



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

**"CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES ASOCIADAS A LA UBICACIÓN
LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL"**

Tesis que para optar por el grado de Maestra en Ciencias

Presenta:

Gabriela Laguna Pérez

Tutor:

Dra. Ma. del Carmen García Peña

Programa de Maestría y doctorado en Ciencias médicas, odontológicas y de la salud.

México, D.F. Noviembre 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.



ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
1. ANTECEDENTES.....	7
1.1 Introducción al concepto de satisfacción laboral.....	7
1.2 Satisfacción laboral del médico general a nivel internacional	8
1.2.1 Factores extrínsecos al médico general como individuo asociados a su satisfacción laboral	8
1.2.2 Factores personales del médico general como individuo, asociados a su satisfacción laboral.....	100
1.3 Satisfacción laboral del médico en México	122
1.3.1 Experiencias en distintos estados de la República	122
1.4 Introducción al concepto de ubicación laboral	133
1.5 Ubicación laboral del médico general a nivel internacional.....	14
1.5.1 Factores intersectoriales macroeconómicos asociados a la ubicación laboral del médico general.....	14
1.5.2 Factores propios al funcionamiento del sistema de salud asociados a la ubicación laboral del médico general	14
1.6 Ubicación laboral del médico en México.....	16
1.6.1 Distribución laboral del médico general. Sus orígenes e intenciones de regulación	17
1.7 Conclusiones de la revisión de la literatura.....	19
2. MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.1 Sistema nacional de salud.....	21
2.1.1 La realidad en México.....	21
2.1.2 Retos de salud para la medicina general mexicana	23
2.2 Formación y empleo médico en México	24
2.2.1 Perfil del profesional y demanda de la carrera de medicina.....	24
2.2.2 Escuelas y facultades de medicina. Egresados.....	25
2.2.3 Alternativas de desarrollo. Posgrado médico.....	26
2.2.4 Mercado de trabajo para el médico general.....	27
2.3 Ignorar el nivel de satisfacción laboral del médico	29



2.3.1 Médicos insatisfechos, productividad y rol del paciente. ¿Consecuencias para el sistema?	29
2.3.2 Salud física y mental. ¿Consecuencias para el mismo médico?	30
3. MODELO CONCEPTUAL	33
4. MODELO EMPÍRICO.....	34
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	35
7. OBJETIVOS.....	36
7.1 Objetivo General	36
7.2 Objetivos Específicos	36
8. METODOLOGÍA.....	36
8.1 Población de referencia.....	36
8.2 Población diana	36
Tabla 1. Jurisdicciones y centros de salud incluidos en el estudio.....	37
8.3 Periodo y sitio de estudio.....	38
8.4 Diseño de estudio	38
8.5 Criterios de inclusión	38
8.6 Criterios de exclusión	38
8.7 Criterios de eliminación	38
8.8 Tamaño de muestra	38
8.9 Selección de la muestra	39
8.10 Definición de Variables.....	39
Tabla 2. Regla AMAI 13 x 6.....	39
8.11 Plan de recolección de la información	40
8.12 Fuentes de información	41
8.13 Instrumentos de medición	41
Tabla 3. Clasificación del cuestionario Font Roja Satisfacción laboral.....	42
8.14 Prueba Piloto.....	42
8.15 Plan para el procesamiento y análisis de la información.....	43
8.20 Aspectos éticos	43
8.21 Recursos, financiamiento y factibilidad.....	43
9. RESULTADOS	44
9.1 Características individuales, sociales y económicas de la población estudiada.....	44
Tabla 4. Características individuales de los médicos generales encuestados	44
Tabla 5. Características individuales de los médicos generales encuestados.....	45



Tabla 6. Características sociales de los médicos generales encuestados.....	48
Tabla 7. Nivel socioeconómico de los médicos generales encuestados.....	48
9.2 Características familiares de los entrevistados.....	48
Tabla 8. Características familiares de los médicos generales encuestados.....	49
9.3 Características académicas de los entrevistados.....	50
Tabla 9. Características académicas de los médicos generales encuestados.....	51
Tabla 10. Características académicas de los médicos generales encuestados posteriores al término de la carrera.....	53
9.4 Historia laboral y características del empleo actual.....	54
Tabla 11. Historia laboral previa de los médicos generales encuestados.....	54
Tabla 12. Características profesionales del empleo actual de los médicos generales encuestados.....	56
Tabla 13. Recursos para el desempeño del trabajo como médico.....	57
Tabla 14. Otros recursos para el desempeño del trabajo como médico.....	58
Tabla 15. Características laborales adicionales al empleo actual de los médicos generales encuestados.....	59
Tabla 16. Médicos con ingresos provenientes de otras fuentes.....	60
9.5 Satisfacción laboral.....	60
Tabla 17. Satisfacción laboral encontrada con instrumento estandarizado.....	61
Tabla 18. Satisfacción laboral por dimensiones y variables. Factores intrínsecos (del individuo y de la familia).....	62
Tabla 19. Satisfacción laboral por dimensiones y variables. Factores extrínsecos (académicos y laborales).....	64
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	69
11. UTILIZACIÓN DE RESULTADOS	69
12. CONCLUSIONES	72
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS	71
Anexo 1. Operalización de las variables.....	90
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	98
Anexo 3. Aprobación del protocolo.....	99



RESUMEN

Introducción. Actualmente la atención de primer contacto y el médico general, están viviendo un panorama público lleno de subvaloración resultado de varios factores interrelacionados entre sí como son la educación médica, la tendencia a la especialización, el desconocimiento del impacto de la medicina general y atención primaria, etc. En medio de estos y otros tantos factores que determinan la actual situación de la medicina general se encuentra la percepción que los médicos generales tienen de ellos mismos en cuanto a satisfacción laboral y ubicación laboral.

Material y métodos. Se encuestó mediante un cuestionario exclusivo para esta investigación, en el cual se incluyeron factores en intrínsecos, es decir referentes al individuo y su familia y factores extrínsecos, es decir referentes al historial académico y laboral del individuo; adicionalmente se incluyó el ya validado Cuestionario Font Roja de satisfacción laboral, el cuál divide el constructo en ocho dimensiones. Se abarcaron en 9/16 jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal los centros de salud TII y TII logrando una n=451 médicos generales.

Resultados. En general se encuentran laborando más médicos mujeres 235 (52.1%) que hombres 216 (47.9%), entre los 24 y 75 años de edad. Entre los factores intrínsecos al individuo las mujeres, las personas mayores de 49 años y las personas casadas o con una relación estable expresan más cantidad de satisfacción laboral porque al igual que en la variable anterior presentan menor tensión relacionada con el trabajo; contar con dependientes económicos por el contrario les brinda mayor tensión relacionada con el trabajo. Entre los factores extrínsecos: mayor cantidad de satisfacción en su año de servicio social; menos años transcurridos desde el término de sus estudios y contar con paraclínicos en la consulta también fueron representativos. La ubicación laboral no fue significativa.

Conclusiones. Para que se incremente la satisfacción laboral del médico general cuatro de las cinco variables extrínsecas que resultaron significativas, son susceptibles de mejora por parte del sistema de salud.



INTRODUCCIÓN

Un médico general se define como aquel profesionista que puede atender de manera integral y continua a un individuo pues ha concluido sus estudios de pregrado y está capacitado para resolver del 80 al 90% de las patologías que se presentan en el ámbito de su competencia (1), ellos fueron responsables de haber otorgado 32.2 millones de consultas en zonas urbanas (2) como la que se encuestó en este estudio, tal sólo en 2012 en la secretaría de salud.

Pero un médico no sólo es el número de consultas que otorga, es un ser humano también. Todos los seres humanos atraviesan por distintas etapas biológicas y psicológicas enmarcadas en determinado contexto sociocultural desde su nacimiento hasta su muerte. Una de las etapas más importantes es la etapa laboral que inicia cuando el individuo se integra a cierta actividad laboral, antecedida o no por una formación profesional y obtiene de ello además de un rédito, la oportunidad de superación y/o desarrollo en su área de desenvolvimiento. En el caso del médico general es igualmente importante tener un empleo pues como a cualquier otro individuo le determina a conseguir nivel económico, confianza emocional y alegría (3).

El empleo es trascendente en la percepción que cada sujeto tiene de sí mismo pues dado que es "La aplicación humana de conocimientos, habilidades y energías de modo consciente, intencional y sistemático con esfuerzo, tiempo y compromiso en situaciones dinámicas" (4, p.4) implica que el sujeto, en este caso el médico general además de llevar a cabo su labor con el paciente tendrá que relacionarse con familiares, compañeros, jefes, subalternos y colegas dentro de un medio dinámico que le determinará a crear patrones adaptativos que le lleven a experimentar satisfacción en el trabajo y gusto por su ubicación laboral o una sensación de desgaste constante con insatisfacción laboral creciente (5).

Además de la importancia que tiene que el sujeto se encuentre satisfecho y con variables similares a estudiar, se establece una aproximación al porque trabaja donde lo hace, si con esto continua engrandeciendo la inequidad de distribución geográfica de médicos generales. Ambas situaciones interrelacionadas a factores subjetivos propios del individuo y externos a él, que se entremezclan con su entorno cultural, político y socioeconómico creando en cada individuo una percepción única de lo que su trabajo representa para él en estos dos aspectos.



1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción al concepto de satisfacción laboral

Entender los atributos y componentes de la satisfacción laboral -a pesar de que se trate de un fenómeno más cualitativo que cuantitativo- tiene relevancia en el clima organizacional que viven los recursos humanos para la salud a diario y además tiene consecuencias tanto para el paciente como para el sistema.

Muchas son las definiciones de este constructo y muchos los autores, entre los más reconocidos Edwin Loke psicólogo de Harvard y profesor en la Universidad de Maryland, Estados Unidos quién en 1976 definió la satisfacción laboral como: "Un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto."(6, p.1) y Paul Muchinsky psicólogo organizacional e industrial y profesor en las Universidades de Greensboro y del colegio privado Gettysburg quién en 1994 describió a la satisfacción laboral como: "Una respuesta afectiva emocional del individuo ante determinados aspectos de su trabajo" (4, p.10).

Resaltar que este constructo es individual lleva a hacer una acotación inevitable: es un conocimiento adquirido, tal y como lo señala en sus trabajos de comportamiento organizacional el Dr. Stephen P. Robbins de la Universidad de Arizona en 1998: "La satisfacción laboral se desarrolla a partir de la interrelación entre las particularidades subjetivas del trabajador y las características de la actividad y del ambiente" (4, p.5) es decir, no se trata de algo innato en el trabajador sino que él mismo lo crea, interpreta y manifiesta desde la óptica de sus vivencias, experiencias y contexto.

La importancia de la satisfacción laboral va más allá del bienestar individual, pues de presentarse en el grupo de trabajo generará bienestar colectivo, adecuado funcionamiento interno de la organización y resultados más altos. Todo esto ha sido puesto sobre la mesa con mayor énfasis en el último siglo por las ciencias sociales y por áreas afines como la psicología empresarial y la administración de recursos humanos que han postulado existe una creciente sensibilidad de la dirección de organizaciones hacia las actitudes y sentimientos de los trabajadores relacionando incluso que la calidad de vida en el trabajo, impacta positivamente en la calidad de vida en general (4).

Así entonces se han postulado distintas teorías sobre la génesis de la satisfacción laboral una de ellas la llamada teoría bifactorial o teoría de los dos factores propuesta por Frederick Irving Herzberg, doctor en psicología y salud pública por la Universidad de Pittsburgh, quién en 1959 consideró la existencia de dos grupos de factores para la conformación del concepto por un lado los intrínsecos y por otro los extrínsecos o higiénicos; los primeros son los motivadores *per se* es decir, existentes ya en el individuo independientemente de circunstancias ambientales y los segundos referentes a las condiciones de trabajo que lo rodean. El autor postuló que los primeros son imprescindibles y los segundos sólo contribuyen es decir, pueden ayudar a prevenir la insatisfacción laboral o mejorar la satisfacción laboral ya existente, pero nunca serán suficientes para crear por sí solos satisfacción laboral (6).



El enfoque de la equidad por otro lado, plantea que la satisfacción laboral es el producto del cociente entre lo que el individuo aporta al trabajo y lo que obtiene de ello. Además considera que el grado de satisfacción laboral de cada sujeto se ve modificado por las comparaciones que él mismo hace de lo que obtienen cada uno de sus compañeros como resultado de sus propios cocientes (4). Este enfoque psicológico es más subjetivo pues implica una relación innegable con lo que el sujeto cree que "debería ser", lo que se asemeja a otro enfoque explicativo de la génesis de este constructo, el modelo de las expectativas o modelo de las determinantes de la satisfacción laboral propuesto por Lawler en 1973, según el cual el origen de la satisfacción laboral está en relación directa con lo que el sujeto espera obtener de su empleo (según necesidades, valores y rasgos individuales) y lo que realmente obtiene de él (7). Estos enfoques y modelos sobreestiman el valor de la apreciación individual, restándole poder e incluso presencia a los factores ambientales los cuales son sin lugar a dudas parte componente en la conformación de un constructo tan amplio y diverso como la satisfacción laboral.

Para fines de este trabajo, se tomarán en cuenta dos grandes grupos de factores: los factores externos, extrínsecos al individuo o que no dependen de él, como los inherentes al sistema de salud, sus relaciones interpersonales o su medio ambiente laboral y factores intrínsecos o propios del individuo como su edad, estado civil, historial académico, etc. Como dos partes necesarias y articuladas para la conformación del concepto satisfacción laboral del médico general, en concordancia con la definición de Locke antes mencionada.

1.2 Satisfacción laboral del médico general a nivel internacional

1.2.1 Factores extrínsecos al médico general como individuo asociados a su satisfacción laboral

Para crear el constructo satisfacción laboral del médico general se habrá de contemplar la situación del individuo en su propio trabajo. Para la teoría de las características del puesto de trabajo, propuesta por Greg R. Oldham y J. Richard Hackman en 1975, las cinco características que engloban la construcción del fenómeno son:

- Variedad de habilidades
- Identidad de la tarea
- Significación de la tarea
- Autonomía
- Retroalimentación del puesto mismo (8)

Todas ellas mostradas por el individuo durante su estancia en el lugar de trabajo, percibidas por él y dependientes de una fuente externa a él.

Esta teoría ha sido aceptada y retroalimentada por otros autores en años recientes como la Lic. Mónica Márquez presidenta de C. Guild Florida, quién bajo los nombres de: "reto de trabajo", "sistema de recompensas justas", "condiciones favorables de trabajo", "colegas que brinden apoyo" y "compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo" amplió un poco más el panorama de factores laborales *per se* y explicó además que el reto nunca debe exceder las



capacidades y habilidades del trabajador, pues se podría generar el extremo opuesto de la línea: insatisfacción laboral (9). En esta acotación que hace la Lic. Márquez al concepto, cabría recordar que se está tratando un fenómeno multidimensional y complejo que se ve afectado por factores intrínsecos del individuo y de su manera de pensar pudiendo generar frustración ante el reto de trabajo si ve rebasadas sus habilidades, o al contrario tomar esto como un motivador que lo llevara a superar sus debilidades y a esforzarse más para no caer frustración y subsecuentemente insatisfacción laboral, con distintos matices entre estos extremos, lo que se trata de resaltar es que mucho del concepto depende de los valores intrínsecos al sujeto.

Continuando entonces con los factores extrínsecos de tipo laboral que intervienen en la formación del concepto, los estudios llevados a cabo por Robbins en 1998 postulan una retroalimentación a los conceptos que Mónica Márquez había acotado a cinco constructos en uno solo: "reto de trabajo"(9) esta formación conceptual además de resaltar la más subjetiva de las características propuestas por Márquez en el sujeto, le da a la satisfacción laboral la oportunidad de ser tomada como objetivo a alcanzar, que a manera de desafío el empleado puede o no lograr para su propio beneficio.

Comenzar a describir la manera en que el médico general construye su concepto de satisfacción laboral según factores extrínsecos a él, tiene que contemplar desde un inicio el **reto de trabajo** pues para los médicos generales el núcleo de sus satisfactores laborales externos se encuentra en la magnitud de oportunidad de desarrollo de sus competencias, que su medio ambiente laboral les permita. Partiendo de lo anterior, se mencionarán los resultados de una revisión sistemática realizada en los países bajos en 2006 con 24 artículos, tras los cuáles los autores concluyeron que los médicos generales encuentran que la sensación de **competencia clínica** es en ellos una piedra angular para su satisfacción laboral más si **utilizan sus conocimientos y habilidades** en casos clínicos varios y actividades de trabajo diversas (10).

La autonomía en la toma de decisiones expresada como libertad para elegir sus propios métodos de trabajo y aumento en sus responsabilidades fue otro resultado que en más de una vez se encontró como relevante en la revisión sistemática antes mencionada. Dichos resultados son reforzados por lo que el médico general piensa en cuanto al trabajo administrativo el cuál manejado incluso bajo el concepto de "burocracia" le disminuye satisfacción laboral (10).

En cuanto al sitio de trabajo los autores de la revisión sistemática concluyen que **trabajar en un hospital de enseñanza** y tener oportunidad de ejercer la docencia en su área con una adecuada calidad en la gerencia de servicios, representa para los médicos generales un componente especial que aumenta su nivel de agrado por el trabajo. Lo que si además se acompaña de control en su tiempo, no demasiadas horas de trabajo y estar establecidos de manera independiente con respecto al resto de los empleados, sin por ello trabajar aislados, aumenta (10).



Existen dentro de los estudios incluidos en la revisión sistemática resultados que demuestran que **trabajar en un hospital rural** genera satisfacción laboral en médicos generales en países como Israel aunque también estudios donde trabajar en un hospital ubicado en la ciudad genera satisfacción laboral en Estados Unidos por lo que los autores de dicho estudio no concluyen al respecto (10). Sobre el **ambiente físico de trabajo** el médico general debe laborar en un entorno no sea peligroso ni incómodo, entre otras causas por la aversión al riesgo que se ha demostrado en su ramo (10).

Por último en cuanto a conclusiones de esta revisión sistemática, los autores expresan que tener **buena relación interpersonal con colegas y usuarios** de sus servicios y dentro de estos últimos atender a madres y niños aumenta su satisfacción. Satisfacción que disminuye si se ven obligados a **hablar otro idioma** diferente a su lengua materna durante sus horarios de trabajo o atender población con desventaja demográfica lo cual se relaciona con insatisfacción laboral (10).

Con respecto a **los jefes** directos y otros superiores los sentimientos positivos que el médico general pueda desarrollar como empleado, derivados de tener un jefe inmediato comprensivo, que demuestre interés por sus subordinados reditúa en el interior del empleado un mayor grado de satisfacción laboral; si por el contrario existieran bajos niveles de satisfacción laboral la tendencia generaría mayor afiliación a sindicatos (4).

En cuanto al **pago** entendido como lo necesario para vivir, obtener alimento, vestido y actividades recreativas propias y familiares, según un autor colombiano, debe estar vinculado a contratos estables pues en 2011 se demostró que el tipo de contrato temporal, crea menor grado de satisfacción laboral que uno de planta o a término indefinido (11).

Teniendo conocimiento de todo lo anterior, países como China han estudiado la satisfacción laboral y han propuesto ya algunas iniciativas de mejora en el área de recursos humanos para la salud como **capacitación interinstitucional** pues en 2014 se demostró que se vincularía con un incremento de la satisfacción laboral del médico general (12).

1.2.2 Factores personales del médico general como individuo, asociados a su satisfacción laboral

En esta sección se explicarán los factores propios del individuo que se asocian a la satisfacción en su lugar de trabajo, es decir, aquellos que se encuentran contenidos en el individuo por sí mismo (sus creencias, sistema de valores, su edad) y como afectan su desempeño laboral en el sistema en base a su nivel satisfacción laboral.

Iniciando con las características externas u observables del individuo se encuentran el **género**. Ampliamente se ha descrito en diversos estudios diferentes resultados al respecto, pues no existe una opinión unánime sobre el tema. Sin embargo se sabe que las mujeres son las que declaran mayor grado de satisfacción laboral (11) a pesar de que según estudios



sociológicos este tipo de satisfacción no representa lo más importante en su panorama de vida, pues representar roles como por ejemplo el de madre resulta ser más importante en su sensación de realización (4); en el caso de las médicas generales estos hallazgos se mantienen en una revisión sistemática realizada por Van Ham I. (10) pues diversos estudios confirman ser mujer como un factor que aumenta la satisfacción laboral.

Otro de los factores personales es la **edad**, misma que también se ha relacionado de manera importante con el nivel de satisfacción laboral de manera paralela, es decir que a mayor edad mayor nivel de satisfacción laboral expresado(4) según un estudio realizado en España, la satisfacción laboral se mantiene alta sólo si el médico general lleva pocos años trabajando en atención primaria (13), información que confirman otros autores que han manejado que el personal nuevo tiene un pico en su nivel de satisfacción laboral, que se desvanece según un ritmo individual con el paso de los años y tras un tiempo de seguir el individuo en el mismo puesto vuelve a aparecer en un lapso de 6 a 7 años, la clave para que no desaparezca nunca es la constante estimulación con retos y subsecuente desarrollo de competencias (4) aspecto en el que los médicos generales no tienen problemas, pues como se mencionó anteriormente la oportunidad que el sistema les brinde de desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas es con todos sus componentes, el mayor factor extrínseco o externo al individuo capaz de producirle mayores cantidades de satisfacción laboral.

Con respecto al **estado civil** en el caso de los médicos generales el estar casado se presenta como un factor que incrementa el grado de agrado en el trabajo en varias partes del mundo según hallazgos en países Africanos como Sudáfrica (14) hasta países más cercanos de Latinoamérica como Colombia (11); a la vez y a manera de complemento de esta información estar casado o tener una relación estable de pareja se ha presentado como factor protector contra el desgaste laboral (15) y otros síndromes relacionados a la insatisfacción laboral crónica.

Los objetivos personales que el trabajador tenga aunque dependen de su **motivación o estímulo** que de no estar presente, según médicos generales de Grecia en 2010 (16) anulan la construcción de la satisfacción laboral. Respecto a los objetivos personales la revisión sistemática antes mencionada en 2006 (10) encontró que a los médicos generales que realizan su trabajo **teniendo como guía el principio de la vida**, es decir preservar la vida a pesar de todo, se les ha vinculado con mayor grado de satisfacción laboral. Lo anterior refuerza lo mencionado en un Diplomado Colombiano Organizacional: de no existir interés por la tarea misma, el nivel de satisfacción laboral no se modificaría aunque existiera mayor retribución económica (4).

Sobre objetivos y estímulos Alfred Marshall economista británico, remarca que se debe tomar muy en cuenta el rol que para el individuo represente su familia (11) y que influencia juegan en su motivación. Es cuando el origen del médico y de su familia toma importancia, pues médicos generales que vienen de **una minoría étnica** según la antes mencionada revisión sistemática de 2006, reportan mayores niveles de satisfacción laboral (10).



La capacidad de adaptación a los cambios es otro factor interno que se relaciona positivamente con la satisfacción laboral según un estudio realizado a médicos generales de Inglaterra por Sibbald et al quien además resalta (17, p.3): *“el régimen y la organización de la práctica han cambiado, por lo que los médicos pueden experimentar dificultad para adaptarse a estos cambios”*.

Lo anterior tiene que ver con el nivel de **salud psicológica** que maneja el individuo pues va en relación paralela al grado de satisfacción laboral expresada por este (4). A este respecto en Alemania se lleva a cabo periódicamente una Evaluación de la Práctica Europea, que es parte del Sistema de Gestión de Calidad de este país e integra dentro de sus parámetros las **condiciones de funcionamiento mental** con las que los médicos practican su profesión (18). Conocer que esto se lleva a cabo en países desarrollados además de resaltar la relación entre funcionamiento mental del personal y calidad de la atención, expone a través de un estudio realizado que también se vincula con el nivel de satisfacción laboral que los médicos generales presentan (18). Otros país en donde se ha manifestado evidente esta relación es Sudáfrica, pues Kootze et al (14) demostró que es muy importante que el **estado anímico** de los médicos generales incluya optimismo propio, pues así como en empleados de otros sectores un mejor equilibrio y estabilidad psíquica lleva a laborar más contento. Dentro de un orden de conductas más personal hábitos como **disciplina, puntualidad y dedicación al trabajo** se han relacionado con mayor satisfacción laboral (4).

1.3 Satisfacción laboral del médico en México

1.3.1 Experiencias en distintos estados de la República

A pesar de que en general las personas más satisfechas con su empleo son los profesionistas universitarios y entre ellos son mayormente reconocidos científicos, abogados y médicos (9) la investigación al respecto de la satisfacción laboral en recursos humanos en salud, en especial médicos generales en México es muy limitada (19).

Dentro de la poca literatura existente podemos encontrar factores internos al individuo que también se mencionan en la literatura internacional. Uno de ellos la salud psicológica del médico que se relaciona de manera directa con su grado de satisfacción laboral. Bajo el concepto de **redes de apoyo social** ya sea provengan de fuentes formales (empresa, institución, etc.) o informales (familia, amigos, compañeros, etc.) las relaciones interpersonales y su presencia positiva representan en el individuo estados emocionales agradables fundamentales para su **estabilidad psicológica** y satisfacción laboral; beneficios comprobados en médicos de primer contacto del ISSSTE e IMSS de Guadalajara quienes valoran sus redes de apoyo social como “muy buenas” (20).

Igualmente importante para la estabilidad psicológica del médico general, la conservación e incremento de la **autoestima** (3).



Otra variable psicológica estudiada en médicos mexicanos es la **armonía institucional**, presente en los profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco y que tiene relación directa con el reconocimiento de los logros laborales (3). La armonía institucional es tan importante que en caso de no encontrarse genera el llamado **fracaso profesional e institucional** el cual se asocia en su mayoría a conflictos interpersonales y que según los expertos supera la importancia que pudiera tener la competencia misma del trabajador de la salud (3).

Un aspecto propio del individuo que no se menciona en la literatura internacional es su **estado de salud** asociado a la red de apoyo social con la que cuenta, como se demostró en Guadalajara en donde el médico general que la tiene, percibe mejoría de su estado de salud independientemente de su condición real (20).

Ya con respecto a factores externos al individuo en investigaciones mexicanas se ha evaluado el impacto del **vínculo familiar** en el médico general en formación; un estudio hecho en un grupo de médicos internos de pregrado demostró que la carga más fuerte de expectativas de la familia es hacia el hijo primogénito, pues en él proyectan esperanzas de supervivencia y continuidad, lo que influye posteriormente en su vida personal y profesional (21). Otro efecto del vínculo familiar lo estudió Nigenda en 2010 (19) porque los médicos estudiantes que carecen de vínculo familiar o solamente poseen un familiar de segundo grado o amigo médico, se inclinan por áreas como fisiología o educación para la salud, no a áreas de especialidad clínica. Ambos efectos familiares en el médico general en formación, pero repercusión interna y probables efectos en su vida profesional posterior.

1.4 Introducción al concepto de ubicación laboral

Los sistemas de salud además de tener problemas organizacionales vinculados a la satisfacción laboral de sus empleados, tienen problemas sistemáticos de distribución de recursos en atención primaria; ambos poco estudiados hasta el momento, por lo que se decidió además de estudiar satisfacción laboral estudiar ubicación laboral, es decir, porque los médicos generales trabajan donde trabajan, que variables intervienen en ello y cuanto se relacionan, tomando en cuenta que en la capital del país, al igual que en el resto de la república existe una inequitativa distribución geográfica de médicos generales.

La distribución geográfica inequitativa de los médicos generales es un fenómeno que se ha estudiado en países de todos los niveles de ingreso pues se ha demostrado su relevancia, llegando a planearse desde planes de "retención" en sitios rurales como en el caso de Sudáfrica (14) hasta programas con políticas intersectoriales que van desde reformas en educación médica, y creación de adecuada infraestructura rural para la salud e incentivos económicos y no económicos como en el caso de Tailandia (22) país que ha logrado todo lo anterior después de cuatro décadas de interés y acciones en el campo de los recursos humanos para la salud.

Con respecto a lo anterior es importante mencionar que no se trata de un problema de cantidad de recursos como lo menciona Abramzón et al (23): "Aumentar la capacidad de producción, no se



refleja en aumentar la capacidad de empleo sino de acciones intersectoriales y políticas de distribución y empleo del médico general mismas que hasta hoy son inexistentes en México a pesar además de que las necesidades de salud de la población también lo demandan.

Los factores intervinientes se consideró dividirlos en Intersectoriales macroeconómicos que se entenderá son los ajenos a la intervención del sistema de salud y en factores propios al funcionamiento del sistema de salud, que como su nombre lo indica dependen totalmente de la acción del actual régimen sanitario, en este rubro se integrarán también los factores del médico como individuo, pues éste se considerará que éste ya forma parte del sistema.

1.5 Ubicación laboral del médico general a nivel internacional

1.5.1 Factores intersectoriales macroeconómicos asociados a la ubicación laboral del médico general

El funcionamiento del sistema de salud de cada país y sobre todo lo que puede ofertar a los profesionales de la salud en materia de empleo está interdependientemente relacionado al contexto de la localidad y a su dinámica con otros sectores, lo que se ha estudiado en países como China donde se estableció la asociación entre el ingreso per cápita de la región y la densidad de médicos generales las cuáles se vinculan de manera paralela (24) es decir, las **zonas con mayor ingreso** tienen mayor cantidad de médicos generales. Eso en cuanto al sector económico y el sistema de salud, en cuanto al sector educativo y el sistema de salud se ha podido comprobar en países como Portugal que el menor número de recursos humanos en salud, se presenta en comunidades con menor **nivel educativo** (25) resultados que confirma también el antes mencionado país de Asia oriental (24).

Las acciones intersectoriales tienen movimiento gracias a la actividad política nacional en ese momento. Factor que a nivel local se describió por los investigadores como **clima político** imperante en la localidad y resultó determinante para los médicos generales al decidir su preferencia de ubicación geográfica en países como Portugal (25) y Canadá (26).

Otro sector menos formal, pero igualmente importante en la economía de cada país y en las preferencias de los médicos generales es el sector recreativo. Los médicos generales de Limpopo en Sudáfrica han declarado que prefieren establecerse en un sitio laboral que tenga **facilidades para la recreación** a un sitio que no las tenga (14).

1.5.2 Factores propios al funcionamiento del sistema de salud asociados a la ubicación laboral del médico general

Es importante reconocer que además del contexto nacional y todos los sectores económicos que influyen, el sistema de salud en sí mismo juega un papel determinante en que los médicos generales se distribuyan como tienden a hacerlo.



Reconocido por los médicos en generales y comprobado en Argentina es que la práctica rural por el solo hecho de su localización en sí misma les representa a los médicos generales una **asociación con menores ingresos** económicos (23) por lo que la mayoría evita ejercer la medicina en ese tipo de áreas.

En áreas rurales existen y predominan grupos etnolingüísticos que por cercanía llegan a ser los usuarios de los médicos generales que ahí se ubican, variable que ha sido estudiada y que según resultados en Portugal (25) la habilidad del médico general para **hablar una lengua propia de la región** no es significativa en su decisión de ubicación laboral, contrario a lo que se encontró en satisfacción laboral, donde este cambio de idioma les causó insatisfacción. Continuando con la situación en la que se vería envuelto un trabajador de área rural, en cuanto al lugar físico y recursos se ha comprobado que para los médicos generales la **infraestructura** de su lugar de trabajo que tenga servicio telefónico y eléctrico en todo momento y la existencia del material disponible para realizar sus actividades profesionales en su empleo, son factores que sí les determinan a tomar una decisión sobre su ubicación laboral en Sudáfrica (14) y en Canadá (26). En cuanto a la situación en la que se vería envuelto un trabajador de área rural pero ahora en relación al servicio, resultó ser muy importante para los médicos generales estudiados que la zona donde trabajen sea accesible para los pacientes, es decir, que haya **demandas de sus servicios** (14). En relación a la inequidad urbano/rural de médicos generales antes mencionada, una medida tomada en China para mejorarla es limitar la disposición de ellos en zonas con exceso (24) y otra encontrada en África para fomentar la práctica médica rural es ofrecer incentivos económicos tanto de tipo salarial como de tipo incentivo (14). A pesar de lo anterior médicos generales de países como Indonesia, han optado por mantenerse a toda costa en localizaciones urbanas con el objetivo de **laborar en más de un empleo** pues en ese país 60-70% de los médicos que trabajan en el sector público, trabajan también la práctica privada para obtener ingresos adicionales (27). Actitud que prevalece en médicos de género masculino y de edad mayor a 50 años, quienes han manifestado prefieren vivir en áreas metropolitanas, según un estudio realizado en Portugal (25).

Esto le da paso a la importancia del **pago**, aspecto que entre los profesionales de Canadá resultó no tener la relevancia más alta ni en honorarios ni en políticas de facturación o pago (26) situación contraria a lo que se determinó tras un estudio realizado en Limpopo donde el factor económico resultó ser el más importante de todos (14) y en China donde el sistema de salud debe brindar incentivos económicos laborales para fines de mantener una distribución adecuada de sus recursos humanos para la salud (24). Otro factor importante vinculado a la remuneración económica y su impacto en la decisión del lugar donde vayan a trabajar los médicos generales, es la **posibilidad de promociones y ascensos** (14), esto además de vincularse con un evidente aumento de dinero se vincula a la posibilidad emocional del profesionista para sentirse más pleno en su trabajo. Un elemento adicional que le permite también sentirse más pleno en su trabajo al médico general, pues aumenta sus capacidades y habilidades, es la posibilidad de contar con programas de educación médica continua y enseñanza a la vez, como se comprobó en Portugal donde en un estudio se encontró que municipios **próximos a un hospital de enseñanza** llegan a albergar hasta 7.32 médicos/



1000 habitantes, contrario a 1.97 médicos/ 1000 habitantes con los que cuenta un municipio lejano a tal institución de enseñanza-aprendizaje (25); es evidente que la implementación de los programas de enseñanza en hospital depende totalmente del sistema de salud e influye como la evidencia lo demuestra, en la lista de motivos que hacen que los médicos generales se ubiquen en donde tienden a hacerlo.

De esta manera se comienzan a presentar los factores más asociados al individuo y su percepción, uno más de ellos sería el otorgamiento de **subsídios para vivienda y automóvil** factores que si bien, no son indispensables, si se han declarado en opinión de los médicos generales, importantes para retener a sus colegas a trabajar en determinada zona, según un estudio realizado en Sudáfrica (14). Por la misma línea de esparcimiento médicos portugueses ha encontrado que el periodo vacacional y las facilidades para la recreación son influyentes también en la decisión de un médico general para laborar en una comunidad o no (25). Así, la visión de los factores que ofrece el sistema se enfoca cada vez más al médico general como individuo y evidencian también como causa de ubicación laboral la percepción individual y su importancia, tal como lo demuestra un estudio realizado en Limpopo donde las relaciones interpersonales, la satisfacción laboral y el fortalecimiento de las relaciones laborales que tenga el médico general con otros médicos de la misma localidad y administrativos, se presentaron como causas intervinientes en la decisión de ubicación laboral de ese país (14). Resultados apoyados por Mathews et al (26) en Canadá donde el grado de adaptación al **medio ambiente laboral** que incluye colaboración entre el personal y relaciones con médicos y administrativos, influyen en la decisión de un médico para no abandonar la práctica en su lugar de trabajo.

Así mismo un estudio realizado en Tailandia encontró que muchos profesionales de la salud, prefieren trabajar en lugares donde sus **familias** residen (29). Resultados similares a los encontrados en Canadá donde una distancia no conveniente entre el médico y sus amigos y familiares es una razón común de los médicos para dejar la práctica profesional en ese lugar. Por último dentro de su familia, los médicos además cumplen el rol de padres, característica que les confiere especial atención a otro factor involucrado: la limitación de oportunidades que representaría para la educación de sus hijos trabajar en un área rural (26) motivo por el cual los médicos generales prefieren no laborar en dichas áreas.

1.6 Ubicación laboral del médico en México

El panorama actual de los recursos humanos para la salud en nuestro país resulta **inequitativo** en cuanto a ubicación geográfica. Mientras que el índice de médicos generales en contacto directo con el paciente, según la secretaría de salud por cada 10,000 habitantes es de 9.0 para estados como Campeche o 7.0 para estados como Baja California Sur, en estados como Puebla el índice apunta a 3.4 y en Sonora 4.2 (2), teniendo una media nacional para 2011 de 2.2, un punto porcentual por debajo de la media de todos los países miembros de la OCDE que es de 3.2. Aunado a lo anterior el número de médicos generales en contacto con el paciente, del total del personal médico contratado en instituciones públicas en México está disminuyendo, según cifras del INEGI en 1990 eran 32.9%, para 2010 sólo fue de 31.0% (30), sin por ello disminuir el



número de contrataciones, pero si aumentando el ingreso de médicos especialistas al sector público de atención a la salud en el país.

Tal es la magnitud de la creciente limitante opción de ubicación laboral del médico general que en los últimos años han aparecido fenómenos al respecto como "**subutilización médica**" descrita por Nigenda (19) el cual se refiere al personal calificado que se desempeña en actividades completamente ajenas a su profesión y el mismo "**desempleo médico**"; ambos que en conjunto conformando el fenómeno de "**desperdicio laboral**" ampliamente descrito en todos los recursos humanos para la salud.

O el llamado fenómeno de "**desprofesionalización médica**" que tiene lugar a consecuencia del declive crónico de la profesión que ha cambiado la idealización teórica de atributos que antes rodeaban al médico, por la posición de un empleado cuya participación meramente técnica (31) es poco remunerada ya sea en un lugar público o privado en donde además se enfrenta a la desacreditación social de su campo de trabajo que es la atención a la salud en primer nivel.

Estos fenómenos emergen y aumentan al mismo tiempo que las necesidades básicas de atención a la salud de una parte de los mexicanos no están siendo atendidas; ya que es bien conocido que existen **poblaciones rurales** que como causa a consecuencia de no contar con sistemas de saneamiento, educación, transporte, servicios privados y otros servicios, no cuentan tampoco con un médico general que se encuentre en contacto con ellos u que se encargue de manera afectiva y eficiente de sus necesidades sentidas y reales de salud. Por mencionar un ejemplo en el mismo año que la Secretaría de Salud reportó una tasa de mortalidad a nivel nacional por Diabetes Mellitus de 36 por cada 100,000 habitantes, reportó para la población indígena sólo 16 por la misma causa; contrario a la tasa de mortalidad a nivel nacional por Diarreas que reportaba ser de 11 por cada 100,000 habitantes cuando en poblaciones indígenas alcanzaba hasta 34 (2); como se mencionará más adelante las enfermedades también parecieran dividirse por estrato socioeconómico; pero lo que se resalta aquí es que **médicos generales ubicados** en zonas marginadas, modificaría indudablemente cifras existentes en México hoy.

1.6.1 Distribución laboral del médico general. Sus orígenes e intenciones de regulación

Los médicos se han distribuido geográficamente según las reformas de salud realizadas al respecto y a corrientes mundiales adoptadas por el sistema mexicano. A partir de los años cuarenta el **modelo Flexneriano** que proponía en Estados Unidos la división de cursos de acuerdo con las especialidades médicas, el uso del hospital como el principal lugar de entrenamiento y la sustitución de las habilidades sensoriales por los resultados de laboratorio (32) marcó el inicio de la era moderna. El impacto de esta corriente Flexneriana tuvo muchas consecuencias, entre ellas y en términos de ubicación laboral los médicos comenzaron a preferir las zonas urbanas cercanas a los hospitales de enseñanza y la especialización sobre la medicina general.

En México casi al mismo tiempo, en 1936 durante el periodo de gobierno del Lic. Lázaro Cárdenas se establecía la obligatoriedad de un periodo de tiempo en el que el médico general



en formación prestaría su servicio a comunidades designadas donde generalmente no existirían los recursos para proponer laborar a un médico general titulado: el **servicio social**. Esta exigencia ha sido desde entonces la mayor acción nacional que el país ha conocido y reconocido como un intento por cubrir las zonas marginadas del país.

Así empezó a conformarse la actual distribución laboral de los médicos generales hasta que tras el periodo de **conflicto** que tuvo lugar entre noviembre de 1964 y septiembre de 1965 en el que se vieron involucrados internos, pasantes, residentes y médicos titulados del sector público y privado la distribución geográfica se vio afectada pues al finalizar dicho conflicto el gremio quedó en desventaja política ante el estado. Durante este conflicto autoridades institucionales apoyadas por la máxima autoridad política entonces, el presidente Díaz Ordaz, tomaron represalias contra los todos participantes de los movimientos sociales; dichas medidas de rigor incluyeron cesación de funciones, ataques a los becarios y persecuciones a sus principales líderes así como la creación de una lista negra y boletaje subsecuente a todo el país para bloquear el acceso de los participantes a cualquier puesto dentro de la función pública (33).

No es sino hasta la creación del IMSS-Coplamar en el año de 1979 y el programa Atención a la salud de la población marginada de las grandes urbes en 1981, que en México se crearon nuevas fuentes de empleo (33) y cierta atención se vuelve a fijar nuevamente en las poblaciones rurales del país. Como consecuencia de la instauración de **programas** y necesidad secundaria de empleados, no como consecuencia de una planeación estratégica de distribución geográfica de recursos humanos para la salud se vuelve a modificar la ubicación de estos en el país.

Esta **falta de planeación**, se puede observar en todas las etapas de la historia del sistema de salud en México, aún en sus grandes reformas como lo fue el proceso de descentralización que tuvo su primer inicio en el año de 1983, en este año la Secretaría de Salud contaba con 17,122 médicos y 20,770 enfermeras; en 1989, una vez que el proceso se detuvo cuando la Secretaría contaba con 24,958 médicos y 37,121 enfermeras ; y para 1996, una vez iniciado el segundo proceso de descentralización, cuando ésta contaba con 37,620 médicos y 51,056 enfermeras (33). Lo anterior y a pesar del obvio crecimiento en el personal, no ha sido vinculado a una distribución geográficamente equitativa.

Ya para 1996 cuando surgió el PAC (Programa de Ampliación de Cobertura) como consecuencia de las renegociaciones de la deuda nacional con el Banco Mundial después de la crisis económica de 1995, la Secretaría de Salud decidió retomar el proceso de descentralización (34) y con los recursos otorgó aumento de salario a Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS), médicos, enfermeras y odontólogos que se trasladaran a laborar en las zonas más marginadas. No existió problema entre los participantes mientras se llevaba a cabo, sin embargo se presentaron conflictos con los demás trabajadores sindicalizados quienes exigían las mismas compensaciones económicas (35); además de que al otorgarse la base con la característica de portabilidad, los trabajadores migraron a otras **zonas más**



urbanizadas, como era de esperarse, dejando así la misma problemática que existía en las zonas pobres del país antes de este programa después de éste.

Actualmente sigue siendo poco convincente para los trabajadores de la salud trasladarse a las zonas marginadas; aún tras haberse realizado el intento de otorgar **incentivos financieros** para cubrir esas áreas con médicos y enfermeras titulados como se mencionó anteriormente.

Aunado a lo anterior en México no hay una planeación estricta sobre recursos humanos, pues existe una falta de coordinación al interior del sector salud y también entre sectores (36) lo que genera sólo en el campo sanitario un sistema de salud dividido, fragmentado que carece de continuidad en sus acciones y que por lo mismo tiene muy abandonado el interés por el mercado laboral del médico general casi al nivel que tiene abandonada la importancia de la atención de primer nivel, pues a pesar de que la Secretaría de Salud oferte lugares para médicos generales, lo que no sucede en el IMSS; cada vez más personas profesionistas encuentran una respuesta en un sistema privado, malbaratado y muy demandante como son los consultorios de farmacias locales. Igualmente el campo de la investigación más aún orientado a los recursos humanos para la salud se encuentra desvinculado de las **prioridades del sistema**.

1.7 Conclusiones de la revisión de la literatura

A pesar de que durante las últimas décadas se han logrado varios avances en el ámbito de la salud por ejemplo en el campo de infraestructura y tecnología; éstos han sido menores en el ámbito de los recursos humanos en salud.

Como se pudo comprobar durante esta revisión teórica la satisfacción laboral en el médico general se puede derivar del simple hecho de utilizar sus conocimientos y los retos que su trabajo diariamente le ofrece a manera de satisfactores naturales. Sin embargo mucho de esto depende de otros factores psicológicos que el individuo ya traiga como autoestima y motivación, factores innatos como su género pues se sabe que las mujeres son las que más declaran satisfacción laboral, factores sociales como su estado civil porque se menciona mayor satisfacción en quienes tienen una relación de pareja estable, etc. agrupados estos bajo el nombre de factores personales del médico como individuo. Todos ellos bajo ninguna implementación o programa se podrían mejorar aun así el sistema lo intentara. No obstante a esto existen componentes externos al mismo individuo que conforman también el constructo satisfacción laboral, por mencionar algunos la relación del individuo con su medio ambiente laboral, la diversidad en la realización de tareas, la disponibilidad de material y la significación y retroalimentación que el puesto le retribuye al sujeto son variables consideradas por el médico general como importantes para su satisfacción laboral y estas si son según el uso que se les dé oportunidades propias de mejora por parte del sistema. Otra consideración obligada después de esta revisión, es que el aspecto económico no siempre es la prioridad en la satisfacción laboral de los recursos humanos para la salud (37).



Así como la ubicación de los recursos humanos para la salud, hablando específicamente de los médicos generales se ha visto envuelta en una serie de conflictos, programas y políticas nacionales e influencias internacionales que han sido determinantes para la práctica de la medicina actual y en como los médicos se encuentran distribuidos, pues ya sea que practiquen en zonas urbanas o rurales, los pocos que lo hacen; en el médico de hoy existe una preferencia por la especialización, ubicaciones urbanas, tecnología sobre capacidad clínica y todo esto en medio de un sobreentendido aire de desapego al contacto humanístico del médico con el paciente que hace que el mismo médico llegue a subvalorar la importancia que una salud pública y un primer nivel de atención bien practicados puedan tener. Por lo que al igual que no es lo mismo nacer y crecer en Nuevo León, que nacer y crecer en Chiapas (38), tampoco es lo mismo trabajar en Nuevo León que hacerlo en Chiapas.

2. MARCO CONCEPTUAL



2.1 Sistema nacional de salud

2.1.1 La realidad en México

A pesar de que la definición de "salud" y "servicios de salud" son dos símbolos claves para cualquier sistema de salud (39), entender cuáles son las diferencias es siempre idóneo. La salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad" (40). Los servicios de salud, entonces suelen definirse por la misma autoridad como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo consiste en mejorar la salud", es decir un sistema de salud se concibe en función de las actividades que se produce para preservar la salud de la población (39). Es entonces cuando notar que desde la noción preestablecida de lo que es salud contamos sólo con una apreciación "teórica", pues así como ningún individuo puede poseer todos los estados de completo bienestar, en México el sistema de salud no se encuentra coordinado entre organizaciones e instituciones ni tampoco como lo menciona la OMS "responde a las necesidades de la población con buenos tratamientos y servicios" (40).

El Sistema de Salud en México está a cargo del estado, lo cual tiene su base legal en el artículo 4º constitucional que establece: "Toda persona tiene derecho a la protección a la salud" (41) sin embargo no para todos el sistema sanitario responde igual. Empezando con los subtipos de sistemas comprendidos en dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. Así como las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y Seguro Popular de Salud (SPS) (42). Sin embargo y a pesar de que son sector público el sistema de salud está dividido, siendo así se han llegado a definir los tipos de fragmentación que la componen: fragmentación vertical que se refiere a la falta de coherencia entre agente o entidades dentro de la federación que operan sin sinergia y compitiendo entre sí y la fragmentación horizontal que se refiere a las diferencias de acceso a los servicios de salud según el estado de la república del que se trate (38).

Con tales condiciones de segmentación del sistema, atención primaria inequitativa e insuficiente y un pensamiento colectivo orientado únicamente hacia la atención médica curativa, México avanza de manera lentamente hacia la meta de cobertura universal en salud. Pues entre otros factores a considerar, para acceder a la atención médica que ofrece el estado la población necesitada debe ser trabajadora del sector formal de la economía (activos o jubilados y sus beneficiarios) para poder recibir los servicios médicos otorgados por el IMSS o el ISSSTE, dentro del primer instituto se concentraban para 2010 más del 80% de los trabajadores del sector formal y dentro de la segunda el 18%. Otro segmento más pequeño de la población trabajadora está representada por los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR



los cuales representan un 1% (42). En caso de no contar con derechohabiencia del IMSS por no ser empleado formal, existe la posibilidad de establecer un contrato con la institución para contar con sus servicios de manera temporal. Todas estas instituciones cuentan con infraestructura, material y recursos humanos propios, lo que pudiera representar mayor área de trabajo para el médico general, sin embargo en la realidad la más representativa institución en este rubro sólo contrata para atención primaria a médicos especialistas en medicina familiar, no a médicos generales. En el caso de la Secretaría de Salud a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) el sistema funciona a través de su brazo operativo el Seguro Popular a través de la Comisión Nacional de protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) con el apoyo de los servicios de salud de cada estado, brinda atención a las necesidades de salud de la población su principal misión según sus propias palabras es, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, así como la administración y uso eficiente de los recursos (43).

A pesar de que el sector público se encuentra dominando los servicios de salud en México, de tal manera que se compone de cuantiosas unidades y de muy grande capacidad según la secretaría de salud en 2012, se contaba con 22, 031 unidades de hospitalización que contaban con 85,656 camas y 20, 719 unidades de consulta externa que contaban con 69, 220 consultorios. En relación a crecimiento el sector público a nivel nacional el incremento entre 2000 a 2007 ha sido del 8.2% (2). Siempre se encuentra latente en México la oportunidad de acudir al sector privado de atención a la salud sea la persona necesitada derechohabiente o no y sobre todo si su capacidad de pago lo permite. En este sector se encuentran instituciones como Médica Sur, Grupo Ángeles y Hospitales Star Médica, entre otros. Un punto importante es que en México, dada la conformación de las instituciones se ha llegado a confundir y mezclar dos conceptos distintos: el concepto de Seguridad Social (que comprende incapacidades, pensiones por vejez, invalidez y muerte, entre otros) con lo que es exclusivamente el concepto de Sistema de atención a la salud.

La ley general de salud no contempla la prestación de seguridad social, pero si el concepto de salud. Son prestaciones distintas que aunque deberían representar equidad universal, ambas son motivo de mayor desigualdad entre la población (41).

En cuanto al grupo de beneficios de protección social dentro del sector público formal, el IMSS ofrece una serie de prestaciones que se subdivide en cinco ramos: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, así como servicios de guardería, centros sociales y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Así como el IMSS la protección social en las otras instituciones públicas que ofrecen protección a trabajadores del sector formal mencionadas son similares (42). En cuanto a la seguridad social en el sector público no derechohabiente existen programas coordinados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que si bien no son definidos como programas de seguridad social, si como programas sociales y ofrecen protección a diversos sectores vulnerables de la población. Estos programas especifican siempre que se otorgarán siempre y



cuando el solicitante no cuente con acceso a seguridad social y siempre bajo los lineamientos económicos que se especifiquen. Oportunidades, por ejemplo es un programa cuyo objetivo es romper el ciclo intergeneracional de pobreza extrema además de brindar beneficios en salud. Otros programas sociales coordinados por la secretaría de desarrollo social son: pensión para adultos mayores, seguro de vida para jefas de familia y estancias infantiles entre otros (44).

La diferenciación aun dentro de la protección social es muy contrastante por ejemplo los beneficiarios del programa 70 y más para adultos mayores reciben 500 pesos al mes por pertenecer a este, a diferencia de los hasta 17,500 pesos que puede llegar a recibir un jubilado del sector formal (45).

En cuanto a la seguridad social en el sector privado únicamente se pueden contratar seguros de gastos médicos específicos, no como tal protección social. Los seguros pueden cubrir baja laboral, salud odontológica y educación entre otros; las compañías ofrecen distintos tipos de paquetes y montos según sus estatutos particulares (MAPFRE, GNP, BUPA, bancarios, etc.) (42).

Así dentro del campo de trabajo del médico general, que es la atención de primer contacto, a pesar de que se define como prioridad internacional como menciona la Comisión Europea es la provisión universal comunitaria de servicios de salud de manera comprensiva, accesible, integrada y centrada en la persona (46) y según la OMS implica "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos" (40) no se cumple cabalmente con tales estatutos, pues no se apoya a su crecimiento real pues se favorece más la construcción de mayor infraestructura hospitalaria la cual según la Secretaría de Salud mostró un incremento del 17.3%, en tanto que las unidades de consulta externa sólo presentaron un aumento del 7.7% para 2012 (2).

2.1.2 Retos de salud para la medicina general mexicana

El sistema de salud en primer nivel tiene frente a la población, muchos retos por alcanzar. Uno de ellos es el gran porcentaje de pueblos indígenas que son desfavorecidos por la sociedad en general, entre ellos el sistema de salud, lo que se refleja en un nivel de esperanza de vida de las personas que habitan en pueblos indígenas siete años inferior al resto de la población nacional (69/76) para el año 2000 (47) uno de los factores evidentes de interés en este documento es la baja o nula disponibilidad de recursos humanos en su comunidad, lo que sin ser definido como tal, encuadra en la definición de marginalidad o cultura de la pobreza.

Otro reto en cuanto a atención primaria se refiere es la epidemiología bimodal actualmente dirigida tanto a enfermedades provenientes del sedentarismo-envejecimiento como a enfermedades infectocontagiosas en algunas poblaciones del país. Hoy en día México cuenta como su causa número uno de mortalidad: Diabetes Mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares cirrosis y otras enfermedades del hígado y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2) que a pesar de que son en general lo prevalente



en el país, no se puede negar que causas infectocontagiosas también están presentes en la morbilidad del país, a saber las causas más comunes de enfermedades transmisibles: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas, infección de vías urinarias, otitis media, conjuntivitis y amebiasis intestinal (48) ; mismas mayormente tienen predilección por la población marginada de esta gran nación, pues como es de entender están mucho más expuestos a amenazas de tipos variados en su estilo de vida y medio ambiente lo que conlleva mayor riesgo de enfermar y al hacerlo se vuelven menos productivos lo que nuevamente lleva a más pobreza, esto ha sido estudiado y decidido llamar por algunos autores "el círculo pobreza-enfermedad"(49).

Las diferencias mencionadas anteriormente entre la población que nace y vive en zonas con exceso de riesgos involuntarios son evidentes desde su morbilidad hasta sus causas de muerte, pues en el Distrito Federal el número uno de mortalidad está representado por enfermedades isquémicas del corazón a diferencia del número uno de mortalidad que en Michoacán que está representado por lesiones y homicidios (2).

Todo lo anterior, a excepción de las lesiones mayores, se puede diagnosticar, manejar y seguir en primer nivel de atención, si entre otros factores asociados, hubiera médicos generales a los cuáles acceder pues tan sólo por mencionar su ubicación laboral en el Distrito Federal el promedio de médicos en contacto con el paciente es de 3 por cada 1,000 habitantes, variando dentro de sus delegaciones desde un promedio de 6.4/1,000 habitantes para la delegación Cuauhtémoc hasta solamente 1.1/1,000 habitantes para la delegación Iztapalapa. Estas últimas cifras de la delegación Iztapalapa son muy similares a las presentadas por estados como Oaxaca, Chihuahua y Puebla donde tan sólo cuentan con 1 médico en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes. Y aún dentro de los mismos estados que ya de por sí presentan escases de médicos se encuentran diferencias entre sus municipios, por ejemplo en Puebla la capital Puebla de Zaragoza cuenta con 1.8/1,000 habitantes, casi un punto porcentual por arriba del promedio estatal, cuando municipios como Teotlalco cuentan con solo 0.33 médicos en contacto con el paciente /1,000 habitantes (50).

2.2 Formación y empleo médico en México

2.2.1 Perfil del profesional y demanda de la carrera de medicina

El nivel socioeconómico es la capacidad del consumidor para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida (51). El nivel socioeconómico como se puede observar entonces, segmenta a la población según tenga o no la capacidad para poseer productos y servicios presentes en su contexto de vida; no es diferente en el caso de la educación, los estudiantes de nivel bachillerato que hayan concluido sus estudios y deseen estudiar medicina, tendrán que preguntarse por la capacidad de pago de sus familias y así iniciar sus estudios en el lugar que les permita su capacidad geográfica, intelectual y económica. En el caso de la carrera de medicina, el aspirante a médico se debe enfrentar a otra particularidad más: encuadrar en el perfil de Médico Cirujano.



El perfil de Médico Cirujano lo establece la universidad a la que el aspirante pretenda ingresar, a saber la Universidad Nacional Autónoma de México, que es la casa de estudios que en mayor cantidad capacita médicos dentro del sector público marca como perfil del aspirante para los alumnos que pretendan ingresar a la carrera de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria, la siguiente lista (52)

- Conocimientos sólidos sobre computación, física, química y biología; esenciales sobre bioética y método científico y manejo del idioma inglés a nivel comprensión de lectura.
- Habilidades de estudio prolongado, capacidad de aprendizaje autocontrolado y autodirigido con constante actualización, habilidad en la solución de problemas, manejo de algoritmos para a solución de problemas, facilidad para expresarse de forma oral y escrita y capacidad de trabajo bajo presión durante tiempos prolongados.
- Actitudes de disciplina, actitud humanista, equilibrio emocional y autocontrol, poseer motivación y resiliencia así como buena autoestima.

2.2.2 Escuelas y facultades de medicina. Egresados

Según la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, Medicina se encuentra dentro de las carreras de nivel licenciatura más pobladas a nivel nacional, superada por derecho, administración, contaduría pública, ingeniería industrial y otras no especificadas; medicina se encuentra dentro de los siete primeros lugares en densidad de población (53). Para soportar la constante demanda, funcionan cada vez más escuelas y facultades de medicina en el país tanto de tipo público como de tipo privado, de hecho en los últimos trece años se ha registrado un incremento desmedido en el número de escuelas privadas de medicina, lo que se refleja en que para 2004 aproximadamente el 20% de la matrícula médica correspondía a este tipo de escuelas y funcionaban más de 80 (1). Para 2010 eran 95 escuelas, para 2012 ya son poco más de 105 escuelas y facultades de medicina que soportan la entrada de los aspirantes y generan médicos en abundancia (54).

Según el ANUIES entre el periodo comprendido entre 1995 y 2000 egresaron de todas las escuelas y facultades de medicina 50, 885 nuevos médicos de los cuáles no todos concluyen el proceso de titulación. En relación de los egresados hombres egresados – mujeres egresadas con los hombres titulados- mujeres tituladas, por estado para 2002, según el ANUIES en Aguascalientes 40-40/40-40, Campeche 26-17/ 13- 5, Distrito Federal 31-37/3-4, Guerrero 281-316/180-182, Tabasco 97-85/75-55, Yucatán 60-15/46-28. Esta situación ocurre a pesar de que en la carrera de medicina la titulación es un indicador que podría considerarse elevado, pues la posibilidad de ejercer la profesión sin una cédula vigente, es prácticamente nula. En una visión global, la titulación ha ido decayendo en el género masculino con respecto al femenino desde 1995 (53).

Y así como la titulación no siempre se cumple, los estándares de calidad en la educación médica tampoco. En 2002 la World Federation for Medical Education, cuya sede principal se encuentra en Dinamarca emitió un comunicado sobre los estándares que para la mejora de la calidad de la educación, las escuelas y facultades de medicina se deben cumplir alrededor del



mundo, entre los principales postulados figuran: estimular la innovación y permitir el desarrollo de competencias más amplias que las requeridas de manera habitual, fomentar el profesionalismo, especificar las competencias con el cuidado del paciente y promover el conocimiento de la salud pública entre los médicos en formación entre otros (55). A partir de este órgano reconocido internacionalmente, es que las escuelas de medicina deberían erigir sus planes de estudio, sin embargo la realidad en México es que no todas las escuelas y facultades están acreditadas.

La acreditación, según el Consejo para la acreditación de la Educación Superior (COPAES) es el medio para reconocer y asegurar la calidad de la educación superior y ha sido desde los años 80 muy marcada su importancia e impacto en la historia de México, pues llegó a ser una acción prioritaria para las autoridades del gobierno federal entre 1989-1994 cuando a través del programa para la modernización educativa y después de la creación de la Coordinación Nacional de Evaluación de la Educación Superior (CONPES) creada en 1989 y de la creación de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) como órganos no gubernamentales con capacidad de emitir una evaluación diagnóstica de los programas académicos y funciones institucionales, se convirtió en prioridad (56).

2.2.3 Alternativas de desarrollo. Posgrado médico

Una de las áreas de oportunidad de desarrollo que el médico general tiene desde la que ingresa a la carrera dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México es el Plan de Estudios Combinados en Medicina (PECEM) que realiza la universidad con el Instituto de Investigaciones Biomédicas en el cuál además de obtener la licenciatura si cumplen con los requisitos establecidos por el programa obtendrán el grado de Doctor en Medicina, estudiando la licenciatura y el posgrado en tres áreas básicas biomédica, sociomédica y clínica pues este programa cuenta con recursos humanos, físicos y financieros en 16 semestres (57). Programas similares se han instaurado en Universidades como Johns Hopkins en Baltimore, Maryland Estados Unidos.

Otra de las áreas de oportunidad de desarrollo, la más popular y reconocida tanto por personas de la rama de la salud como por personas ajenas a ella es realizar un curso de especialidad. Estos cursos tienen su fundamento en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), el cuál comprende 78 especialidades médicas, impartidas en 96 sedes en el área metropolitana y distintos estados de la república mexicana; de las cuales 21 son de entrada directa a través del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y 57 de entrada directa, requieren estudios previos de especialización (58). Las especialidades se imparten en Hospitales Generales, Centros de rehabilitación, Clínicas de Medicina Familiar, Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Pediátricos, Institutos Nacionales y Asociaciones, las cuales se encuentran distribuidas a lo largo del país, según corresponda. El proceso de ingreso comprende 3 etapas: La primera consiste en presentar el ENARM, la segunda representa una evaluación interna de las instituciones de salud que es practicada a los médicos seleccionados, y la tercera está dada por una evaluación interna que realiza la Universidad Nacional Autónoma de México antes del curso de especialidad y después de éste.



Los médicos que aspiren a ser especialistas deben contar con la licenciatura de Médico Cirujano terminada con promedio mínimo de 8.0, de ser menor deberán presentar el Examen de Competencia Académica (ECA) que aplica la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina (58). Desde 2008 el examen se presenta mediante sistema informático y ya no en papel pues se presentaron algunas irregularidades durante el proceso, lo cual obligó a las autoridades a aumentar las medidas de seguridad antes y durante la aplicación; esto se encuentra relacionado estrechamente con un incremento del número de solicitantes que se ha presentado de manera exponencial e inequitativo respecto al número de plazas ofertadas por el sistema más de 3 veces entre 1995 a 2010 (54). Muy pocos han sido los cambios que el perfil demográfico del país ha obligado a las autoridades a realizar en las plantillas ofertadas a los médicos generales para su formación en una especialidad, uno de ellos en 2010 cuando la subsecretaría de innovación y calidad en salud inició medidas para modificar 58 espacios de plazas de residencia de pediatría para abrirlos en geriatría (54).

Otra opción de desarrollo que ofertan las instituciones educativas en México para el médico general, es cursar programas de Maestría y Doctorado, la mayoría son de entrada directa posterior a la licenciatura, como requisitos el aspirante debe contar con promedio mínimo de 8.0 en la licenciatura, tener conocimientos afines al área, no estar inscrito en otros posgrados simultáneamente, título y cédula profesionales, contar con una propuesta de proyecto de investigación, ser propuesto o contar con investigador o profesor que acepte ser el tutor principal del proyecto de investigación, entregar constancia del dominio del idioma inglés a través del examen TOEFL, aprobar el examen de conocimientos previos y concluir adecuadamente cada una de las etapas del proceso de ingreso lo cual incluye presentación y defensa de la propuesta del proyecto y aprobación por parte del comité de evaluación. Se debe hacer mención que la UNAM, no es la única opción para que un alumno realice algún programa de Maestría o Doctorado, el Instituto Politécnico Nacional (IPN), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), y algunas universidades de carácter privado, también ofrecen planes de posgrado médico (59).

2.2.4 Mercado de trabajo para el médico general

A pesar de que la cantidad de recursos humanos se ha incrementado en los últimos años, sobre todo los empleados en el sector público (el total de médicos aumentó en el periodo 2006- 2009 en 20% y de enfermeras 20.4%) (2), aún existe un déficit de personal sanitario.

Una situación importante que ocurre es que el personal médico disponible aún es insuficiente, según el Banco Mundial México contaba con 2.1 médicos por cada 1000 habitantes para 2011(45), según la OCDE 2.2 para el mismo año, cuando el promedio de los países que conforman dicha organización es de 3.2 médicos por cada 1,000 habitantes (60). Además de la escases cuantitativa que el gremio médico presenta, existe también escases en la planeación distributiva de los médicos con los que el país cuenta pues según datos nacionales el rango de variación municipal de médicos va desde 0.3 a 0.9 médicos por cada 1000 habitantes, según la región de la que se trate (2).



En cuanto a la calidad de conocimiento y habilidades con las que los médicos generales cuentan al momento de egresar y ofertar sus servicios, como una medida de estandarizar la calidad el único órgano reconocido para certificar médicos generales es la Academia Nacional de Educación Médica (ANEM) que para 2010 de los 150 mil médicos generales en el país sólo registró 4 mil certificaciones (54).

Inmersos en el contexto anterior, el programa de vinculación con ex alumnos de la UNAM ha estudiado el posicionamiento en el campo laboral de sus médicos egresados, encontrando desempleo y subempleo médico para todos y cada uno de los campus donde se impartió la carrera (52).

Como lo muestra la universidad el campo de trabajo una vez que el alumno egresa, no tiene la capacidad de emplear al 100% de los médicos generales. Cuando las metas de formación de las universidades deberían estar alineadas con las plazas de trabajo para los nuevos profesionistas. Así el sector público en su institución más importante de salud y seguridad social el IMSS, no tiene cabida para médicos generales en sus plazas de trabajo. La opción entonces para trabajar en el sector público, se vuelve ingresar a otras instituciones y cumplir con sus requisitos de ingreso entre ellos exámenes de admisión por ejemplo a la secretaría de salud, la cual tiene también estatutos y procedimientos para su ingreso. En cuanto al sector privado, las opciones son diversas, pues existen ya 24,000 farmacias de barrio calculadas en el país (31) además de la serie de clínicas y hospitales privados que ofrecen sus servicios tanto en zonas urbanas como rurales dentro de municipios grandes en el país. Una opción actualmente muy solicitada según los números, pero muy crítica a veces mencionada hasta como degradante dentro del campo laboral del médico general: ser médico de las farmacias similares, pues según un estudio realizado a este respecto, esta plaza de empleo laboral es tomada por muchos médicos que no trabajan en la Fundación Best dueña del concepto "Dr. Simi" como la coronación de la crisis de identidad del Médico mexicano; lo que contrasta con el pensamiento de algunos de los médicos que ya laboran en esta área del sector privado que piensan que a pesar de que la consulta y su valor monetario no es grande, la cantidad de pacientes que demandan el servicio lo compensa pues cobran por consulta (31). Esta gran fundación privada bajo el concepto de "ayudar" a los segmentos más pobres de la población a bajo costo, han logrado brindar a la población mexicana la accesibilidad y disponibilidad de ubicación, horarios y servicios de salud de primer nivel más grande y popular, que ni siquiera el gobierno federal ha logrado.

Bajo el desfavorable e irregular contexto laboral anterior el médico general tiene que buscar un lugar donde ubicarse y en general, hasta 2010 los médicos hombres en México preferían establecerse en el sector público y las médicas mujeres en el privado (19). Por último es importante mencionar que como desde hace muchos años y hasta el momento en que se hizo esta medición en 2010, los médicos hombres obtienen mejores sueldos que sus colegas mujeres por un trabajo profesional proporcional (19).



2.3 Ignorar el nivel de satisfacción laboral del médico

2.3.1 Médicos insatisfechos, productividad y rol del paciente. ¿Consecuencias para el sistema?

Así como la satisfacción laboral tiene una definición la insatisfacción laboral también la tiene "Una respuesta emocional negativa que causa malestar en el trabajador derivado de su fuente de empleo" (61) desde 1976. Así como una serie de resultados o consecuencias.

Las consecuencias descritas de la insatisfacción laboral son las siguientes: con el tiempo causa en el empleado una disminución en el nivel de competencia laboral así como aumentos en la tasa de ausencia en el trabajo (62). A este respecto cabe mencionar los motivos de estrés entre médicos: la sobrecarga por exceso de pacientes, tareas y demandas, seguido por las percepciones de falta de apoyo y de justicia organizacional que de no resolverse los lleva a experimentar una sensación de inequidad inter e intrapersonal, imposibilidad de contar con ayuda de pares y superiores, falta de autonomía para tomar decisiones para culminar con generar una pobre evolución del desempeño (5). Otros estudios señalan también que la insatisfacción laboral genera se acompaña de culpa en médicos sometidos a estrés (63). Junto con ello insomnio y fatigabilidad por sí mismas causan deterioro del rendimiento laboral médico como empleado. Una consecuencia más que se ha visto, es que la insatisfacción laboral sugiere afiliarse a un sindicato (4). Según Weinert otra de las consecuencias que afectarían a la institución son las pérdidas horarias que también se vinculan con este concepto.

En cuanto al modo en que la insatisfacción laboral afecta al paciente, tiene que ver con que la satisfacción laboral es uno de los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria (64), lo cual no puede ser diferente ni apartado de la concepción inicial de calidad, pues desde los estudios realizados por el Dr. Avedis Donabedian CITA ¡creador del famoso modelo Donabedian, desde 1988 quedó establecido que la calidad en la atención sanitaria, los pacientes consideran más valioso por encima del aspecto técnico, el trato interpersonal que se les brinde. Contrario a lo que consideran los médicos que valoran más el aspecto técnico de la calidad, sobre el aspecto interpersonal de la misma (65). Lo anterior es el aspecto más interesante y explicativo de la coyuntura de creencias entre médicos y pacientes en cuanto a calidad; un médico insatisfecho con su actividad laboral que además se encuentra fatigado, estresado y desmotivado ofrece un trato interpersonal igual, lo que es interpretado por el paciente como deficiencia en calidad de la atención, a pesar de que el trabajo realizado en términos técnicos clínicos pudiera estar realizado conforme a norma. Y viceversa con el profesionalista cuya percepción de calidad recae en el trabajo clínico, dejando en segundo término los aspectos interpersonales que tanto importan para el paciente. Todo lo anterior se vincula estrechamente con la satisfacción laboral del médico general, sin satisfacción no hay buen trato, por lo tanto no hay calidad de la atención percibida. Una relación simple, pero complicada de modificar.



2.3.2 Salud física y mental. ¿Consecuencias para el mismo médico?

La insatisfacción en el trabajo no sólo tiene consecuencias en el ambiente laboral, de igual manera puede influir en la vida personal y familiar del individuo (66) así los médicos generales insatisfechos se llevan una parte de insatisfacción a su casa tanto en su salud física como mental.

La insatisfacción con el trabajo es como otros aspectos de los recursos humanos en salud poco investigado, sin embargo se sabe que en el caso del médico general ansiedad, insomnio y fatigabilidad predisponen a síndrome depresivo (63) y subsecuentemente a insatisfacción laboral. De manera similar el estilo de vida del médico se relaciona con estrategias como consumo de alcohol, cigarrillo, somatizar, o automedicación (67) lo cual afecta evidentemente su estado de salud. Y puede llegar a generar patologías establecidas como hipertensión vascular y cardiopatías, derivadas de su exposición a la tensión prolongada (68). Confirmándolo así un estudio realizado en Guanajuato, donde se comprobó que el autocuidado en profesionistas de la salud es reducido además de las prácticas de salud nocivas antes mencionadas que prevalecen en la profesión (69).

A nivel emocional se ha identificado que la insatisfacción laboral se relaciona directamente con actitudes negativas de los médicos hacia sí mismos (11) lo cual en extremo podría llevar al profesionista a cometer suicidio, así como algunos autores aseguran pues se ha encontrado que la insatisfacción laboral es la causa contribuyente que junto con problemas familiares y problemas de empatía, es la causa más prevalente de suicidios en médicos residentes del ISSSTE (66).

Antes de llegar al suicidio y partiendo de la insatisfacción laboral crónica, el médico general puede experimentar varios trastornos como síndromes depresivos, pues desde su formación académica, a diferencia de otras profesiones el médico necesita favorecer el estudio constantemente, lo que limita la vida en pareja, el desempeño frente al papel de padre o madre y pueden llegar a aparecer problemas de coordinación y organización tales como horarios de comida diferentes a los de los demás miembros de la familia, que lleva al médico a no poder ser partícipe de aquellos momentos, dificultad para conseguir silencio durante el día mientras procura descanso, entre otros (66)

El síndrome de desgaste/ aniquilamiento / fracaso profesional, síndrome del quemado o Burnout fue descrito por el psiquiatra americano H. Freudenberg en 1974 y procede de los estudios hechos a médicos por este autor en una clínica para toxicómanos en donde describió como estos profesionistas iban modificando progresivamente su conducta y se volvían insensibles, poco comprensivos y en algunos casos, hasta agresivos con los pacientes (5).

Hay suficiente evidencia científica de que la prevalencia en el personal sanitario incluyendo médicos generales está aumentado y se vincula con la insatisfacción laboral de manera directa. De hecho, según investigaciones hechas en 2006 por Van Ham y cols. "En años recientes la incidencia de Síndrome de Burnout ha aumentado entre los médicos generales"



(10, p174). Y así como sucede en Europa, la relevancia que ha cobrado el tema de la personalidad del trabajador y sus afecciones actitudinales, ha cobrado importancia en el mundo occidental, encontrándose como factor de riesgo la cultura que aquí se vive, pues la sociedad occidental generadora de competitividad y materialismo, predispone a experimentar Burnout según Grau comprobó en 2009, mismo estudio en que demostró que existe mayor prevalencia de este síndrome en los médicos de atención primaria y salud ocupacional dentro de personal sanitario hispanoamericano y español (70). Actualmente continúa la línea de investigación de este Síndrome en diversas profesiones, sin embargo es bien sabido el síndrome de Burnout se localiza principalmente en el campo de los servicios humanos o en las denominadas "profesiones de ayuda" (71).

Este síndrome inicia con una carga emocional y tensión profesional, lo que conduce al sujeto al agotamiento, para posteriormente comenzar a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende, consecuentemente a ello el profesionista se ve invadido por una serie de dudas con respecto a la competencia y realización profesional, lo que le genera carga emocional y tensión profesional e insatisfacción laboral perpetuando así el ciclo patológico (11).

Las tres esferas que se han logrado claramente identificar como componentes de este síndrome: Baja realización personal (BRP), Agotamiento/ Cansancio Emocional (AE) y Despersonalización (D). Los factores de riesgo para padecer dicho síndrome son:

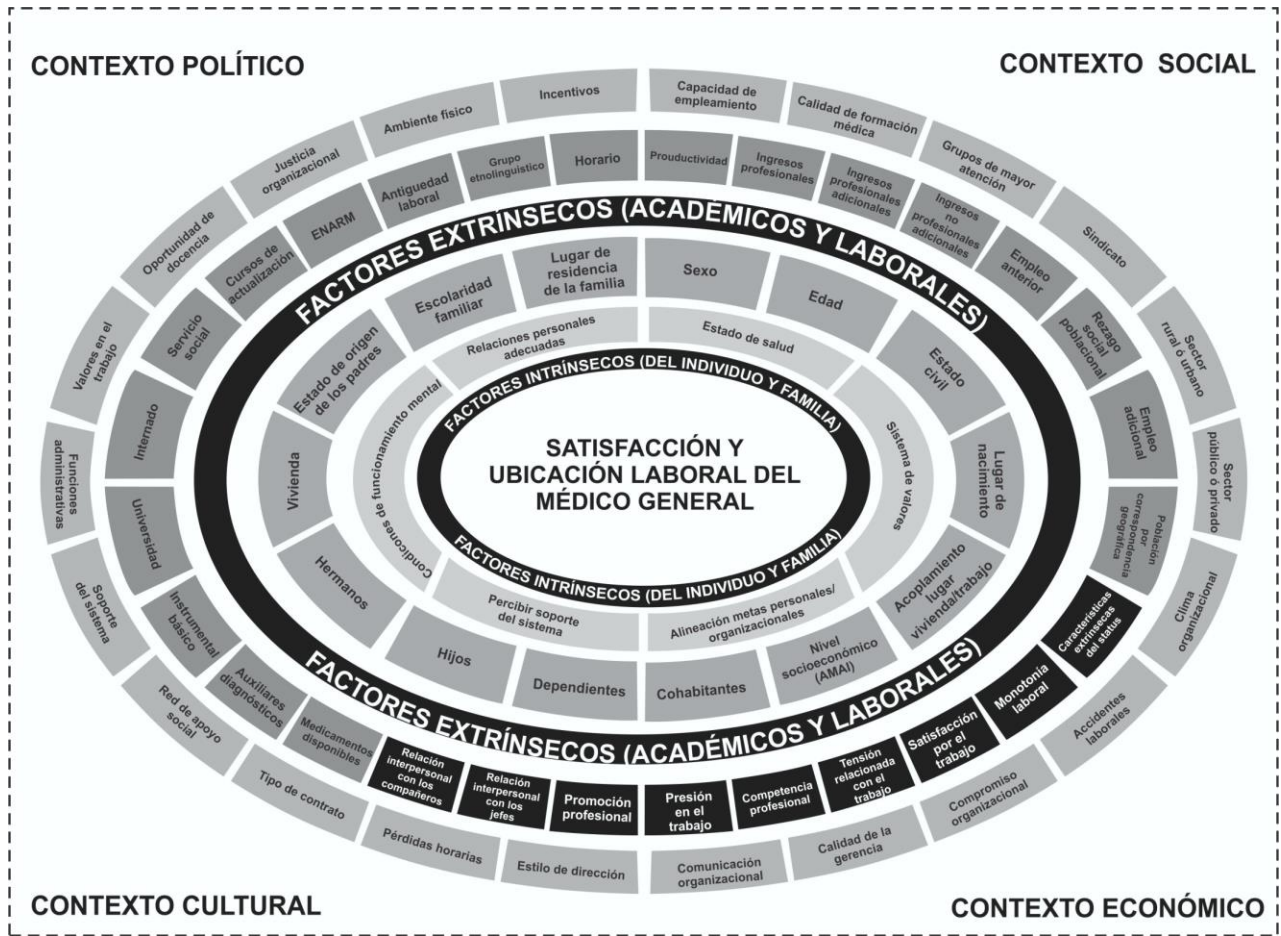
- Personas con alto grado de autoexigencia y baja tolerancia al fracaso
- Personas perfeccionistas
- Personas que necesitan controlar todo o que desarrollan un sentimiento de indispensabilidad
- Personas muy ambiciosas (15)
- Mujeres
- Personas que no tienen pareja o que tienen una relación no estable
- Personas que no tienen hijos
- Personas con problemas familiares
- Personas con personalidad tipo A
- Personas que presentan locus de control externo
- Personas con bajo control emocional (72)
- Personas que cubren mayor cantidad de turnos nocturnos a la semana
- Antigüedad laboral de entre 11 y 19 años
- Antigüedad de plaza de 10 años o más
- Personas que cumplen con más de una jornada laboral al día
- Médicos que consultan 25pacientes o más en una jornada laboral
- Personas que tienen malas relaciones laborales
- Empleo con mayor cantidad de guardias nocturnas
- Personas que refieren no practicar ninguna religión
- Médicos que presentaron un episodio depresivo previo
- Médicos con antecedentes heredofamiliares depresivos (73)



Hay que considerar que el síndrome se presenta hasta que los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales de estrés sostenido han fallado (7) como en el caso del personal del IMSS en 2006 cuando tras una investigación la estadística reveló las siguientes cifras de prevalencia: 1 de cada 2 (1:2) médicos afectados, 1 de cada 3 (1:3) de forma importante, 1 de cada 10 (1:10) de forma severa con matices de irreversibilidad (14).

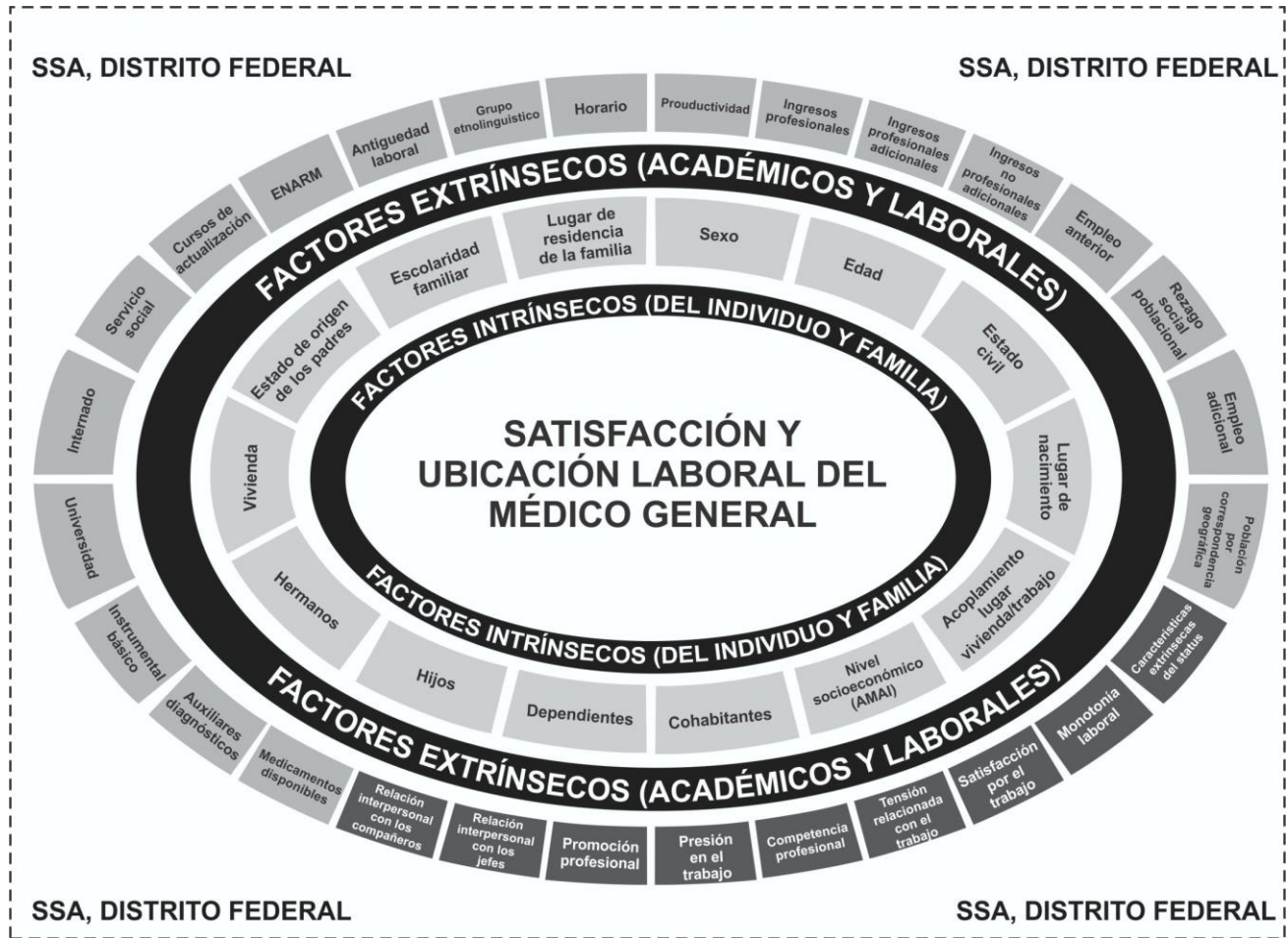


3. MODELO CONCEPTUAL





4. MODELO EMPÍRICO





5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por un lado para la profesión médica el mercado de trabajo está viviendo un panorama público lleno de restricciones y desconocimiento, que resulta injusto pues un médico general tras haber cursado su carrera profesional no encuentra fácilmente la aplicabilidad de sus conocimientos en el campo laboral, no precisamente por escasez en la necesidad de sus servicios, sino por una serie de motivos personales y profesionales que entrelazados le determinan a residir e intentar laborar en cierta región o institución de salud, provocando el asentamiento de los profesionales de la salud, no solamente médicos generales en las zonas urbanas del país, lo que ha dado lugar a fenómenos como la denominada "*subutilización médica*" entendiéndola como personal calificado que se desempeña en actividades completamente ajenas a su profesión, otra consecuencia es el "*desempleo médico*" *per se* y ambos subutilización y desempleo conformando un solo concepto llamado "*fenómeno de desperdicio laboral*" (19).

Por otro lado para los médicos que se encuentran laborando, tampoco hay enfoque de investigación al respecto que genere conocimiento sobre la importancia que tienen ellos como operadores de un sistema fragmentado y sobresaturado como es el Sistema de salud de México; a pesar de que está descrito que la satisfacción en el trabajo influye en gran medida dado que la mayoría de las personas pasa gran parte de su tiempo en éste (4) y si bien la satisfacción de un prestador de servicios es por definición un elemento de la calidad de la atención es innegable también se trata de un pilar de calidad al interior de cualquier organización.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

¿Cuáles son las características personales y profesionales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral en el médico general de la Secretaría de Salud del Distrito Federal?

Mucho estamos acostumbrados a conocer sobre programas e incluso especialidades médicas orientadas a evaluar y mejorar la calidad de los servicios que se prestan al paciente, pero muy pocas veces volteamos a ver cuál es la situación del personal que presta esos servicios de salud y sus condiciones de trabajo, en este caso específicamente su nivel de satisfacción laboral y con qué se relaciona. Así como tampoco existen investigaciones sobre la distribución geográfica o ubicación laboral de los recursos humanos y los factores que determinan que así se presente. Tan solo en el Distrito Federal, que es la capital del país y que representa el modelo de urbanidad en México, los pacientes que lo necesitan pueden encontrar 6.4 médicos generales por cada 1000 habitantes en la delegación Cuauhtémoc y 1.1 en Iztapalapa por cada 1000 habitantes (50). Entendiendo cómo se vinculan los factores personales y profesionales a la satisfacción y ubicación laboral del médico general, podremos identificar áreas susceptibles de mejora en beneficio de pacientes, instituciones y médicos en general.



7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Conocer las características personales y profesionales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral en el médico general de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

7.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características personales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral en el médico general de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
2. Identificar las características profesionales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral en el médico general de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
3. Describir un panorama integral con las características personales y profesionales de médico general asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral del mismo en la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

8. METODOLOGÍA

8.1 Población de referencia

Médicos generales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

8.2 Población diana

Médicos generales que laboraban en centros de salud TII y TIII de la secretaría de salud del Distrito Federal de las jurisdicciones Álvaro Obregón, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Tlalpan y Venustiano Carranza.



Tabla 1. Jurisdicciones y centros de salud incluidos en el estudio

Jurisdicción sanitaria	Centro de Salud Encuestado	
Iztacalco	1. "Dr. Luis Mazzotti Galindo"	
	2. "2 de Octubre"	
	3. "Dr. José Zozaya"	
	4. "Lic. Gabriel Ramos Millán"	
Benito Juárez	5. "Mixcoac"	
	6. "Portales"	
Iztapalapa	7. "Dr. Rafael Carrillo"	
	8. "Dr. Francisco J. Balmis "	
	9. "Santiago Acahualtepec"	
	10. "Clínica Comunitaria Santa Catarina"	
	11. "Ejido los Reyes"	
	12. "San Andrés Tomatlán"	
	13. "Clínica de displasias"	
	14. "Dr. Guillermo Román Carrillo"	
	15. "Buenavista"	
	16. "Quetzalcóatl"	
	17. "Chinampac de Juárez"	
	18. "Santa María Aztahuacan"	
	19. "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"	
	20. "San Miguel Teotongo"	
	Cuauhtémoc	21. "Soledad Orozco de Ávila Camacho"
		22. "Manuel Domínguez"
		23. "Dr. Domingo Orvañanos"
	Coyoacán	24. "José María Rodríguez"
		25. "San Francisco Culhuacán"
26. "Carmen Serdán"		
27. "Gustavo Rovirosa"		
28. "Nayaritas"		
29. "Ajusco"		
30. "Santa Úrsula Coapa"		
Gustavo A. Madero	31. "Margarita Chorné y Salazar"	
	32. "Nueva Atzacocalco"	
	33. "Manuel Cárdenas de la Vega"	
	34. "Gabriel Garzón Cossa"	
Tlalpan	35. "Palmatitla"	
	36. "Dr. José Castro Villagrana"	
	37. "Ampliación Hidalgo"	
	38. "Cultura Maya"	
	39. "Topilejo"	
	40. "Pedregal de las Águilas"	
	41. "Dr. Gerardo Varela Mariscal"	
	42. "Dr. David Fragoso Lizalde"	
Álvaro Obregón	43. "San Andrés Totoltepec"	
	44. "Minas de Cristo"	
	45. "Dr. Eduardo Jenner"	
	46. "Dr. Manuel B. Márquez Escobedo"	
	47. "Ampliación Presidentes"	
	48. "Lomas de la Era"	
	49. "Dr. Ignacio Morones Prieto"	
	50. "Dr. Manuel Escontria"	
	51. "Jalalpa"	
Venustiano Carranza	52. "Beatriz Velasco de Alemán"	
	53. "Romero Rubio"	
	54. "José Ma. Morelos y Pavón"	
	55. "Dr. Luis E. Ruíz"	
	56. "Ixnahualtongo"	
	57. "Dr. Juan de Duque Estrada"	
	58. "Peñón de los baños"	
	59. "Arenal 4ta sección"	
60. "Cuchilla Pantitlán"		



8.3 Periodo y sitio de estudio

Centros de Salud TII y TIII seleccionados de la Secretaría de Salud del Distrito federal. En el caso de los centros de salud La Conchita y Santa Rosa en la jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón fueron integrados al estudio a pesar de ser centros de Salud TI pues dependían de los centros de salud Minas de Cristo y Morones Prieto respectivamente por lo que compartían con éstos personal, material, insumos e infraestructura. La recolección de datos se llevo a efecto de Octubre del 2013 a Febrero de 2014.

8.4 Diseño de estudio

Transversal analítico

8.5 Criterios de inclusión

- Médicos generales adscritos al centro de salud seleccionado, en contacto directo con el paciente, sin importar sus condiciones laborales, tipo de contrato, antigüedad ni ninguna otra.

8.6 Criterios de exclusión

- Personal sanitario no médico.
- Médicos en formación: estudiantes que se encuentren en práctica clínica, médicos que se encuentren de manera voluntaria en el centro de salud, médicos internos de pregrado o médicos pasantes en servicio social.
- Médicos con alguna especialidad.
- Médicos que no estén en contacto con el paciente, epidemiólogos, administrativos, gestores de calidad o supervisores de algún programa.

8.7 Criterios de eliminación

- Médicos generales que no acepten participar de manera voluntaria en el estudio.

8.8 Tamaño de muestra

Se calculó en base a la fórmula de tamaño de muestra para estudios transversales:

$$n = \frac{Npq}{(N-1)D + pq}$$

Dónde:

n= muestra

N= total de la población

p= proporción de interés reportada en un estudio similar

q= 1-p

B= 2%

D= $\frac{B^2}{4}$

4



Se calculó una probabilidad de $Z= 1.96$ y un error alfa estimado de 0.05. Se consideró una proporción o prevalencia estimada satisfacción laboral de 0.50 según la literatura en médicos de primer contacto en México (15). Con una q de 0.50 resultante de $1-p$ y una magnitud del límite de error de 2%. El tamaño de muestra obtenido fue de 367 médico generales lo que más 20% de pérdidas calculadas en este tipo de diseño de estudio dejó una n total de 459 médicos de la secretaría de salud del Distrito Federal.

8.9 Selección de la muestra

Muestreo probabilístico por conglomerado monoetápico.
Respetando los estatutos de equiprobabilidad y aleatoriedad del tamaño de muestra.

8.10 Definición de Variables

Se definieron variables personales del individuo, personales de su familia, profesionales académicos y profesionales laborales (Ver Anexo 1.Operalización de las variables).

Con respecto al estado su categorización fue tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en su sección de "Regiones Socioeconómicas de México" la cual contiene aspectos de bienestar, educación, empleo, vivienda y salud, entre otros, que permite la comparación entre entidades federativas; la información para su construcción fue obtenida de los Censos Generales de Población y Vivienda que el mismo instituto realiza (74).

Con respecto a la categorización de nivel socioeconómico, fue utilizado el Índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI). En esta clasificación el área económica se evalúa según la posesión que el encuestado tenga sobre doce bienes y el área cultural se evalúa según el nivel máximo de estudios alcanzado por el jefe de familia del encuestado. Resultando la "Regla 13 x 6" (75):

Tabla 2. Regla AMAI 13 x 6

Dimensiones	Variables integradoras
Valores agregados y diferenciadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio doméstico
Tecnología y entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de televisiones a color ▪ Número de DVD ▪ Computadoras
Infraestructura práctica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de focos ▪ Número de autos ▪ Microondas ▪ Estufa
Infraestructura sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baños ▪ Regadera
Infraestructura básica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de piso ▪ Número de habitaciones
Capital humano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación del jefe de familia

López RH. Asociación Mexicana de Agencias Investigación de Mercados y Opinión Pública AMAI Nivel socioeconómico [monografía en internet]. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2008. [accesado 30 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf>



A cada una de las variables los autores de la AMAI le asignaron una puntuación que una vez establecida tendría que sumarse para que pudiera resultar una división poblacional estandarizada, lo anterior se aplicó a los médicos generales encuestados en este estudio resultando como los autores lo establecen:

- De 223 puntos y más: Nivel socioeconómico A/B o más alto nivel de vida
- De 171 a 222 puntos: Nivel socioeconómico C+ o alto nivel de vida
- De 134 a 170 puntos: Nivel socioeconómico C o nivel arriba del promedio
- De 77 a 133 puntos: Nivel socioeconómico D+ o segmento más grande de la población mexicana
- De 52 a 76 puntos: Nivel socioeconómico D o segundo segmento más pobre en nivel de vida
- De 0 a 51 puntos: Nivel socioeconómico E o nivel de vida más pobre (52).

Por último con respecto a la última clasificación utilizada en este documento para dividir al Distrito Federal fue utilizada la Situación de Pobreza Patrimonial expresada en porcentaje para cada una de las delegaciones. Esta clasificación fue creada por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas del H. Congreso de la Unión mediante información tomada del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) con base en el II Censo de Población y Vivienda y la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto. Dicha categorización define la pobreza patrimonial como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir canasta alimentaria, gastos necesarios en salud, vestido, transporte y educación aunque la totalidad del ingreso sea usado para bienes y servicios (76).

A partir de 2009 esta clasificación ha sido importante para perfilar a la población capitalina pues contiene una importante fuente de conocimientos actualizados que sirven de guía para la elaboración de documentos pues ya considera información económica, geográfica y social relacionada, misma que se puede vincular muy bien a estudios como el presente.

8.11 Plan de recolección de la información

El proceso de recolectar la información, fue un trabajo de logística e insistencia desde el primer momento y durante todo el tiempo que duró el trabajo de campo.

Lo primero que se realizó al tener las bases teóricas establecidas en el documento, bien planteados los objetivos de la investigación y listo el instrumento de recolección de datos, fue determinar junto con mi tutora cuáles eran las posibilidades reales de acceso a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Se solicitó entonces una cita con el Director de Educación en Investigación en el Distrito Federal a la que acudí personalmente a mostrarle en el proyecto y solicitar el acceso, una vez aprobado por el doctor y tras una serie de trámites que se llevaron a cabo bajo la dirección del J. U. D. de Investigación y presidente de la Subcomisión de Investigación y Bioética de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fue emitido por nivel central el oficio no: DEI / 1790/ 13 de acceso a las Jurisdicciones sanitarias en donde se indicaba que el estudio de investigación se consideraba como de riesgo mínimo e información relevante, por lo que se le había dictaminado como aprobado con observaciones con el número de registro 102/110/04/13 y se solicitaba bríndame el apoyo necesario para las actividades que realizaría yo



en los centros de salud TII y TIII. Con dicho oficio se emitió posteriormente la aprobación del protocolo también por el Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal con el oficio No. DAM/ 00774 /2014.

En las jurisdicciones de Álvaro Obregón, Benito Juárez, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Tlalpan, y Venustiano Carranza se coordinó el trabajo con los jefes de enseñanza respectivos quienes coordinaron el trabajo bajo la metodología establecida en cada zona.

En las jurisdicciones de Iztapalapa y Cuauhtémoc también se coordinó el trabajo con las jefas de enseñanza pero ellas además de manera eficiente ahorraron recurso tiempo en todo momento coordinaron las actividades en su zona.

8.12 Fuentes de información

Primarias

8.13 Instrumentos de medición

La información se recolectó en un cuestionario creado *ex profeso* para esta investigación junto con una escala de satisfacción laboral previamente validada llamada Font Roja de 9 dimensiones.

El proceso de construcción del instrumento surgió después de un periodo de revisión de la literatura al respecto, clases en posgrado y algunas sesiones de revisión con mi tutora. El cuestionario que yo cree se conformó entonces de número de folio consecutivo para su fácil manejo e identificación, ya que el cuestionario se respondería de manera anónima. También para comenzar una pequeña ficha de identificación.

Seguido de la ficha de identificación se encontraban 80 preguntas divididas en cuatro apartados sobre la vida personal individual, individual familiar, profesional académica y profesional laboral del médico general. Estas cuatro dimensiones fueron agrupadas para fines de correlación con satisfacción y ubicación laboral en dos grupos: factores intrínsecos (del individuo y familia) y factores extrínsecos (académicos y laborales) como bien se puede observar en el modelo conceptual.

El cuestionario creado *ex profeso* para esta investigación fue complementado con el cuestionario Font Roja para satisfacción laboral (Ver anexo 2. Instrumento de recolección de datos).

El cuestionario Font Roja de satisfacción laboral fue desarrollado en España y fue creado exclusivamente para valorar satisfacción en el personal sanitario. Tras su creación en España el instrumento se validó en Colombia por el Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia bajo la dirección del Dr. Fred Gustavo Manrique en convenio con el programa de posgrados de la Universidad Nacional de Colombia, asignándole una Alpha de Crombach = 0.76 (63). Este instrumento se divide en 8 dimensiones que están integradas por determinado número de ítems que en su conjunto componen el cuestionario total de la siguiente manera (77):



Tabla 3. Clasificación del cuestionario Font Roja Satisfacción laboral

Dimensión	Ítems que la componen
A.) Satisfacción por el trabajo	87, 95, 96, 99
B.) Tensión relacionada con el trabajo	84, 86
C.) Competencia profesional	90, 91, 102, 104
D.) Presión en el trabajo	83, 85, 98, 100, 103
E.) Promoción profesional	92, 97
F.) Relación interprofesional	93
G.) Relación interpersonal con los compañeros	94, 101
H.) Monotonía laboral	81, 82, 88, 89

Fernández SM MI. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 1995; 69 (13): 487-497.

8.14 Prueba Piloto

Se llevó a cabo de la tercera a la quinta semanas del mes de Septiembre de 2013. Fueron aplicados cuestionarios de manera presencial, previa cita telefónica a 15 médicos generales que se cumplieran con el perfil de la muestra que se estudiaría posteriormente, estos médicos eran titulados y se encontraban trabajando en el área clínica de la medicina aunque en distintos centros de trabajo: centros de salud, hospitales de segundo nivel y sector privado.

A todos los médicos generales se les explicó claramente la manera de responder el cuestionario, los objetivos, metodología y fase del proyecto es decir, que se trataba de una prueba piloto de aplicación del instrumento, por lo que se les solicitó de manera importante emitir cualquier duda o comentario al respecto del formato, contenido y estructura de las preguntas.

Los cuestionarios en su totalidad se respondieron en un tiempo promedio de 15 a 20 minutos durante la prueba piloto, recibiendo los siguientes comentarios en cuanto a formato en general el instrumento tuvo una adecuada apreciación de los médicos manifestando que les parecía conciso y fácil de responder, en cuanto a contenido algunos de los médicos de la prueba piloto manifestaron cierto grado de restricción de confianza por las preguntas que se refieren a ingresos económicos, por último en cuanto a estructura los comentarios recibidos se orientaron a detalles de la disposición en que se encontraban los "saltos" y el orden numérico de algunas preguntas; por lo demás se contó con una buena apreciación general del cuestionario creado *ex profeso* para esta investigación. En cuanto al cuestionario Font Roja de satisfacción laboral la aplicación de la prueba piloto me conocer que por modismos españoles en el instrumento original, a más de la mitad de los médicos estudiados se les dificultaba entender dos preguntas de este cuestionario. Posteriormente y después de comentar con mi tutora el proceso de aplicación de la prueba piloto y reconocer los aspectos susceptibles de mejora se decidió cambiar únicamente y de manera muy sutil la forma de las preguntas: "No desconecto del trabajo cuando llego a casa" por "Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera de mi centro pensando en cuestiones de



trabajo". Y "En el trabajo diario me tengo que emplear a fondo" por "En el trabajo diario tengo que emplear "a tope" toda mi energía y capacidad".

8.15 Plan para el procesamiento y análisis de la información

Se utilizó el resultado del instrumento creado *ex profeso* para esta investigación, resultando los datos generales de cada participante obtenidos de la ficha de identificación, y las respuestas correspondientes a las 80 preguntas previamente divididas en cuatro apartados sobre la vida personal individual, individual familiar, profesional académica y profesional laboral de cada médico general. Lo que además fue complementado con el resultado del cuestionario Font Roja de satisfacción laboral aplicado a los médicos generales y ubicado al final del cuestionario total. Los resultados de cada una de los 8 dimensiones del cuestionario de Font Roja de satisfacción laboral fueron cruzados por comparación de medias con cada una de las variables consideradas para este trabajo.

La creación de la máscara de datos se realizó en el software Epi Data y el procesamiento de la información se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 21, así mismo con los resultados se realizó una descripción de los factores que integran la actividad laboral y personal de los médicos generales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y cómo se vinculan a su grado de satisfacción y ubicación laboral.

8.20 Aspectos éticos

Esta investigación de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se consideró como "investigación con riesgo mínimo". Los médicos (as) generales fueron invitados a participar y recibieron de parte del equipo de investigación información acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del estudio así como afiliaciones institucionales de los investigadores. Se les es informó en todo momento del derecho de participar o no en la investigación, sin exponerse a represalias y garantizando la confidencialidad y anonimato. (Ver Anexo 3. Aprobación del protocolo)

8.21 Recursos, financiamiento y factibilidad

A pesar de que los recursos fueron limitados, pues no se contó con financiamiento explícitamente para su realización, este proyecto fue factible pues en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social se contó con la papelería, fotocopias, impresiones, equipo de cómputo con internet, espacio físico e inmobiliaria necesarios para su realización.



9. RESULTADOS

9.1 Características individuales, sociales y económicas de la población estudiada

Se encuestaron 9 de las 16 jurisdicciones del Distrito Federal. El porcentaje de respuesta obtenida fue de 95% con una variación entre el 80 y 100%, según el total de centros de salud tipo TII y TIII encuestados en cada jurisdicción, a excepción de Gustavo A. Madero en donde sólo se encuestó el 31% de las unidades. Se tuvo acceso a 60 centros de salud de los cuáles el 67% fueron tipo TIII y el 33% tipo TII. En los centros de salud incluidos se encuestaron a 459 médicos generales. De los 459 cuestionarios resultantes se decidió eliminar 8 por mayoría de respuestas sin contestar. El porcentaje de respuesta obtenido se puede ver en la Tabla 4.

Tabla 4. Porcentaje de respuesta obtenido

Jurisdicción sanitaria	Centros de salud TII y TIII que la integran	Centros de salud TII y TIII encuestados	% de respuesta obtenido	Médicos generales laborando en los centros de salud encuestados	Médicos generales que participaron en el estudio	% de respuesta obtenido
Iztacalco	5	4	80	50	35	75
Benito Juárez	2	2	100	34	30	88
Iztapalapa	14	14	100	143	116	81
Cuauhtémoc	5	4	80	49	46	94
Coyoacán	7	7	100	58	36	62
Gustavo A. Madero	13	4	31	53	43	81
Tlalpan	8	8	100	67	47	70
Álvaro Obregón	8	8	100	68	48	71
Venustiano Carranza	9	9	100	75	58	77

Del total de médicos incluidos en el estudio, (n=451) 52% fueron mujeres y 48% hombres en un intervalo de edad que fue desde médicos recién egresados de la carrera (24 años) hasta el rango máximo de 75 años, con una media de 45.7 años (DS=13.15). En la muestra 176 (39.1%) se encontraban sin alguna relación estable es decir solteros, separados, divorciados o viudos y la mayoría (n=275, 60.9%) se encontraban en una relación estable ya sea en unión libre o casados.

La mayor parte (n=351, 77.8%) nació en la capital del país, la cual según el INEGI cuenta con la mayor ventaja relativa socioeconómica de todo el país ubicándose en el estrato 7, que es el más alto. El segundo grupo más frecuente proviene del Estado de México (n=22, 4.9%) (Clasificación de ventaja relativa 4 de 7), y en ese orden el tercer estado que más médicos aportó a la muestra fue Oaxaca (n=11, 2.4%), el cual se encuentra junto con Guerrero y Chiapas entre los tres estados con mayor desventaja relativa de todo el país, en el sitio 1 de 7. Sólo 2 fueron extranjeros latinoamericanos (Tabla 5).



Tabla 5. Características individuales de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Sexo	n= 451	
Femenino	235	52.1
Masculino	216	47.9
Edad	n= 451	
24-50	243	53.9
51-75	208	46.1
Estado civil	n= 451	
Soltero	144	31.9
Casado	248	55.0
Unión libre	27	6.0
Separado	9	2.0
Divorciado	19	4.2
Viudo	4	0.9
Estado de nacimiento	N=449	
Distrito Federal	351	78.5
México	22	4.9
Oaxaca	11	2.4
Michoacán de Ocampo	10	2.2
Guerrero	9	2.0
Puebla	7	1.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	7	1.6
Hidalgo	7	1.6
Tlaxcala	5	1.1
Colima	3	0.7
Aguas Calientes	2	0.4
Morelos	2	0.4
Nayarit	2	0.4
Tamaulipas	2	0.4
Jalisco	2	0.4
Guanajuato	2	0.4
Coahuila de Zaragoza	1	0.2
Chiapas	1	0.2
Sonora	1	0.2
Yucatán	1	0.2
Zacatecas	1	0.2
País de nacimiento otro	n=2	
Chile	2	0.4



En cuanto a los médicos que nacieron en la capital de país la mayoría (n= 115) nacieron en las delegaciones Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza, Iztacalco, Xochimilco y Magdalena Contreras, las cuáles conforman el nivel 4 de 5 uno antes del nivel con más pobreza patrimonial del Distrito Federal el 5 de 5, según la clasificación tomada para esta investigación (Tabla 6).

La delegación donde los médicos encuestados laboran y donde viven no fue la misma en el 60% de los casos. Y la mayoría de ellos (n=313, 69. 4%) de ellos cuentan con vivienda propia. De los médicos que rentan el lugar donde viven el promedio de ingresos que destinan al pago de renta fue del 28.63% de su sueldo, llegando algunos de ellos a mencionar que destinan más del 50% incluso hasta el 99% de su sueldo al pago de renta.

De los médicos encuestados 86% eran ellos mismos jefes de familia; del resto el nivel mínimo de estudios alcanzados por el jefe de su familia en el caso del padre fue mínimo secundaria, en el caso de la madre ninguna instrucción escolar; para ambos el nivel máximo alcanzado fue licenciatura (Tabla 6).



Tabla 6. Características sociales de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Médicos que nacieron en la capital del país	n =351	
Álvaro Obregón	24	5.3
Azcapozalco	9	2
Benito Juárez	34	7.5
Coyoacán	28	6.2
Cuajimalpa	0	0
Cuauhtémoc	46	10.2
Gustavo A. Madero	46	10.2
Iztacalco	24	5.3
Iztapalapa	56	12.4
Magdalena Contreras	6	1.3
Miguel Hidalgo	21	4.7
Milpa Alta	4	0.9
Tláhuac	1	0.2
Tlalpan	9	2
Venustiano Carranza	37	8.2
Xochimilco	4	0.9
No reportado	2	0.4
Vive y labora en la misma delegación	n =451	
Si	176	36.4
No	272	56.2
No reportado	3	0.6
Vivienda	n =451	
Propia	313	69.4
Rentada	70	15.5
Otro (prestada, de algún familiar, etc.)	68	15.1
Ingresos que destina a renta	n= 70	
2-50%	60	13.3
>50%	6	1.3
No hay dato	4	0.9
Jefe de la familia	n =451	
El entrevistado	387	85.8
Padre	7	1.5
Madre	57	12.6
Nivel máximo del jefe de familia padre	n=7	
Secundaria	3	42.8
Preparatoria	1	14.2
Licenciatura	3	42.8
Nivel máximo del jefe de familia madre	n=57	
Sin instrucción	4	7
Primaria	22	38.5
Secundaria	6	10.5
Carrera técnica	12	21
Preparatoria	3	5.2
Licenciatura	10	17.5



En cuanto a nivel socioeconómico no hubo mucha diferencia, pues la mayoría se encontraban entre los dos niveles más altos y sólo un médico contestó estar en el nivel inmediato superior al segundo más pobre en México (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel socioeconómico de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Nivel socioeconómico AMAI	n=451	
A/B Más alto nivel	355	73.3
C+ Alto nivel	82	16.9
C Arriba del promedio	13	2.7
D+ Promedio	1	0.2
D Segundo más pobre	0	0
E Más pobre nivel	0	0

AMAI. Índice socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública.
López RH. Asociación Mexicana de Agencias Investigación de Mercados y Opinión Pública AMAI Nivel socioeconómico [monografía en internet]. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2008. [accesado 30 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf>

9.2 Características familiares de los entrevistados

Si consideramos las características individuales de cada médico en relación a su familia el 94% de la muestra no vive sólo, la mayoría el 70% vive con su familia propia es decir pareja y/o descendencia, no con su familia de origen. Algunos viven con sus hermanos, amigos, abuelos y otros. Así mismo el 83% de los médicos dice tener dependientes económicos, que son sus mismas familias propias, a pesar de que en algunos casos no viven con ellos. Sólo el 29% de la muestra no tiene hijos y de quienes si los tienen las edades fluctúan de entre los 5 y 34 años.

En cuanto a su familia de origen, a excepción de 19 médicos todos tienen mínimo un hermano y sus padres tienen la siguiente escolaridad en su mayoría las madres 45.7% tienen sólo primaria y los padres con tendencia bimodal 39.2% sólo con primaria y 25.5% con licenciatura. En los niveles extremos de escolaridad las madres son quienes en mayor cantidad cuentan con nula instrucción escolar al contrario de los padres quienes son los que en mayor cantidad cuentan con un nivel de posgrado (Tabla 8).



Tabla 8. Características familiares de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Vive solo	n=451	
Si	27	5.5
No	424	94.2
Con quien vive	n=424	
Familia de origen	127	29.9
Familia propia y otros	297	70.0
Dependientes económicos	n=451	
Ninguno	97	21.4
Si	354	88.7
Dependientes económicos	n= 354	
Familia de origen	60	16.9
Familia propia y otros	294	83.0
Cantidad de hijos	n= 451	Media de edad (D.E.)
Ninguno	130	
1	91	34.1 (21.9 /9.2)
2	154	20.2 (13/ 9.7)
3	55	12.2 (25.8 /9.7)
4	21	4.7 (29.5 /6.4)
Tiene hermanos	n=451	(%)
Ninguno	19	4.2
1	84	18.6
2	85	18.8
3	81	17.9
4	57	12.6
5	34	7.5
6	91	20.1
Último grado de estudios madre	n=451	
Sin instrucción	29	6.4
Primaria	206	45.7
Secundaria	50	11.1
Carrera técnica	71	15.7
Preparatoria	26	5.8
Licenciatura	62	13.7
Posgrado	7	1.6
Último grado de estudios padre	n =451	
Sin instrucción	18	4.0
Primaria	177	39.2
Secundaria	54	12.0
Carrera técnica	36	8.0
Preparatoria	38	8.4
Licenciatura	115	25.5
Posgrado	13	2.9



9.3 Características académicas de los entrevistados

Con respecto a las características académicas de los médicos generales encuestados la gran mayoría **332** fueron formados en la Universidad Nacional Autónoma de México en el Distrito Federal en cualquiera de los tres planteles en donde se imparte la carrera de Médico Cirujano. La institución donde realizaron el internado fue en su mayoría fue Secretaría de Salud (n=187, 41.5%), seguida por el IMSS (n=151, 33.5%). Situación distinta a la encontrada en el caso del servicio social mismo que fue cursado por 344 médicos (84.7%) en centros de salud de la Secretaría de Salud y solo 65 (14%) en el IMSS. En ambos casos la satisfacción sentida fue expresada en términos de "muy satisfactorio" en más del 50% de la muestra para ambos años, sin embargo el año de servicio social es el que cuenta con mayor nivel de respuestas negativas desde indiferencia hasta insatisfacción en 13.5% (n=65) de la muestra (Tabla 9).



Tabla 9. Características académicas de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Universidad	n=451	
UNAM	332	73.6
IPN	61	13.5
Otras públicas	34	7.5
Privadas	20	4.4
Otro país	4	0.8
Estado en el que realizó su carrera	n=451	
Distrito Federal	390	86.5
Otro estado	58	12.8
Otro país	4	0.8
Institución donde realizó el internado	n=451	
Secretaría de Salud	187	41.5
IMSS	151	33.5
ISSSTE	83	18.4
Otros	6	1.3
Privada	12	2.7
Universidades	4	0.8
No reportado	8	1.8
Satisfacción en el internado	n=451	
Muy insatisfactorio	22	4.9
Insatisfactorio	12	2.7
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	15	3.3
Satisfactorio	127	28.2
Muy satisfactorio	268	59.4
No reportado	7	1.6
Centro de salud u hospital donde realizó servicio social	n=451	
Centros de salud	382	84.7
Hospitales	37	8.2
Otro	18	4.2
No reportado	14	2.8
Institución donde realizó servicio social	n= 451	
SS	344	76.3
IMSS	65	14.4
UNAM	11	2.4
Otras	26	5.7
No reportado	5	1.1
Satisfacción en el servicio social	n= 451	
Muy insatisfactorio	25	5.5
Insatisfactorio	10	2.2
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	26	5.8
Satisfactorio	136	30.2
Muy satisfactorio	247	54.8
No reportado	7	1.6



Se tomaron en cuenta algunos aspectos que pudieran ser relevantes de la historia académica del médico general después de terminada la licenciatura como son los años que han transcurrido y se encontró que la Secretaría de salud cuenta con médicos generales ya veteranos que terminaron de estudiar hace más de 20 años. A pesar de lo anterior casi todos refieren haber tomado algún curso de actualización después de terminada la carrera, pero sólo (n=385, 85.1%) de ellos refirió haberlo hecho durante el último año.

Con respecto al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) sólo el 37% de la muestra jamás lo ha presentado y entre los que sí reportaron haber aplicado menos de la mitad (n= 179, 39.6%) lo ha presentado una sola vez. El resto de los médicos refiere haberlo presentado desde 2 hasta en 5 ocasiones. Se les preguntó también si la última ocasión que lo presentaron consideraron cambiar de especialidad solicitada, la gran mayoría (n=170, 59.4%) no cambió. Considerando esta misma última ocasión el bloque más solicitado fue el Bloque I (n=115, 40.3%) (Tabla 10).



Tabla 10. Características académicas de los médicos generales encuestados posteriores al término de la carrera

Variable		(%)
Años de haber terminado el servicio social	n= 451	
Menos de un año	3	0.7
1-10	138	30.5
11-20	62	13.7
21-40	233	51.6
41-53	15	3.3
Cursos de actualización después de terminada la carrera	n=451	
Si	431	95.5
No	20	0.5
Cursos de actualización tomados durante el último año	n=451	
Si	385	85.3
No	66	14.6
Cursos de actualización tomados durante el último año (monográficos, seminarios, congresos, diplomados, talleres, otros)	n=385	
1-2	193	50.1
3-5	162	42.0
>5	30	7.7
Cursos que no son monográficos, seminarios, congresos, diplomados ni talleres tomados durante el último año	n=21	
1	19	4.9
3	2	0.5
Veces que ha presentado el ENARM	n =451	
0	166	36.6
1	179	39.6
2	75	16.6
3	25	5.5
4	5	1.1
5	1	0.2
Cambió su opción de especialidad solicitada la última vez que presentó el ENARM		
Si	53	18.5
No	170	59.4
No reportado	62	22.0
Bloque del que solicitó especialidad la última vez que presentó el ENARM	n =285	
Bloque I	115	40.3
Bloque II	97	33.9
Bloque III	34	11.8
Bloque IV	11	3.8
No reportado	28	9.7



9.4 Historia laboral y características del empleo actual

Respecto a sus antecedentes laborales 65.9% (n=297) de los médicos refirieron haber contado con un empleo anterior a este el 57.9% (n=172) en instituciones de orden privado. La cantidad de pacientes que atendían en su empleo anterior iba desde 2 hasta 10 en el 39% de la muestra y entre 11 y 24 otro 39%. Los ingresos mensuales que percibía entonces la mayoría de médicos (n=99, 33.3%) fluctuaban entre \$6,700 y \$14,000 sin por eso ignorar que el 6.7% (n=20) de la muestra mencionó haber ganado solamente entre \$100 y \$2,000 al mes (Tabla 11).

Tabla 11. Historia laboral previa de los médicos generales encuestados

Variable	n = 451	(%)
Empleo anterior a éste como médico		
Si	297	65.9
No	152	33.7
No reportado	2	0.4
Estado de la República donde laboraba antes de este empleo		
	n=297	
Distrito federal	220	48.8
México	42	9.3
Otros	25	8.4
No reportado	9	2.0
Empleo anterior por tipo de institución		
	n=297	
Pública	125	42.0
Privada	172	57.9
Tiempo que laboró en dicho empleo anterior		
	n=297	
1- 11 meses	39	13.1
1-10 años	233	78.4
11-20 años	17	5.7
21-30 años	7	2.3
> 30 años	1	0.3
Horas al día que laboraba de lunes a viernes		
	n=297	
Desde 0 hasta 8 horas	207	70.3
Más de 8 hrs y hasta 12 hrs	49	16.4
Hasta 24 hrs	11	3.7
Guardias, cada tercer día, por turno, etc..	21	7.0
No reportado	9	3.0
Horas al día que laboraba sábado y domingo en su empleo anterior		
	n=297	
Desde 0 hasta 8 horas	187	62.9
Más de 8 hrs y hasta 12 hrs	28	9.4
Hasta 24 hrs	20	6.7
Guardias, cada tercer día, por turno, etc..	13	4.3
No reportado	49	16.4
Cantidad de pacientes que atendía al día en su empleo anterior		
	n=297	
2-10	117	39.3
11-24	116	39.0
25- 35	38	12.7
36 y más	26	8.7
Ingresos al mes derivados de su empleo anterior al mes		
	n=297	
\$100- \$2,000	20	6.7
\$2,500- \$6,000	56	18.8
\$6,700-\$ 14,000	99	33.3
\$15,000-\$30,000	51	17.1
> \$30,000	9	3.0
No reportado	62	20.8



En alusión a su empleo actual las características fueron las siguientes: en cuanto a antigüedad la respuesta fue bimodal pues gran parte lleva trabajando de menos de un año hasta 5 años (n=198, 43.9%) y otra gran parte lleva trabajando ahí mucho tiempo entre 16 y 30 años (n=144, 31.9%). Casi la totalidad trabaja hasta 8hrs de lunes a viernes, sin embargo hubo una parte (n=58, 12.8%) que refirió acudir algún tiempo en fines de semana. Los pacientes consultados al día llegan a ser desde 11 a 24 según 351(78%) médicos generales, actividad por la cual perciben un sueldo que va de los \$14,000 hasta los \$21,000 poco más de la mitad de ellos (n=236, 52.3%).

A pesar de que un porcentaje superior al 80% (n= 388, 86%) declaró no atender a personas que hablan otro idioma que no sea el español en su lugar de trabajo, existe un 13.9% (n=63) que declaró que sí. Con respecto a su percepción del nivel socioeconómico de sus pacientes 99.6 % (n=389) refirió atender a población con algún porcentaje de rezago social calificado según su consideración desde el 1 hasta el 100%, agrupándose la mayoría en señalar que su población de responsabilidad presenta actualmente entre 21 y 89% de rezago social; solo 60 médicos (13.3%) de la muestra no contestaron esta interrogante (Tabla 12).



Tabla 12. Características profesionales del empleo actual de los médicos generales encuestados

Variable		(%)
Antigüedad en su empleo actual	n =451	
0-5 años	198	43.9
6-15 años	56	12.4
16-30 años	144	31.9
30-49 años	53	8.6
Horas al día que labora en su empleo actual de lunes a viernes	n =451	
Desde 0 hasta 8 horas	441	97.7
Más de 8 hrs y hasta 12 hrs	10	0.3
Horas al día que labora en su empleo actual sábado y domingo	n =451	
No acuden a trabajar sábado y domingo	393	87.1
Acuden algún tiempo	58	12.8
Cantidad de pacientes que atiende al día en su empleo actual	n =451	
2-10	81	17.9
11-24	351	78.0
25- 35	7	1.5
No reportado	12	2.6
¿Sabe cuánta población le corresponde atender?	n =451	
Si	244	54.1
No	207	45.8
Ingresos al mes derivados de su empleo actual al mes	n =451	
\$5,000- \$13,113	61	13.5
\$14,000-\$21,000	236	52.3
\$21,500-\$40,000	124	27.4
No reportado	30	6.7
Atiende personas que no hablen español	n =451	
Si	63	13.9
No	388	86.0
Porcentaje de personas que atiende que usted considera que tienen algún porcentaje de rezago social	n =451	
0%	2	0.4
1-20%	88	19.5
21-89%	252	55.9
90- 100%	49	10.8
No reportado	60	13.3

Respecto de los recursos con los que cuentan en su lugar de trabajo porcentajes mayores al 75% contestaron afirmativamente a la pregunta de contar con estuche de diagnóstico, estetoscopio, baumanómetro, báscula para adultos y bebés y estadímetro. El más bajo porcentaje con un 78% fue para el caso de estuche de diagnóstico. Si se considera globalmente el 57% de la muestra (n=257) contestó que cuenta con todos los materiales por los que se le preguntó durante el



estudio en su unidad, por lo tanto al 43% restante (n=194) le falta uno o más de uno de los materiales mencionados en algún momento en su trabajo actual.

En el caso de los exámenes paraclínicos que los médicos consideran poder solicitar durante la consulta la cifra más alta fue para el caso de glucosa capilar (86%). En el resto de exámenes paraclínicos (examen general de orina, biometría hemática, perfil de lípidos, hemoglobina glucosilada y colesterol capilar) los porcentajes fueron menores al 37% (Tabla 13).

Tabla 13. Recursos para el desempeño del trabajo como médico

Variable	Si (%)	No (%)
En su centro cuentan con		
Estuche de diagnóstico	350 (77.6)	101 (22.4)
Estetoscopio	383(84.9)	68(15.1)
Baumanómetro	380 (84.3)	71(15.7)
Báscula adultos	432(95.8)	19(4.2)
Básculas para bebés	366(81.2)	85(18.8)
Estadímetro	415(92.0)	36(8.0)
Si lo considera durante la consulta puede pedir		
Glucosa capilar	386(85.6)	65(14.4)
Colesterol capilar	67(14.9)	384(85.1)
Biometría hemática	144(31.9)	307(68.1)
Perfil de lípidos	129(28.6)	322(71.4)
Examen general de orina	166(36.8)	285(63.2)
Hemoglobina glucosilada	127(28.2)	324(71.8)

Si se trata de otros recursos para la consulta casi el 72.1% respondió entre casi siempre y siempre contar con la posibilidad de solicitar otros estudios de laboratorio y gabinete. Pero tratándose de medicamentos consideran que los antiinfecciosos- antibióticos, antiparasitarios y antifúngicos- necesarios no se encuentran en su centro de salud nunca o casi nunca en un 35% y 46% la mitad de las veces, respectivamente.

Para enfermedades crónicas la impresión de los médicos mejora un poco considerando el 24.2% (n=109) que nunca o casi nunca están disponibles y sólo 34% (n=153) que casi siempre y siempre. En cuanto a medicamentos para tratar enfermedades mentales y urgencias se reportan como inexistentes en sus centros de salud en 48 y 53% de las veces respectivamente (Tabla 14).



Tabla 14. Otros recursos para el desempeño del trabajo como médico

Variable	n	%
Tiene la posibilidad de solicitar otros estudios de laboratorio	N=451	
Nunca	9	2.0
Casi nunca	40	8.9
La mitad de las veces	77	17.1
Casi siempre	175	38.8
Siempre	150	33.3
Tiene la posibilidad de solicitar otros estudios de gabinete	N=451	
Nunca	8	1.8
Casi nunca	25	5.5
La mitad de las veces	49	10.9
Casi siempre	208	46.1
Siempre	161	35.7
En su clínica o centro se cuentan con:		
Antibióticos, antiparasitarios y antifúngicos necesarios	N=451	
Nunca	16	3.5
Casi nunca	144	31.9
La mitad de las veces	207	45.9
Casi siempre	73	16.2
Siempre	11	2.4
Medicamentos para las enfermedades crónicas	N=451	
Nunca	9	2.0
Casi nunca	100	22.2
La mitad de las veces	189	41.9
Casi siempre	127	28.2
Siempre	26	5.8
Tratar problemas de salud mental que se le presentan	n =451	
Nunca	217	48.1
Casi nunca	166	36.8
La mitad de las veces	37	8.2
Casi siempre	25	5.5
Siempre	6	1.3
Medicamentos para tratar urgencias	n =451	
Nunca	239	53.0
Casi nunca	145	32.2
La mitad de las veces	40	8.9
Casi siempre	23	5.1
Siempre	4	0.9

En cuanto a tener otro trabajo adicional relacionado como la atención directa al paciente 30.2% (n=136) de ellos respondieron afirmativamente. De los cuales 64 (47%) labora dentro de la Ciudad de México, quienes son sobrepasados en número por los 72 (53%) que trabajan en los estados que se encuentran a la periferia de la capital. En esos empleos el 57.3% (n=78) atienden entre 2 y 10 pacientes por jornada de trabajo obteniendo una remuneración económica la mayor parte de ellos 44.1% (n=60) mayor a \$5,000 sin rebasar los \$20,000 al mes (Tabla 15).



Tabla 15. Características laborales adicionales al empleo actual de los médicos generales encuestados

Variable	n=541	(%)
Trabaja adicionalmente a este empleo como médico		
Si	136	30.2
No	313	69.4
No reportado	2	0.4
Empleo adicional como médico lugar	n=136	
Hospital, consultorio privado, centro de salud	126	92.6
Otro administrativos, docentes, fundaciones	10	7.3
Institución del empleo adicional como médico	n=136	
Gobierno	18	13.2
IMSS	13	9.5
ISSSTE	7	5.1
UNAM / IPN	2	1.4
No reportado	7	5.1
Privado	89	65.4
Estado	n=136	
Distrito Federal	64	47
Tlaxcala, Edo. Mex., otros	72	53
Antigüedad en su empleo adicional	n=136	
0-5 años	55	40.4
6-15 años	34	25
15-39años	47	34.5
Horas al día que labora de lunes a viernes	n=136	
Desde 0 hasta 8 horas	123	90.4
Más de 8 hrs y hasta 12 hrs	7	5.1
Guardias, cada tercer día, por turno, etc..	6	4.4
Horas al día que labora en sábado y domingo	n=136	
Desde 0 hasta 8 horas	120	88.2
Más de 8 hrs y hasta 12 hrs	11	8.0
Guardias, cada tercer día, por turno, etc..	5	3.6
Cantidad de pacientes que atiende al día en su empleo adicional a este	n=136	
2-10	78	57.3
11-24	39	28.6
25- 40	6	4.4
No hay dato	13	9.5
Ingresos al mes adicionales	n=136	
\$200- \$5,000	24	17.6
\$5,500- \$20,000	60	44.1
\$22,000- \$36,000	16	11.7
No hay dato	36	26.4

Por último se les preguntó si tuvieran otras fuentes de ingresos económicos, que no tuvieran relación con su profesión tales como rentas, pensiones u otras sólo 10.4% (n=47) contestó



afirmativamente, todos sin dedicar gran parte de su tiempo a esta otra fuente adicional de ingresos y obteniendo el 40.4% (n=19) de ellos una cantidad mensual que establecieron entre \$6,000-\$15,000 (Tabla 16).

Tabla 16. Médicos con ingresos provenientes de otras fuentes

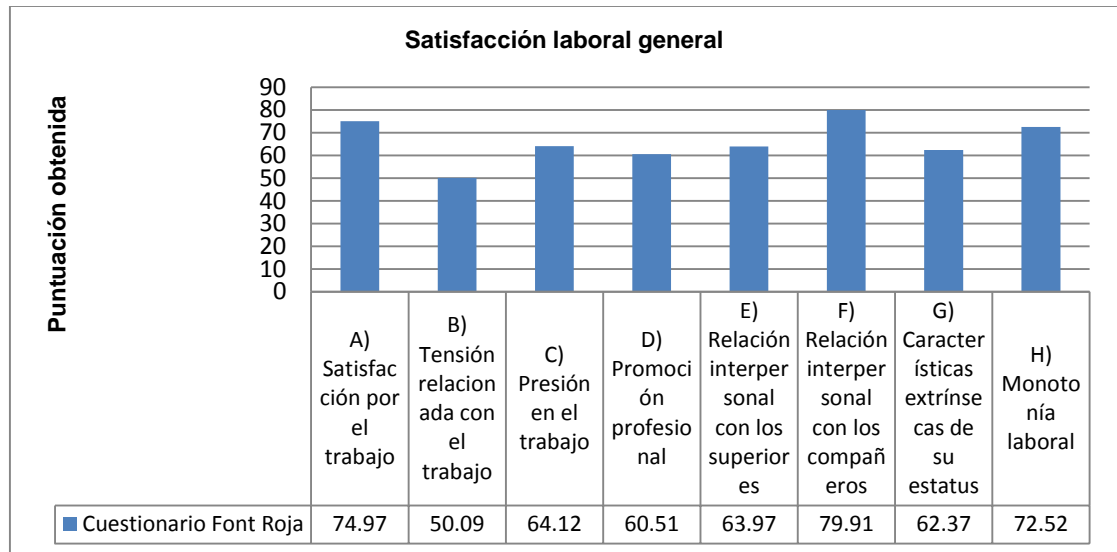
Variable	n	%
Fuente de ingresos que no tenga relación con su profesión como médico	n=451	
Si	47	10.4
No	386	85.6
No hay dato	18	4
Horas al día que dedica a esta otra fuente de ingresos no médica de lunes a viernes	n=47	
Desde 0 hasta 8 horas	20	42.5
15 hrs	1	2.1
No hay dato	26	55.3
Horas al día que dedica a esta otra fuente de ingresos no médica sábado y domingo	n=47	
Desde 0 hasta 8 horas	15	31.9
24hrs	1	2.1
No hay dato	31	65.9
Ingresos al mes derivados de otra fuente que no tenga relación con su profesión como médico	n=47	
\$1,000-\$5,000	14	29.7
\$6,000-\$15,000	19	40.4
\$16,000-\$35,000	8	17
No hay dato	6	12.7

9.5 Satisfacción laboral.

Como se mencionó anteriormente se utilizó el resultado del instrumento del cuestionario Font Roja de satisfacción laboral de cada una de los 8 dimensiones del cual se obtuvo una valoración general es decir se realizó un análisis del cuestionario de satisfacción laboral antes de ser cruzado con cada una de las variables consideradas para este trabajo, de lo que resultó que "relación interpersonal con los compañeros", seguida de "satisfacción por el trabajo" con medias de 79.9 y 74.9 puntos respectivamente son las dimensiones que mayor agrado le generan al médico general, por sí mismas. Después de estos dos la "monotonía laboral" con una media de 72.5 es la que más influencia tiene sobre la población estudiada (Tabla 17).



Tabla 17. Satisfacción laboral encontrada con instrumento estandarizado



Después de obtener el análisis general se obtuvo un resultado por cada una de las dimensiones del cuestionario de Font-Roja para satisfacción laboral en relación a cada una de las variables que se consideraron para este trabajo, realizando una comparación de medias en cada caso. Así dentro de los factores intrínsecos del individuo resultaron ser estadísticamente significativas las siguientes variables: **sexo**, pues ser mujer representa menores niveles de tensión relacionada con el trabajo (dimensión B) resultado que si bien previamente se manejaba en la literatura revisada, no se conocía que dimensión del constructo de satisfacción afectaba; **edad**, pues tener más de 49 años resultó también importante para expresar menor tensión relacionada con el trabajo (dimensión B), además de menor presión en el trabajo (dimensión D) dimensiones que si llegaron a modificar el nivel de satisfacción laboral global (satisfacción global) de los médicos generales encuestados. En cuanto a **estado civil** también era conocido previamente que tener una relación estable aumentaba la satisfacción laboral, lo que con este estudio se comprueba y se especifica que se debe a que disminuye la tensión relacionada con el trabajo (dimensión B.)

También se pudo obtener la confirmación de publicaciones internacionales que aseguran que un médico que por **lugar de nacimiento** tiene zonas de desventaja socioeconómica expresa mayor satisfacción laboral, esto se comprobó en este estudio dentro de tres dimensiones importantes: tensión relacionada con el trabajo (dimensión B), presión en el trabajo (dimensión D) y promoción profesional (dimensión E). Si se trata de **vivienda** contar con vivienda propia o en su defecto pagar menos del 30% de su sueldo mensual a la **renta**, representa para el médico general menor tensión en el trabajo (dimensión B) y menor presión en el trabajo (dimensión D) respectivamente. En cuanto a las variables destinadas a conocer los aspectos familiares del médico general, resultó estadísticamente significativo no contar con **dependientes económicos**, pues de ser así el médico general ve afectada la dimensión de tensión relacionada con el trabajo (dimensión B). La **escolaridad de ambos padres** también fue valorada como factor que entre mayor cantidad se encuentra presente menor tensión en el trabajo (dimensión B) les representa a los médicos generales (Tabla 18).



Tabla 18. Satisfacción laboral por dimensiones y variables. Factores intrínsecos (del individuo y de la familia)

	DIMENSIÓN																		
	n	A. Satisfacción por el trabajo		B. Tensión relacionada con el trabajo		C. Competencia profesional		D. Presión en el trabajo		E. Promoción profesional		F. Relación interpersonal con los superiores		G. Relación interpersonal con los compañeros		H. Monotonía laboral		Satisfacción laboral global	
		̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE	̄x	DE
Sexo																			
Masculino	216	75.12	14.85	46.57*	20.08*	63.70	10.82	59.28	15.06	65.37	20.62	80.74	19.75	63.24	12.93	72.41	11.92	65.52	7.74
Femenino	235	74.83	14.76	53.32*	21.86*	64.51	10.42	61.65	15.48	62.68	20.63	79.15	19.64	61.57	13.45	72.62	11.13	66.27	8.34
Edad																			
25 -49 años	231	75.19	14.84	45.14*	20.90*	64.78	11.22	62.44*	15.29*	63.20	21.55	80.17	19.47	61.86	12.73	73.14	11.20	66.86*	8.27*
> 49 años	220	74.73	14.76	64.78*	11.22*	63.43	9.92	58.49*	15.10*	64.77	19.66	79.64	19.95	62.91	13.71	71.86	11.80	64.91*	7.73*
Edo. civil																			
Solteros	176	74.38	14.38	55.17*	20.92*	64.77	10.87	61.66	15.56	63.30	20.85	80.11	19.65	62.50	13.63	73.18	11.47	66.65	7.65
Casados	275	75.35	14.35	46.84*	20.89*	63.71	10.44	59.78	15.13	64.40	20.54	79.78	19.74	62.29	12.96	72.52	11.52	65.43	8.29
Lugar de nac																			
(7,6,5,4)**	388	74.57	15.02	51.19*	21.41*	64.11	10.97	61.13*	15.49*	62.50*	20.77*	79.54	20.10	62.01	13.38	72.15	11.73	65.83	8.41
(3,2,1)**	61	77.87	12.63	41.97*	17.97*	64.10	8.24	56.33*	13.71*	72.95*	17.73*	82.95	16.67	64.26	12.04	74.92	9.73	66.27	5.34
Vivienda																			
Rentada	138	75.65	15.09	54.71*	22.19*	65.36	11.85	61.59	14.95	61.96	21.64	79.28	21.26	62.75	13.87	73.08	12.27	66.77	8.58
Propia	313	74.66	14.67	48.05*	20.56*	63.58	9.99	60.04	15.46	64.86	20.16	80.19	18.98	62.20	12.93	72.27	11.16	65.53	7.80
Pago de rent.																			
Más del 30%	14	83.21	13.95	47.14	14.37	64.29	8.05	56.00*	9.92*	67.86	18.05	77.14	28.13	64.29	10.16	78.93	9.84	67.56	5.63
Hasta el 30%	52	78.27	13.06	57.12	22.78	66.73	11.46	65.46*	15.52*	65.19	22.45	83.46	16.20	64.62	12.75	73.37	10.61	69.09	8.01
Dependiente económico																			
Si tiene	354	74.86	15.08	48.73*	21.25*	63.70	10.82	60.34	15.24	63.79	21.26	78.93	20.14	61.86	13.61	72.53	12.01	65.57	8.18
Nadie	97	75.36	13.74	55.05*	20.72*	65.67	9.70	61.15	15.61	64.64	18.32	83.51	17.56	64.23	11.53	72.47	9.47	67.13	7.52
Escolaridad max. padre																			
Básica	249	75.14	15.38	47.03*	20.95*	63.86	10.93	59.63	15.33	65.02	21.14	79.52	20.23	61.81	13.21	72.55	11.96	65.48	8.37
Superior	202	74.75	14.06	53.86*	21.11*	64.46	10.22	61.60	15.25	62.67	19.99	80.40	19.03	63.07	13.21	72.48	10.94	66.43	7.65
Escolaridad max. madre																			
Básica	284	75.51	14.96	47.75*	21.10*	63.42	10.61	59.30	15.35	64.82	20.86	79.51	20.48	62.18	13.32	72.18	11.93	65.41	8.34
Superior	166	74.07	14.54	54.10*	21.09*	65.30	10.56	62.53	15.08	62.77	20.05	80.60	18.35	62.71	13.09	73.10	10.77	66.76	7.52

*p<=0.25 **Clasificación de Estados de la República Mexicana, según estrato de ventaja relativa. INEGI. 7: Distrito Federal, 6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. 3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.



En cuanto a los factores extrínsecos del individuo tanto académicos como laborales resultó significativo: haber presentado mayores niveles de **satisfacción en el servicio social** ya que eso se vincula con menor tensión relacionada con el trabajo actual (dimensión B); continuando con el historial académico del profesional haber **terminado el servicio social** más de 20 años atrás resultó ser benéfico en términos de disminución de tensión relacionada con el trabajo (dimensión B) y presión en el trabajo (dimensión D), lo que notablemente se vio reflejado en el nivel de satisfacción laboral global (satisfacción global), esto únicamente evalúa el tiempo que ha transcurrido desde que el médico general se terminó de formar como tal. Pues si de evaluar la **antigüedad laboral** se trata, resulta contraproducente llevar más de 7 años trabajando en el mismo sitio, pues les produce a los médicos generales mayor tensión relacionada con el trabajo (dimensión B) lo cual como se justificó en la literatura, probablemente tenga relación con la diversidad de tareas y retos constantes que necesita el médico para incrementar su satisfacción laboral. Si los médicos presentaron ENARM aunque sea en una sola ocasión, se ve incrementada su tensión relacionada con el trabajo (dimensión B)

Contrario a lo que se podría pensar haber tomado **cursos de actualización después de la carrera**, la **cantidad de pacientes** atendidos por jornada laboral, los **ingresos económicos** y el **no contar con material** para realizar práctica clínica no fueron para los médicos generales de este estudio significativos como para modificar su satisfacción laboral en ninguna de sus dimensiones. Sin embargo la importancia que le dieron a los **estudios paraclínicos** fue mayor pues resultó que contar con la posibilidad de solicitarlos durante la consulta mejora para la relación interpersonal que los médicos generales tienen con los compañeros (dimensión G) (Tabla 19).

Ubicación laboral fue considerada como el lugar geográfico de nacimiento del médico general no como lugar geográfico de trabajo, pues por cuestiones que serán comentadas en las limitaciones del estudio tuvo que acotarse y no mantenerse como ubicación geográfica, que era el término inicialmente pensado. A pesar de estar fundamentada en el desarrollo teórico de este documento como la otra variable dependiente a evaluar, dado que no fue posible analizarla estableciendo distintos puntos de cohorte según la clasificación del estado de nacimiento del médico general, ni como lugar de residencia dado el lugar de trabajo por las características del cuestionario, ni por comparación de medias como se hizo en el caso de satisfacción laboral por su naturaleza dicotómica, tuvo que ser considerada variable independiente de la variable dependiente satisfacción laboral, la cual como ya se pudo observar en la tabla correspondiente resulta significativa para presentar menores niveles de tensión relacionada con el trabajo (dimensión B) en la escala de satisfacción laboral (Tabla 18).



Tabla 19. Satisfacción laboral por dimensiones y variables. Factores extrínsecos (académicos y laborales)

	n	DIMENSIÓN																	
		A. Satisfacción por el trabajo		B. Tensión relacionada con el trabajo		C. Competencia profesional		D. Presión en el trabajo		E. Promoción profesional		F. Relación interpersonal con los superiores		G. Relación interpersonal con los compañeros		H. Monotonía laboral		Satisfacción laboral global	
		\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE
Satisfacción Serv. Social																			
Insatisfecho	61	70.00*	15.92*	49.84	22.32	64.02	13.90	90.98	13.89	61.97	22.12	79.34	18.96	60.00	16.43	71.97	12.59	64.66	9.87
Satisfecho	383	75.61*	14.52*	49.90	21.18	63.98	9.97	60.30	15.55	64.33	20.48	80.10	19.68	62.79	12.67	72.47	11.37	66.00	7.75
Término Serv. Social																			
+ de 20 años	248	74.82	14.60	45.36*	20.97*	63.45	10.13	59.05*	15.09*	64.92	19.63	78.87	20.09	62.66	13.80	72.12	11.54	65.06*	7.93*
Hasta 20 años	203	75.15	15.05	55.86*	20.24*	64.95	11.15	62.31*	15.41*	62.81	21.81	81.18	19.15	62.02	12.48	73.00	11.46	66.94*	8.11*
Cursos de Actualización																			
Si	431	75.14	14.82	50.16	21.35	64.15	10.66	60.57	15.41	64.15	20.76	80.00	19.25	62.25	13.22	72.52	11.53	65.97	8.07
No	20	71.25	13.94	48.50	19.81	63.50	9.75	59.40	13.32	60.00	18.06	78.00	12.81	65.00	13.18	72.50	11.18	64.63	7.88
Presentación ENARM																			
>=1 vez	285	75.04	15.15	51.82*	21.94*	64.51	10.67	61.50	15.23	63.09	21.12	80.21	19.89	62.70	13.08	72.81	11.75	66.35	8.15
Ninguna	166	74.85	14.20	47.11*	19.79*	63.46	10.51	58.82	15.34	65.48	19.77	79.40	19.38	61.81	13.45	72.02	11.08	65.15	7.86
Antigüedad en empleo																			
+ de 7 años	233	73.69	15.30	46.05*	21.53*	63.76	10.63	59.42	15.37	64.12	20.03	79.23	20.28	62.88	14.56	72.19	11.62	65.04*	8.38*
Hasta 7 años	218	76.33	14.13	54.40*	20.16*	64.52	10.60	61.69	15.18	63.81	21.33	80.64	19.05	61.83	11.61	72.87	11.39	66.83*	7.62*
Pacientes por jornada																			
>15	298	74.65	15.49	49.87	21.49	63.93	11.30	61.41	15.74	64.23	21.29	79.60	20.82	61.85	13.94	71.80	12.13	65.83	8.78
<15	153	75.59	13.35	50.52	20.89	64.51	9.15	58.77	14.32	63.46	19.38	80.52	17.31	63.40	11.65	73.92	10.06	66.05	6.45
Ingresos actuales																			
<\$15,000.00	43	72.56	16.34	49.77	20.53	65.35	12.51	65.21	14.25	67.44	22.16	83.72	16.48	66.51	15.87	73.60	13.47	67.64	9.70
>\$15,000.00	407	75.18	14.61	50.20	21.35	63.98	10.41	60.00	15.36	63.64	20.49	79.46	19.97	61.97	12.85	72.41	11.30	65.72	7.87
Material para trabajo																			
Falta material	194	75.23	14.69	51.65	21.41	64.30	11.07	61.07	16.17	62.22	21.49	79.69	21.30	62.01	11.18	72.35	11.70	66.01	8.27
No les falta	257	74.77	14.89	48.91	21.13	63.99	10.28	60.09	14.64	65.29	19.92	80.08	18.41	62.65	14.58	72.65	11.37	65.83	7.91
Paralínicos para trabajo																			
Falta estudio	400	74.89	15.19	50.58	21.48	64.13	10.85	60.85	15.36	63.33	21.02	79.40	20.31	61.78*	13.46*	72.53	11.79	65.88	8.24
No les falta	51	75.59	11.30	46.27	19.28	64.12	8.64	57.88	14.76	69.02	16.76	83.92	13.28	67.06*	10.06*	72.45	9.02	66.11	6.49

*p<=0.25 **Clasificación de Estados de la República Mexicana, según estrato de ventaja relativa. INEGI. 7: Distrito Federal, 6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. 3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.



DISCUSIÓN

Si temas psicosociales como satisfacción laboral no fueran tan importantes en el desempeño de una organización, no hubieran aparecido en el panorama de estudio cuando Teorías como la Administración Científica de Taylor sólo se enfocaban en términos de producción por unidad de esfuerzo humano, cronómetro y producción en masa (78).

Este estudio confirma varios aspectos de la justificación teórica y contraría otros tantos. Dentro de los que si se parecen a lo que está escrito es que los médicos hombres tienden a expresar en menor cantidad su satisfacción laboral que las médicas mujeres (11). Así como su estado civil, el cuál si es una relación de pareja estable, llámese unión libre o casado, según la literatura se presenta como protector para la insatisfacción laboral (13), hallazgo que se confirma en esta investigación sólo en el rubro de tensión relacionada con el trabajo. Otro aspecto que se confirma es que si un médico tiene mayor edad tiende a tener mayor nivel de satisfacción laboral, lo cual se explica tal vez por su experiencia en el campo, característica que a su vez es finita y está ya medido y comprobado que pasar más de 7 años trabajando en atención primaria disminuye la satisfacción laboral del empleado (13), hallazgo que también se confirma en esta muestra de médicos mexicanos. En cuanto a factores académicos que concuerdan también con lo descrito en la literatura, se encuentra la importancia que tienen los cursos de actualización para los médicos y su satisfacción laboral, pues esto les fue designado por la Universidad desde antes de su ingreso como característica obligatoria, tal vez por ello han tratado de cumplirlo a través de los años. En este punto cabe hacer mención de que ellos consideraron las sesiones generales de sus unidades de salud como cursos de actualización, lo que aumentó de manera considerable la puntuación de este rubro y sin por ello garantizar la calidad del aprendizaje renovado ni reforzado. En cuanto al tan afamado y temido por varios Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) la mayor parte de los médicos generales del estudio refiere no haber cambiado de especialidad solicitada a pesar de no haber aprobado y en relación al cual hay mayor tensión relacionada con el trabajo si es que lo han presentado sin aprobar una o más veces, lo que se asemeja a lo descrito en la literatura, los médicos son hombres y mujeres “de retos” (9). En cuanto a las especialidades más solicitadas en el ENARM se confirman también tanto las estadísticas como el conocimiento general entre los médicos generales, pues en esta muestra el Bloque I que está conformado por las especialidades de Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello, Traumatología y ortopedia fue el más solicitado la última vez que los médicos de este estudio presentaron el examen.

Entre los datos que la literatura establece que no se cumplen en esta investigación están: que en Inglaterra el mayor factor asociado descontento en la práctica laboral es la alta carga de trabajo (17), conocimiento que en este estudio se mantiene sin relevancia estadística, pues se les preguntó a los médicos por la cantidad de pacientes atendidos por jornada de trabajo sin obtener un resultado significativo. Tal vez esta variable tenga relevancia para consecuencias de la insatisfacción laboral crónica no atendida, tales como el Síndrome de Burnout en donde se ha visto un vínculo más sólido. Así mismo, dentro del estudio antes mencionado se establece que los factores personales forman sólo una pequeña parte de la variabilidad en el nivel de satisfacción de los médicos de atención primaria, conocimiento



que en este estudio cambia al encontrar estadísticamente significativas variables de orden personal para la satisfacción laboral del médico mexicano en distintas áreas. Variables que aumentan la satisfacción laboral como son ser mujer, tener más de 49 años, contar con una relación estable, tener estados de nacimiento poco favorecidos en la escala de ventaja relativa socioeconómica, tener una vivienda propia o en su defecto no pagar más del 30% mensual por concepto de renta, no tener dependientes económicos y contar con padres que tengan educación mayor a la educación básica.

Otro dato que puede resultar sorprendente dadas las condiciones económicas de nuestro país, es que factor económico no ocupa un lugar relevante para la conformación de la satisfacción laboral de los médicos generales. Dado que este factor se encuentra como valioso en algunas investigaciones internacionales y en otras no, no se tenía clara la relevancia que tendría en nuestro país, de tal modo que al compararlo con todas las dimensiones componentes de satisfacción laboral en el instrumento utilizado, resultó no tener relevancia en ninguna de estas; contrario a lo que sucede en este país que está mayoritariamente conformado por organizaciones que creen que la satisfacción estará vinculada a un buen cheque cada quince días o cada mes, y por lo tanto descuidan de manera total o casi total, los demás aspectos con los que sí se vincula la satisfacción laboral en el medio sanitario.

Un dato interesante que además arrojó esta investigación y que remarca la codependencia familiar de la cultura mexicana fue que los médicos son sostén económico de varios desde nietos y sobrinos, hasta cuñados y perros.

Otro dato que debería ser de conocimiento y ocupación nacional además de parte de las agendas de las autoridades sanitarias, que también se confirma en este estudio, es que no hay tamizaje en atención primaria para enfermedades mentales y mucho menos medicamento para tratarlas así como los médicos declararon. Si bien es sabido que un centro de salud no es el lugar para tratar padecimientos mentales, también es cierto que cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas a saber: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo (79) y que este tipo de trastornos sólo por su alto nivel de prevalencia son de aparición constante en el consultorio de un médico general, que además de subdiagnosticarlos no cuenta con las herramientas medicinales necesarias pues la institución no se las brinda nunca, casi nunca o a lo más, la mitad de las veces. Esto tal vez tenga que ver con que este tipo de trastornos no se consideran motivos de consulta por parte de pacientes y algunos médicos lo que dificulta aún más su detección y tratamiento. De tal forma que los pacientes que vencen estigmas sociales y miedos internos, al sentir la necesidad de tratar su enfermedad el 54% primero pide ayuda a sus amigos y familiares (79) situación que además confirma la importancia de las redes de apoyo social mencionadas también como importantes para el médico general en este mismo documento. Tema de otro trabajo será que prevalencia de estos padecimientos neuropsiquiátricos en médicos generales activos, pues así como la importancia de las redes de apoyo social es compartido entre médicos y pacientes, estas comorbilidades tampoco distinguen entre tipos de actividad laboral, más aún si



consideramos los factores predisponentes con los que cuenta la práctica de la medicina en sí misma.

Como buenos seguidores del Modelo Flexneriano, este estudio confirmó que los médicos generales valoran más contar con acceso a estudios paraclínicos tales como son glucosa capilar, examen general de orina o biometría hemática durante la consulta, que contar con material para realizar clínica como estuche de diagnóstico, baumanómetro o estetoscopio. Situación que no se le puede criticar del todo al gremio médico, pues comparte responsabilidad con los profesores de educación médica, medios de comunicación y publicidad, mercados privados de servicios médicos y sociedad en general, pues ya es de conocimiento general que se tengan que solicitar estudios, cuando son únicamente auxiliares diagnósticos.

Como en tiempos de la Administración Científica de Taylor, esta revisión teórica encontró que el sistema de salud sólo se fija metas de cantidad de producción (de consultas, de unidades hospitalarias, etc.) omitiendo la existencia de características interpersonales y medio ambientales que por naturaleza inherente al ser humano influyen en su actividad laboral.

Encontré y fundamenté también que el médico general está subvalorado, algo que ya se ha mencionado a lo largo del texto pero que en esta ocasión se va a ampliar mencionando que no es algo individual o acotado sólo a los médicos generales del país, pues todos los médicos que brindan atención primaria en México enfrentan esta misma realidad, esto tal vez tenga que ver con el alcance del conocimiento que se tenga en la sociedad en general sobre la atención primaria, pues no siempre es sabido que el médico general está capacitado para resolver hasta el 85% de las patologías que se presentan en el ámbito de su competencia (1), menos cuando el promedio de escolaridad del país es de 8.6 años(74), así con ese nivel de cultura las personas se dejan llevar por lo que dicen los medios de comunicación y por las fuerzas del mercado privado en salud, farmacéuticas, laboratorios, medicinas alternativas y otros.

A propósito de la subvaloración del médico general, esta investigación encontró que los médicos que no encuentran empleo en su campo de conocimiento, han sido empleados del sector agrario, refresqueras, sector bancario, seguridad privada, metalúrgicas y comunicaciones antes de ingresar a su puesto de trabajo actual; lo que confirma el fenómeno denominado "subempleo médico" previamente descrito por el Dr. Nigenda G. (19) y sustentado en este mismo documento.

Otro aspecto importante a considerar es que la ubicación laboral del médico general no podrá ser bastante diferente a lo que es hoy, hasta que se pongan en marcha acciones intersectoriales, pues tan sólo en el Distrito Federal así como mayor cantidad de médicos, hay mayor cantidad de tecnología, hospitales de enseñanza e institutos especializados, si al área médica se refiere, y hay mayor cantidad de sitios recreativos, instituciones educativas, caminos y transportes si a otras áreas no médicas se refiere; siendo así y dado el contexto



teórico que se revisó hay muchas modificaciones que hacer antes de poder distribuir recursos humanos en salud.

Una variable que fue relevantemente inesperada y susceptible de discusión también es que en servicio hay médicos que cuentan hasta con 53 años de haber terminado el servicio social, lo cual además de hacerme pensar si los programas de pensión en la secretaría de salud o sus propios ahorros y afores son tan castigadas como para que un médico tenga que seguir trabajando por tanto tiempo, me hace pensar con qué frecuencia y calidad sus conocimientos se actualizan para poder responder a las necesidades de una población mexicana tan cambiante y demandante como la de la Ciudad de México.

A este respecto me nace la inquietud de resaltar que como único órgano calificado, se le deberían brindar más recursos y difusión a la Academia Nacional de Educación Médica (ANEM) pues serían vitales para una certificación masiva de médicos generales y podría funcionar como un método de control de calidad en atención primaria; además de que unificaría los conocimientos pues existen gran cantidad de Asociaciones que no cuentan con validez oficial.

Por último me gustaría cerrar con una frase del Donabedian A. (80, p. 116): "El grado de calidad de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él.... Y la desmoralización de los mismos es la mayor dificultad a la que tienen que enfrentarse los gestores y directores de centros sanitarios."



10 . LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones metodológicas de esta investigación correspondieron a dos aspectos principales, el primero la construcción del instrumento de recolección de datos, el cual terminó siendo muy disperso para los fines cuantitativos que se buscaban y muy limitado en cuanto al espacio proporcionado a los médicos para responder como en el caso de la pregunta de escolaridad de sus hijos en donde se les limitó a seis sin tomar en cuenta si tendrían más, lo que resultó en una disminución de la fuerza de medición para cada variable; el segundo el proceso de recolección de datos en sí, pues dadas las condiciones de cada centro de salud que generalmente se encontraban saturados de pacientes y las instrucciones expresas que los médicos generales tenían de sus autoridades, de dar prioridad a la consulta sobre participar en la investigación, hubo una cantidad considerable de preguntas sin respuesta distribuidas entre las 104 preguntas totales del cuestionario, lo cual dificultó el análisis y se pudo haber mejorado con un instrumento más conciso.

Así mismo las limitaciones presupuestales económicas y de acceso a otros estados dentro de la misma Secretaría de Salud con las que no contó el estudio, impidieron que se llevara a cabo la idea original de investigar los factores asociados a la distribución geográfica del médico general en México; así al tratar de acotarla al alcance real que teníamos dentro de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, resultó el concepto de "ubicación laboral" el cuál a pesar de que se fundamentó teóricamente, dado que no fue pensado de la manera en que terminó haciéndose, no tuvo ninguna relevancia estadística, por lo que terminó considerándose variable independiente de la variable dependiente satisfacción laboral.

11 . UTILIZACIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación pretende colaborar con las escasas evidencias científicas con las que cuenta el área de recursos humanos para la salud en nuestro país, comenzando por conocer la realidad existente en cada individuo, que lo hace proclive a cierto comportamiento y porqué, para después conocer que determina el actuar de una muestra en cuanto a factores asociados a satisfacción laboral. Así se podrá acercar cada vez más al conocimiento de la naturaleza médicos generales.

Es importante entender y considerar tanto el todo como las partes, en este caso tanto el porqué del comportamiento de estos profesionistas en general, como sus motivos individuales.

Así después de conocer la realidad se podrán vislumbrar las áreas susceptibles de mejora, es decir el nacimiento de futuras políticas de salud en recursos humanos basada en evidencia.



12 . CONCLUSIONES

- No existen en México investigaciones al respecto de recursos humanos en salud, aún menos sobre satisfacción laboral. Necesitamos ver al paciente como ente biopsicosocial, así como al médico general también.
- La atención primaria en salud en México está muy descuidada así como su personal.
- El sistema debería tomar en cuenta la importancia y prevalencia que las enfermedades de salud mental tienen en atención primaria ya que actualmente falta detección, tratamiento oportuno y fármacos disponibles.
- El subempleo médico sigue existiendo, pues médicos generales antes de ingresar a puestos adecuados a su profesión se desempeñan como choferes particulares, empleados de la industria bancaria, del sector agrario, refresqueras, metalúrgicas y comunicaciones.
- La mayor parte de médicos generales (332 de 451) son formados en la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Los factores intrínsecos (del individuo y su familia) asociados a la satisfacción laboral del médico general fueron: género, edad, estado civil, estado de nacimiento, propiedad de vivienda, porcentaje destinado a pago de renta, dependientes económicos y último grado de estudios de los padres.
- Los factores extrínsecos (académicos y laborales) asociados a la satisfacción laboral del médico general fueron: satisfacción en el servicio social, años de haber terminado el servicio social, cursos de actualización, haber presentado o no el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, antigüedad laboral y material paraclínico a su disposición al momento de la consulta.
- La proporción de participantes que fueron afectados en las dimensiones: tensión relacionada con el trabajo y presión en el trabajo fueron mayores a todas las demás dimensiones del constructo satisfacción laboral.
- Hay médicos ya muy veteranos trabajando en el sistema, el 55% de la muestra (248 médicos) mencionaron tener de 21 hasta 53 años de haber tenido el servicio social, es decir, su formación académica.
- Los médicos dan mayor importancia a los métodos paraclínicos de diagnóstico que a los clínicos de exploración del paciente, pues no contar con el material clínico de exploración no resultó representativo como para modificar su grado de satisfacción laboral en alguna de sus dimensiones; no contar con paraclínicos por el contrario si les resultó importante en la dimensión relación con sus compañeros.



13 . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Narro J, Ruíz A. El papel del médico general en la atención médica en el México Actual. *Gac Med Mex.* 2004; 140(48): S13-S20.
2. Secretaria de salud. Sistema Nacional de Información en Salud [homepage en internet]. México: Distrito Federal; c2010 [actualizado Abril 2014; consultado 18 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/index.html>
3. Cabrera PCE. Satisfacción laboral de los profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. *Rev Med IMSS.* 2004; 42(13): 193-98.
4. Diplomado en Gestión para el Desarrollo Humano en las Organizaciones; 28 de Noviembre de 2006. Chía-Colombia: Feris Levy T, Castro Suárez M; Universidad de la Sabana. 2006. P. 1-40.
5. Barraza MA, et al. Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Universidad pedagógica de Durango.* 2007; 6: 63-73.
6. Pérez BJ, Fidalgo VM. Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Nota técnica preventiva del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. 1999; NTP 394.
7. Caballero RK. El concepto de "Satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza. *Profesorado revista de curriculum y formación del profesorado.* 2002; 6(1-2): 1-10.
8. Bonillo MD, Nieto GFJ. La satisfacción laboral como elemento motivador del empleado. *Universidad de Huelva.* 2002; 11: 189-200.
9. Contribuciones a las Ciencias Sociales. [home page] Málaga: Universidad de Málaga; c2010 [actualizada Julio 2010, consultada Julio 2013]. Disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm>
10. Van Ham I. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* 2006; 12: 174-180
11. Olarte VML. Los determinantes de la satisfacción laboral: una revisión teórica y empírica [tesis]. Bogotá: Universidad Jorge Tadeo Lozano. Facultad de Ciencias Económicas; 2011.
12. Shi L, Song K, Rane S. Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. *Primary Health Care Research & Development.* 2014; 15(48): 46-57.
13. Sobreques J, et al. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(4):227-33.
14. Kootze T, Cooper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in hospital of the Limpopo province of South Africa? *Rural Remote Health.* 2006; 6(581): 1-16.
15. Cetina-Tabares RE, et al. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006; 44(13): 535-540.
16. Lambrou P. et al, Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health.* 2010; 8(62): 1-9.
17. Sibbald B., Bojke C. & Gravelle H. National Survey job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ.* 2003; 326 (7379): 1-4.
18. Götz K, Broge B., Willms S. et al. [La satisfacción laboral de los médicos generales] [Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern]. *Med Klin.* 2010; 105(25): 767-771.



19. Nigenda LG, Ruíz J. Formación, empleo y regulación de los Recursos Humanos para la Salud. Bases para su planeación estratégica. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2010.
20. Aranda C, Pando M. Apoyo social laboral y extralaboral en los médicos familiares que laboran para dos instituciones de salud en Guadalajara, México. Rev Chil Salud Pública. 2006; 10(54): 85-92.
21. Petra-Micu I, et al. Análisis de la estructura familiar en un grupo de médicos internos de pregrado en la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(1): 75-80.
22. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human resources for health. 2003;1(10): 1-12.
23. Abramzón CM. Recursos Humanos en Salud en Argentina. Bases para la creación de una agenda. Buenos Aires Argentina: Organización Panamericana de la Salud. (2005).
24. Sudhir A, et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. Lancet. 2008; 372(9651): 1774-1781.
25. Russo G, et al. What influences national foreign physicians geographic distribution? An analysis of medical doctors residence location in Portugal. Human Resources for Health. 2012; 10(10): 1-22.
26. Mathews M, et al. A qualitative study of factors influencing different generations of Newfoundland and Saskatchewan trained physicians to leave a work location. Human Resources for health. 2012; 10(15): 1-13.
27. Pong RW. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. Human resources for health. 2008; 6(20): 1-9.
28. Kanchanachitra C. LM, et al. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. Lancet. 2011; 377(9767): 769-781.
29. Thoresen SHY, Fielding A. Inequitable distribution of human resources for health: perceptions among Thai healthcare professionals. Quality in Primary Care. 2010; 18 (48): 49-56.
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México de un vistazo 2012. Aguas Calientes México; 2012.
31. Levy PMA, Pichardo PS. Los médicos de farmacias similares ¿Degradación de la profesión médica? .POLIS. 2012; 8(48): 143-175.
32. Frenk MJ, et al. Políticas de formación y empleo de médicos en México 1917-1988. Salud Publica Mex. 1990; 32(4): 440-448.
33. Casas-Patiño D, Reséndiz-Rivera S, Casas I. Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. Boletín mexicano de historia y filosofía de la medicina. 2009; 12(48): 9-13.
34. González-Pier E, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Publica Mex. 2007; 49(48): S37-S52.
35. Narro RJ; Medicina Familiar, En: "La salud en México, testimonios 1998". Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol.2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.



36. Nigenda LG, Orozco E, Ruíz A. Reporte trabajo de compilación y análisis de información cualitativa sobre recursos humanos para la salud en México. Proyecto OCDE/Fudsalud. 2003: 1-17.
37. Matahuer I, Imhoff I. health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. Human Resources for Health. 2006; 4(20):1-17.
38. De la Madrid R. Reporte sobre la discriminación en México 2012 Salud y Alimentación. México; Distrito Federal: Consejo Nacional para prevenir la discriminación; 2012: colección ISBN 978-607-7514-64-0
39. Vandale TS et al. Hacia una definición operativa de proceso salud-enfermedad. Educ Med Salud. 1984; 18(54): 150-164.
40. Organización Mundial de la Salud [homepage en internet]. Suiza: Ginebra; c2014 [actualizada 2014; consultada 15 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
41. Secretaría del trabajo y previsión social. UNAM. Sistema de información jurídico laboral [homepage en internet]. México: Distrito Federal; c1998 [actualizado 1998; consultado 18 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/250/5.htm>
42. Gómez DO, et al. Sistema de Salud de México. Salud Publica Mex. 2011; 53(54): 220-232.
43. Secretaría de salud. Seguro Popular [homepage en internet]. México; Distrito Federal; c2014 [actualizado 2014; consultado 18 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/>
44. Secretaría de desarrollo social [homepage en internet]. México: Distrito Federal; c2010 [actualizado Octubre 2013; consultado 19 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/>
45. El Banco Mundial. Grupo del Banco Mundial [homepage en internet]. Washington: USA; c2014 [actualizado 2014; consultado 18 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>
46. European Comission. Health and Consumers. Expert panel on effective ways of investing in Health [homepage en internet]. European Commission: Bruselas; c2014 [actualizada 01 de Agosto 2014; consultada 15 Agosto 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm
47. Organización Panamericana de la Salud & Programa Universitario México Nación Multicultural. indígenas e indicadores de salud. Primera edición. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
48. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuario 2011 Información epidemiológica de morbilidad versión ejecutiva [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud; 2011. [accesado 10 de Septiembre 2014]. Disponible en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/ver_ejecutiva_2_011.pdf
49. Franco PC, Woodworth M, Rodríguez MAJ. Las enfermedades desatendidas en Latinoamérica. Un círculo vicioso entre pobreza y salud. 2007; 5(4); 173-177.
50. Salazar UP. Ciudadanía, derechos sociales y derecho a la salud. P.e. México; Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
51. López RH. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto [monografía en internet]. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2009. [accesado 30 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.amai.org/NSE/NivelSocioeconomicoAMAI.pdf>



52. Cortés RE, Ruiz CA. Guía de carreras UNAM. 6a ed. México: Dirección general de orientación y servicios educativos UNAM. 2013.
53. Anuario estadístico 2003 licenciaturas, universidades e institutos tecnológicos población escolar por entidad, institución, escuela y carrera. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, editor. México; Distrito Federal; 2003
54. Cruz MA. Perfil demográfico modifica tipo de residencias médicas. La jornada. 22 de Octubre de 2010; Sec. Sociedad y justicia: 43.
55. World Federation for Medical Education [homepage en internet]. Dinamarca: University of Copenhagen; c2014 [actualizada 2014; consultado 14 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.wfme.org/about>
56. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior [homepage en internet]. México: Distrito Federal; c2010 [actualizada 2014; consultada 14 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.copaes.org.mx/home/Inicio.php>
57. Facultad de Medicina Instituto de Investigaciones Biomédicas. Plan de estudios combinados en medicina PECCEM [monografía en internet]. México: Distrito Federal; 2009 [accesado 15 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/fm/pecem/docs/PECCEM.pdf>
58. Facultad de Medicina [homepage en internet]. México: Distrito Federal; c2014 [actualizado 2014; consultado 19 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/>
59. Leyva HE. et al. Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Compendio planes de estudio y normas operativas. 2011; 1: 13-95.
60. Organisation for Economic Co-operation and Development [homepage en internet]. París; Francia; c2014 [actualizado 2014; consultado 20 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/>
61. Salgado JF, et al. Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME. *Psicothema*. 1996; 8(54): 329-335.
62. Hernández PJ, et al. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E. S. E. Hospital San Antonio de Soata. *Salud historia sanidad*. 2010; 5(54): 1-22
63. Rosales JJE, et al. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de especialidades médico quirúrgicas*. 2005; 10(1): 25-36.
64. Fernández SM MI. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 de INSALUD de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2000; 74 (54): 197-147.
65. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260 (10): 1743-1748.
66. Sandoval Miranda L. G., Reducindo Vázquez R. & Islas García A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16(4): 221-228
67. Guevara C. A., Henao D. P., & Herrera J. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali 2002. *Colombia Medica*. 2004; 35: 173- 178.



68. Juárez-García A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Publica Mex.* 2006; 49(54): 109-117.
69. Hernández-Tezoquipa I, et al. Autocuidado en profesionistas de la salud y profesionistas universitarios. *Acta Universitaria.* 2003; 13(13): 26-32.
70. Grau A., Flichtentrei D. & Suñer R. et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Publica.* 2009; 83: 215-230.
71. Hernández-Vargas CI, et al. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM.* 2008; 51(48): 11-14.
72. Agudelo CCA, et al. Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia). *Archivos de Medicina (Col).* 2011; 11 (54): 91- 100.
73. 74. Ríos HF, Schonhaut BL. Atención primaria de salud: factores de desmotivación y estabilidad laboral de médicos generales. *Revista clínica de medicina de familia.* 2008; 2(12): 378-385.
74. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [homepage en internet]. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática México clasificación de entidades federativas regiones socioeconómicas de México; c2014 [actualizada 2014, consultada 25 Julio 2014]. Disponible en <http://sc.inegi.gob.mx/niveles/index.jsp>
75. López RH. Asociación Mexicana de Agencias Investigación de Mercados y Opinión Pública AMAI Nivel socioeconómico [monografía en internet]. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2008. [accesado 30 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf>
76. Centro de Estudios de Finanzas Públicas. Perfil Socioeconómico de Distrito Federal. Palacio legislativo de San Lázaro: H. Congreso de la unión Cámara de Diputados; 2009. CEFP/037/2009
77. Fernández SM MI. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 1995; 69 (13): 487-497.
78. De la Rosa AA. Teoría de la Organización y Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional [tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Departamento de Economía, 2002.
79. Medina et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.* 2003; 26 (4): 1-16.
Donabedian A. La dimensión internacional de la evolución y garantía de calidad. *Salud Pública Mex.* 1990; 32: 113-117.

ANEXOS

Anexo 1. Operalización de las variables

I. PERSONALES

1a. Del individuo **Variable: Sexo**



Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Sexo autorreportado	*Dos sexos	* Masculino * Femenino
Variable: Edad			
Cuantitativa discreta	Edad autorreportada	*Años	*hasta 49: Adulto joven *>49: Adulto maduro y adulto mayor
Variable: Estado civil			
Cualitativa nominal	Estado civil autorreportado	*Soltero *Casado *Unión libre *Separado *Divorciado *Viudo	*Soltero: soltero separado, divorciado, viudo *Casado: casado, unión libre
Variable: Lugar de nacimiento			
Cualitativa nominal	Entidad federativa de nacimiento autorreportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
Variable: Lugar de nacimiento			
Cualitativa nominal	Delegación de nacimiento autorreportado	*Delegación por porcentaje de pobreza patrimonial. CEFP.	*1: Benito Juárez *2: Miguel Hidalgo, Coyoacán. *3: Azcapozalco, Cuauhtémoc, Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Tlalpan. *4: GAM, Venustiano Carranza, Iztacalco, Xochimilco, Magdalena Contreras. *5: Iztapalapa, Tláhuac, Milpa Alta.
Variable: Lugar residencia/ trabajo			
Cualitativa nominal	Delegación de residencia en relación con delegación donde trabaja autorreportado	*Médico que vive en la misma delegación en donde trabaja	*Si *No
Variable: Propiedad de vivienda			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Propiedad de vivienda reportado	*Médico con vivienda	*Propia *Rentada *Otro
Variable: Porcentaje de sueldo a pago de renta			
Cualitativa nominal	Porcentaje de sueldo a	*Médico que destina cierto	*Hasta 30%



	renta autorreportado	porcentaje de sus sueldo al pago de la renta de su vivienda	*Más del 30%
Variable: Valores agregados y diferenciadores AMAI (INEGI). Servicio doméstico			
Cualitativa nominal dicotómica	Servicio doméstico autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*Si *No
Variable: Tecnología y entrenamiento AMAI (INEGI). Numero de TV a color			
Cuantitativa discreta	Numero de TV a color autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Tecnología y entrenamiento AMAI (INEGI).Numero de DVD			
Cuantitativa discreta	Número de DVD autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Tecnología y entrenamiento AMAI (INEGI). Computadora			
Cuantitativa discreta	Posesión de computadora autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Infraestructura práctica AMAI (INEGI). Número de focos			
Cuantitativa discreta	Número de focos autorreportados	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Infraestructura práctica AMAI (INEGI). Número de autos			
Cuantitativa discreta	Numero de autos autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Infraestructura práctica AMAI (INEGI). Microondas			
Cualitativa nominal dicotómica	Posesión de microondas autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*Si *No
Variable: Infraestructura práctica AMAI (INEGI). Estufa			
Cualitativa nominal dicotómica	Posesión de estufa autorreportado	*Médico que cuenta con el electrodoméstico mencionado	*Si *No
Variable: Infraestructura sanitaria AMAI (INEGI). Baños			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cuantitativa discreta	Número de baños autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4



Variable: Infraestructura básica AMAI (INEGI). Tipo de piso			
Cualitativa nominal dicotómica	Tipo de piso autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*Tierra o cemento *Otro
Variable: Infraestructura básica AMAI (INEGI). Número de habitaciones			
Cuantitativa discreta	Número de habitaciones autorreportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*0 *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: Infraestructura sanitaria AMAI (INEGI). Regadera			
Cualitativa nominal dicotómica	Poseción de regadera autorreportada	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*Si *No
Variable: Capital humano del jefe de familia AMAI (INEGI)			
Cualitativa ordinal	Capital humano del jefe de familia reportado	* Tabla de variables integradoras de la regla 13 x 6	*Instrucción básica: sin instrucción, primaria, secundaria *Instrucción mayor: carrera técnica, preparatoria, licenciatura, posgrado
Variable: Cohabitanes			
Cualitativa nominal	Tipos de cohabitantes reportados	*Nadie *Hijos, cuántos *Pareja *Padre *Madre *Hermanos, cuántos *Otros	*Familia de origen *Familia propia *Otros
Variable: Dependientes económicos			
Cualitativa nominal	Tipos de dependientes económicos reportados	*Nadie *Hijos, cuántos *Pareja *Padre *Madre *Hermanos, cuántos *Otros	*Familia de origen *Familia propia *Otros
Variable: Hijos			
Cuantitativa discreta	Hijos autorreportados	*Médico que tiene hijos	*Ninguno *1 *2 *3 *4 *>4

Variable: Edades de hijos			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cuantitativa discreta	Edades de hijos autorreportados	*Hijo 1 *Hijo 2 *Hijo 3 *Hijo 4	*<37 SDG recién nacido prematuro *0-28 días RN a término *1mes – 2 años lactantes y niños de corta edad *2-5 años preescolar *6-11 años escolar *12-14 años adolescencia



			temprana *15-19 años adolescencia tardía *>19 años adulto
--	--	--	--

I. PERSONALES

Ib. De su familia

Variable: *Número de hermanos que tiene			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cuantitativa discreta	Número de hermanos reportado	*Médico que tiene hermanos	*Ninguno *1 *2 *3 *4 *>4
Variable: *Es hijo primogénito			
Cualitativa nominal	Progenitura	*Médico como hijo primogénito	*Si



	autorreportada		*No
Variable: Último grado de estudio de sus hermanos			
Cuantitativa discreta	Ultimo grado de estudios de sus hermanos reportado	*0 *1 *2 *3 *4 *5 *6	*Instrucción básica: sin instrucción, primaria, secundaria *Instrucción mayor: carrera técnica, preparatoria, licenciatura, posgrado
Variable: *Estado de origen de la madre			
Cualitativa nominal	Estado de origen de la madre reportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
Variable: *Estado de residencia de la madre			
Cualitativa nominal	Estado de residencia de la madre reportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
Variable: *Estado de origen del padre			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Estado de origen del padre reportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas,



			Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
--	--	--	---

Variable: *Estado de residencia del padre			
Cualitativa nominal	Estado de residencia del padre reportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.

Variable: *Último grado de estudios de la madre			
Cualitativa ordinal	Ultimo grado de estudios de la madre reportado	*0 *1 *2 *3 *4 *5 *6	*Instrucción básica: sin instrucción, primaria, secundaria *Instrucción mayor: carrera técnica, preparatoria, licenciatura, posgrado

II. PROFESIONALES

Ila. Académicos

Variable: Universidad en la que estudió Medicina			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Universidad de formación médica autorreportado	*Médico que estudió en determinada universidad	*Médico formado en la UNAM cualquiera de sus campus *Médico formado en otra universidad

Variable: Tipo de institución de formación			
Cualitativa nominal	Tipo de institución de formación autorreportado	*Médico que estudió en institución de determinado tipo	*Pública *Privada



Variable: Estado de formación universitaria			
Cualitativa nominal	Estado de formación universitaria autorreportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.

Variable: Hospital donde realizó el internado			
Cualitativa nominal	Hospital donde realizó el internado autorreportado	*Médico que realizó su internado médico de pregrado en un hospital de determinado nivel de atención	*Segundo nivel *Tercer nivel

Variable: Tipo de institución donde realizó el internado			
Cualitativa nominal	Institución donde realizó el internado autorreportado	*Médico que realizó su internado médico de pregrado en determinada institución	*Cruz Roja *Cuba *IMSS *ISSSTE *Marina *Policía bancaria *Privada *SS *UAM *UAP *UNAM

Variable: Estado donde realizó el internado			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Estado donde realizó el internado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí,



			Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
--	--	--	---

Variable: *Nivel de satisfacción autoevaluada durante el año de internado			
Cualitativa ordinal	Nivel de satisfacción durante el internado autorreportada	*Médico con determinado nivel de satisfacción durante el internado expresada	*1, 2 y 3: Indiferencia e insatisfacción *4 y 5: Satisfacción

Variable: *Centro de salud donde realizó el servicio social			
Cualitativa ordinal	Centro de salud donde realizó el internado autorreportado	*Médico que realizó el servicio social en determinado centro de salud	*Rural *Urbano

Variable: *Otro sitio donde realizó el servicio social			
Cualitativa ordinal	Otro sitio donde realizó el servicio social autorreportado	*Médico que realizó el servicio social en determinado lugar	*Universidad *Empresa

Variable: Tipo de institución donde realizó el servicio social			
Cualitativa nominal	Tipo de institución donde realizó el servicio social autorreportado	*Médico que realizó su servicio social en determinada institución	*Cruz Roja *Cuba *IMSS *ISSSTE *Marina *Policía bancaria *Privada *SS *UAM *UAP *UNAM

Variable: Estado donde realizó el servicio social			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Estado donde realizó el servicio social	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz,



			Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
--	--	--	--

Variable: *Nivel de satisfacción autoevaluada durante el año de servicio social			
Cualitativa ordinal	Nivel de satisfacción durante el servicio social autorreportado	*Médico con determinado nivel de satisfacción durante el servicio social expresada	*1, 2 y 3: Indiferencia e insatisfacción *4 y 5: Satisfacción

Variable: *Tiempo desde el término del servicio social			
Cuantitativa discreta	*Tiempo desde el egreso autorreportado	*Médico que terminó su servicio social hace determinados años	*Hasta 20 años *Más de 20 años

Variable: *Cursos de actualización después de terminada la carrera			
*Cualitativa nominal	*Formación curricular adicional autorreportada	*Médico que ha tomado cursos de actualización que duren una semana o más de 40 hrs	*Si *No

Variable: *Cursos de actualización durante el último año			
Cualitativa nominal	*Formación curricular adicional autorreportada	*Médico que tomó determinado tipo y cantidad de cursos durante el último año	*Cursos monográficos *Seminarios *Congresos *Diplomados *Talleres *Otros

Variable: *Ha presentado ENARM			
*Cualitativa nominal	*Antecedente de presentación de ENARM autorreportado	* Médico que ha presentado el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas para cursar estudios de especialidad	*Si *No

Variable: *Número de ENARM presentados con año de presentación			
*Cuantitativa discreta	*Número de ENARM presentados autorreportados	* Médico que ha presentado el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas para cursar estudios de especialidad determinado número de ocasiones en determinados años	*Ninguna *1- año *2- año *3- año *4- año *5- año

Variable: *Cambios de especialidad solicitada desde el primer ENARM			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
*Cualitativa nominal	*Cambios de especialidad solicitada desde el primer ENARM autorreportada	*Médico que ha cambiado de especialidad solicitada como aspirante del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas desde la primera vez que lo solicitó	*Si *No

Variable: *Bloque de donde solicitó especialidad durante e ENARM la última vez			
*Cualitativa nominal	*Bloque de donde solicitó especialidad durante e ENARM la última vez autorreportado	*Médico que solicitó determinado bloque de especialidad en su última presentación de Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas	*Bloque I: Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello, Traumatología y ortopedia * Bloque II: Anestesiología, Genética médica, Medicina interna, Pediatría,



			<p>Psiquiatría, Medicina de urgencias, Geriatría y Neumología</p> <p>*Bloque III: Epidemiología, Medicina familiar, Medicina integrada, Salud pública, Calidad en la atención clínica, Medicina del trabajo y ambiental</p> <p>*Bloque IV: Anatomía patológica, Medicina de rehabilitación, Medicina legal, Patología clínica, Imagenología diagnóstica y terapéutica, Audiología, otoneurología y foniatría y Radio oncológica.</p>
--	--	--	--

II. PROFESIONALES

IIc. Laborales Empleo anterior

Variable: Antes de este empleo laboraba en algún otro lugar			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Antecedente de empleo antes del empleo actual autorreportado	*Médico que tenía un empleo previo a este trabajo	*Si *No
Variable: Estado donde trabajaba previamente			
Cualitativa nominal	Estado donde trabajó anteriormente a este empleo autorreportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	<p>*7: Distrito Federal</p> <p>*6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo.</p> <p>*3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí,</p>



			Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.
Variable: Hospital u otro donde trabajaba anteriormente			
Cualitativa nominal	Lugar donde trabajo anteriormente autorreportado	*Médico que trabajó en determinado lugar previamente a este empleo	*Hospital *Centro de salud *Otro
Variable: Tipo de institución donde trabajó anteriormente			
Cualitativa nominal	Tipo de institución donde trabajó autorreportado	*Médico que trabajó en institución de determinado tipo previo a este empleo	*Pública *Privada
Variable: *Antigüedad laboral en el empleo anterior			
Cuantitativa discreta	*Antigüedad laboral en el empleo anterior autorreportado	*Médico que trabajó determinado tiempo en su empleo anterior	*Hasta 7 años *Más de 7 años
Variable: *Horas al día que trabajaba de Lunes a Viernes			
Cuantitativa discreta	*Horas que trabajaba autorreportado	*Médico que trabajaba determinado número de horas en su empleo anterior de lunes a viernes	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs
Variable: *Horas al día que trabajaba sábado y domingo			
Cuantitativa discreta	*Horas que trabajaba autorreportado	*Médico que trabajaba determinado número de horas en su empleo anterior sábado y domingo	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs
Variable: *Jornada productiva por día en su empleo anterior			
Cuantitativa discreta	Jornada productiva por día	*Médico que atendía determinado número de pacientes en su jornada laboral diaria	*Hasta 14 pacientes *15 pacientes y más
Variable: *Ingresos derivados de su empleo anterior al mes			
Cuantitativa discreta	Ingresos mensuales anteriores	*Médico que tenía determinada cantidad de ingresos derivados de su empleo	*Hasta \$15,000 *Más de \$15,000

II. PROFESIONALES

IId. Laborales Empleo actual

Variable: *Antigüedad laboral en el empleo actual			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cuantitativa discreta	*Antigüedad laboral en el empleo actual autorreportado	*Médico que ha trabajado determinado tiempo en su empleo actual	*Hasta 7 años *Más de 7 años
Variable: *Horas al día que trabaja de Lunes a Viernes			
Cuantitativa discreta	*Horas que trabaja actualmente autorreportadas	*Médico que trabaja determinado número de horas en su empleo actual de lunes a viernes	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs
Variable: *Horas al día que trabaja sábado y domingo			
Cuantitativa discreta	*Horas que trabaja actualmente autorreportadas	*Médico que trabaja determinado número de horas en su empleo actual sábado y domingo	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs
Variable: *Jornada productiva por día en su empleo actual			
Cuantitativa discreta	Jornada productiva por día	*Médico que atiende determinado número de pacientes en su jornada	*Hasta 14 pacientes *15 pacientes y más



		laboral diaria	
--	--	----------------	--

Variable: *Población que le corresponde atender según su delimitación geográfica			
Cuantitativa discreta	Pacientes que le corresponde atender según su delimitación geográfica	*Médico que conoce cuánta población le corresponde atender según su delimitación geográfica	*Desconoce * <1,000 habitantes por médico * >1,000 habitantes por médico

Variable: *Ingresos derivados de su empleo actual al mes			
Cuantitativa discreta	Ingresos mensuales actuales	*Médico que tiene determinada cantidad de ingresos derivados de su empleo actual	*Hasta \$15,000 *Más de \$15,000

Variable: *Pluriculturalidad			
Cualitativa nominal	Pluriculturalidad encontrada medida en lenguajes distintos dentro de su lugar de trabajo autorreportada	*Médico que atiende personas que no hablan español dentro de su población de responsabilidad	*Si *No

Variable: *Porcentaje de pluriculturalidad			
Cuantitativa discreta	*Porcentaje de población de responsabilidad que no habla español autorreportada	*Médico que atiende determinado porcentaje de personas que no hablan español dentro de su población de responsabilidad	*1-10% *11-30 *31-50% *>51%

Variable: *Cantidad de población de responsabilidad que considera con alto índice de rezago social			
Cuantitativa discreta	*Cantidad de población de responsabilidad autorreportada que considera con alto índice de rezago social	*Médico que considera que algún porcentaje de su población tiene alto índice de rezago social	*0% *1-10% *11-30 *31-50% *>51%

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Estuche diagnóstico			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de estuche de diagnóstico para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Estetoscopio			
Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de estetoscopio para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Baumanómetro			
Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de baumanómetro para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Báscula para adultos			
Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de báscula para adultos para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Báscula para bebés			



Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de báscula para bebés para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No
---------------------	---	--	------------

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. Estadímetro			
Cualitativa nominal	*Existencia y funcionalidad de material para trabajar	*Médico que confirma existencia y funcionalidad de estadímetro para la consulta proporcionado por la institución.	*Si *No

Variable: *Existencia y funcionalidad de material para realizar su trabajo. General			
Cualitativa nominal	*Existencia de material para trabajar	*Médico que contestó existencia de estuche de diagnóstico, estetoscopio, baumanómetro, báscula para adultos, báscula para bebés y estadímetro para la consulta proporcionado por la institución.	*Les falta algún material *No les falta nada

Variable: *Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Glucosa capilar			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta glucosa capilar.	*Si *No

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Colesterol capilar			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta colesterol capilar.	*Si *No

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Biometría hemática			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta biometría hemática.	*Si *No

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Perfil de lípidos			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta perfil de lípidos.	*Si *No

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Examen general de orina			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta examen general de orina.	*Si *No

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. Hemoglobina glucosilada			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar	*Médico que confirma la posibilidad de solicitar durante la consulta hemoglobina glucosilada.	*Si *No



	paraclínicos		
--	--------------	--	--

Variable: * Puede solicitar paraclínicos al momento de la consulta. General			
Cualitativa nominal	*Existencia los recursos en el momento de la consulta para solicitar paraclínicos	*Médico que contestó posibilidad de solicitar glucosa capilar, colesterol capilar, biometría hemática, perfil de lípidos, examen general de orina y hemoglobina glucosilada durante la consulta.	*Les falta algún estudio *No les falta nada

Variable: *Frecuencia de posibilidades para solicitar. Otros laboratorios			
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de posibilidades de solicitar otros paraclínicos	*Médico que contestó determinada frecuencia de posibilidad de solicitar otros estudios de laboratorio	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre

Variable: *Frecuencia de posibilidades para solicitar. Otros de gabinete			
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de posibilidades de solicitar otros paraclínicos	*Médico que contestó determinada frecuencia de posibilidad de solicitar otros estudios de gabinete	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre

Variable: *Frecuencia de existencia de medicamentos. Anti infecciosos			
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de existencia de medicamentos	*Médico que contestó determinada frecuencia de existencia de antibióticos, antiparasitarios y antifúngicos necesarios para tratar las enfermedades infectocontagiosas que se le presentan.	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre

Variable: *Frecuencia de existencia de medicamentos. Medicamentos enfermedades crónicas			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de existencia de medicamentos	*Médico que contestó determinada frecuencia de existencia de medicamentos necesarios para tratar las enfermedades crónicas que se le presentan.	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre

Variable: *Frecuencia de existencia de medicamentos. Medicamentos para tratar problemas de salud mental			
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de existencia de medicamentos	*Médico que contestó determinada frecuencia de existencia de medicamentos necesarios para tratar los problemas de salud mental que se le presentan.	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre

Variable: *Frecuencia de existencia de medicamentos. Medicamentos para tratar urgencias			
Cualitativa ordinal	*Frecuencia de existencia de medicamentos	*Médico que contestó determinada frecuencia de existencia de medicamentos necesarios para tratar las urgencias que se le presentan.	*1: Nunca *2: Casi nunca *3: La mitad de las veces *4: Casi siempre *5: Siempre



II. PROFESIONALES

IId. Laborales Empleo adicional

Variable: Empleo adicional			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cualitativa nominal	Cuenta con otro trabajo médico autorreportado	*Médico que contestó contar con un empleo adicional con médico en atención directa al paciente	*Si *No
Variable: Hospital donde labora adicionalmente			
Cualitativa nominal	Hospital donde labora adicionalmente autorreportado	*Médico que trabaja en determinado hospital de manera adicional a este empleo	*Segundo nivel *Tercer nivel
Variable: Otro lugar donde labora adicionalmente			
Cualitativa nominal	Otro lugar donde labora adicionalmente a este empleo autorreportado	*Médico que trabaja en determinado lugar que no es un hospital de manera adicional a este empleo	*Universidad *Empresa
Variable: Institución donde labora adicionalmente			
Cualitativa nominal	Tipo de institución donde labora adicionalmente autorreportado	*Médico que trabaja en determinada institución de manera adicional a este empleo	*Cruz Roja *Cuba *IMSS *ISSSTE *Marina *Policía bancaria *Privada



			*SS *UAM *UAP *UNAM
--	--	--	------------------------------

Variable: Estado donde trabajaba adicionalmente			
Cualitativa nominal	Estado donde labora adicionalmente autorreportado	*Estado clasificado por estrado de ventaja relativa. INEGI	*7: Distrito Federal *6-4: Aguas Calientes, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Querétaro, México, Morelos, Yucatán y Quintana Roo. *3-1: Durango, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Tabasco y Campeche.

Variable: *Antigüedad laboral en el empleo adicional			
Cuantitativa discreta	*Antigüedad laboral en el empleo adicional autorreportado	*Médico que ha trabajado determinado tiempo en su empleo adicional	*Hasta 7 años *Más de 7 años

Variable: *Horas al día que trabajaba de Lunes a Viernes en su empleo adicional			
Tipo	Medidas	Indicador	Categorías
Cuantitativa discreta	*Horas que trabajaba adicionalmente autorreportado	*Médico que trabajaba determinado número de horas en su empleo adicional de lunes a viernes	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs

Variable: *Horas al día que trabaja sábado y domingo en su empleo adicional			
Cuantitativa discreta	*Horas que trabajaba adicionalmente autorreportado	*Médico que trabajaba determinado número de horas en su empleo adicional sábado y domingo	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs

Variable: *Jornada productiva por día en su empleo adicional			
Cuantitativa discreta	Jornada productiva por día	*Médico que atiende determinado número de pacientes en su jornada laboral diaria	*Hasta 14 pacientes *15 pacientes y más

Variable: *Ingresos derivados de su empleo adicional como médico en atención directa al paciente al mes			
Cuantitativa discreta	Ingresos mensuales actuales adicionales	*Médico que tiene determinada cantidad de ingresos derivados de su empleo adicional	*Hasta \$15,000 *Más de \$15,000

Variable: Fuente de ingresos adicional			
Cualitativa nominal	Fuente de ingresos adicional	*Médico que cuenta con otra fuente adicional de ingresos económicos que no trabaja de manera activa	*Si *No

Variable: *Horas al día que dedica de Lunes a Viernes a su otra fuente de ingresos adicional			
Cuantitativa discreta	*Horas que dedica a su fuente adicional de	*Médico que dedica determinado número de horas a su fuente	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs



	ingresos autorreportado	adicional de ingresos de lunes a viernes	*Hasta 24hrs
--	-------------------------	--	--------------

Variable: * Horas al día que dedica de Sábado y domingo a su otra fuente de ingresos adicional			
Cuantitativa discreta	*Horas que dedica a su fuente adicional de ingresos autorreportado	*Médico que dedica determinado número de horas a su fuente adicional de ingresos sábado y domingo	*Hasta 8 hrs *Desde 8 hasta 12 hrs *Hasta 24hrs

Variable: *Ingresos derivados de su fuente adicional al mes			
Cuantitativa discreta	Ingresos derivados de su fuente adicional de ingresos autorreportado	*Médico que tiene determinada cantidad de ingresos derivados de su una fuente adicional	*Hasta \$15,000 *Más de \$15,000



Anexo 2. Instrumento de recolección de datos



CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES ASOCIADAS A LA UBICACIÓN LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR DEL IMSS Y SS DEL DISTRITO FEDERAL

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer las características personales y profesionales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral del médico de primer contacto.

Por tal motivo agradecemos su valiosa participación al responderlo y le informamos que los datos recabados aquí serán tratados de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por la ley de protección de datos personales y serán utilizados únicamente para fines de investigación.

Folio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Centro de salud: <input type="text"/>	Unidad de Medicina Familiar: <input type="text"/>
Estado: <input type="text"/>		Municipio ó Delegación: <input type="text"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Femenino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> años	Estado civil: <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 3. Unión libre <input type="checkbox"/> 5. Divorciado <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 4. Separado <input type="checkbox"/> 6. Viudo

IA. FACTORES PERSONALES (DEL INDIVIDUO)

1. ¿En qué lugar de la República nació usted?: Estado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Delegación/Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2. ¿Vive en el municipio/delegación donde labora? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	3. ¿Su vivienda es propia o rentada? 1. Propia <input type="checkbox"/> ► Pase a la pregunta 5 2. Rentada <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="text"/>
4. ¿Qué porcentaje de sus ingresos destina al pago de renta? <input type="text"/> <input type="text"/> %	5. ¿Cuenta con persona(s) de servicio doméstico? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Cuántas televisiones a color tiene? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	7. ¿Cuántos DVD tiene? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	
8. ¿Cuántas computadoras tiene (personales y de escritorio)? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	9. ¿Cuántos focos tiene en su casa? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	
10. ¿Cuántos autos tiene? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene usted microondas? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	12. ¿Tiene usted estufa? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
13. ¿Con cuántos baños cuenta su vivienda? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	14. ¿Con qué tipo de piso cuenta su vivienda? 1. Tierra ó Cemento <input type="checkbox"/> 66. Otro <input type="text"/>	
15. ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda? 0. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> >4. <input type="checkbox"/>	16. ¿Su vivienda cuenta con regadera? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
17. ¿Con quién vive? 0. Nadie <input type="checkbox"/> 2. Pareja <input type="checkbox"/> 4. Madre <input type="checkbox"/> 66. Otros <input type="text"/> 1. Hijos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> 3. Padre <input type="checkbox"/> 5. Hermanos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>		
18. ¿Quién depende económicamente de usted? 0. Nadie <input type="checkbox"/> 2. Pareja <input type="checkbox"/> 4. Madre <input type="checkbox"/> 66. Otros <input type="text"/> 1. Hijos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> 3. Padre <input type="checkbox"/> 5. Hermanos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>		



19. ¿Cuántos hijos tiene?

0. Ninguno ▶ Pase a la pregunta 21 2. 4.
 1. 3. >4.

20. ¿Qué edades tiene(n) su(s) hijo(s)?

Hijo 1 años meses Hijo 3 años meses
 Hijo 2 años meses Hijo 4 años meses

IB. FACTORES PERSONALES (DE SU FAMILIA)

21. ¿Cuántos hermanos tiene?

0. Ninguno ▶ Pase a la pregunta 24 2. 4.
 1. 3. >4.

22. ¿Es usted hijo primogénito (a)?

1. Si 2. No

23. ¿Último grado de estudios de sus hermanos?

Hermano 1 Hermano 3 Hermano 5
 Hermano 2 Hermano 4 Hermano 6

0. Sin instrucción 4. Preparatoria
 1. Primaria 5. Licenciatura
 2. Secundaria 6. Posgrado
 3. Carrera técnica

24. ¿De qué estado de la República es/era originaria su madre?

Desconoce

25. ¿En qué estado de la República vive/vivía su madre?

Desconoce

26. ¿De qué estado de la República es/era originaria su padre?

Desconoce

27. ¿En qué estado de la República vive/vivía su padre?

Desconoce

28. ¿Último grado de estudios de su madre?

0. Sin instrucción 4. Preparatoria
 1. Primaria 5. Licenciatura
 2. Secundaria 6. Posgrado
 3. Carrera técnica

29. ¿Último grado de estudios de su padre?

0. Sin instrucción 4. Preparatoria
 1. Primaria 5. Licenciatura
 2. Secundaria 6. Posgrado
 3. Carrera técnica

IIA. FACTORES PROFESIONALES (ACADÉMICOS)

30. ¿En qué Universidad estudió Medicina?

31. ¿Qué tipo de institución es?

1. Pública 2. Privada

32. ¿En qué lugar de la República Mexicana realizó su carrera?

Estado:

33. ¿Dónde realizó su internado?

Hospital:
 Institución:
 Estado:

34. ¿Qué tan satisfactorio le resultó el internado?

Muy insatisfactorio Insatisfactorio Ni satisfactorio ni insatisfactorio Satisfactorio Muy satisfactorio

← 1 2 3 4 5 →

35. ¿Dónde hizo su servicio social?

Centro de salud:
 Otro:
 Institución:
 Estado:

36. ¿Qué tan satisfactorio le resultó el servicio social?

Muy insatisfactorio Insatisfactorio Ni satisfactorio ni insatisfactorio Satisfactorio Muy satisfactorio

← 1 2 3 4 5 →

37. ¿En qué año terminó su servicio social?



CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES ASOCIADAS A LA UBICACIÓN LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR DEL IMSS Y SS DEL DISTRITO FEDERAL

38. Después de la licenciatura ¿Ha tomado cursos de actualización que duren una semana o más de 40 hrs?
 1. Si 2. No ▶ Pase a la pregunta 40

39. ¿Cuántos cursos de actualización ha tomado durante el último año?
 1. Cursos monográficos 4. Diplomados
 2. Seminarios 5. Talleres
 3. Congresos 6. Otros

40. ¿Cuántas veces ha presentado el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)?
 0. Ninguna ▶ Pase a la pregunta 43 2. Año de presentación
 1. Año de presentación 3. Año de presentación 4. Año de presentación
 5. Año de presentación

41. ¿Ha cambiado de especialidad solicitada como aspirante del ENARM alguna vez? 1. Si 2. No

42. Bloque del que solicitó especialidad la última vez que realizó el ENARM

<p>Bloque I <input type="checkbox"/></p> <p>Cirugía General Ginecología y Obstetricia Oftalmología Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Traumatología y Ortopedia</p>	<p>Bloque II <input type="checkbox"/></p> <p>Anestesiología Genética Médica Geriatría Medicina Interna Neumología Pediatría Psiquiatría Medicina de Urgencias</p>	<p>Bloque III <input type="checkbox"/></p> <p>Calidad de la Atención Clínica Epidemiología Medicina de la Actividad Física y Deportiva Medicina del Trabajo y Ambiental Medicina Familiar Medicina Integrada Salud Pública</p>	<p>Bloque IV <input type="checkbox"/></p> <p>Anatomía Patológica Audiología Otoneurología y Foniatria Imagenología Diagnóstica y Terapéutica Medicina de Rehabilitación Medicina Legal Medicina Nuclear Patología Clínica Radio Oncología</p>
---	--	---	--

IIB. LABORALES

EMPLEO ANTERIOR

43. Antes de este empleo ¿Laboraba en algún otro lugar?
 1. Si 2. No ▶ Pase a la pregunta 51

44. ¿En qué estado de la República laboraba?

45. Mencione el lugar donde laboraba anteriormente.
 Hospital:
 Otro:

46. ¿De qué tipo era el lugar donde laboraba anteriormente?
 1. Público 2. Privado

47. ¿Cuánto tiempo laboró en ese otro empleo?
 años meses

48. ¿Cuántas horas al día trabajaba en dicho empleo?
 1. Lunes-Viernes hrs 2. Sábado-Domingo hrs

49. ¿Cuántos pacientes en promedio atendía por día?
 pacientes

50. ¿Cuánto ganaba al mes? \$

EMPLEO ACTUAL

51. ¿Cuánto tiempo ha laborado en su empleo actual?
 años meses

52. ¿Cuántas horas al día labora?
 1. Lunes-Viernes hrs 2. Sábado-Domingo hrs

53. ¿Cuántos pacientes en promedio atiende por día?
 pacientes

54. ¿Cuánta población le corresponde atender según su delimitación geográfica?

 Desconoce



Programa de
MAESTRÍA
DOCTORADO en
Ciencias Médicas
Epidemiología
y de la Salud

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES ASOCIADAS A LA UBICACIÓN LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR DEL IMSS Y SS DEL DISTRITO FEDERAL

55. ¿Cuánto gana al mes? \$

56. ¿Atiende algún grupo de personas que no hablen español dentro de su población de responsabilidad?
1. Si 2. No → Pase a la pregunta 58

57. ¿Qué porcentaje de su población no habla español?
 %

58. ¿Qué porcentaje de su población considera usted que tiene alto índice de rezago social?
 %

59. ¿La institución le proporciona estuche de diagnóstico completo y funcionando?
1. Si 2. No

60. ¿La institución le proporciona estetoscopio completo y funcionando?
1. Si 2. No

61. ¿La institución le proporciona baumanómetro completo y funcionando?
1. Si 2. No

62. En su consultorio o bien en la clínica o centro ¿hay báscula para adultos?
1. Si 2. No

63. En su consultorio o bien en la clínica o centro ¿hay báscula para bebés?
1. Si 2. No

64. En su consultorio o bien en la clínica o centro ¿hay estadímetros?
1. Si 2. No

65. Si usted lo considera ¿Existen los recursos necesarios para que pueda indicar al momento de la consulta?
a) Glucosa capilar 1. Si 2. No
b) Colesterol capilar
c) Biometría Hemática
d) Perfil de lípidos 1. Si 2. No
e) Examen general de orina
f) Hemoglobina glicosilada

66. ¿Tiene la posibilidad de solicitar otros estudios de laboratorio?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5

67. ¿Tiene la posibilidad de solicitar estudios de gabinete a sus pacientes?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5

68. En su clínica o centro ¿Se cuenta con los antibióticos, antiparasitarios y antifúngicos necesarios para tratar las enfermedades infectocontagiosas que se le presentan?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5

69. En su clínica o centro ¿Se cuenta con los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades crónicas que se le presentan?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5

70. En su clínica o centro ¿Se cuenta con los medicamentos necesarios para tratar los problemas de salud mental que se le presentan?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5

71. En su clínica o centro ¿Se cuenta con los medicamentos necesarios para tratar las urgencias que se le presentan?
Nunca 1, Casi Nunca 2, La mitad de las veces 3, Casi Siempre 4, Siempre 5



CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES ASOCIADAS A LA UBICACIÓN LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR DEL IMSS Y SS DEL DISTRITO FEDERAL

EMPLEOS ADICIONALES

72. ¿Tiene usted un trabajo adicional como médico en atención directa al paciente además de éste?
 1. Si 2. No ▶ Pase a la pregunta 78

73. ¿En donde?
 Hospital: _____
 Otro: _____
 Institución: _____
 Estado: _____

74. ¿Cuánto tiempo ha laborado en este otro empleo?
 _____ años _____ meses

75. ¿Cuántas horas al día labora?
 1. Lunes-Viernes _____ hrs 2. Sábado-Domingo _____ hrs

76. ¿Cuántos pacientes en promedio atiende por día?
 _____ pacientes

77. ¿Cuánto gana al mes? \$ _____

78. ¿Tiene usted otra fuente de ingreso que no tenga relación con su profesión de médico? (Rentas, comercios, otro trabajo, etc.)
 1. Si 2. No ▶ Pase al Cuestionario Font Roja

79. ¿Cuántas horas al día dedica a esta otra fuente de ingreso?
 1. Lunes-Viernes _____ hrs 2. Sábado-Domingo _____ hrs

80. ¿Cuánto gana en esta fuente de ingreso?
 \$ _____

CUESTIONARIO FONT ROJA DE 8 DIMENSIONES

Evalúe su grado de acuerdo/desacuerdo con cada pregunta en una escala de menor a mayor

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5
81. Mi trabajo no varía, resulta monótono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Tengo responsabilidad a la hora de tomar decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Al final de la jornada me encuentro muy cansado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera de mi centro pensando en cuestiones de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. En el trabajo diario tengo que emplear "a tope" toda mi energía y capacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Mi trabajo me altera el estado de ánimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. En mi trabajo me encuentro satisfecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Tengo independencia para organizar mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Tengo oportunidad de aprender cosas nuevas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Tengo interés por las cosas que realizo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tengo la sensación de que lo que hago vale la pena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Obtengo reconocimiento por mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. La relación con mis jefes es cordial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Las relaciones con mis compañeros son formales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. El sueldo es adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Ocupo el puesto que merezco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Tengo muchas posibilidades de promoción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Me falta tiempo para realizar mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Sé lo que se espera de mí en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Creo que mi trabajo es excesivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Los problemas de mis compañeros me afectan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Con frecuencia siento no estar capacitado para mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. No tengo recursos suficientes para hacer mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. La competitividad me causa estrés o tensión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECRETARÍA DE SALUD
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Jurisdicción Sanitaria Iztacalco

A



Oficio No. DEI / 1790 / 13
ASUNTO: Aprobación de protocolo.
México, D.F. 03 de octubre de 2013

DRA. GABRIELA LAGUNA PÉREZ.
TESISTA.
MAESTRÍA EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD,
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
PRESENTE.

Con relación al proyecto de investigación titulado "**Características personales y profesionales asociadas a la ubicación laboral y satisfacción laboral del médico general y familiar del IMSS y Secretaría de Salud del Distrito Federal**", que remite para evaluación de procedencia, le comunico que la Subcomisión de Investigación y Bioética, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal lo considera como de riesgo mínimo y de información relevante. Por lo anterior, ha dictaminado su **aprobación con observaciones**, asignándole el número de registro **102/110/04/13**.

Por otra parte y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarle que los apoyos que solicita en su proyecto deben ser gestionados directamente en los Centros de Salud T-III, ante el titular que corresponda, quien decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que deseé involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

ATENTAMENTE.

DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ
PRESIDENTE.



c.c.p.- Dr. - Francisco Osuna Sánchez.- Director Ejecutivo.- Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.- Presente.
Archivo.
ICO/FLR

Die Sharon Soto Garza
28/10/13

-3 OCT

12:53



17 FEB 2014

DIRECCION RECIBIDO



17 OCT 2013

RECIBIDO DIRECCION

FIRMA: [Handwritten Signature] HORA: 12:45

salud.df. mx