo trabajos en los que se ha abordado el tema pero ninguno se ha relacionado directamente con el médico familiar, elemento clave en el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.



## **II. MARCO CONCEPTUAL**

I. El capitalismo internacional en países desarrollados ha generado diferentes estructuras de dependencia en los países subdesarrollados periféricos. Estas estructuras han sido organizadas en tres tipos de relaciones de dependencia: colonial, financiera-industrial y tecnológica-industrial. Cada país ha tenido un diferente nivel de desarrollo según el tipo de relaciones de dependencia que ha establecido. Sin embargo, hay una característica común, los grupos internos (élite) han apoyado los grupos de interés internacional sin considerar las necesidades nacionales.

En el marco del capitalismo internacional, los países subdesarrollados han tenido diferentes combinaciones de autonomía y desarrollo<sup>32</sup>. Algunos han tenido desarrollo y autonomía, otros autonomía pero no desarrollo y otros dependencia y desarrollo. De cualquier manera, el modelo de desarrollo dependiente ha sido incapaz de producir una equidad económica, en el trabajo o en el bienestar de la población.

Los estados han tratado de producir un crecimiento económico y la estabilidad social que le permita crear un buen clima para la inversión de parte de grandes empresas trasnacionales desde los 70s. Este clima significaría que las grandes multinacionales harían inversiones en estos países con grandes ganancias para ellos y con nuevas estructuras de dependencia para los países pobres. Estas nuevas y viejas estructuras de dependencia significan que muchas de las políticas internas han de ser influidas por los intereses de las grandes empresas internacionales, uno de los principales actores en el establecimiento de las políticas nacionales.

En materia de salud, la toma de decisiones se realiza siempre tomando en consideración las grandes políticas internacionales. Sin embargo en este campo el problema podría ser más grave, ya que la salud es causa y consecuencia del bienestar social de la población. De esta manera la solución de los problemas de salud deberían darse por la vía del bienestar social. Durante las últimas dos décadas el enfoque social de la salud había dominado la filosofía de las grandes agencias internacionales y en consecuencia de las nacionales, sin embargo en esta década el enfoque “economicista” de la salud ha



## **II. MARCO CONCEPTUAL**

I. El capitalismo internacional en países desarrollados ha generado diferentes estructuras de dependencia en los países subdesarrollados periféricos. Estas estructuras han sido organizadas en tres tipos de relaciones de dependencia: colonial, financiera-industrial y tecnológica-industrial. Cada país ha tenido un diferente nivel de desarrollo según el tipo de relaciones de dependencia que ha establecido. Sin embargo, hay una característica común, los grupos internos (élite) han apoyado los grupos de interés internacional sin considerar las necesidades nacionales.

En el marco del capitalismo internacional, los países subdesarrollados han tenido diferentes combinaciones de autonomía y desarrollo<sup>32</sup>. Algunos han tenido desarrollo y autonomía, otros autonomía pero no desarrollo y otros dependencia y desarrollo. De cualquier manera, el modelo de desarrollo dependiente ha sido incapaz de producir una equidad económica, en el trabajo o en el bienestar de la población.

Los estados han tratado de producir un crecimiento económico y la estabilidad social que le permita crear un buen clima para la inversión de parte de grandes empresas trasnacionales desde los 70s. Este clima significaría que las grandes multinacionales harían inversiones en estos países con grandes ganancias para ellos y con nuevas estructuras de dependencia para los países pobres. Estas nuevas y viejas estructuras de dependencia significan que muchas de las políticas internas han de ser influidas por los intereses de las grandes empresas internacionales, uno de los principales actores en el establecimiento de las políticas nacionales.

En materia de salud, la toma de decisiones se realiza siempre tomando en consideración las grandes políticas internacionales. Sin embargo en este campo el problema podría ser más grave, ya que la salud es causa y consecuencia del bienestar social de la población. De esta manera la solución de los problemas de salud deberían darse por la vía del bienestar social. Durante las últimas dos décadas el enfoque social de la salud había dominado la filosofía de las grandes agencias internacionales y en consecuencia de las nacionales, sin embargo en esta década el enfoque "economicista" de la salud ha

aparecido, como la panacea en el campo, para resolver el problema de los escasos recursos, el exceso de demanda, la burocratización y la falta de calidad.

La meta de las organizaciones que trabajan para la salud ya no es mantener o mejorar la salud de la población, sino el uso eficiente y efectivo de los escasos recursos para la salud. En consecuencia el proceso en el cual se generan las políticas de salud, es guiado por esta meta mas que por la de bienestar de la población.

Como una consecuencia adicional, surge el racionalismo en la teoría de la planeación de los servicios de salud, el cual rechaza la influencia de las variables políticas y económicas que le dan forma, escondiéndose bajo la máscara de la "cientificidad absoluta". La forma de planear, organizar y controlar los servicios de salud es guiada, en algunos países por esta teoría, sin embargo su expansión o limite se genera en la ideología de cada país.

II. El inicio del siglo XX marcó la emergencia de un modelo dominante, biologicista, individualista y medicalizado. La medicina alopática se convirtió en el paradigma para el tratamiento de la enfermedad. El desarrollo de la teoría de los gérmenes como causantes de la enfermedad y el incremento de la efectividad en la cirugía, dio a la alopátia claras bases científicas, que le aseguraron el lugar y el dominio en la practica médica occidental, tanto por estos aspectos como por su relación con aspectos económicos y de ganancia. La medicina en este modelo era la profesión con más alto nivel de reconocimiento. El estado generó el marco legal, en el cual se le dió (en forma intencional o no intencional) el poder y la legitimidad para regular y controlar toda la práctica relacionada con la salud<sup>31</sup>. Este dominio médico permitió al estado, mediar y dar forma a otras profesiones relacionadas con la salud. Por su parte la profesión médica aprovechó su status para garantizar los intereses de grupo, olvidando que su meta ideal es la salud de la población. Los médicos se valieron, por un lado, de las organizaciones profesionales para presionar al Estado, pero también de las posiciones laborales en el Sector Salud para lograr nuevas metas a través de su influencia en las políticas de salud.

En las últimas décadas el Estado ya no sólo se vale de la profesión médica para el control del resto de las profesiones, sino que ha comenzado a intervenir cada vez más en el proceso de organización de los servicios de salud y en la práctica médica, con la finalidad

de atender las necesidades de salud de la población. En consecuencia ha habido una disminución del poder médico que ha permitido la infiltración del poder del estado en las organizaciones profesionales, medio de control interno o externo de la ocupación. Las políticas relacionadas con el personal de salud afectan a todos los empleados en el sistema de atención a la salud porque ellas le dan forma a las oportunidades de educación, a los requerimientos de registro y a las perspectivas de empleo<sup>32</sup>.

Por otro lado las relaciones entre los médicos y los pacientes han empezado a cambiar. El status profesional presupone que los pacientes tienen confianza en los médicos. La confianza depende de el prestigio de la ocupación y de que tanto se tiene el monopolio del servicio que se va a proporcionar ya sea en forma de conocimiento o de habilidad. De acuerdo con la teoría de la desprofesionalización, los consumidores perciben que la brecha de conocimiento entre los médicos y ellos es cada vez más estrecha. Los consumidores de hoy están mas educados y saben más de medicina lo cual produce un estrechamiento de la brecha. La computarización del conocimiento lo ha hecho posible y accesible. De acuerdo con esta teoría, los consumidores no médicos dominarán la atención a la salud en el futuro y la medicina se convertirá en otra ocupación de la salud<sup>32</sup>.

Con el inicio del siglo XX, hay un incremento de la complejidad de la medicina y de la organización de la atención a la salud (organizaciones, instituciones, grupos, especialidades), lo que disminuye aún más el poder del grupo médico, pero sobre todo de algunos especialistas (medicina familiar) y de aquellos que no tienen especialidad (medicina general). El médico se convierte en un trabajador para muchas de las organizaciones públicas y privadas. Hay una gran división, segmentación y especialización del trabajo en las organizaciones médicas con un gran desarrollo tecnológico, y mayor número de ramificaciones en la medicina y en los técnicos requeridos para la atención de los pacientes.

El sistema de atención a la salud, actualmente, funciona a través de complejas interacciones entre gobierno, profesionales de la salud, consumidores, aseguradoras, empleadores y unidades de atención. La atención a la salud es el esfuerzo social, organizado o no, público o privado que trata de garantizar, proveer, financiar y promover

la salud, tratando de lograr un balance entre las metas de acceso, financiamiento y calidad de la atención. Los servicios de salud son el componente de entrega de la atención a la salud e involucra esfuerzos organizados, públicos o privados para mantener la salud y recuperarla, prevenir la enfermedad y la incapacidad.

Las organizaciones públicas y privadas han empezado a hacer presión sobre la profesión médica en la búsqueda de la eficiencia y de la efectividad y a racionalizar sus relaciones con los profesionales de la medicina y de los profesionales de la medicina con la población.

Una de las formas prácticas en el intento de racionalización es el proceso gerencial. Este proceso tiene la finalidad de alcanzar las metas organizacionales trabajando con y a través de la gente<sup>33</sup> y está compuesto de actividades y funciones sociales y técnicas interrelacionadas que ocurren en una organización formal.

Los gerentes se valen de la planeación, organización, dirección, control y de la toma de decisiones para desarrollar sus actividades de manejo interno, vigilancia del ambiente y relaciones externas.

Dentro de los aspectos más importantes en el manejo interno, está la cultura organizacional que es el engranaje de valores, creencias, conductas y supuestos con símbolos y rituales que son adquiridos con el tiempo por los miembros de la misma. Este es el históricamente desarrollado sentido de la legalidad institucional que permea la organización y que es conocida por todos los que trabajan en la misma. Estos valores y creencias dan forma a los objetivos organizacionales y permite conductas aceptables para sus miembros.

La filosofía acerca de los recursos humanos afecta directamente la capacidad para lograr los objetivos, conocer las expectativas de los clientes e implementar las iniciativas. Esta filosofía incluye el respeto a los empleados, hasta donde son vistos como la parte más importante de la organización para lograr los objetivos y su participación en la toma de decisiones con respecto a su trabajo.

Los directivos son los responsables de mantener la cultura y deben reforzar las creencias y valores de los miembros de la organización. Una de las teorías que más ha influido en

el quehacer del directivo en general, incluyendo el directivo médico y que de hecho sigue vigente hasta nuestros días, fue la del sociólogo alemán Weber. Weber resumió el concepto de organización ideal en el modelo de burocracia (la forma más pura y racional del manejo de las organizaciones) pensando que ese modelo podría ser aplicado a las grandes organizaciones. Los beneficios a lograr en su modelo eran: una clara división del trabajo, una estructura jerárquica, reglas formales, relaciones impersonales y empleo basado en la experiencia o en la competencia técnica.

Por otro lado Fayol identificó la división del trabajo como una fuente de productividad muy importante y planteó los siguientes principios organizacionales:

**Relaciones de autoridad y responsabilidad:** La autoridad es el poder derivado de la posición de la persona en una organización. Algunas veces es llamado poder legítimo y es la habilidad para influir para que otros desarrollen actividades que en otras circunstancias no desarrollarían.

**Responsabilidad:** Es la obligación de desarrollar ciertas funciones para lograr ciertos objetivos. La autoridad es derivada de la posición en la organización y ésta puede ser delegada a los niveles más bajos. Este proceso escalar resulta en diferentes niveles de autoridad y responsabilidad. La cadena escalar define las relaciones de autoridad y responsabilidad de un nivel de la organización al otro. Los individuos en los niveles más altos tienen mayor autoridad.

Una relación lineal es cuando un supervisor ejerce autoridad directa sobre un subordinado. Cada persona tiene el poder de ejercer autoridad en los niveles más bajos de la cadena.

La delegación es un concepto pertinente al de autoridad y responsabilidad. La descentralización está muy relacionada con el concepto de delegación.

Criterios para determinar si la extensión de la descentralización de una organización es importante:

1. El mayor número de decisiones se toman al más bajo nivel jerárquico.

2. Las decisiones más importantes son hechas en el nivel más bajo.
3. Las funciones de la organización son afectadas por las decisiones tomadas al nivel más bajo.
4. Bajo nivel de verificación requerida en las decisiones de los más bajos niveles.

**Departamentalización:** Es la consecuencia natural de la división y especialización del trabajo. La departamentalización puede ser por conocimiento y habilidades, por funciones y proceso de trabajo, por horario, por resultado, por clientes o por lugar.

**Grado de Control:** Es el número de subordinados que deben de reportar directamente a un supervisor. Se han sugerido números específicos de subordinados sobre los cuales se puede establecer un control adecuado. Las instituciones complejas generalmente tienen muchos niveles de control. Esto resulta de la diferenciación y especialización de los departamentos y la necesidad subsecuente de limitar los niveles de control. Los factores a considerar para establecer el número adecuado de niveles son: nivel de profesionalismo y entrenamiento de los subordinados; nivel de incertidumbre en el trabajo bien hecho, grado de estandarización, grado de interacción requerido entre gerentes y trabajadores.

**Coordinación:** La calidad de la coordinación es crucial para la supervivencia de la organización. Coordinar es poner juntas todas las actividades haciendo posible que todas funcionen y tengan éxito. Los mecanismos de coordinación son los siguientes: acuerdo mutuo, supervisión directa, estandarización del proceso de trabajo, estandarización de los resultados o estandarización de las habilidades de los trabajadores.

Uno de los aspectos más desarrollados en la teoría de las organizaciones es la de la motivación de los integrantes. Este aspecto se convirtió en una de las preocupaciones diarias de los gerentes, ya que de ella dependía al menos en una gran parte, el buen funcionamiento de las organizaciones.

Maslow propuso la satisfacción de las siguientes necesidades para producir un ambiente adecuado para los trabajadores: necesidades fisiológicas básicas; necesidad de seguridad;

necesidades sociales y afectivas; necesidad de status y reconocimiento y necesidad de autorealización. Alderfer, basándose en la teoría de Maslow, desarrolló una teoría mejorada, concuerda con las necesidades individuales pero las categoriza sólo en 3: necesidades existenciales, necesidades de relación y necesidades de crecimiento. El mecanismo por el cual las necesidades influyen en la conducta laboral son diferentes en los dos casos, en uno es el proceso de satisfacción progresión y en el otro el de frustración-regresión<sup>34</sup>.

Herzberg empieza con preguntas de qué satisface o no satisface a la gente en su lugar de trabajo, asumiendo que la respuesta es la clave para el entendimiento. Los factores que producen insatisfacción fueron llamados higiénicos, reconociendo que la ausencia de alguno de ellos puede hacer que los trabajadores estén satisfechos pero su presencia no implica satisfacción. Los factores higiénicos son: política organizacional y administración; supervisión técnica; relaciones interpersonales con el supervisor; relaciones interpersonales con los compañeros; relaciones interpersonales con los subordinados; salario; seguridad en el trabajo; vida personal; condiciones de trabajo y status. Los factores motivacionales son aquellos que su presencia produce satisfacción pero su ausencia no lleva a la insatisfacción. Entre los factores motivacionales tenemos: éxito, reconocimiento, desarrollo, el trabajo en sí mismo, posibilidad de crecimiento y responsabilidad. Herzberg propone minimizar los factores que producen insatisfacción ya que los que producen satisfacción tienen un origen diferente. Las teorías previas vieron a la satisfacción en el trabajo como un concepto unidimensional con dos extremos: la satisfacción y la insatisfacción. Herzberg muestra que son diferentes continuos y que los factores que contribuyen a ellos son diferentes también. El opuesto de la satisfacción es la no satisfacción y lo opuesto de la insatisfacción es la no insatisfacción<sup>35</sup>.

Otra teoría es la de las "Necesidades Aprendidas de McClelland". En esta teoría los individuos aprenden sus necesidades a través de sus experiencias de vida. Las necesidades son clasificadas en tres diferentes grupos: de éxito, de poder y de afiliación.

### III. Formación de recursos humanos

Uno de los esfuerzos mas importantes por mejorar la educación médica ocurrió en 1910 cuando Flexner mostró las debilidades de la educación médica en los Estados Unidos. Desde entonces el modelo médico se ha visto influido por este reporte y no solamente en los aspecto educativos.

Al inicio de este siglo el número de las escuelas de medicina y sus egresados comenzaron a aumentar. Los médicos acusaron a las escuelas de medicina de favorecer el gran número de estudiantes para disminuir su ingreso económico y prestigio, sin embargo hasta 1970 dos estudios mostraron que el incremento en el número de escuelas o de médicos traería serios problemas. A partir de ese momento el apoyo a las escuelas de medicina empezó a decaer. Posteriormente muchas tuvieron que cerrar por problemas económicos derivados de la falta de apoyo y el escaso número de alumnos por el alto costo de las colegiaturas.

En la actualidad los gobiernos intervienen en el mercado de trabajo en salud dando subsidios para la educación y estableciendo estándares específicos por tipo de especialidad y determina cuanto personal es requerido para proveer servicios específicos<sup>32</sup>. Los cambios en la estructura de salud de la población y en la organización de los servicios de salud algunas veces pueden generar cambios dramáticos en la demanda de personal específico, enfatizando la formación de médicos con determinadas especialidades y desalentando el resto.

El modelo médico de cualquier manera promueve la especialización y subespecialización como uno de sus puntos fundamentales, en consecuencia, una vez que los médicos generales han terminado la primera etapa de su formación, empiezan la residencia médica. Cada especialidad médica determina el número de años de residencia para lograr el reconocimiento de especialista en el área. Los residentes son supervisados durante sus años de residencia por los médicos especialistas y por los estudiantes con mayor antigüedad estableciéndose desde entonces un orden jerárquico que no sólo se ve al interior de una misma especialidad sino entre diferentes especialidades. Los residentes son acreditados por un consejo de la especialidad y reciben el reconocimiento respectivo.



En esta etapa de formación de posgrado, una de las especialidades con mayor promoción en alguna época pero con escaso reconocimiento fue la de medicina familiar o la de medicina familiar general y comunitaria. La falta de reconocimiento, entre otras cosas, hace que los médicos elijan esta especialidad como su última opción, después de que han sido rechazados de otras especialidades, con las consecuencias que esto puede tener en su futuro desempeño.

La formación integral con enfoque hacia la comunidad y hacia la familia se ve limitada por la realidad que lo invita al tratamiento clínico-terapéutico de los pacientes individuales.

No existe una carrera organizada en medicina familiar o general, una estructura<sup>36</sup> ocupacional que promueva el crecimiento y las oportunidades para la creatividad y el aprendizaje en diferentes fases de la vida y no la tradicional progresión jerárquica que puede caracterizar a los médicos del hospital<sup>37</sup>. El médico tiene muy poco cambio en el desarrollo de su vida profesional. La paradoja es que habiendo rechazado los aspectos opresivos de la estructura jerárquica en el hospital, ahora tienen que enfrentar las consecuencias de la falta de carrera en todo.

En una encuesta realizada en Gran Bretaña, una cuarta parte de los médicos ha buscado trabajo fuera de la medicina y hay un número cada vez más reducido de médicos aplicando para la capacitación de posgrado en medicina general y algunos están buscando retirarse en forma temprana<sup>37</sup>.

IV. El 90% de los contactos entre la población y los servicios de salud ocurren en el primer nivel y solamente son referidos al hospital el 10% de los pacientes<sup>38</sup>. En consecuencia el número de pacientes atendidos por médicos familiares o generales es muy grande comparado con cualquier otro tipo de especialidad. De aquí surge la importancia de atender aquellos factores que resultan insatisfactorios ya que se ha probado que la satisfacción influirá en la calidad de la atención<sup>39</sup> que proporcionen a sus pacientes y esto a su vez en la satisfacción de los pacientes y su adherencia al tratamiento. Por otro lado se sabe que los médicos son más vulnerables a las drogas, alcohol, divorcio y depresión y que muchos de estos problemas son causados por el estrés asociado a las condiciones

de trabajo donde se desenvuelven<sup>37</sup>.

La satisfacción laboral ha sido medida y asociada con diferentes variables, sin que existan en ocasiones los instrumentos adecuadamente contruidos y validados como para poder llegar a conclusiones. Este seguramente es el origen de los datos contradictorios que existen en la literatura, afortunadamente existen ya excepciones, en los que el esfuerzo realizado por los grupos de investigación ya ha sido publicado<sup>40-43</sup>.

En algunos estudios se ha reportado que únicamente el 10.6% de los médicos no estaban haciendo lo que más les hubiera gustado en la vida (con respecto a su actividad laboral)<sup>44</sup>. Chuck y cols<sup>45</sup> reportaron que el 80% de los médicos estaba satisfecho y el 89% encontró que su trabajo era satisfactorio desde el punto de vista intelectual. En un estudio llevado a cabo por Blendon y cols.<sup>46</sup> se observó que los médicos en Alemania Occidental y Canadá estaban más satisfechos que los de Estados Unidos. En un encuesta realizada a médicos familiares<sup>42</sup> se registró que el 65% estaba satisfecho con su vida profesional. Una publicación sobre las necesidades ocupacionales de los médicos generales mostró que una minoría de médicos tuvo problemas en la autoimagen y en la satisfacción con su trabajo, sentimientos de aislamiento y soledad e incertidumbre acerca de su rol<sup>37</sup>.

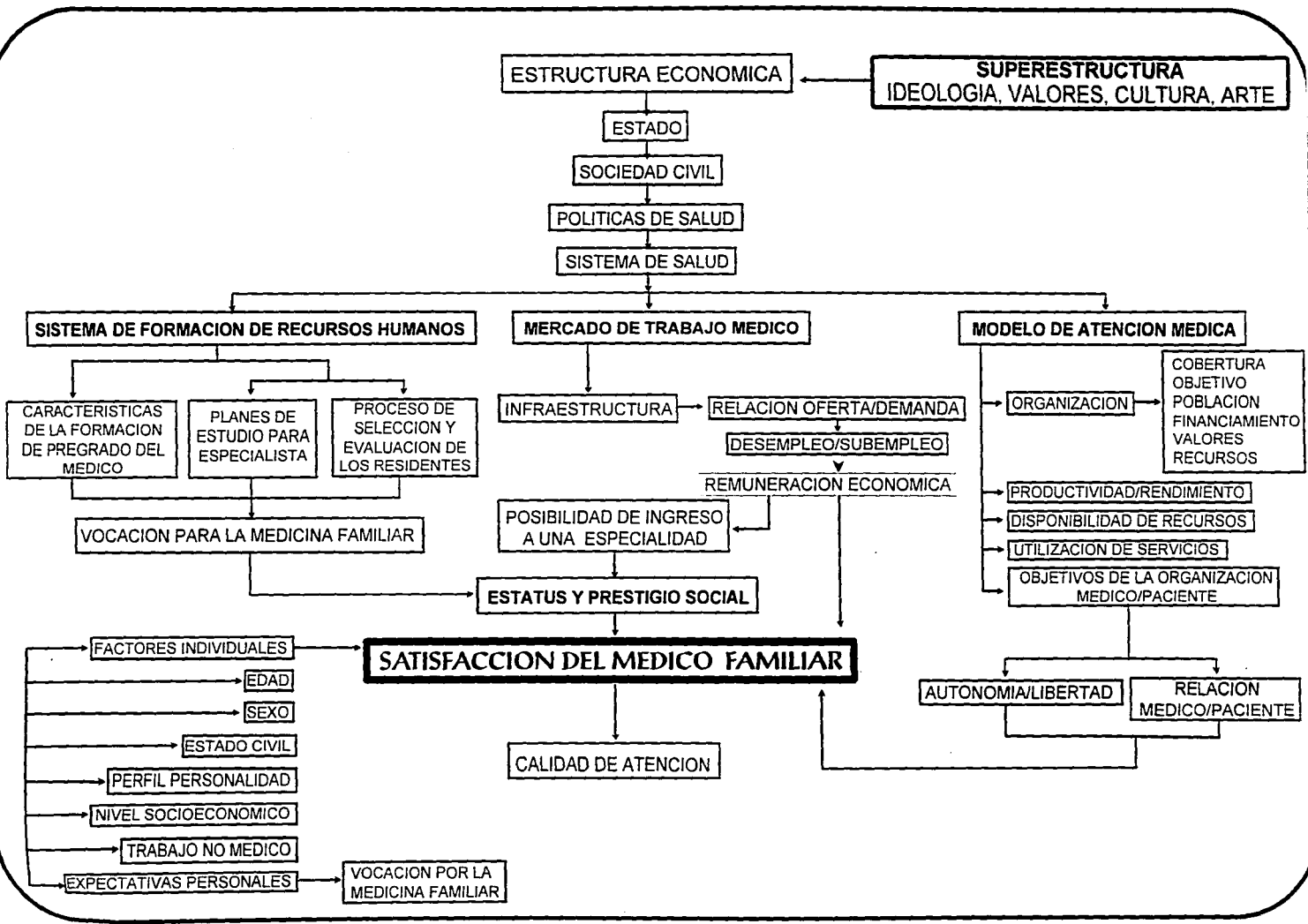
El género se ha asociado con la satisfacción laboral, sin embargo no se ha logrado determinar la dirección de la asociación, en algunos se reporta que las mujeres tienen alto nivel de satisfacción y bajo nivel de estrés<sup>47</sup> mientras que otros refieren que las mujeres perciben el ambiente laboral como más estresante<sup>48</sup>. Gutherland y col.<sup>41</sup> mencionan que los hombres refieren mayores niveles de ansiedad y depresión y Johnson menciona que el género no marca ninguna diferencia en el aspecto de satisfacción<sup>44</sup>.

Uno de los factores asociados directamente con la satisfacción ha sido el aislamiento del médico<sup>42</sup>, sin embargo también existe información contradictoria en esta variable ya que algunos médicos que trabajan solos en Gran Bretaña, mencionaron que se sienten mejor de trabajar así ya que de esta forma conocen mejor a sus pacientes y comunidad y por otro lado no tienen problemas con sus compañeros de trabajo<sup>49</sup>. En encuestas realizadas en Estados Unidos<sup>42,50</sup> uno de los factores satisfactorios era tener compañeros cerca para poder comunicarse con ellos; asimismo se ha reportado que una de las razones por la que

los médicos asisten a cursos de educación continua es la búsqueda de contactos personales<sup>51</sup>.

Otro factor asociado es el exceso de trabajo administrativo<sup>42,46,52</sup>, sin embargo algunos los refieren como exceso de trabajo de papelería<sup>44</sup> y otros como una excesiva carga de trabajo que les impide la adecuada atención de los pacientes incluyendo las actividades de medicina preventiva<sup>53</sup>.

En cuanto a las demandas de parte del paciente, todavía no es muy claro si las excesivas demandas produce insatisfacción en el médico<sup>40</sup> o si los médicos insatisfechos perciben que los pacientes son demandantes y que asisten al consultorio por problemas que ellos mismos pueden resolver<sup>53</sup>.



### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION**

A pesar de que se ha considerado que la satisfacción del prestador de servicios está asociada con la forma en que se organiza la atención médica por las instituciones, y que la satisfacción puede afectar la calidad y la productividad en los servicios de salud, existe poca investigación acerca del tema en comparación con otras áreas relacionadas como la satisfacción del usuario. Además, en la literatura, existen controversias relacionadas con los factores o dimensiones que conforman el constructo de la satisfacción del médico, y los marcos conceptuales que intentan explicarla son incompletos. Por otra parte los instrumentos de medición no han seguido un procedimiento riguroso de construcción y los reportes previos se han limitado a recolectar ítemes de otros instrumentos o a redactarlos únicamente desde el punto de vista de los investigadores. Cuando se ha llevado a cabo un proceso de validación este ha sido hecho en poblaciones con características económicas y culturales muy específicas y diferentes a la nuestra.

En nuestro país los trabajos que se han realizado han sido limitados debido a que el marco conceptual no ha sido definido con claridad, o bien porque los instrumentos de medición están hechos con preguntas que dirigen las respuestas o que contemplan aspectos que no están relacionados al constructo de satisfacción laboral, por lo que las mediciones que pueden desprenderse de estos instrumentos están carentes de validez.

Finalmente la satisfacción del médico familiar en el primer nivel de atención es un punto crítico para el sistema de salud, ya que ésta se encuentra relacionada con la calidad y eficiencia de la atención. El médico de primer nivel es el responsable de otorgar atención y resolver problemas de salud en un porcentaje muy importante mayor al de cualquier otro nivel de operación.

Ya que existen controversias en los marcos conceptuales, no hay instrumentos validados, por otra parte el médico familiar es responsable de resolver un porcentaje importante de problemas de salud y su nivel de satisfacción puede tener efecto en aspectos individuales, familiares e institucionales, nos planteamos las siguientes preguntas:

## **1. Preguntas de investigación**

**Pregunta general:**

1) ¿Existe asociación entre el modelo de organización de la atención médica y el nivel de satisfacción laboral del mf?

**Preguntas específicas:**

1) ¿Cuál es el nivel de satisfacción laboral del mf en el IMSS?

2) ¿Cual es la asociación que existe entre el nivel de satisfacción laboral del mf y los modelos de organización de la atención médica a investigar?

#### **IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

**General:**

1) Determinar la asociación entre el modelo de organización de la atención médica y el nivel de satisfacción laboral del mf.

**Específicos:**

1) Determinar el número de médicos que laboran en unidades de primer nivel en el IMSS, la SSA y en el sistema de atención privada con manejo de iguales; y la proporción de los que tienen la especialidad de medicina familiar.

2) Construir y validar un instrumento para la medición de la satisfacción laboral del mf.

3) Estimar el nivel de satisfacción laboral del médico en el IMSS, la SSA y el sistema privado.

4) Medir la asociación entre el nivel de satisfacción laboral del mf y el modelo de la organización de la atención médica en el que trabaja.





## ***V. HIPOTESIS***

### **Hipótesis General:**

1) El nivel de satisfacción laboral del mf está asociado con el modelo de organización de la atención médica en el que trabaja.

### **Hipótesis específicas:**

1) El nivel de satisfacción del médico en el IMSS es bajo.

2) El nivel de satisfacción de los médicos del IMSS es 50% más bajo que los médicos del modelo de atención privada pero es 50% más alto que los médicos de la SSA.



## **VI. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

### **1. Características del lugar donde se llevó a cabo la investigación**

Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Centros de Salud de la SSA y consultorios privados de médicos familiares que manejan sistema de igualas con nueve bancos.

#### **a) Area geográfica**

Distrito Federal.

### **2. Diseño**

#### **a) Tipo de estudio**

Estudio transversal con comparación de grupos.

### **3. Población de estudio y muestra**

Médicos familiares en ejercicio, en el IMSS. Médicos familiares en ejercicio en la SSA o médicos familiares en consultorio privado con manejo de igualas.

#### **a) Criterios de inclusión**

Médicos familiares, con un año como mínimo de antigüedad en cualquiera de los modelos de organización de la atención médica que se investigaron.

#### **b) Criterios de exclusión**

Médicos que tuvieran una especialidad diferente a medicina familiar, que laboraran simultáneamente en más de uno de los sistemas a investigar o que desarrollaran actividades médicas diferentes a las clínicas.

#### **c) Criterios de eliminación**

Médicos que habiendo ingresado al estudio contestaron parcialmente la encuesta o médicos que se negaron a responder la encuesta.

#### **d) Marco muestral**

Se censó a los médicos familiares que laboraban en UMFs del IMSS o en Centros de Salud

de la SSA. Durante la entrevista se solicitaron los siguientes datos: nombre, UMF o centro de salud de adscripción, turno, consultorio, si realizaron la especialidad de medicina familiar, si tenían base, años de antigüedad. Se creó una base de datos con los nombres de cada uno de los médicos censados. En el caso del sistema de igualas con bancos, se obtuvieron los censos en los servicios médicos de cada uno de los bancos investigados.

**e) Unidad muestral**

Estuvo constituida por todos los médicos familiares ubicados en las unidades de primer nivel del IMSS, SSA y consultorios de atención privada con manejo de igualas.

**f) Selección muestral**

Se llevó a cabo por muestreo aleatorio simple. Una vez completado el listado de todos los médicos familiares se seleccionaron al azar hasta completar el tamaño de la muestra requerido.

**g) Unidad de análisis**

Médicos familiares de las unidades médicas seleccionadas.

**h) Tamaño de muestra**

Ver Anexo A

**4. Definición operativa de variables**

Se presentan en el cuadro a continuación.

## DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION
<b>INDEPENDIENTE:</b> -MODELO DE ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA.	FORMA DE ESTRUCTURAR EL TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD PARA PROPORCIONAR EL SERVICIO. SE DEFINIERON IMSS, SSA Y SISTEMA DE ATENCION PRIVADAC CON MANEJO DE IGUALAS. CARACTERIZADOS CADA UNO POR LAS DIFERENCIAS EN: - FORMALIZACION Y BUROCRATIZACION. - RELACION DEL MEDICO CON LA ORGANIZACION. - RELACION DEL PACIENTE CON LA ORGANIZACION. - ORGANIZACION DE LA ACCESIBILIDAD. - ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO.	CATEGORICA NOMINAL
<b>DEPENDIENTE:</b> -SATISFACCION LABORAL	ESTADO AFECTIVO QUE SE RELACIONA CON LA PERCEPCION DEL INDIVIDUO DE LA INSTITUCION DONDE LABORA, DE SUS PACIENTES, DE EL MISMO COMO MEDICO Y - DEL AMBIENTE LABORAL QUE PREVALEZCA.	CATEGORICA NOMINAL
<b>INTERVINIENTES:</b> CARACTERISTICAS GENERALES. -		
-EDAD	- NUMERO DE AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO	NUMERICA CONTINUA
-SEXO	- MASCULINO, FEMENINO	CATEGORICA NOMINAL
-ESTADO CIVIL	- RELACION DE HECHIO O DERECHO QUE UNE A DOS PERSONAS: CASADO, SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO, UNION LIBRE.	CATEGORICA NOMINAL
-NUMERO DE HIJOS	- NUMERO DE HIJOS VIVIENDO O NO EN EL MISMO LUGAR.	NUMERICA DISCRETA
<b>ANTECEDENTES ACADEMICOS:</b> -INSTITUCION ACADEMICA DONDE ESTUDIO LA LICENCIAURA.	UNIVERSIDAD DONDE SE LLEVARON A CABO LOS ESTUDIOS DE LICENCIATURA DE LA CARRERA DE MEDICINA.	CATEGORICA NUMERICA
-GENERACION CORRESPONDIENTE.	AÑO DE INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA.	NUMERICA CONTINUA
-ESPECIALIDAD.	SI REPORTA O NO HABER CURSADO LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.	CATEGORICA NOMINAL
-MECANISMO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD.	POR EXAMEN NACIONAL O POR MEDIO DEL SINDICATO.	CATEGORICA NOMINAL
-OPCION POR ESPECIALIDAD.	NUMERO DE OPCION EN QUE FUE SOLICITADA EL INGRESO A LA ESPECIALIDAD EN EL EXAMEN NACIONAL.	CATEGORICA NOMINAL
-AÑO DE ESPECIALIDAD.	FECHA EN LA QUE INGRESO A ESPECIALIDAD.	NUMERICA CONTINUA

## DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO:</b>		
-TRABAJO REMUNERADO DEL CONYUGE.	SI EL ESPOSO(A) TIENE UN TRABAJO REMUNERADO.	CATEGORICA NOMINAL
-HABITACION.	CONDICION DEL LUGAR DE VIVIENDA. CASA PROPIA O RENTADA. DEPARTAMENTO PROPIO O RENTADO.	CATEGORICA NOMINAL
-ACTIVIDADES EXTRAORDINARIAS.	SI SE REALIZAN ACTIVIDADES NO MEDICAS CON EL FIN DE INCREMENTAR EL INGRESO.	CATEGORICA NOMINAL
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
<b>ANTECEDENTES LABORALES:</b>		
-ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION.	NUMERO DE AÑOS QUE LLEVA LABORANDO EN LA INSTITUCION.	NUMERICA CONTINUA
-CONTRATACION.	SI TIENE CONTRATACION DE BASE O DEFINITIVA O TEMPORAL.	NUMERICA CONTINUA
-AÑOS DE CONTRATACION DE BASE.	SI TIENE CONTRATACION DE BASE. NUMERO DE AÑOS CON LA CONTRATACION DE BASE.	NUMERICA CONTINUA
-PUESTOS DE CONFIANZA.	SI HA DESEMPEÑADO CARGOS DE CONFIANZA.	CATEGORICA NOMINAL

## **5. Instrumentos para la Recolección de la Información**

### **a) Construcción del instrumento para el censo**

Como no existían fuentes posibles de información que aporten el dato del número y la ubicación de los médicos familiares que existen en cada unidad de atención médica de las instituciones a estudiar, se elaboró una hoja para obtener información de cada delegación y jurisdicción médica del Distrito Federal. Esta hoja fue llenada por cada uno de los médicos que laboran en el primer nivel de atención, en el IMSS y la SSA (Anexo B).

### **b) Construcción y validación del instrumento para medición de satisfacción laboral**

Construcción: Para la construcción del instrumento de medición de satisfacción laboral se utilizó la técnica de red semántica en médicos familiares. Antes de la aplicación de la técnica se seleccionaron cuatro frases-estímulo que, según la experiencia del equipo de investigación y la información bibliográfica, constituían el constructo de la satisfacción laboral. Se pidió a un grupo de médicos familiares que definieran la frase-estímulo que se les presentaba, con la mayor precisión y sin límite de tiempo. Se les pidió que utilizaran palabras sueltas (palabras definidoras) que ellos consideraran relacionadas con las frases-estímulo como verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, etc, pero sin utilizar artículos ni preposiciones. Se solicitó un mínimo de cinco palabras que definieran a cada frase-estímulo. Las hojas en las que respondían los sujetos sólo tenían una frase-estímulo. Posteriormente se les solicitó que jerarquizaran cada una de las palabras proporcionadas en función de la relación, la importancia o la cercanía que tuvieran con la frase-estímulo. El número uno correspondió a la palabra más cercana o relacionada, el dos a la que siguió, y así progresivamente hasta terminar de jerarquizar a todas las palabras. Las palabras proporcionadas por los médicos fueron integradas a un listado. Se estableció la frecuencia con la que cada palabra fue referida y se calculó el peso semántico de acuerdo con la jerarquización hecha por los sujetos. Se asignó diez a la palabra definidora jerarquizada en primer lugar por el sujeto, nueve a la palabra que obtuvo el segundo lugar, etc. hasta llegar al valor de uno cuando la palabra hubiera sido ordenada en último lugar. Posteriormente se integraron las categorías semánticas, constituidas por las palabras de

la red que resultaran sinónimas. Las 20 palabras definidoras con valores más altos de cada frase-estímulo se utilizaron como base para la construcción de los ítemes de cada dimensión. Se revisó la redacción de los ítemes y se seleccionaron aquellos que cubrían mejor los requisitos de construcción<sup>4,54</sup>. Los ítemes se alternaron al azar entre los de sentido positivo y negativo en el diseño del instrumento. La escala de respuesta utilizada fue la de diferencial semántico combinada con escala de Likert con siete opciones de respuesta que van de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Una vez construido y diseñado el instrumento se sometió a una prueba piloto para verificar la claridad en las instrucciones y en los ítemes y posteriormente se realizó el proceso de validación del instrumento.

**Validación:** Una vez construido el instrumento se aplicó en una muestra de nueve médicos seleccionados aleatoriamente del censo, por cada ítem<sup>4</sup> contenido en la dimensión con mayor número, de manera que fuera suficiente para cualquiera de las otras dimensiones. Se elaboró un sistema de "captura inteligente" en lenguaje dbase que permitiera detectar errores en la información. Una vez validada la información se realizó el análisis descriptivo de frecuencias de cada ítem. Cada una de las cuatro dimensiones se analizó por separado mediante el programa SPSS. Se hizo análisis del poder discriminativo con T de Student para lo cual se compararon el 25% de los sujetos con puntuaciones más altas y el 25% con puntuaciones más bajas. Para evaluar consistencia interna se aplicó alfa de Cronbach ya que esta prueba permite identificar los reactivos cuyo índice de correlación con el total de la dimensión fuera bajo. Para la validación de constructo se realizó análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, los criterios que se tomaron para aceptar una configuración factorial fue un valor eigen mayor a 1, que explicara una proporción importante de la varianza ( $r > 0.30$ ) y que describiera conceptualmente algún aspecto de las dimensiones que conformaron el constructo de satisfacción<sup>4,55</sup>. Para la calificación de la prueba, se recodificaron los ítemes en todo el instrumento de manera que la puntuación de siete correspondiera a satisfacción y el cero a insatisfacción. Los datos obtenidos de los sujetos se transformaron en datos Z y estos a su vez en datos T y se analizaron tomando como referencia las medias obtenidas de la población de estudio<sup>54,56</sup>.



### **e) Instrumento de medición de ambiente laboral de Moss<sup>57</sup>**

El instrumento de Moss comprende diez subescalas que miden el ambiente laboral. Fue construido y validado en 1981 y desde entonces ha sido utilizado en diferentes ambientes incluyendo el médico y también en diversos países incluyendo México donde la versión en español fue validada. Las diez subescalas se integran en las dimensiones de relaciones interpersonales, desarrollo personal y sistemas de control y de cambio. La dimensión de relaciones interpersonales está medida por el compromiso, cohesión entre compañeros y ayuda de los jefes. Estas subescalas evalúan si los trabajadores están interesados e involucrados con su trabajo, si existen relaciones amistosas y apoyo mutuo entre los empleados y si los jefes apoyan a los empleados y los estimulan para ayudarse unos a otros. La dimensión de desarrollo personal está medida por autonomía, orientación en el trabajo y presión. Estas subescalas evalúan el grado en que los empleados están preparados para tomar sus propias decisiones, el grado de orientación y planeación y el grado de presión en el trabajo. La dimensión de sistemas de control y de cambio se mide por la claridad, control, innovación y confort físico. Estas subescalas evalúan el grado en que los trabajadores saben que se espera de sus actividades diarias y conocen las reglas y políticas, el grado en que los directivos usan normas y reglamentos para mantener a los empleados bajo control, el grado en el que hay variedad, cambio y nuevas propuestas así como el grado en el que los aspectos físicos contribuyen a un ambiente más agradable. Cada una de la diez subescalas tiene 9 ítems con una escala de medición de respuesta dicotómica de falso/verdadero (Anexo C).

### **d) Hoja de recolección de datos generales**

Al instrumento de satisfacción y ambiente laboral se anexó una hoja de datos generales que se construyó para investigar características generales, antecedentes académicos, laborales y características económicas de la población bajo estudio.

## **6. Descripción General del Estudio**

Una vez obtenido el registro del proyecto y las autorizaciones correspondientes, se localizó el domicilio de todas las unidades de medicina familiar del IMSS y centros de salud de la Secretaría de Salud existentes en el Distrito Federal. Ubicadas las unidades de atención se distribuyó a los encuestadores en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal. Posteriormente se inició el censo de médicos en el IMSS con la aplicación de una hoja de recolección de datos a todos los médicos de ambos turnos que se encontraban en la atención directa de pacientes en cada UMF que se visitaba. Una vez finalizado el censo en el IMSS se inició la aplicación del cuestionario en todos los centros de salud de la Secretaría de Salud. El investigador responsable validaba los datos obtenidos seleccionando aleatoriamente algunos de los cuestionarios entregados por los encuestadores para verificar la veracidad de los datos. En el sistema de atención privada con manejo de iguales se localizó a todos los responsables de los servicios médicos bancarios y estos a su vez proporcionaron el número y la ubicación de los médicos familiares que laboran bajo su responsabilidad.

Una vez realizado el censo, se capturaron los datos y se elaboró el marco muestral. Simultáneamente a la realización del censo se construyó el instrumento de medición para satisfacción laboral. El proceso de validación se inició cuando el censo del IMSS se concluyó y se tuvo el marco muestral que permitió la selección aleatoria de los médicos suficientes para el tamaño de muestra requerido para la validación. Los encuestadores localizaban la unidad en donde se encontraba el médico seleccionado y concertaban una cita telefónicamente para la aplicación del instrumento o bien acudían personalmente hasta que se concertaba con el médico. Además de la aplicación del instrumento que requería validación se aplicó también el correspondiente a ambiente laboral y la hoja de recolección de datos generales.

Concluido el análisis relacionado a la validación del instrumento de medición para satisfacción, y ya que este no requirió de modificaciones se procedió a la selección aleatoria simple hasta alcanzar el tamaño de muestra para la aplicación de los instrumentos entre los médicos de la SSA primero y posteriormente entre los médicos del sistema de atención privado con manejo de iguales.

Una vez terminada la etapa de recolección de la información se procedió a la captura y análisis de la misma.

## **7. Personal participante**

### **a) Censo**

El censo se efectuó entre marzo y agosto de 1993.

Se capacitaron a 8 encuestadores, 3 trabajadoras sociales de nivel técnico y 5 estudiantes de nivel preparatoria que levantaron el censo médico por médico en todas las unidades de medicina familiar y centros de salud del distrito federal, aplicando la hoja de recolección de datos elaborada para este fin. Los encuestadores eran supervisados por un médico miembro del equipo de investigación. La información era validada en forma aleatoria por el investigador responsable verificando personalmente los datos con el médico seleccionado, sin que se detectaran errores.

### **b) Construcción, validación y medición**

Se recolectó la información de agosto de 1993 a junio de 1994.

La técnica de red semántica para la construcción del instrumento de medición de satisfacción fue aplicada por el investigador responsable.

Para la validación y medición fueron capacitadas por el responsable 3 encuestadores trabajadoras sociales de nivel técnico. Las trabajadoras sociales desconocían los objetivos del estudio y se limitaban a realizar la presentación de la encuesta, a solicitar la participación voluntaria y proporcionar las instrucciones al médico, ya que el instrumento de medición es autoaplicable. Los cuestionarios eran resueltos de manera inmediata por los médicos y entregados a los encuestadores.

## **8. Captura y validación de la información**

Para el censo se capturaron los datos en una base y la información fue validada por medio de tablas de salida y frecuencias simples.

Para el resto de los objetivos se diseñó un sistema de captura inteligente en lenguaje dbase

para detectar errores en la información.

## **9. Análisis de datos**

El análisis referente a la construcción y validación se encuentra descrito en el apartado de Instrumentos para la recolección de información.

Para los objetivos específicos de medición de satisfacción se hizo un análisis exploratorio y descriptivo de la información relacionada a todas las variables intervinientes. Se compararon las variables generales entre cada una de las instituciones utilizando  $X^2$  para saber si existían diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. En el caso del Instrumento de Moss se obtuvieron medias de cada una de las subescalas y se calcularon diferencias estadísticas con análisis de varianza de una vía. Del instrumento de satisfacción se tomó como referencia las medias obtenidas de la validación y se obtuvieron proporciones de satisfacción e insatisfacción en cada dimensión y para cada institución. Se hizo análisis bivariado con  $X^2$  obteniéndose RM e intervalos de confianza al 95%. Se realizó análisis estratificado por las variables intervinientes con Mantel y Haenzel y se integró un modelo de regresión logística.

## **10. Aspectos éticos**

Se respetó la decisión del médico de responder o no al instrumento y los datos se analizaron globalmente por institución y no individualmente, respetando así el anonimato de los individuos.

## VII. RESULTADOS

### 1. Censo de Médicos

IMSS: Se censaron a un total de 1447 médicos familiares en 42 unidades de medicina familiar del DF, de los cuales un 46% tuvieron la especialidad en medicina familiar y un 54% eran médicos generales. La proporción más alta de médicos familiar sin especialidad se encontró en la delegación 3 suroeste con un 61% y la más baja se encontró en la 2 noreste con 48%. La proporción de especialistas fue estadísticamente diferente ( $p=0.01$ ) entre las cuatro delegaciones, como se puede ver en la tabla 1.

TABLA 1

### CENSO DE MEDICOS IMSS Distribución de médicos con especialidad en medicina familiar por delegación

DELEGACION	Con especialidad *		Sin especialiudad *	
	N	%	N	%
1NO n=342	160	47.0	182	53.0
2NE n=337	175	52.0	162	48.0
3SO n=361	142	39.0	219	61.0
4SE n=406	189	47.0	218	53.0
TOTAL n=1447	666	46.0	781	54.0

\* Número de especialistas y no especialistas estadísticamente diferentes entre delegaciones ( $p=0.01$ )

cuatro delegaciones, como se puede ver en la tabla 1.

SSA: Se censaron a 504 médicos de 16 jurisdicciones sanitarias, de los cuales el 12% son especialistas en Medicina Familiar y el resto son médicos generales. La proporción más alta de especialistas se encontró en la Jurisdicción de Tlalpan con un 30% y la más baja en Venustiano Carranza con 7%. Hubo diferencias estadísticamente significativas por

TABLA 2  
**CENSO DE MEDICOS SSA**  
Distribución de médicos con especialidad en  
medicina familiar por jurisdicción

Jurisdicción	Con especialidad *		Sin especialidad *	
	N	%	N	%
Gustavo A. Madero	2	5.9	32	94.1
Azcapotzalco	4	15.4	22	84.6
Iztacalco	2	15.4	11	84.6
Coyoacán	4	9.5	38	90.5
Alvaro Obregón	4	10.0	36	90.0
Magdalena Contreras	2	12.5	14	87.5
Cuajimalpa	8	12.3	57	87.7
Tlalpan	11	30.5	25	69.5
Iztapalapa	5	8.2	56	91.8
Xochimilco	1	7.7	12	92.3
Milpa Alta	2	15.4	11	84.6
Tláhuac	4	20.0	16	80.0
Miguel Hidalgo	4	7.0	53	93.0
Benito Juárez	3	9.4	29	90.6
Cuauhtémoc	3	14.3	18	85.7
Venustiano Carranza	1	6.7	14	93.3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>11.9</b>	<b>444</b>	<b>88.1</b>

\* Número de especialistas y no especialistas estadísticamente diferentes entre delegaciones (p=0.0001)

proporción de especialistas entre las 16 jurisdicciones (p=0.0001) (tabla 2).

Médicos privados con manejo de igualas: Se censaron en nueve servicios médicos bancarios a 150 médicos de los cuales el 64% tenían la especialidad y el resto eran médicos generales. Llama la atención que a diferencia de los modelos anteriores, menos del 50% son médicos familiares sin especialidad, según datos presentados en la tabla 3.

TABLA 3  
**CENSO DE MEDICOS PRIVADOS**

Distribución de médicos con especialidad en medicina familiar por servicio médico bancario

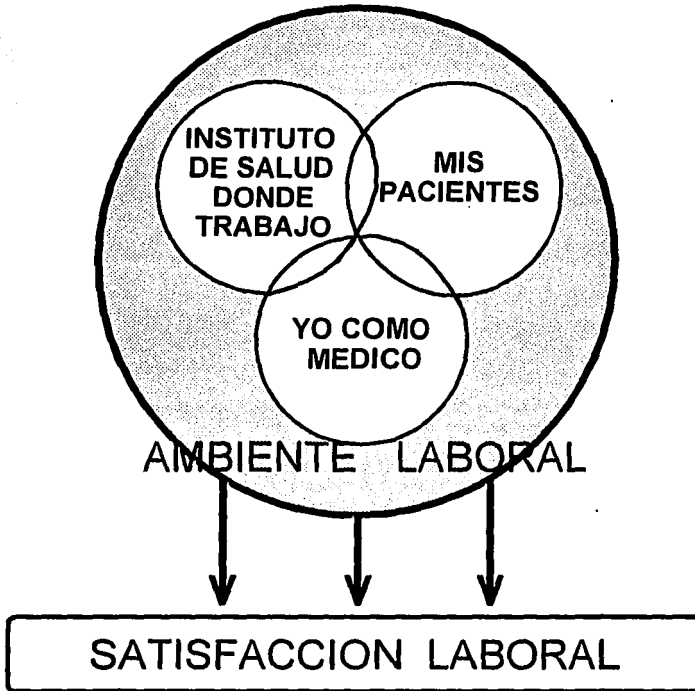
BANCO	Con especialidad		Sin especialidad	
	N	%	N	%
INTERNACIONAL	5	14.7	29	85.3
COMERMEX	6	60.0	4	40.0
NAFINSA	23	95.8	1	4.2
CREMI	11	84.6	2	15.4
BANCO DE MEXICO	2	25.0	6	75.0
ATLANTICO	2	100.0	0	0.0
ATENCION MEDICA PROFESIONAL	16	47.0	18	52.9
SOMEX	31	100.0	0	0.0
BANCO NACIONAL DEL PEQUEÑO COMERCIO	1	100.0	0	0.0
TOTAL	97	61.8	60	38.2

## 2. Instrumento para la medición de satisfacción laboral

### a) Construcción del Instrumento de Medición para satisfacción laboral

Las frases-estímulo fueron: “instituto de salud donde trabajo”, “mis pacientes”, “yo como médico” y “satisfacción global”. El constructo quedó definido como se presenta a

FIGURA 2  
Definición del constructo



continuación:

El número total de palabras definidoras para la dimensión de "satisfacción global" fué de 64, para el "instituto de salud donde trabajo" de 64, "mis pacientes" de 66 y "yo como médico" de 81. Las 20 categorías semánticas con pesos más altos para cada dimensión



TABLA 4  
Categorías semánticas por dimensión

Satisfacción Laboral	P.S.*	Instituto de Salud	P.S.*	Mis Pacientes	P.S.*	Yo como médico	P.S.
Amistad	50	Salud	55	Demandantes	48	Responsable	38
Insatisfecho	48	Seguridad Social	44	Sobrepoblados	44	Satisfecho	38
Favorable	41	Stress	39	Agresión	41	Profesionalismo	37
Estimulación	34	Grande	39	Impaciente	28	Consideración	31
Stress	32	Paciente	37	Buenos	21	Frustración	3
Salario	30	Ayuda	33	Seres humanos	20	Puntual	29
Satisfechos	24	Agradable	31	Tranquilos	20	Útil	29
Exceso de trabajo	24	Agobiante	27	Enfermos	19	Estresante	28
Jefes	24	Atención	27	Inconforme	18	Humano	25
Agotado	22	Satisfacción	26	Necesitado	17	Cooperación	25
Realización	20	Población	26	Satisfactorios	16	Capacitación	20
Adecuada	19	Solidario	25	Trabajo	16	Trabajo	19
Positiva	19	Trabajo	24	Edad	16	Etico	19
Trabajo	17	Prevención	21	Atención	16	Agotado	18
Necesaria	17	Limpio	20	Estresados	14	Comprensivo	17
Agradable	17	Profesión	17	Con problema	14	Nervioso	16
Remunerada	16	Avanzado	17	Enojados	13	Conciente	16
Superación	16	Sobrepoblado	17	Desorientados	13	Relación Médico-Paciente	16
Injusticia	15	Benéfico	14	Concientes	13	Especialista	16
Compañero	15	Compañero	13	Afecto	13	Calidad	15

\* P.S.= Peso semántico.

Fuente= Red semántica aplicada.

y sus valores se presentan en la tabla 4.

Se construyeron 120 ítems para las cuatro dimensiones utilizando las categorías semánticas una o más veces. De estos se eligieron 80, que correspondieron 23 a "satisfacción global", 20 a el "instituto de salud donde trabajo", 16 a "mis pacientes" y 21 a "yo como médico" (Anexo D).

No se detectaron problemas en la comprensión de los ítems o en las instrucciones

proporcionadas para responder el instrumento.

**b) Análisis de los ítemes y Validación**

El instrumento final se validó en 218 médicos familiares, es decir nueve médicos por ítem tomando en cuenta a la dimensión de “satisfacción global” que tiene mayor número de ítemes. En el análisis de discriminación los valores de T obtenidos para cada dimensión fueron los siguientes: para la dimensión de “satisfacción global” 24.32, “instituto de salud donde trabajo” 49.06, “mis pacientes” 21.76 y “yo como médico” 33.44, todas con p menor de 0.001. Los valores alfa encontrados fueron 0.7709 para la dimensión de “satisfacción global”, 0.7951 para “instituto de salud donde trabajo”, 0.9398 para “mis pacientes” y 0.7650 para “yo como médico”, en las cuatro dimensiones al eliminar alguno

TABLA 5

**ANALISIS DE LOS ÍTEMES**  
**Poder de discriminación y confiabilidad**

	Valor T ( $p < 0.0001$ )	Alfa Cronbach
Satisfacción Laboral	24.32	0.7709
Instituto de salud donde trabajo	49.06	0.7951
Mis Pacientes	21.76	0.9398
Yo como Médico	33.44	0.765

de los ítemes el alfa disminuía (tabla 5).

El análisis factorial con rotación registró cuatro factores para la dimensión de “satisfacción global” explicando el 44% de la varianza, cuatro para el “instituto de salud donde trabajo” con el 47.2%, dos para “mis pacientes” con el 97.4% y cuatro para “yo como médico”, con el 44.7%. El resultado final del análisis factorial se presenta en el anexo E. El contenido de los ítemes que se conformaron en cada factor se refieren claramente a los conceptos que se especifican, por ejemplo los siete ítemes que se conformaron en el factor uno de “instituto de salud donde trabajo”, se refieren a la percepción que tiene el médico acerca de las metas o de los objetivos que puede tener la institución en la que labora. Estos conceptos confirman el constructo teórico que se definió en una primera fase. Los conceptos a los que se refiere cada factor en cada una de dimensiones se pueden observar en la tabla 6.

TABLA 6  
Factores por dimensión y área conceptual abordada

**Satisfacción**

Factor	Total de ítemes	Área conceptual
1	5	Relaciones personales con jefes y compañeros.
2	7	Autorealización
3	5	Autonoma
4	3	Resolución de problemas

**Instituto de salud**

Factor	Total de ítemes	Área conceptual
1	7	Metas y objetivos institucionales
2	5	Aspectos negativos de la organización
3	4	Autonomía y recursos
4	2	Compañerismo

**Mis pacientes**

Factor	Total de ítemes	Área conceptual
1	10	Características individuales de los pacientes
2	6	Características de la atención

**Yo como médico**

Factor	Total de ítemes	Área conceptual
1	4	Yo soy
2	5	Factores emocionales negativos
3	5	Yo debo ser
4	3	Reconocimiento y status

**e) Calificación de la prueba**

Los rangos teóricos para la dimensión de “satisfacción global” van de 23 a 161, para “instituto de salud donde trabajo” de 20 a 140, para “mis pacientes” de 16 a 112 y para “yo como médico” de 21 a 147, considerando el número de ítemes que tiene cada dimensión. Las medias obtenidas de la población de estudio tomadas para la validación fueron mayores a las medias teóricas en las cuatro dimensiones. Las puntuaciones Z y T, las

TABLA 7  
Medias obtenidas de la validación  
para cada dimensión

Dimensión	$\bar{X}$	mdn	Dato Z	Dato T*
Satisfacción	127	128	-0.03	49.66
Instituto de salud donde trabajo	100	101	0.01	50.13
Mis pacientes	93	96.00	0.00	50
Yo como médico	122	123	0.02	50.22

\* Dato T = Dato Z (10) + 50

medias y medianas, derivadas de la validación se presentan en la tabla 7.

**3. Descripción de la población bajo estudio**

En el IMSS 12 médicos familiares no aceptaron la encuesta, en la SSA, 8 y en el grupo de médicos privados 5. Para alcanzar el tamaño de la muestra se seleccionaba del marco

muestral obtenido con el censo otro médico.

**a) Características generales de los médicos entrevistados**

Se estudiaron a 107 médicos del IMSS, 106 médicos de la SSA y 97 médicos privados. En todos los grupos más de la mitad de médicos encuestados correspondió al género masculino y en el caso de médicos privados el porcentaje alcanzó el 75.3%.

En cuanto a edad, casi el 50% de los médicos entrevistados de la SSA y privados tuvieron entre 36 y 40 años de edad, en el caso del IMSS este porcentaje se ubicó entre 36 y 45 años. La media de edad obtenida para el IMSS fue de 42 años, para la SSA de 40 y para médicos privados de 39. La mayor parte de los entrevistados fueron casados, el porcentaje mayor se ubicó en los médicos privados. El número de hijos fué similar y los tres grupos presentaron el más alto porcentaje entre 1 a 2 hijos. Tanto sexo como edad y estado civil fueron significativamente diferentes ya que en el grupo de privados hubo un mayor porcentaje de médicos que correspondieron al género masculino, de médicos casados y de médicos entre 36 y 40 años de edad. ( $p < 0.03$ ), como puede verse en la tabla 8.

**b) Antecedentes académicos de los médicos entrevistados**

La mayor parte de los médicos estudiaron su licenciatura en la UNAM y más del 50% correspondieron a la generación ubicada en el intervalo de 1970 a 1979. El 53% ( $n=57$ ) son egresados de la especialidad de medicina familiar en el caso del IMSS, 49% ( $n=48$ ) de los privados y 23% ( $n=25$ ) de los médicos de la SSA, la proporción más alta de médicos familiares especialistas en el IMSS resultó estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ), según lo presentado en la tabla 9.

TABLA 8

**Características generales de los médicos entrevistados**

Variables	IMSS N=107 %	SSA N=106 %	PRIVADOS N=97 %	Valor p
Sexo :				
Masculino	61.7	57.5	75.3	0.02
Femenino	38.3	42.5	24.7	
Edad :				
26 - 30	1.9	11.3	3.1	0.03
31 - 35	16.8	12.3	15.5	
36 - 40	27.1	41.5	47.4	
41 - 45	27.1	17.0	22.7	
46 - 50	12.1	9.4	8.3	
51 - 55	8.4	1.9	1.0	
56 - 60	5.6	1.9	1.0	
61 y más	0.9	4.7	1.0	
$\bar{X}$	42.28	40.15	39.8	
Estado civil :				
Soltero	13.1	22.6	11.3	0.01
Casado	73.8	67.9	84.5	
Viudo	1.9	1.9	----	
Unión Libre	9.3	1.9	2.1	
	1.9	5.7	2.1	
Número de hijos :				
0	10.3	20.8	14.4	0.20
1 - 2	57.9	54.7	58.8	
3 - 4	27.1	21.7	22.7	
5 - 6	2.8	----	4.1	
7 - 8	1.9	2.8	----	

TABLA 9

Antecedentes académicos de los médicos entrevistados

Variables	IMSS N=107 %	SSA N=106 %	PRIVADOS N=97 %	Valor p
Estudios de licenciatura :				
UNAM	75.7	83	81.4	0.69
Politécnico	13.1	9.4	12.4	
La Salle	0.9	----	1.0	
Otra	10.3	7.5	5.2	
Generación Licenciatura :				
40 - 49	----	0.9	----	0.14
50 - 59	3.7	4.7	1.0	
60 - 69	23.4	8.5	12.4	
70 - 79	51.4	53.8	67.0	
80 y más	21.4	32.1	19.5	
Especialidad en medicina familiar :				
Si	53.3	23.6	49.5	0.000
No	46.7	76.4	50.0	

El mecanismo de ingreso de los médicos especialistas en medicina familiar en la mayor parte de los casos fué por examen nacional y casi todos reportaron que la seleccionaron como primera opción de ingreso, sin embargo fueron diferentes estadísticamente ( $p=0.001$ ) ya que en el grupo de privados 19% de los médicos ingresaron a la especialidad por otros mecanismos diferentes y para una mayor proporción (83%) fue la primera opción de ingreso.

En el caso de los médicos privados, casi la mitad de ellos (52.1%) ingresaron entre el año 80 a 84, para el caso del IMSS y la SSA el 37% y el 44% respectivamente ingresaron entre 1985 y 1989, lo que marcó diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.004$ ) ya que el grupo de médicos privados tiene un mayor número de años de egresado de la especialidad. Los datos se presentan en la tabla 10.

TABLA 10

Antecedentes académicos de los médicos entrevistados

Variables	IMSS N=57 %	SSA N=25 %	PRIVADOS N=48 %	Valor p
Mecanismos de ingreso a la especialidad :				
Exámen Nacional	80.7	60.0	68.8	0.001
Exámen Sindicato	15.8	28.0	12.4	
Otro	3.5	12.0	18.8	
Opción de ingreso :				
Primera	80.7	76.0	83.3	0.000
Segunda	10.5	8.0	2.1	
Tercera	---	8.0	4.2	
Quinta	1.7	---	---	
Otra	7.0	8.0	10.4	
Año de ingreso : Especialidad				
70 - 74	7.0	---	6.2	0.004
75 - 79	29.8	8.0	14.6	
80 - 84	24.6	32.0	52.1	
85 - 89	36.8	44.0	14.6	
90 y más	1.7	16.0	12.5	



Unicamente la universidad de origen y la generación de licenciatura no fueron significativamente diferentes entre los grupos.

### **c) Características laborales de los médicos entrevistados**

El 39% de los privados tenían una antigüedad menor de 3 años. Casi el 40% de los médicos del IMSS y la SSA tenían una antigüedad entre 8 y 15 años. La media de años de antigüedad fué de 13.08 para el IMSS, 9.91 para la SSA y 5.55 para médicos privados, ( $p=0.000$ ). Casi todos los médicos del IMSS y la SSA dijeron tener contratación de base con un promedio de 11.71 y 9.54 años, ambas variables fueron estadísticamente diferentes ( $p=0.001$ ), ya que en la SSA el 97% dijo tener base pero el menor número de años de antigüedad se refleja también en el número de años de base, a diferencia del IMSS en donde el 88% tiene base con un promedio de años mayor. Menos del 30% para ambas instituciones reportaron haber desempeñado puestos de confianza, sin diferencias significativas. Estas tres últimas características no fueron medidas en el grupo de médicos privados, (tabla 11).

### **d) Características económicas de los médicos entrevistados**

El 73% de los médicos privados tenían casa propia, el 58.9% en el IMSS y el 58.2% en la SSA. Menos del 17% de los médicos en cada grupo reportan remuneración económica por actividad no médica siendo esta la única variable sin diferencias significativas.

El 57% de los médicos casados del IMSS dijeron que su pareja tenía un trabajo remunerado, el 64.6% en la SSA y el 53.5% en los privados. El porcentaje más alto se observó en los médicos de la SSA. Las diferencias fueron estadísticamente significativas, según se observa en la tabla 12.

TABLA 11  
Antecedentes académicos de los médicos entrevistados

Variables	IMSS N=57 %	SSA N=25 %	PRIVADOS N=48 %	Valor p
Antigüedad institucional :				
0 - 3	8.4	22.6	39.2	0.000
4 - 7	12.1	19.8	34.0	
8 - 11	22.4	17.0	13.4	
12 - 15	20.6	23.6	10.3	
16 - 19	21.5	3.8	2.1	
20 - 23	6.5	9.4	---	
24 y más	8.4	3.8	1.0	
$\bar{X}$	13.08	9.91	---	
Contratación base :				
Si	88.8	97.2	---	0.01
No	11.2	2.8	---	
Años de contratación de base :				
1 - 4	7.36	28.1	---	0.000
5 - 8	20.0	14.6	---	
9 - 12	23.1	39.1	---	
13 - 16	15.8	14.6	---	
17 - 20	21.0	7.8	---	
21 - 24	6.3	2.9	---	
25 y más	6.3	2.9	---	
$\bar{X}$	11.71	9.54		
Puestos de confianza :				
Si	25.2	29.2	---	0.51
No	74.8	70.8	---	

TABLA 12

**Características económicas de los médicos entrevistados**

Variables	IMSS N=107 %	SSA N=106 %	PRIVADOS N=97 %	Valor p
<b>Tipo de vivienda :</b>				
Casa propia	58.9	58.5	73.2	0.002
Casa rentada	7.5	17.9	10.3	
Departamento	14.0	11.3	10.3	
Departamento rentado	14.0	2.8	4.1	
Otro	5.6	9.4	2.1	
<b>Remuneración económica por actividad no médica :</b>				
Si	9.3	11.3	16.5	0.27
No	90.7	88.7	83.5	
<b>Esposo(a) con trabajo remunerado :</b>	n=93	n=82	n=86	
Si	57.0	64.6	53.5	0.000
No	43.0	35.4	46.5	

#### 4. Satisfacción y Ambiente laboral

##### a) Satisfacción laboral

Tomando como base las medias obtenidas de la validación, la proporción de satisfacción se distribuyó como sigue: en la dimensión de “satisfacción global” hubo 73% de médicos satisfechos en el grupo de privados, 52% en el IMSS y 54% en la SSA, en la dimensión de “instituto de salud donde trabajo”, 72%, 55% y 50%, en “mis pacientes” 63%, 57% y 67%, para “Yo como médico” 65%, 45% y 51% respectivamente, los datos se presentan en la tabla 13.

TABLA 13

Proporción de satisfacción por dimensiones en las instituciones estudiadas

Dimensión	IMSS N=107 %	SSA N=106 %	PRIVADOS N=97 %
Satisfacción laboral :			
Satisfechos	52	54	73
No satisfechos	48	46	27
Institución de salud donde trabajo :			
Satisfechos	55	50	72
No satisfechos	45	50	28
Mis pacientes :			
Satisfechos	57	67	63
No satisfechos	43	33	37
Yo como médico :			
Satisfechos	51	45	65
No satisfechos	49	55	35

Comparación del grupo Privados-IMSS.- En la dimensión de satisfacción la probabilidad de tener médicos insatisfechos es de 1.5 veces mayor en el grupo IMSS comparados con los privados, esta probabilidad fue estadísticamente significativa (RM=2.4, IC 95% 1.38-4.47,  $p=0.002$ ), para el “instituto de salud donde trabajo”, la probabilidad fue de 1.10 veces mas (RM=2.10, IC 95% 1.17-3.79,  $p=0.01$ ). Para “mis pacientes”, la probabilidad de médicos insatisfechos con sus pacientes en el grupo IMSS en relación al grupo de privados disminuyó a 0.27 y no fue significativamente diferente (RM=1.27, IC 95% 0.73-2.24,  $p=0.39$ ). En el caso de “yo como médico” la probabilidad de insatisfacción en los médicos del IMSS fue de 0.81 veces mayor con respecto a los privados (RM=1.81, IC 95% 1.03-3.20,  $p=0.03$ ), consúltese datos en la tabla 14.

TABLA 14

Análisis bivariado segun nivel de satisfacción por instituciones

Institución	Dimensión		$\chi^2$	p	RM	IC 95%
	+*	-*				
PRIVADOS IMSS	Satisfacción		9.42	0.002	2.48	1.38-4.47
	71	26				
PRIVADOS IMSS	Instituto de Salud donde trabajo		6.34	0.01	2.1	1.17-3.79
	56	51				
PRIVADOS IMSS	Mis pacientes		0.73	0.39	1.27	0.73-2.24
	70	27				
PRIVADOS IMSS	Yo como médico		4.36	0.03	1.81	1.03-3.20
	59	48				
PRIVADOS IMSS						
	61	36				
PRIVADOS IMSS						
	61	46				
PRIVADOS IMSS						
	63	34				
PRIVADOS IMSS						
	54	53				

\* + Satisfechos  
- Insatisfechos

Comparación del grupo Privados-SSA.- Las probabilidades obtenidas fueron semejantes a las obtenidas al comparar privados-IMSS. En la dimensión de “satisfacción global” la probabilidad de médicos insatisfechos fué de 1.35 más en la SSA en comparación con los privados, estadísticamente significativo (RM=2.35, IC 95% 1.30-4.23, p=0.004), para “instituto de salud donde trabajo”, los médicos de la SSA tienen 1.59 veces más la probabilidad de estar insatisfechos con el modelo de atención en comparación con los privados. Esta probabilidad también fue estadísticamente significativa (RM=2.59, IC 95% 1.44-4.65, p=0.001), para “mis pacientes”, igual que al comparar con IMSS, no se obtuvo probabilidad de insatisfacción para la SSA (RM=0.84, IC 95% 0.47-1.49, p=0.54), en el caso de “yo como médico”, se obtuvo una probabilidad de insatisfacción de 1.24 para la SSA en comparación con los médicos privados, siendo esta probabilidad estadísticamente significativa (RM=2.24, IC 95% 1.27-3.94, p=0.004), consúltese datos en la tabla 15.

TABLA 15  
Análisis bivariado según nivel de  
satisfacción por instituciones

Institución	Dimensión		X <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%
	+*	-*				
PRIVADOS SSA	Satisfacción		8.2	0.004	2.35	1.30-4.23
	71	26				
PRIVADOS SSA	Instituto de Salud donde trabajo		10.42	0.001	2.59	1.44-4.65
	57	49				
PRIVADOS SSA	Mis pacientes		0.37	0.54	0.84	0.47-1.49
	70	27				
PRIVADOS SSA	Yo como médico		7.9	0.004	2.24	1.27-3.94
	53	53				
PRIVADOS SSA	61	36				
	71	35				
PRIVADOS SSA	63	34				
	48	58				

\* + Satisfechos  
- Insatisfechos

Comparación del grupo IMSS-SSA.- Al comparar el grupo del IMSS con la SSA hubo una probabilidad de insatisfacción de 0.22 en la dimensión de “instituto de salud donde trabajo”, no significativa estadísticamente (RM=1.22, IC 95% 0.71-2.11, p=0.45), y de 0.23 para “yo como médico” para los médicos de la SSA, (RM=1.23, IC 95% 0.71-2.11, p=0.57). En el caso de la dimensión de “mis pacientes” no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, consúltese datos en la tabla 16.

TABLA 16  
Análisis bivariado segun nivel de  
satisfacción por instituciones

Institución	Dimensión		X <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%
	+*	-*				
IMSS SSA	Satisfacción		0.04	0.83	0.94	0.55-1.62
	56	51				
IMSS SSA	Instituto de Salud donde trabajo		0.56	0.45	1.22	0.71-2.11
	57	49				
IMSS SSA	Mis pacientes		2.24	0.13	0.65	0.37-1.14
	59	48				
IMSS SSA	Yo como médico		0.57	0.44	1.23	0.71-2.11
	53	53				
IMSS SSA						
	61	46				
IMSS SSA						
	71	35				
IMSS SSA						
	54	53				
IMSS SSA						
	48	58				

\* + Satisfechos  
- Insatisfechos

Al comparar los grupos **privados/ssa** también se incrementó el riesgo por ser especialista en medicina familiar (RM=4.12, IC 95% 1.44-11.75, p=0.006) y por tener de 36 a 40 años de edad (RM=3.38, IC 95% 1.35-8.44, p=0.007) pero no hubo modificaciones por género en la dimensión de “satisfacción global”. En la dimensión de “instituto de salud donde trabajo” el grupo de edad que incrementó la probabilidad de insatisfacción fue el de 30 a 34 años (RM=5.86 IC 95% 1.07-32.002, p=0.03), el de 35 a 39 años (RM=4.15 IC 95% 1.72-10.02, p=0.001), el grupo de género femenino (RM=4.00 IC 95% 1.17-13.60 p=0.02) y el ser especialista en medicina familiar (RM=2.80, IC 95%=1.03-7.59, p=0.04). En la dimensión de “yo como médico” se incrementaron riesgos con las variables de edad de 35 a 39 años de edad (RM=4.12 IC 95% 1.72-9.91, p=0.001) y el no ser especialista en medicina familiar (RM=3.00 IC 95% 1.43-6.31, p=0.003), como se puede ver en la tabla 18.

TABLA 18  
Análisis estratificado en el grupo  
SSA/PRIVADO

Dimensión	VARIABLE	X <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%
Satisfacción global	Edad (36 a 40)	3.37	0.007	3.38	1.35-8.44
	Especialista en M.F.	7.39	0.006	4.12	1.44-11.75
Instituto de salud	Edad (30 A 34)	4.49	0.03	5.86	1.07-32.002
	Edad (35 A 39)	10.47	0.001	4.15	1.72-10.02
	Femenino	5.32	0.02	4	1.17-13.60
	Especialista en M.F.	4.2	0.04	2.8	1.03-7.59
Yo como médico	Edad (35 A 39)	10.48	0.001	4.12	1.72-9.91
	No ser especialistas	8.64	0.003	3	1.43-6.31



Regresión logística.- Para confirmar que ninguna de las variables denominadas como intervinientes (características generales, económicas, antecedentes laborales y académicos) modificaban los riesgos obtenidos y tomando como grupo de comparación al grupo de médicos privados, se realizó un análisis de regresión logística que reportó en “satisfacción global” para el IMSS una probabilidad de insatisfacción de 0.78 (RM=1.78, IC 95% 1.11-2.85) para la SSA una probabilidad de 0.73 (RM=1.73, IC 95% 1.07-2.78), en “instituto de salud donde trabajo”, el IMSS tuvo una probabilidad de 0.61 (RM=1.61, IC 95% 1.01-2.58) y la SSA una probabilidad de 0.80 (RM=1.80, IC 95% 1.31-2.86), y en “Yo como médico”, tanto el IMSS como la SSA tuvieron una probabilidad de insatisfacción de 0.23 más veces con respecto al grupo privado (RM= 1.23, IC 95% 1.01-1.52). En el caso de “Mis pacientes” no se reportaron riesgos ni para el IMSS ni para la SSA. Ninguna variable interviniente modificó los riesgos obtenidos, según datos de la tabla 19.

TABLA 19

Regresión logística

Institución	Dimensión	RM	IC 95%
IMSS SSA	Satisfacción	1.779	1.109 - 2.854
		1.726	1.072 - 2.777
IMSS SSA	Instituto de salud donde trabajo	1.613	1.006 - 2.585
		1.798	1.131 - 2.858
IMSS/SSA	Yo como médico	1.235	1.007 - 1.516

## b) Ambiente laboral

Las puntuaciones estandarizadas en promedio obtenidas de los médicos encuestadas en la subescala de **compromiso** reportan que los médicos del IMSS presentan un 47%, en la SSA el porcentaje es aun menor con un 42% y los médicos privados sobrepasan la puntuación media de 50 con un 52%.

Al referirnos al grado de **cohesión** entre compañeros, los médicos privados refieren un 54%, en el IMSS un 44% y la SSA sobrepasa al IMSS con un 45%. La **ayuda recibida de los jefes y superiores** es percibida por los médicos privados en un 49%, un porcentaje menor reporta el IMSS con un 38% y la SSA reporta un 41%. El grado de **autonomía** que refieren los médicos privados es de 53%, en el IMSS del 41% y en la SSA del 42%. En la subescala de **orientación en el trabajo** tanto el IMSS como los privados refieren un 51% y la SSA un 42%. En el grado de **presión**, los médicos de la SSA reportan el puntaje estandarizado menor con 38%, los privados un 44% y el IMSS alcanza el mayor porcentaje con 46%. En el grado de **claridad** de normas y políticas, los privados refieren el porcentaje mayor con 59% y los médicos del IMSS y la SSA refieren un 51% y 51%. En el grado de **control** el grupo IMSS refiere casi un 60%, en la SSA un 56% y los privados solo un 50%. En **innovación y en confort** los porcentos más altos los refieren el grupo de médicos privados con un 53% y casi un 70%; en el IMSS y la SSA los porcentos para ambas escalas varían entre un 45% y 57%. En las diez subescalas el análisis de varianza de tres vías reportó  $p < 0.0004$ , y el grupo que aportó la mayor diferencia fué el de los médicos privados. Los datos se ejemplifican en la gráfica 1 y la tabla 20.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

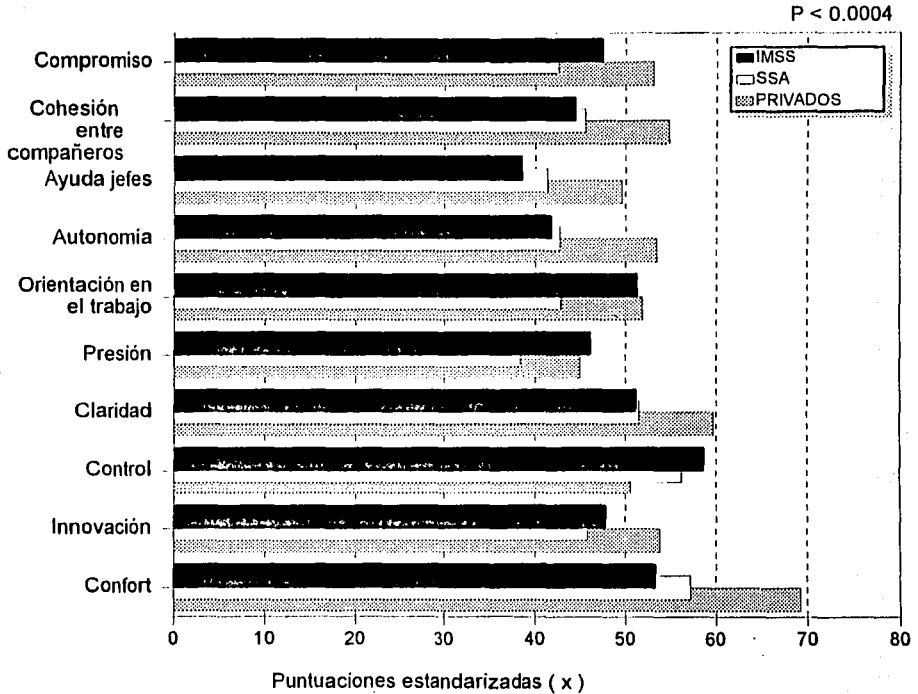
TABLA 20

**Puntuaciones estandarizadas de las subescalas de ambiente laboral en las instituciones estudiadas**

<b>Puntuaciones</b>	<b>PRIVADOS</b>	<b>SSA</b>	<b>IMSS</b>
1. Compromiso	53.09	42.51	47.43
2. Cohesión entre compañeros	54.7	45.45	44.38
3. Ayuda de jefes	49.6	41.34	38.36
4. Autonomía	53.54	42.65	41.75
5. Orientación en el trabajo	51.87	42.81	51.23
6. Presión	44.94	38.2	46.04
7. Claridad	59.7	51.5	51.12
8. Control	50.58	56.14	58.57
9. Innovación	53.86	45.78	47.8
10. Confort	69.28	57.11	53.38

GRAFICA 1

Puntuaciones estandarizadas de las subescalas de ambiente laboral en las instituciones estudiadas





## **VIII. DISCUSION**

### **1. De los resultados de la investigación**

#### **a) Construcción y validación**

La ventaja de utilizar la técnica de red semántica para la construcción del instrumento, fue que explorar la memoria semántica de los sujetos permitió corroborar el constructo teórico y contar con criterios objetivos provenientes de la población de estudio para la definición de los ítemes. Este aspecto es innovador en la construcción de instrumentos para la medición de satisfacción laboral ya que tradicionalmente el instrumento se construye en base a la experiencia del investigador<sup>16-18,22</sup>. La mayor parte de trabajos no reportan el proceso de construcción del instrumento, generalmente han elaborado los ítemes según el marco de referencia del propio investigador y ninguno de ellos ha aplicado la técnica de red semántica.

Por ejemplo en la dimensión de “satisfacción global” la categoría más alta fue amistad, concepto que no resulta relevante para otras culturas. En el caso de “mis pacientes”, las primeras cuatro categorías, pueden ser consideradas como aspectos negativos: demandantes, sobrepoblados, agresivos, impacientes. En la dimensión de “instituto de salud donde trabajo” se observaron categorías como salud o estrés en los primeros lugares, para el “yo como médico”, resaltan aspectos como responsabilidad, frustración y estrés.

El hecho de trabajar con médicos que suponen cierto nivel de preparación pudo ser un elemento clave para que la técnica se aplicara con facilidad, por otra parte la formación de las categorías semánticas no representó dificultades ya que el lenguaje utilizado por los sujetos es del conocimiento de los investigadores.

La elección de “satisfacción global”, “instituto de salud donde trabajo”, “mis pacientes” y “yo como médico” como palabras estímulo o dimensiones se fundamenta en la conceptualización de la satisfacción laboral como un estado afectivo que es producto de

la percepción que tiene el individuo de la institución o el sitio donde labora, de sus pacientes y de él mismo como médico. Medir de manera independiente cada una de las cuatro dimensiones y validarlas por separado da la posibilidad de analizar específicamente cada una de ellas y poder saber si la insatisfacción de un médico, medida en la primera dimensión, está relacionada a una percepción negativa o insatisfactoria de la institución, de los pacientes o de él mismo como médico. Pensamos que al definir el constructo de esta forma resolvemos el problema de la multidimensionalidad de la satisfacción laboral, ya que sabemos la diversidad de elementos que componen este constructo y los médicos pueden estar satisfechos con algunos de ellos y con otros no. En el diseño del instrumento decidimos no fragmentar más el constructo y abordarlo en cuatro dimensiones para permitir que el análisis factorial exploratorio integrara factores en cada dimensión que explicaran más el constructo. El hecho de definir una multitud de dimensiones, como es el caso de los trabajos de Stamps<sup>16</sup> y Lichtenstein<sup>17</sup> que investigan siete dimensiones o Kravitz<sup>22</sup> que investiga 16, hace que se pierda información y se investiguen solo aspectos específicos sin considerar que la satisfacción laboral es un ejemplo de un constructo complejo y difícil de abordar. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que ningún constructo puede ser medido en su totalidad y que esta medición debe ser hecha siempre en función de las dimensiones que definimos como más relevantes para la población objetivo.

El índice adecuado de discriminación y la alta confiabilidad del instrumento en cada una de sus dimensiones están relacionadas muy probablemente al proceso de construcción. Con relación al factorial efectuado, los ítems se conformaron en áreas claramente definidas como es en el caso de "satisfacción global" el factor uno que explora aspectos de relaciones interpersonales y el factor tres que explora autonomía. En la dimensión de "instituto de salud donde trabajo" los aspectos negativos de la institución como ambiente hostil, estrés, etc se conforman en un solo factor. De dos a tres ítems en cada apartado no se conformaron claramente en algún factor lo que podría sugerir que no son necesarios, sin embargo, decidimos no eliminarlos porque algunos exploran aspectos particulares como cantidad de pacientes, privacidad o limpieza personal y el alfa de Cronbach disminuía al suprimirlos.

Sabemos que una dificultad del análisis factorial radica en el juicio subjetivo para interpretar los factores<sup>4</sup>. Para minimizar este aspecto hemos procurado cumplir con los requisitos planteados en la metodología para definir una configuración factorial, cuidando especialmente que la interpretación de cada factor tenga sentido desde el punto de vista conceptual.

El hecho de que las medias de la población de estudio resultaran superiores a las medias teóricas y por lo tanto la curva resultante fuera negativamente asimétrica es un resultado congruente ya que la mayor parte de los sujetos se encuentran de muy satisfechos a totalmente insatisfechos. Por esta razón el punto de corte que tomamos para definir al grupo de médicos satisfechos y al de médicos insatisfechos fueron precisamente las medias obtenidas de la validación.

Un aporte metodológico de este trabajo es haber probado la utilidad de la técnica de red semántica para la etapa de construcción del instrumento, seguramente aspectos relacionados a su aplicación y análisis serán motivo de futuras investigaciones para profundizar en el campo.

Finalmente se puede considerar cubierto el objetivo de contar con un instrumento confiable y válido para poder aplicar en los médicos que laboran en nuestras instituciones en el primer nivel y que poseen características socioculturales particulares.

#### **b) Satisfacción y ambiente laboral**

Desde 1969 Engel estudió el impacto de la burocratización en la satisfacción laboral de los médicos. El encontró que las estructuras complejas transforman la naturaleza del quehacer médico y enfocan la atención del médico en las instituciones y no en los pacientes. El punto de partida de este trabajo se basa, en algún sentido, en este reporte realizado hace 25 años.



La atención que otorga el médico del primer nivel de operación al individuo y su familia es fundamental. La piedra angular de todo sistema de salud, en diversas partes del mundo, está constituido por los servicios de atención primaria, sin embargo, por razones de diversa índole, estos servicios, especialmente en México no funcionan como se esperaría.

Por ejemplo en el IMSS, a pesar de que las primeras menciones al médico de familia datan de 1954 y fue la primera institución en crear la especialidad de medicina familiar hoy se admite que particularmente la atención otorgada en las unidades de medicina familiar no es la esperada y se reconoce que existe una grave crisis de calidad y eficiencia.

Uno de tantos aspectos de esta problemática es el que se toca en este trabajo, el referente a la satisfacción del médico familiar. Creemos que el análisis de este tema y la comparación entre diversos modelos de atención, diseño que no se ha realizado previamente, dará pautas para proponer alternativas de solución integrales.

En relación a la descripción de la población, llama la atención que en el modelo de manejo con iguales, un porcentaje mayor corresponde a médicos del género masculino y el promedio de edad es menor. La encuesta nacional sobre calidad y calidez<sup>29</sup> en el IMSS reporta que el mayor porcentaje se encuentra ubicado en el rango de edad de 30 a 39 años, sin embargo en nuestro estudio más del 50% de los médicos del IMSS se encuentra ubicado en el grupo de edad de más de 41 años. Este dato puede hablar de que en los últimos años la contratación de médicos tanto especialistas en medicina familiar como generales se ha visto restringida dando como resultado que haya menor número de médicos jóvenes en el sistema ya que inclusive la media de edad es mayor que la del grupo de la SSA.

Con respecto a la especialidad de medicina familiar, el porcentaje de especialistas es mayor en el grupo IMSS sin embargo es mucho menor al reportado en la encuesta de calidad donde se refiere que cerca del 80% es especialista. De hecho no existe ninguna fuente confiable para contrastar este dato ya que para fines laborales en el IMSS no se diferencia al médico que hizo especialidad en medicina familiar y al médico general. En el caso de la SSA, el porcentaje de especialistas es comparativamente mucho menor y

refleja la crisis de la especialidad en la institución que terminó por desaparecer en 1993.

La media de antigüedad es mayor para el IMSS, le sigue la SSA y es menor para el caso de privados. La encuesta sobre calidad reporta un menor porcentaje de médicos con antigüedad mayor de 20 años para el caso del IMSS, este dato puede estar relacionado con la edad, médicos de mayor edad tienen al mismo tiempo la probabilidad de tener mayor antigüedad y ya que en el grupo del IMSS la edad promedio es mayor a la reportada, la media de antigüedad por lo tanto será mayor también. Debe considerarse también que seguramente existe un efecto de cohorte ya que la encuesta referida se llevó a cabo en 1992. En el grupo de médicos privados la media de antigüedad es menor ya que la medicina familiar privada no ha tenido auge y las posibilidades de éxito son menores en el ejercicio privado en comparación con otras ramas de la medicina desde hace pocos años los servicios médicos bancarios han iniciado la contratación de médicos generales y familiares para la atención de los trabajadores y sus familias.

Llama la atención que hay un porcentaje muy bajo de médicos en los tres modelos de atención con remuneración económica por actividades no médicas, a pesar de que muchos de ellos no tienen ningún otro tipo de actividad al término de la jornada laboral institucional.

Debemos puntualizar diversos aspectos que dificultan la contrastación de nuestros resultados. Existen pocas referencias nacionales, ninguna de estas compara diferentes modelos de organización. La metodología que se siguió para la construcción del instrumento de medición, no ha sido utilizada previamente por otros autores en el área de investigación en salud por lo que hace poco equiparables los datos. Sin embargo los hallazgos nacionales<sup>29,30</sup> reportan para el IMSS niveles globales de satisfacción más altos que los encontrados por nosotros, esto se debe probablemente a la medición de satisfacción como un aspecto global limitado a la exploración de 10 a 12 ítems sin particularizar aspectos específicos al interior del constructo.

En relación a las cuatro dimensiones del constructo, los médicos privados fueron el grupo más satisfecho en las dimensiones de "satisfacción global" e "instituto de salud donde

trabajo". El grupo de médicos del IMSS y la SSA tuvieron un nivel más bajo y muy parecido entre sí. Estos hallazgos tienen sentido con lo reportado en la literatura internacional<sup>13-15,17,21</sup>. Se sabe que la baja autonomía, la normatividad excesiva, la rigidez, el estrés, el salario, etc., que forman parte de la dimensión del "instituto de salud", son aspectos relacionados con la insatisfacción por lo que es de esperarse que tanto el modelo IMSS como el de la SSA tengan una proporción menor de médicos satisfechos en estas dimensiones.

En la dimensión de "mis pacientes" la proporción de médicos satisfechos fue un poco mayor en la SSA que en el grupo de privados y del IMSS pero no fueron estadísticamente diferentes. Este dato es interesante porque tal parece que no existen diferencias en cuanto a la percepción que tienen los médicos de sus pacientes en ninguno de los tres grupos, es decir las relaciones médico-paciente siguen siendo, como se reporta en algunos otros trabajos<sup>22,26,42</sup> la principal fuente de satisfacción, independientemente de la institución donde se labore.

En el caso de la dimensión de "yo como médico" la proporción más alta de médicos satisfechos se ubicó en el grupo de privados, fue menor en el IMSS y aun menor en la SSA. Esta dimensión se relaciona con la percepción que el médico tiene de él mismo, en cuanto a nivel de conocimientos, capacitación, estatus, etc, y el hallazgo concuerda con los datos empíricos, ya que el médico privado tiene una mejor percepción de sí mismo que el del IMSS y éste a su vez tiene una mejor autoimagen que el médico de la SSA. Pensamos que las características institucionales han influido en la pérdida de la autoestima en el médico familiar, ya que tanto en el IMSS como en la SSA el médico de primer nivel de operación, a diferencia de los médicos de otros niveles, es el único que debe cumplir con una serie de normas y procedimientos para otorgar la atención, lo que ha restringido la toma de decisiones, el ejercicio profesional autónomo y la autoresponsabilidad.

Las probabilidades de insatisfacción encontradas en el análisis bivariado son semejantes tanto para los médicos del modelo IMSS como para los médicos del modelo de la SSA al comparar con el modelo privado y se mantienen en las dimensiones de "satisfacción global" e "instituto de salud donde trabajo". En el caso de la dimensión de "mis

pacientes” la probabilidad prácticamente no se presenta para ninguno de los dos modelos, repitiéndose lo que se encontró en el análisis univariado. En la dimensión de “yo como médico” la probabilidad de insatisfacción es más alta al comparar SSA con privados que al comparar IMSS con el mismo grupo. Cuando comparamos IMSS contra SSA no encontramos ningún intervalo de confianza significativo y ambos grupos se comportan de manera semejante lo que parecería hablar de que no existen diferencias importantes en cuanto a la satisfacción de los médicos entre los dos modelos.

La relación entre el nivel de satisfacción y los modelos de organización de la atención médica no se disminuye en ninguna de las dimensiones al estratificar por características generales y económicas y por antecedentes académicos y laborales, y el riesgo se incrementa para el especialista en medicina familiar en la dimensión de satisfacción global. Aunque no existen reportes en la literatura en este sentido, suponemos que un especialista puede tener mayores perspectivas académicas y de superación y al ingresar en un modelo que no las cubre, éste se siente más insatisfecho. La probabilidad de insatisfacción también se incrementa para el grupo de 36 a 40 años tanto en la dimensión de “satisfacción global” como en la de “instituto de salud donde trabajo”. Este dato se ha reportado en otros estudios, al parecer los médicos jóvenes tienen más dificultades de adaptación o mayores exigencias y conforme la edad avanza las posibilidades de adaptación son mayores<sup>24,27</sup>. El género femenino en la dimensión de “yo como médico” presentó mayor probabilidad de insatisfacción, en este sentido los hallazgos de la literatura<sup>11,14,17-18</sup> son contradictorios, en algunos casos refieren que las mujeres tienen menos exigencias y más capacidad de adaptación y en algunos otros se plantea que las presiones por diversas responsabilidades y la mayor dificultad para obtener desarrollo y reconocimiento profesional provocan mayor insatisfacción. Pensamos que en nuestro estudio puede ser cierta ésta última posibilidad.

Cuando se compara el grupo de la SSA con el privado, tanto el grupo de edad como el ser especialista y el género femenino incrementan las probabilidades de insatisfacción en las mismas dimensiones que para el caso del IMSS. Para la dimensión de “yo como médico” llama la atención que el no ser especialista en medicina familiar incrementa la probabilidad de insatisfacción en 0.60 veces más que en el análisis bivariado, este aspecto

puede estar relacionado al hecho de que el porcentaje de especialistas es significativamente menor y alcanzar grado de especialista resulta más complejo por lo que este hecho puede ser visto como una posibilidad de autorealización.

En el modelo de regresión logística, se analizó como variable de resultado la satisfacción en cada dimensión y los modelos de atención IMSS y SSA fueron las únicas variables que resultaron en el modelaje. Para la dimensión de “mis pacientes” no se presentó ninguna variable como significativa. La hipótesis de que los médicos privados están más satisfechos en comparación con los médicos del IMSS y la SSA se comprueba con el modelo. El resultado puede hablar a favor de que los aspectos situacionales es decir extrínsecos al individuo, son los que están relacionados de manera fundamental con la satisfacción o insatisfacción laboral ya que ninguna de las características individuales resultaron en el modelo. Un elemento crítico de esta teoría<sup>58</sup> es el grado en el cual el trabajo debe ser una actividad fundamentada en la libertad por lo que si el grado de libertad es mínimo la experiencia laboral será insatisfactoria ya que para la teoría situacional hay una inevitable relación entre el trabajo, las características de éste y el tipo de experiencia laboral.

En este sentido aspectos como personalidad, salud mental etc. tendrían poca relación con la satisfacción laboral, sin embargo reconocemos que un aspecto que se debe profundizar en futuras investigaciones es el estudio de factores intrínsecos y su relación con la satisfacción ya que no está claramente establecido el rol de los aspectos “disposicionales”<sup>51</sup>.

Las probabilidades de insatisfacción obtenidas para los médicos de los modelos IMSS y SSA en comparación con el grupo privado, hablan a favor de que los requerimientos de las organizaciones burocráticas frecuentemente entran en conflicto con los profesionales que laboran en ellas y al parecer son inclusive antagónicas.

Esta relación se dificulta aún más en la medida en que los objetivos de los médicos son diferentes a los objetivos de la organización<sup>59</sup>, los médicos no se identifican con los objetivos institucionales ya que permanecen sujetos a consideraciones de índole administrativo más que clínicas. La jerarquía, las reglas, las funciones fuertemente

estructuradas, las responsabilidades limitadas se contraponen con los deseos del médico de trabajar autónomamente y decidir que debe hacer y como debe hacerlo.

Si analizamos los datos obtenidos en la medición de la dimensión de ambiente laboral, verificamos estos supuestos: las áreas como autonomía, ayuda por parte de los jefes, claridad en las normas y confort se perciben como menores en relación a la SSA. La presión y el control es mayor para los médicos del IMSS que para los de la SSA, ya que tanto la normatividad, el cumplimiento de reglas y procedimientos y los aspectos administrativos son mayores para el grupo IMSS. El grupo de privados reporta un ambiente laboral en el que prevalece una mayor independencia, es menos estresante y hay más compromiso.

Estos datos no significan que la alternativa para el incremento de la satisfacción en los médicos institucionalizados sea asumir un modelo neoliberal y privatizador de la medicina. Consideramos que aspectos específicos que modifiquen la organización de las instituciones y que disminuyan el burocratismo preservan los principios de la seguridad social y de equidad y pueden incrementar la satisfacción del médico familiar. Reintegrarle su capacidad de decisión y la responsabilidad de sus acciones, disminuir los controles, incentivarlo por la calidad de atención que otorgue son aspectos de suma importancia para la mejoría no sólo de la satisfacción del médico sino del sistema de salud en general.

## **2. De la metodología**

Se puede argumentar que un instrumento que es válido para un grupo puede no serlo para otro y por lo tanto las mediciones de satisfacción resulten incorrectas. Debemos anotar que aunque la validación se hizo en el grupo IMSS, para salvar este punto, se realizó un análisis factorial en cada grupo y en conjunto. No se encontraron diferencias en la conformación de las configuraciones factoriales por lo que podemos decir que el instrumento elaborado es válido. El instrumento por otro lado tiene la posibilidad de usarse en otros grupos de médicos familiares y en otros momentos siempre que sea sometido a un nuevo proceso de validación.

La utilización de la red semántica en la fase de construcción dió la posibilidad de contar

con una herramienta confiable para la verificación del constructo y para la redacción de los ítemes.

No existe un procedimiento aceptado universalmente para obtener la calificación final de cada cuestionario. Prácticamente toda la literatura que existe se limita a asignar un puntaje a cada opción de respuesta, se contabiliza el total y se establecen los intervalos correspondientes. Nosotros utilizamos el criterio de De Vellis<sup>3</sup> y Nunally<sup>4</sup> y tomamos las medias obtenidas de la población en la cual se validó para definir el punto de corte entre satisfacción e insatisfacción ya que si se toman los datos teóricos que resultarían de sumar los puntajes y dividirlos entre el número de ítemes se puede sub o sobrestimar el resultado.

Un punto de controversia en este tipo de estudios es el factor de “deseabilidad social” que se puede presentar en los sujetos de estudio. En nuestro estudio las posibilidades de que se presentara este factor disminuyen porque el encuestador estaba entrenado para promover que el médico contestara el cuestionario en privacidad y éste era anónimo, además la redacción de los ítemes se hizo en primera persona con frases tanto en sentido positivo como negativo. Estos aspectos minimizan la probabilidad de que los sujetos respondan el cuestionario de acuerdo a un patrón que consideren supuestamente ideal.

El momento neutro de aplicación no fue considerado importante, es decir no pretendimos que existieran condiciones similares de aplicación, como horario, día de la semana, número de pacientes o día de pago, ya que el instrumento se construyó para valorar una percepción general del médico en relación a su satisfacción en diferentes áreas y no para calificar un día específico, por otra parte la selección aleatoria de sujetos en cada grupo permitió contemplar diferentes condiciones de trabajo específicas.

La tasa de respuesta fue menor a la esperada en todos los grupos y este aspecto no representó problema para fines técnicos, sin embargo las razones de no respuesta fueron diferentes en el modelo IMSS y en la SSA se debió a desinterés o a temor y en el grupo de privados a falta de tiempo.

Los méritos de esta investigación son: la construcción y la validación de un instrumento

para médicos familiares de condiciones culturales y socioeconómicas específicas de nuestro país, la comparación entre varios modelos y el aporte de información científicamente sustentada para la toma de decisiones.





## ***IX. CONCLUSIONES***

### **1. Del problema de investigación**

1. En los tres grupos predominaron los médicos del género masculino, pero esta proporción fue mayor para el grupo de médicos privados.
2. Existen diferencias significativas en el nivel económico de los médicos de los tres grupos, a favor del grupo de médicos privados.
3. En cuanto al nivel de satisfacción tanto el IMSS como la SSA se comportaron como grupos similares.
4. No existen diferencias en el nivel de satisfacción con los pacientes entre los tres grupos estudiados.
5. La percepción que se tiene de la institución donde se labora produce probabilidades altas de insatisfacción para el IMSS y la SSA.
6. Las mujeres tienen más probabilidad de insatisfacción tanto para el IMSS como para la SSA.
7. Para los médicos de la SSA, más que para el IMSS, representa un factor de insatisfacción el no ser especialista en medicina familiar en la dimensión de satisfacción con el quehacer médico.
8. Al referirnos al ambiente laboral, existió una mayor presión y mayor control en los médicos del IMSS que en la SSA y los privados.
9. Hay mayor compromiso, mas confort, autonomía, claridad y innovación en el grupo privado, menos en la SSA y aun menos en el IMSS.

10. La percepción económica no es el único factor para la satisfacción laboral.

## **2. De orden metodológico**

1. La selección totalmente aleatoria de los médicos encuestados permite generalizar los resultados ya que la probabilidad de selección de cada muestra en el N número de muestras posibles es igual y los estimadores resultarán semejantes a los poblacionales.

2. La técnica de red semántica resultó ser una buena herramienta para la construcción de instrumentos de medición de aspectos psicológicos pero se requiere verificar el nivel educativo de la población bajo estudio.

3. La definición del constructo en las cuatro dimensiones especificadas permitió la identificación de las áreas específicas en las cuales los médicos de las diferentes instituciones se encuentran satisfechos o insatisfechos.

4. El instrumento de medición de satisfacción laboral discrimina adecuadamente, tiene alta confiabilidad y es válido.

5. El nivel educativo de los médicos permitió que la escala de respuesta con diferencial semántico fuera fácilmente comprendida.

6. Al replicar la investigación debe considerarse la revalidación del instrumento de medición.

7. A pesar de que el diseño de investigación utilizado tiene limitaciones importantes para establecer causalidad, nos ha permitido comprobar la existencia de una fuerte asociación entre los modelos de organización y el nivel de satisfacción laboral, uno de los objetivos mas importantes de la investigación.

8. Aunque se deben considerar para futuros estudios el perfil de personalidad o la salud mental y su relación con la satisfacción laboral no son fundamentales para la definición del constructo.



## ***X. RECOMENDACIONES***

### **1. Del problema de investigación**

1. Las intervenciones tendientes a mejorar el nivel de satisfacción del médico familiar que se recomiendan deberán enfocarse a modificaciones al interior de las instituciones ya que son los que más inciden en la satisfacción laboral.
2. Se requiere que las instituciones otorguen reconocimiento al especialista en medicina familiar.
3. La recuperación de la relación médico-familia en las instituciones debe ser punto fundamental en la reorientación de la atención médica, ya que este aspecto favorecería de manera muy importante el incremento de nivel de satisfacción de los médicos familiares.
4. Es necesario que el médico familiar recupere la imagen de médico integral ante la sociedad, los grupos médicos y las instituciones, incrementando la libertad de decisión y la capacidad resolutive.

### **2. De orden metodológico**

1. Se requiere realizar un estudio de seguimiento con cohortes en diferentes períodos de tiempo.
2. Se debe investigar la asociación que puede existir entre el nivel de satisfacción laboral y la calidad de atención proporcionada.
3. Se requiere medir la satisfacción laboral del médico familiar con médicos de otros niveles de atención.



## ***XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO***

1. Debe considerarse la posibilidad de que algunos sujetos repondieran el instrumento en base a la opinión que sustentan y no en base a su estado afectivo.
2. Aún cuando la técnica de red semántica resultó una herramienta útil para la construcción de instrumentos que abordan aspectos psicológicos, una posibilidad que no se contempló a profundidad en el estudio es la de combinar diversas estrategias de construcción como serían la de incluir formalmente el punto de vista del investigador responsable.
3. La construcción del instrumento se hizo solo con la información obtenida de los médicos familiares del IMSS.





***XII. BIBLIOGRAFIA.***

1. Staw B, Ross J. Stability in the midst of change: A dispositional approach to job attitudes. *J Appl Psychology* 1985;70:469-80.
2. Traub R. Reliability for the social sciences, theory and applications. Sage publications. 1a. ed. Estados Unidos. 1994.
3. De Vellis R. Scale development. Theory and applications. Sage publications. Vol 26. Estados Unidos 1991
4. Nunnally J. Teoría psicométrica. Trillas, 1a ed. México 1991; 247-282.
5. Valdez JL. Las categorías semánticas. Usos y aplicaciones en Psicología social. Tesis de maestría. UNAM. México, 1991.
6. Figueroa J, González E, Solís V. Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Rev. Latinoamericana Psicología*. 1981;13:447-58.
7. Quillian M. Semantic Information Processing. Ed. Minsky, Cambridge Moss MIT Press 1968.
8. Figueroa J, González G, Solís V. An approach to the problem of meaning: Semantic networks. *J Psycholinguistics Res*. 1976;5:105-1.
9. García-Silberman S. Autoconcepto de Salud Mental. Tesis de maestría. UNAM. México, 1993.
10. Lachman R, Lachman L, Butterfield E. Cognitive Psychology Information Processing: An introduction. New Jersey: LEA Publishers, 1979.

11. Smith P, Kendall L, Locke E, et al. Cornell Studies of Job Satisfaction 1-6. Cornell University Libraries. Itaca., New York, 1963.
12. Freeborn D, Greenlick M. Evaluation of the Performance of Ambulatory care systems: Research requirements and opportunities. *Med Care* 1973; 11:68-75.
13. Engel GV. The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. *J Health Soc B* 1969; 10:30-40.
14. Mechanic D. General Medical Practice: Some comparison between the work of primary care physicians in the United States and England and Wales. *Med Care* 1972;10:402.
15. Breslau N, Novack A. Work setting and Job Satisfaction. *Med Care* 1978; 16: 850-862.
16. Stamps P, Piedmont E, Et al. Measurement of work satisfaction among health professionals. *Med Care* 1978; 16:337-343.
17. Lichtenstein R. Measuring the Job Satisfaction of Physicians in organized settings. *Med Care* 1984; 22:56-68.
18. Cohen D, Breslau D, Ponter D. Academic group practice: The physicians's view. *Med Care* 1987; 25:686-694.
19. Linn L, Brook R, Clark V. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practice. *Med care* 1985; 23:1171-1178.
20. Cooper C, Rout V. Mental Health, Job Satisfaction and Job Stress among general practitioners. *Br Med J* 1989; 298:366-370.

21. Burns L, Anderson R, Shortell S. The effect of Hospital control strategies on physician satisfaction and physician hospital conflict. *H Ser Res* 1990; 25:527-560.
22. Kravitz R, Linn L, Shapiro M. Physician Satisfaction under the Ontario Health Insurance Plan. *Med Care* 1990; 28:502-512.
23. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med* 1991;33:1179-87.
24. Kravitz R, Thomas N, Sloss E, Hosek S. Satisfaction and dissatisfaction in institutional practice: results from a survey of U.S. military physicians. *Mil Med* 1993;158:41-50.
25. Sutherland VJ, Cooper CL. Stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ* 1992;304:1545-8
26. Shulz R, Girard C, Scheckler W. Physician satisfaction in a managed care environment. *J Fam Pract* 1992;34:298-304.
27. Groenwegen P, Hutten J. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1991;32:1111-9.
28. Lofgren R, Maldenovic J. How reorganizing a general medicine clinic affected resident's and patient's satisfaction. *Acad Med* 1990; 66:604-607.
29. Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre usuarios y prestadores de servicios médicos del IMSS. Coordinación general de delegaciones. IMSS. Agosto 1990.
30. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores en las unidades médicas. *Salud Pública Mex* 1990; 32:170-180.

31. Rakich, J. Longest, B. Darr Kurt. *Managing Health Services Organizations*. Third Edition. Health Professions Press. U.S.A. 1992. pp. 1-732.
32. Palmer G, Short S. *Health Care and Public Policy. An Australian Analysis*. Macmillan Australia, 1-321, 1989.
33. Rakich J. Concepts of organization design. En : *Managing Health Services Organizations*. Third Edition, Baltimore EUA 1992:207-586.
34. Koontz H, O'Donnell C, Weilrich H. *Motivación en: Elementos de Administración*. México, McGraw Hill; 1983:437-51.
35. Terry G, Franklin S. *Principios de Administración*. México, Compañía Editorial Continental SA de CV; Reimpresión 1992.
36. Snadden, D. Leave practice. *BMJ*. 1993;306:1740-42.
37. Richard, G. The future of General Practice. *BMJ*;303:1312-6.
38. Pereira, D. Research in general practice:law of inverse opportunity. *BMJ*. 1991;302:1380-2.
39. Handysides S. Building moral through personal development. *BMJ*. 1994;308:114-6.
40. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin, M. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care*. 1993;31:1083-92.
41. Gutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med*. 1993;37:575-81.

42. Skolnik NS, Smith DR, Diamond J. Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. *J Fam Pract.* 1993;37:257-63.
43. Baker LC, Cantor JC. Physician satisfaction under managed care. *Health Aff Millwood.* 1993;12 suppl:258-70.
44. Johnson N, Hasler J, Mant D, Randall T, Jones L, Yudkin P. General Practice Careers: changing experience of men and women vocational trainees between 1974 and 1989. *Br J Gen Pract.* 1993;43(369):141-145.
45. Chuck JM, Nesbitt TS, Kwan J, Kam SM. Is being a doctor still fun? *West J Med.* 1993;159:665-9.
46. Blendon RJ, Donelan K, Leitman R, Epstein A, Cantor JC, Cohen AB, et al. Physicians' perspectives on caring for patients in the United States, Canada and West Germany. *N Engl J Med* 1993;328:1011-6.
47. Lewis JM, Nace EP, Barnhart FD, Carson DI, Howard BL. The lives of female physicians. *Tex Med.* 1994;90:56-61.
48. Buxrud ES. Is health services a good working place for female physicians? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 1993;113:1869-72.
49. Green JM. The views of singlehanded general practitioners a qualitative study. *BMJ* 1993;307:607-10.
50. Helsley JD, Swinker ML. Practice satisfaction among young West Virginia family physicians. *W V Med J.* 1994;90:96-7.
51. Branthwaite A, Ross A, Henshaw A, Davie C. Continuing education for general practitioner. *J R Coll Gen Pract Occas Pap.* 1988;38:1-39.

52. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout. An examination of personal, professional and organizational relationships. *Med Care*. 1994;32:745-54.

53. Kragstrup J, Mabeck CE. General practitioners are carrying a heavy load work , but they are satisfied with their choice of profession. *Ugeskr-Laeger*. 1993;155:3190-3

54. Streiner D, Geoffrey N. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use.* Oxford University Press. United Kingdom, 1993

55. Spector P. *Summated Rating Scale Construction. An Introduction.* California: Sage Publications, 1992.

56. Downie N, Heath R. *Métodos Estadísticos Aplicados.* México: Harla, 1986.

57. Moos R. *Work Environment Scale. Manual Consultation* Psychologists Press Inc. Palo Alto California 1981.

58. Gruenberg B. The happy worker: An analysis of educational and occupational differences in determinants of job satisfaction. *Am J Sociology* 1980;86:247-71.

59. Lichtenstein R. The job satisfaction and retention of physicians in organized settings. A literature review. *Med Care Review* 1984;41:139-79.

---

### ***XIII. ANEXOS***



## ANEXO A

### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para el objetivo específico 2, se calculó contemplando un promedio de 9 médicos por ítem contenidos en la dimensión con mayor número de ellos.

Para el objetivo específico 3 y 4 fue calculado con la fórmula de diferencia de proporciones para estudios transversales:

$$n = \frac{(\alpha/2\sqrt{2pq} - c1-\beta\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Con los siguientes parámetros:

$$\alpha = 0.05$$

$$\beta = 0.20$$

$p = 0.54$  proporción de sujetos satisfechos en la atención privada.

$p = 0.30$  proporción de sujetos satisfechos en el IMSS.

Se obtuvo un total de 97 sujetos en cada uno de los tres grupos, al que se agregó 10% por tasa de no respuesta, dando un total de 107 médicos.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. PROGRESIVO \_\_\_\_\_

1-4

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE POR OBJETO CONOCER EL NÚMERO Y LA UBICACIÓN DE TODOS LOS EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL DISTRITO FEDERAL, POR TANTO LE AGRADECEMOS LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PUEDA PROPORCIONAR.

**INSTRUCCIONES:**

COLOQUE USTED EL NOMBRE DE LA OPCIÓN ADECUADA Y EN CASO DE PREGUNTAS ABIERTAS, RESPONDA UTILIZANDO LETRA DE MOLDE.

INSTITUCIÓN: 1. I.M.S.S. 2. I.S.S.S.T.E. 3. S.S. 4. UNIDAD DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  5

DOMICILIO DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CONSULTORIO No.: \_\_\_\_\_

<p>1. ¿Realizó usted la especialidad de medicina familiar ?</p> <p>1. SI 2. NO (Pase a la preg. 5.)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 6</p>	<p>2. ¿En que Institución realizó usted su curso de especialidad ?</p> <p>1. IMSS 2. SSA 3. ISSSTE 4. OTRO CUAL? _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 7</p>	<p>3. ¿Que Unidad de Atención Médica fué la sede de su curso de especialización ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 8,9</p>
<p>4. Anote el año que inició y el año de termino de su curso de especialización.</p> <p>de 19____ a 19____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 10-11 <input type="checkbox"/> 12-13</p>	<p>5. ¿Tiene usted contratación de base?</p> <p>1. Si 2. No</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 14</p>	<p>6. ¿Cuanto tiempo de antigüedad tiene en la Institución.?</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 15-17</p>
<p>7. ¿Esta usted certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar ?</p> <p>1. Si 2. No (Pase a la Preg. 9)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 18</p>	<p>8. ¿En que año se certificó ?</p> <p>19____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 19-20</p>	<p>9. ¿Le gustaría certificarse ?</p> <p>1. Si 2. No</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 21</p>

## INSTRUMENTO DE AMBIENTE LABORAL DE LOSS

INSTRUCCIONES. -

POR FAVOR LEA CADA FRASE DEL CUESTIONARIO Y EN LA HOJA DE RESPUESTAS ANEXA, MARQUE "V" (VERDADERA) SI USTED PIENSA QUE LA FRASE ES CIERTA PARA SU AMBIENTE LABORAL O "F" (FALSO) SI CREE QUE LA FRASE NO ES CIERTA PARA SU AMBIENTE LABORAL.

MARQUE CON UNA "X" COMO EN EL EJEMPLO:

V	X	
F	1	2
		X

ASI, LA FRASE NUMERO 1 SE MARCO COMO VERDADERA Y LA NUMERO 2 COMO FALSA.

POR FAVOR, USE UN LAPIZ Y ASEGURESE DE QUE EL NUMERO DE LA FRASE CORRESPONDA CON EL NUMERO DEL CUADRO QUE RESPONDA UTILICE SOLO LA HOJA DE RESPUESTAS Y NO MARQUE NADA EN LA ENCUESTA.

**NO PONGA MAS DE UNA "x" Y NO OMITA CONTESTAR NINGUNA DE LAS FRASES.**

1. El trabajo es realmente demandante.
2. La gente se interesa por ayudar a los nuevos empleados para que se sientan bien.
3. Los jefes tienen a demostrar su autoridad con los empleados.
4. Pocos empleados tienen responsabilidades importantes.
5. La gente pone mucho interés en cumplir con su trabajo.
6. Hay una presión constante para que siempre se esté trabajando.
7. A veces se percibe mucha desorganización.
8. Se enfatiza mucho que se sigan las normas y procedimientos.
9. Se valoran que se hagan las cosas en forma diferente.
10. A veces hace mucho calor.
11. No hay mucho espíritu de grupo.
12. El ambiente de trabajo es algo impersonal.
13. Cuando los empleados hacen las cosas bien, generalmente los jefes los felicitan.
14. Los empleados tienen la libertad de hacer las cosas como quieran.
15. Se pierde mucho tiempo por ineficiencias.
16. Parece que todo es siempre urgente.
17. Las actividades están siempre bien planeadas.
18. Los empleados pueden vestirse como quieran.
19. Siempre se están probando nuevas ideas.
20. La iluminación es muy buena.
21. Mucha gente parece nada más estar perdiendo tiempo.
22. La gente muestra interés personal en los demás.
23. Los jefes no fomentan que el personal se critique entre sí.
24. Se fomenta al personal para tomar sus propias decisiones.
25. Pocas veces se dejan las cosas para mañana.
26. La gente no se puede dar el lujo de descansar.
27. Las normas y procedimientos son algo ambiguas.
28. Se espera que el personal realice su trabajo observando las normas y procedimientos.
29. Este lugar sería uno de los primeros en probar nuevas ideas.
30. El área de trabajo es insuficiente, está muy amontonada.
31. Parece que el personal se siente orgulloso de la institución.

32. Casi nunca el personal socializa después de horas de trabajo.

33. Los jefes siempre reconocen al personal que aporta nuevas ideas.

34. La gente puede usar su iniciativa.

35. Aquí se trabaja muy eficientemente.

36. Nadie trabaja demasiado.

37. Las responsabilidades de los jefes están muy claramente definidas.

38. Los jefes vigilan muy de cerca al personal.

39. La variedad y el cambio en las tareas no son especialmente importantes.

40. El edificio y las instalaciones son modernas.

41. El personal se esfuerza mucho en lo que hace.

42. Generalmente la gente expresa francamente lo que siente.

43. Los jefes critican frecuentemente a los empleados por cosas insignificantes.

44. Los jefes animan al personal a solucionar los problemas por sí mismos.

45. Para la gente es muy importante sacar mucho trabajo.

46. Hay suficiente tiempo para hacer el trabajo.

47. Se explica detalladamente a las personas como realizar las tareas.

48. Se enfatiza el seguimiento de normas y procedimientos.

49. Se siguen desde hace tiempo los mismos procedimientos.

50. El edificio necesita una remozada.

51. Rara vez la gente se ofrece voluntariamente.

52. Los empleados comen a menudo juntos.

53. El personal se siente con confianza para pedir un aumento.

54. Por lo general los empleados tratan de no parecerse a los demás.

55. Se enfatiza que el trabajo es primero.

56. Es muy difícil mantenerse al día en el trabajo.

57. El personal no tiene una idea clara de lo que debe hacerle.

58. Los jefes vigilan muy de cerca al personal.

59. Casi nunca se prueban nuevas formas de hacer las cosas.

60. Los colores y la decoración hacen de este un lugar agradable para trabajar.

61. Este es un lugar muy alegre.

62. A los empleados que son muy diferentes de los demás no les va bien en esta institución.

63. Los jefes esperan demasiado del personal.

64. Se anima al personal a aprender cosas nuevas aunque no se relacionen con su trabajo.

65. El personal trabaja muy duro.

66. Aunque te la tomes con calma se puede sacar todo el trabajo.

67. Se explica claramente al personal los beneficios con los que cuenta.

68. Los jefes no ceden ante las presiones de los trabajadores.

69. Las cosas aquí no cambian.

70. A veces se sienten corrientes de aire.

71. Es difícil que la gente trabaje de más.

72. Los empleados se platican sus problemas personales.

73. El personal platica de sus problemas personales con sus jefes.

74. Los empleados funcionan un poco independientemente de los jefes.

75. La gente parece ser bastante ineficiente.

76. Siempre hay fechas límite para entregar el trabajo.

77. Constantemente se cambian las normas y procedimientos.

78. Se espera que el personal cumpla estrictamente con las normas y procedimientos.

79. Se respira un ambiente fresco.

80. Generalmente el mobiliario está bien acomodado.

81. Generalmente el trabajo es interesante.

82. frecuentemente hay problemas por chismes entre el personal.

83. Los jefes defienden a sus subordinados.

84. Las metas de trabajo se deciden en forma conjunta por jefes y trabajadores.

85. Se tiende a llegar tarde al trabajo.

86. A menudo se tiene que trabajar tiempo extra para terminar las cosas que hay que hacer.

87. Los jefes animan a los empleados a ser limpios y ordenados.

88. Si un empleado llega tarde se puede reponer el tiempo quedándose después de horas de trabajo.

89. Aquí parece que las cosas siempre están cambiando.

90. Las áreas de trabajo están bien ventiladas.



**INSTRUCCIONES. -**

En las siguientes páginas usted encontrará una serie de enunciados; debajo de cada uno de ellos hay siete alternativas de respuesta que marcan niveles de acuerdo o desacuerdo con el enunciado descrito. Lea por favor la frase, juzgue lo que significa para usted y ponga una "X" en el espacio que considere pertinente. **Sólo puede marcar una de las opciones.**

Pensemos en la frase:  
 "EL INVIERNO ES MUY FRIO"

Si está totalmente de acuerdo con la frase pondrá una "X" en el primer espacio como se observa en el ejemplo. Entre más cerca ponga la "X" a uno u otro de los extremos usted está más en desacuerdo o en acuerdo con la frase:

"EL INVIERNO ES MUY FRIO"

Acuerdo   x                                                                     Desacuerdo

totalmente en    muy de    de    ni en acuerdo    en des    muy en    totalmente en  
 acuerdo    acuerdo    acuerdo    ni desacuerdo    acuerdo    desacuerdo    desacuerdo

Otro ejemplo:  
 Ponga una cruz en el espacio que usted considere es el adecuado al juzgar la frase:

"EL INVIERNO ES MUY LARGO"

Desacuerdo                                                                              Acuerdo

totalmente en    muy en    en    ni en acuerdo    de    muy de    totalmente  
 desacuerdo    desacuerdo    desacuerdo    ni desacuerdo    acuerdo    acuerdo    de acuerdo

Note usted que las alternativas de respuesta pueden iniciar con ACUERDO o DESACUERDO. Manteniendo en mente estas instrucciones conteste tan rápido como sea posible, sin ser descuidado pero usando su primera impresión, sin pensar mucho.

**POR FAVOR NO PONGA MAS DE UNA "X" EN UN RENGLON Y NO OMITA CONTESTAR NINGUNO DE LOS RENGLONES.**



1. La consulta tan diversa que tengo me hace sentir satisfecho.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

Totalmente de acuerdo    muy de acuerdo    de acuerdo    ni en acuerdo ni de acuerdo    en desacuerdo    muy en desacuerdo    totalmente en desacuerdo

2. Si contaríamos con enfermeras suficientes mi trabajo resultaría más satisfactorio.

Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

3. Me siento satisfecho en el trabajo porque éste es muy estimulante.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

4. El consultorio en el que trabajo es tan incómodo que me impide sentirme satisfecho.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

5. Un salario adecuado es un elemento importante en la satisfacción laboral.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

6. La buena relación que guardo con mis compañeros me permite sentirme satisfecho.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

7. Sentirme satisfecho en mi trabajo resulta muy estimulante.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

8. Las autoridades no toman en cuenta mis puntos de vista y eso me produce insatisfacción.

Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

9. Me siento insatisfecho por la falta de cooperación de mi asistente.

Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

10. La buena relación que guardo con mis jefes me produce satisfacción laboral.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

11. Al no tener recursos para trabajar no puedo sentirme satisfecho.

Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

12. Obtengo satisfacción en mi trabajo porque todos sono amigos.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

Totamente en    muy en    en    ni en acuerdo    de    muy de    totalmente  
desacuerdo    desacuerdo    desacuerdo    ni desacuerdo    acuerdo    acuerdo    de acuerdo

13. Me siento satisfecho en mi trabajo porque me siento realizado.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

14. Trabajando bajo stress no puede obtenerse satisfacción laboral.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

15. Me siento satisfecho en mi trabajo porque favorece mi superación.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

16. Me siento con un nivel adecuado de satisfacción.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

17. El hecho de que no exista privacia para atender a mis pacientes  
me hace sentir insatisfecho.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

18. Obtener satisfacción del trabajo diario es muy agradable.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

19. El exceso de trabajo disminuye la satisfacción laboral.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

20. Una fuente importante de satisfacción es saber que puedo  
resolver los problemas de salud de mis pacientes.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

21. Casi nunca puedo decidir por mí mismo y eso me produce  
insatisfacción.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_

22. Creo que sentirme satisfecho en mi trabajo es muy necesario.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

23. La relación que guardo con mis compañeros de trabajo es  
muy importante para sentirme satisfecho.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_

24. El instituto de salud donde trabajo tiene como objetivo ayudar a mantener los niveles de atención de la población.   
*Desacuerdo* *Acuerdo*

Totamente de acuerdo    muy de acuerdo    de acuerdo    ni en acuerdo ni de acuerdo    en desacuerdo    muy en desacuerdo    totalmente en desacuerdo

25. El instituto de salud donde trabajo resulta benéfico para la población.   
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo*

26. Los recursos que existen en este Instituto son los mínimos que se necesitan para poder trabajar.   
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo*

27. En el instituto de salud donde trabajo sentimos gran libertad de actuar.   
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo*

28. El Instituto de salud donde trabajo tiene siempre demasiados pacientes.   
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo*

29. El Instituto de salud donde trabajo promueve la seguridad social.   
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo*

30. La cantidad de normas que nos rigen en el Instituto de salud donde trabajo resulta excesiva.   
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo*

31. El Instituto de salud donde trabajo es un lugar agradable para laborar.   
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo*

32. Para el Instituto de salud donde trabajo la prioridad es la salud de los derechohabientes.   
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo*

33. Generalmente el Instituto de salud donde trabajo no se encuentra muy limpio.  
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo* \_\_\_\_\_

totalmente de acuerdo    muy de acuerdo    de acuerdo    ni de acuerdo ni de acuerdo    en desacuerdo    muy en desacuerdo    totalmente en desacuerdo

34. En el Instituto de salud donde trabajo se siente stress.  
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo* \_\_\_\_\_

35. El Instituto de salud donde laboro da trabajo a una gran cantidad de personas.  
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo* \_\_\_\_\_

36. La grandeza es una característica del Instituto de salud donde trabajo.  
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo* \_\_\_\_\_

37. Produce satisfacción trabajar en este Instituto de salud.  
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo* \_\_\_\_\_

38. El Instituto de salud donde trabajo se fundamenta en la solidaridad.  
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo* \_\_\_\_\_

39. En el Instituto de salud donde trabajo se siente un ambiente hostil.  
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo* \_\_\_\_\_

40. El Instituto de salud donde trabajo provoca una sensación de agobio.  
*Acuerdo* \_\_\_\_\_ *Desacuerdo* \_\_\_\_\_

41. Siento que existe un gran compañerismo en el Instituto de salud donde trabajo.  
*Desacuerdo* \_\_\_\_\_ *Acuerdo* \_\_\_\_\_

42. Los lineamientos administrativos del Instituto de salud donde trabajo son rígidos. Acuerdo  
Desacuerdo \_\_\_\_\_

totalmente en desacuerdo    muy en desacuerdo    en desacuerdo    ni en desacuerdo    de acuerdo    muy de acuerdo    totalmente de acuerdo

43. La prevención es muy importante para el Instituto de salud donde trabajo. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

44. La mayor parte de mis pacientes son agresivos. Acuerdo  
Desacuerdo \_\_\_\_\_

45. Mis pacientes son siempre muy demandantes. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

46. Casi todos mis pacientes son muy concientes. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

47. Creo que mis pacientes son bastante tranquilos. Acuerdo  
Desacuerdo \_\_\_\_\_

48. Es raro cuando mis pacientes llegan a consulta enojados. Acuerdo  
Desacuerdo \_\_\_\_\_

49. Difícilmente puedo otorgar una atención integral a mis pacientes. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

50. En realidad mis pacientes están necesitados de atención. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

51. Creo que son demasiados los pacientes que atiendo al día. Desacuerdo  
Acuerdo \_\_\_\_\_

52. Atiendo a mis pacientes cuando ya están enfermos. Acuerdo  
Desacuerdo \_\_\_\_\_

53. Casi siempre mis pacientes se muestran conformes con mi manejo.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo

54. Es raro cuando mis pacientes salen de la consulta enojados.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo

55. A la mayoría de mis pacientes les hace falta orientación e información.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo

56. Generalmente mis enfermos son muy impacientes.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo

57. En términos generales creo que mis pacientes son buenas personas.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo

58. Frecuentemente mis pacientes presentan stress.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo

59. El ideal es atender a las familias como un todo.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo

Yo como médico...

60. ... considero que la limpieza personal es muy importante.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
61. ... me siento frecuentemente agotado.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
62. ... no considero importante la satisfacción personal.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo
63. ... debo ser cooperador.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
64. ... considero que el prestigio que he alcanzado es suficiente.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo
65. ... me siento útil a la sociedad.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
66. ... soy bastante comprensivo.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
67. ... la mayor parte del tiempo me siento nervioso.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo
68. ... me encuentro altamente capacitado.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo
69. ... soy fundamentalmente un ser humano.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo
70. ... considero que soy buen compañero.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo
71. ... considero muy importante la responsabilidad.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo

72. ... creo que el profesionalismo es muy importante.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_
73. ... estoy sometido a una enorme dosis de stress.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_
74. ... soy muy dedicado a mi trabajo.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_
75. ... estoy satisfecho con el reconocimiento que recibo por mi labor.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_
76. ... creo que uno necesita ser humilde.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_
77. ... soy ético antes que nada.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_
78. ... siento que no estoy actualizado en mis conocimientos.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_
79. ... frecuentemente me siento frustrado.  
Desacuerdo \_\_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_\_
80. ... soy muy considerado.  
Acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_



## HOJA DE DATOS GENERALES

<b>1. Sexo</b>  1. Masculino 2. Femenino	<b>2. Edad</b>  ____ años cumplidos	<b>3. Estado civil</b>  1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre	<b>4. ¿Cuántos hijos tiene?</b>  _____	<b>5. ¿Su esposo(a) tiene un trabajo remunerado?</b>  1. Si 2. No	NO INVADA ESTA ZONA  1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11 <input type="text"/> 12 <input type="text"/> 13 <input type="text"/> 14 <input type="text"/> 15 <input type="text"/> 16 <input type="text"/> 17 <input type="text"/> 18 <input type="text"/>
<b>6. ¿Vive usted en?</b>  1. Casa propia 2. Casa rentada 3. Departamento propio 4. Departamento rentado 5. Otro cual? _____	<b>7. ¿En donde estudio la Licenciatura?</b>  1. UNAM 2. Politécnico 3. La Salle 4. Anahuac 5. Otra cual? _____	<b>8. A que generación corresponde:</b>  Año de: _____	<b>9. ¿Tiene especialidad en medicina familiar?</b>  1. Si 2. No (pase a la preg. 13)		
<b>10. ¿Como ingreso usted la especialidad de Medicina Familiar?</b>  1. Por exámen nacional de ingreso a residencia 2. Por exámen del sindicato del IMSS, SSA o ISSSTE. 3. Por otro cual? _____	<b>11. ¿En que opción escogió usted ingresar a la especialidad ?</b>  1. Primera 2. Segunda 3. Tercera 4. Cuarta 5. Quinta 6. Otra opción	<b>12. ¿En que año ingreso a la especialidad?</b>  _____	<b>13. ¿Cuántos años tiene de trabajar para el servicio médico bancario?</b>  _____ años cumplidos	<b>14. ¿Tiene usted contratación definitiva?</b>  1. Si. 2.No (pase a la Preg. 16)	
<b>15. ¿Cuántos años tiene con contratación definitiva?</b>  _____ años cumplidos	<b>16. ¿Como médico, familiar en la atención directa de pacientes trabaja usted en otro lugar?</b>  1. Si 2. No (pase a la preg. 18)	<b>17. En donde?</b>  1. Otro consultorio privado 2. SSA 3. ISSSTE 4. IMSS 5. OTRO Cual? _____	<b>18. Obtiene usted remuneración económica por alguna actividad no médica?</b>  1. Si 2. No		

## ANEXO E

## ANALISIS FACTORIAL PARA LA DIMENSION DE "SATISFACCION LABORAL"

	Comunality	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
ITEM 01	0,51453	0,21376	0,41406	-0,05785	0,35601	-0,08876	0,36497	0,16193
ITEM 02	0,50065	0,23382	0,04543	-0,54137	0,32251	-0,12312	0,07372	0,16196
ITEM 03	0,51401	0,28068	0,40425	-0,01231	0,12427	-0,24643	0,43356	0,08670
ITEM 04	0,53942	0,01815	0,03250	0,46530	0,24853	0,13305	0,41071	0,27088
ITEM 05	0,60931	0,72818	0,01969	0,04655	-0,12324	0,13299	0,09330	0,18689
ITEM 06	0,64697	0,76001	0,09733	0,07608	0,06480	0,17145	-0,11636	0,08340
ITEM 07	0,74639	0,77461	0,16301	-0,00933	0,11872	0,26854	0,11554	-0,14193
ITEM 08	0,43564	0,18177	0,18913	0,53768	-0,06126	-0,22311	0,03303	-0,15201
ITEM 09	0,64428	0,03196	0,14802	0,76815	0,03605	-0,08683	0,10536	0,10653
ITEM 10	0,48955	0,59909	0,22422	0,08434	0,14303	-0,13967	-0,17317	-0,05743
ITEM 11	0,53093	0,31382	-0,15075	0,10253	0,16591	0,07014	-0,58388	0,16076
ITEM 12	0,61455	0,08604	0,60507	-0,12616	-0,21442	-0,00063	-0,25869	0,33501
ITEM 13	0,61408	0,27624	0,67880	0,06274	-0,02070	0,02816	0,26398	0,04636
ITEM 14	0,72896	0,06920	-0,04480	0,04617	0,04622	0,09945	-0,02537	0,84105
ITEM 15	0,58893	0,05917	0,64239	0,10632	0,31787	0,16870	0,08304	-0,15832
ITEM 16	0,52903	0,04251	0,69362	0,14924	0,09787	0,08732	-0,06468	-0,04957
ITEM 17	0,51423	0,00837	-0,10848	0,24207	-0,11623	0,03898	0,64963	-0,08211
ITEM 18	0,62442	0,18097	0,28511	0,12511	0,12760	0,69042	-0,01632	0,03884
ITEM 19	0,60179	0,12773	-0,07368	-0,13612	-0,00427	0,73608	-0,02788	0,13750
ITEM 20	0,63312	0,25801	0,20092	0,09467	0,53314	0,47007	-0,00552	-0,10950
ITEM 21	0,59477	0,17033	-0,08318	0,67679	0,27634	0,13858	0,04305	0,05805
ITEM 22	0,69898	-0,00249	0,05546	0,07349	0,81474	0,05183	-0,12012	0,09787
ITEM 23	0,52633	-0,00604	0,32841	-0,05990	0,40122	0,07415	-0,18371	0,46328

## ANALISIS FACTORIAL PARA LA DIMENSION DE "INSTITUTO DE SALUD DONDE TRABAJO"

	Comunality	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
ITEM 24	0,50418	0,35071	0,32121	-0,00992	0,37222	-0,09656	-0,36061
ITEM 25	0,53674	0,69137	-0,07176	0,03822	-0,08065	0,11704	0,17868
ITEM 26	0,57881	0,02826	-0,26531	0,70506	0,08672	0,01661	-0,05219
ITEM 27	0,55022	0,11212	0,38606	0,53390	-0,25332	-0,08827	0,17776
ITEM 28	0,79205	0,03685	0,16644	0,06708	0,03812	0,87007	-0,00228
ITEM 29	0,58862	0,66207	0,27177	-0,18255	0,19936	0,00937	-0,05717
ITEM 30	0,55753	0,04577	0,63809	-0,00004	-0,07098	0,36302	0,10705
ITEM 31	0,30799	0,22694	0,33175	0,30131	-0,06301	0,0241	0,22729
ITEM 32	0,51123	0,64245	0,18076	0,19323	-0,13294	0,07981	-0,06661
ITEM 33	0,73191	0,09469	0,21066	-0,03149	0,06998	0,00174	0,82016
ITEM 34	0,53605	0,14788	0,62385	-0,00118	-0,07988	0,26077	0,22497
ITEM 35	0,72336	0,25446	0,01981	0,26268	0,63345	-0,29470	0,31798
ITEM 36	0,43132	0,48350	0,01843	0,32443	0,27882	0,02889	0,11569
ITEM 37	0,63497	0,73493	0,15817	0,20247	0,06731	-0,07133	0,13865
ITEM 38	0,46934	0,20569	0,18187	0,61916	0,02530	0,07822	-0,06190
ITEM 39	0,60070	0,22996	0,73929	-0,00755	-0,00815	-0,03205	-0,01112
ITEM 40	0,65163	0,12248	0,79034	-0,01252	0,01048	0,05307	0,09437
ITEM 41	0,70568	0,23449	0,26619	0,13289	-0,71001	-0,22745	0,07958
ITEM 42	0,48004	-0,24274	0,57463	0,22435	-0,04161	-0,14615	-0,13228
ITEM 43	0,67284	0,80528	0,00997	0,11398	-0,05774	-0,07670	-0,04534

## ANALISIS FACTORIAL PARA LA DIMENSION DE "MIS PACIENTES"

	Comunality	Factor 1	Factor 2
ITEM 44	0,97927	0,98952	0,01077
ITEM 45	0,90273	0,94999	0,01605
ITEM 46	0,97019	0,98488	0,01408
ITEM 47	0,99226	0,99611	0,00384
ITEM 48	0,96417	0,98176	0,01788
ITEM 49	0,97492	0,98732	0,01075
ITEM 50	0,99839	0,00911	0,99916
ITEM 51	0,98797	0,02242	0,99371
ITEM 52	0,99716	0,01005	0,99853
ITEM 53	0,99068	0,02034	0,99512
ITEM 54	0,99288	0,00115	0,99643
ITEM 55	0,95515	0,97732	-0,00090
ITEM 56	0,95629	0,97774	0,01778
ITEM 57	0,96840	0,98407	-0,00046
ITEM 58	0,96687	0,98319	0,01413
ITEM 59	0,99360	0,00038	0,99679

## ANALISIS FACTORIAL PARA LA DIMENSION DE "YO COMO MEDICO"

	Comunality	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
ITEM 60	0,61148	0,09046	0,09742	-0,01442	0,74410	0,14981	-0,09698	-0,08982
ITEM 61	0,70614	0,03406	0,836026	0,05899	-0,02088	-0,02668	-0,00484	0,03744
ITEM 62	0,58315	0,31854	0,383131	-0,12043	-0,05099	-0,16597	-0,47764	0,24918
ITEM 63	0,63864	-0,01185	0,18651	0,76206	0,00087	0,13373	-0,06928	0,01726
ITEM 64	0,63668	0,05961	-0,12288	-0,05099	-0,09137	0,00287	0,76843	0,12878
ITEM 65	0,61179	0,30983	0,00987	0,693075	0,02420	0,01333	0,18570	-0,01015
ITEM 66	0,63893	0,12762	-0,15164	0,471834	0,341108	0,14273	0,16839	0,46038
ITEM 67	0,52506	0,34422	0,53161	0,11018	0,30001	-0,14232	-0,01586	-0,03606
ITEM 68	0,57995	0,17414	0,27364	0,16102	0,16291	0,12478	0,62141	0,14342
ITEM 69	0,58831	0,74871	0,11612	0,04610	0,04818	-0,03905	-0,01987	0,08888
ITEM 70	0,56444	0,14904	0,26543	0,17775	0,63165	-0,15339	0,13175	-0,01754
ITEM 71	0,48520	0,43503	-0,06967	0,42835	0,28139	-0,14509	-0,02838	-0,08108
ITEM 72	0,68906	0,66252	0,19302	0,21309	-0,17351	0,04354	0,12906	-0,34469
ITEM 73	0,59418	-0,10466	0,73012	-0,00029	0,17659	0,11604	-0,07257	0,01548
ITEM 74	0,62592	0,66271	-0,03679	0,07931	0,33444	0,16429	0,18366	0,08078
ITEM 75	0,65047	0,04369	0,21666	0,0064	-0,19925	0,64931	0,35881	-0,10741
ITEM 76	0,73151	0,02369	-0,10115	0,14719	0,14793	0,81217	-0,05282	0,12146
ITEM 77	0,49093	0,51193	-0,03832	0,35936	0,17130	0,12291	-0,04978	0,22653
ITEM 78	0,53790	0,02506	0,15960	-0,00115	-0,18449	0,08492	0,08365	0,68085
ITEM 79	0,54360	0,08404	0,54297	0,06127	0,05248	-0,07736	0,17607	0,44523
ITEM 80	0,63488	0,48497	-0,23988	0,01577	0,07384	0,47183	0,0886	0,32552

ANEXO F

***ABREVIATURAS.***

**IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social

**mf** Médico Familiar

**SSA** Secretaría de Salud

**RM** Razón de Momios

**IC** Intervalo de Confianza

**UMF** Unidad de Medicina Familiar