35
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

SATISFACCION LABORAL EN MEDICOS Y SU RELACION CON LA CALIDAD EN LA ATENCION A LOS USUARIOS

T E S I S

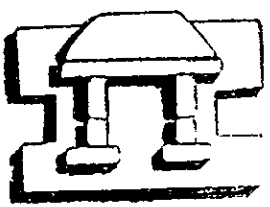
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JUAN ALEJANDRO CRUZ VELASCO

ASESORES: LIC. XAVIER CRUZ LARA
MTRA. ARACELI SILVERIO CORTES
LIC. ISAAC PEREZ ZAMORA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. MEX. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~ 7 fáci

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.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNAM CAMPUS IZTACALA

Ya que tuve la oportunidad de tener una formación tanto profesional como personal y por que en ella pase una de las etapas más hermosas de mi vida: el ser universitario.

A MIS ASESORES

XAVIER

Por que tengo la satisfacción de contar con tu amistad y por haberme dado una asesoria con calidad, la cual no solo bastó desde la formación de la idea, desarrollo, comprensión y revisión eficaz del trabajo, sino que implicitamente me asesoraste en mi vida profesional y laboral.

ARACELI

Debido a que al guiarme en la elaboración y revisión adecuada de la investigación me hiciste también comprender la importancia y el papel del psicólogo y de la psicologia.

ISAAC

Su valiosa opinión como psicólogo y como médico en este trabajo fue importante; así como el proporcionarme un mejor conocimiento sobre la calidad de la atención medica.

Mi agradecimiento es también para las siguientes personas que de alguna u otra forma ayudaron para la culminación del trabajo.

A BETY
Por facilitarme el acceso al hospital y por su cooperación en la aplicación de los instrumentos.

AL SR. ISAURO CRUZ
Por la revisión ortográfica.

A DORVAL
Por las gráficas.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por darme una nueva oportunidad de vivir; pero el estar satisfecho y el vivir con calidad dependerá de mi.

A MIS PADRES

JUAN CRUZ

Por que más que mi padre fuiste mi amigo e ídolo, por que de ti sólo tengo hermosos recuerdos y aunque no estés presente en vida eres la luz de mi camino y se que me sigues orientando, motivando y apoyando para caminar siempre adelante y con la vista al frente.

ALEJANDRINA VELASCO

Por tu cariño, comprensión y apoyo, que sin escatimar esfuerzos has sabido sacarnos adelante. Admiro tu ejemplo de que aunque el viento esté en contra no hay que caer, sino luchar y seguir adelante. Quisiera tener tu carácter y tu capacidad para enfrentar las pruebas que nos pone la vida.

A MI HERMANO

ANGEL

Sabes; aunque ya eres un joven para mi siempre serás mi hermanito. Gracias por tu afecto y solidaridad, por que siempre estas justo en el momento y lugar indicado. Te admiro y sigue como vas.

A MIS ABUELITOS

LUIS, DARIA, MIGUEL E ISAURA

Por que de ellos siempre tuve cariño y buenos ejemplos. Por que son mis raíces de lo cual me siento orgulloso

A MIS TIOS

Francisco, Luis, Araceli, Lidia y Rutilio así como a Miguel, Rufina, Carmen, Angelina, Roselia y Elia. Los quiero mucho.

A MIS AMIGOS DEL 56

Jorge, Rosa, Chayo, Ivonne, Sofía, Mireya, Liliana, Gerardo V., Gerardo G., Gabriel, Dorval, Sergio y Javier. A quienes nunca olvidaré por que con ustedes viví lo mejor de mi vida como universitario.

AMIS AMIGOS DEL 53

Angeles, Bety y Daniel ; gracias por su apoyo. Así como a Jacqueline, Maribel, Chucho, Lilia y Marisol.

Especialmente a mi amigo ***Luis (Bart)****, por que en todo momento estuviste conmigo tanto en las buenas como en las malas , por tus consejos, tu apoyo y hasta por soportar mi carácter. Te admiro tus labores de amigo, persona y como psicólogo.*

A TI

Que buscas la satisfacción tanto profesional como personal, que luchas por vivir con calidad . A ti que te preparas y das lo mejor de ti por ofrecer a tus semejantes un servicio con calidad en la atención (en cualquier área o profesión).

I N D I C E

Pág.

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO I - SISTEMA NACIONAL DE SALUD 6
La participación del psicólogo en el área de la salud. 18

CAPITULO 2 - LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA 21
Definición de calidad 21
Componentes de la calidad 23
Calidad en la atención médica 27

CAPITULO 3 - SATISFACCION LABORAL 36
Aproximaciones teóricas al estudio de la satisfacción en el trabajo 37
Teoría de la jerarquía de necesidades 37
Teoría de los dos factores 41
Teoría de la tres necesidades 43
Definición de satisfacción laboral 46
Investigaciones sobre satisfacción laboral 59

CAPITULO 4 - METODO 70
Planteamiento del problema 70
Objetivo general 70
Hipótesis de trabajo 70
Definición de variables 71
Muestreo 72
Sujetos 72
Tipo de estudio 72
Instrumentos 73
Procedimiento 74

Pág.

CAPITULO 5 - RESULTADOS OBTENIDOS 76

CAPITULO 6 - DISCUSION 83
Conclusiones 88
Limitaciones y sugerencias 90

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 92

ANEXOS 100

"Tratar de poner trece pequeños clavos en trece pequeños agujeros sesenta veces por hora, ocho horas al día. Soldar sesenta y siete planchas de acero por hora y de repente, un buen día, encontrarse con que tienes que estar en una nueva línea de ensamblaje soldando ciento diez planchas por hora; poner cien tornillos a cien carros cada hora; apretar siete pernos tres veces por minuto. Realizar su trabajo entre el ruido y los límites de seguridad personal dentro de una fina atmósfera de de aceite, solvente y polvo metálico. Negociar por el derecho de ir a orinar, o relajarte furtivamente detrás de una máquina de tal manera que no pierdas el ritmo de la producción y pierdas tus bonos. Atragantarte el sandvich sentado en un charco de grasa, por que para llegar al lugar donde se come necesitas diez minutos y tú solamente tienes cuarenta como tiempo libre total. En el momento en que cruzas el umbral de la fábrica, pierdes el derecho de opinar, la libertad de palabra y el derecho de reunirte y asociarte con otros, supuestamente garantizados por la Constitución. Obedecer sin protestar, sufrir castigos sin tener derecho a reclamar, conseguir el peor de los trabajos si al administrador no le gusta tu cara. Imaginarte cada mañana lo que harás hasta el anochecer y cada lunes lo que harás hasta el sábado. Regresar a tu hogar sin fuerzas para hacer nada, excepto ver televisión y decirte a tí mismo que con seguridad morirás siendo un idiota. Saber a los veintidós años que a los sesenta aún seguirás siendo un trabajador de la línea de ensamblaje a menos que sufras un accidente mortal o resultes mutilado físicamente. Ser a los 40 años biológicamente tan viejo como un leñador de sesenta y cinco. Desear aplastar todo, por lo menos una vez al día, sentirte enfermo contigo mismo por que has comerciado con tu vida con el fin de subsistir; temer más que nada, que la cólera que hierve dentro de ti desaparecerá algún día y que, en último análisis, la gente tiene razón cuando dice 'tu te puedes acostumbrar a cualquier cosa.' Así ha sido por cincuenta años. Por que debería cambiar?

RESUMEN

El propósito central de este trabajo es el de determinar la relación existente entre la satisfacción laboral y la calidad de la atención médica en un hospital pediátrico de segundo nivel.

El interés por el estudio de este tema, surge a partir de la revisión de numerosos estudios que se han enfocado a analizar el grado de satisfacción que manifiesta el trabajador en diferentes contextos de trabajo, y en relación a factores como productividad, motivación, hacinamiento y accidentabilidad en el trabajo.

La investigación parte del planteamiento de que una mayor satisfacción ocupacional se asociará siempre con una mejor atención en la calidad de los servicios prestados, donde los médicos más satisfechos probablemente atiendan con mayor calidad a los usuarios receptores del servicio.

Para ello, se seleccionó una muestra de 18 médicos con diferentes niveles y jerarquías y 36 de sus pacientes que acudían al servicio de consulta externa y hospitalización.

Los resultados muestran que existen diferencias en la satisfacción de los médicos de acuerdo a las categorías evaluadas y una relación significativa entre el grado de satisfacción y la calidad en la atención médica. Utilizando el coeficiente de Pearson, se obtuvo una correlación de 0.75 para el servicio de consulta externa y de 0.61 en el área de hospitalización.

Se discuten los probables factores que intervienen en el nivel de satisfacción mostrado, tanto por los médicos como por los usuarios.

INTRODUCCION

El nivel de desarollo de una sociedad se puede determinar a través de diversos indicadores importantes, entre ellos, el grado de educación y salud que han alcanzado sus habitantes. No solo el binomio educación-salud constituye la base del progreso económico, de hecho son los cimientos que permiten la generación de la riqueza en todas sus manifestaciones, sin estos elementos una sociedad no tiene posibilidad de progreso ni de alcanzar un futuro promisorio que garantice un bienestar general a toda su población.

Afortunadamente nuestro país ha registrado adelantos notables en materia educativa y de salud en lo que va del siglo. Respecto a este último ámbito, se han producido logros cuantitativos impresionantes. De ser una nación a principios de siglo con poco más de 13 millones de habitantes, donde la mayoría de la población no contaba con servicios médicos ni hospitalarios, actualmente, el Sistema Nacional de Salud alcanza a atender al 90 % de la población que representa más de 85 millones de personas.

Otros indicadores de este progreso, están representados por el incremento en la esperanza de vida al momento de nacer, que rebasa ya los 72 años en comparación a los 44 años que había en la década de los cuarenta. La tasa de mortalidad materna disminuyó casi 50% en los últimos 20 años, en tanto que la mortalidad infantil ha venido descendiendo en forma sistemática a más de la mitad de la que se registraba en 1970. La cobertura de vacunación alcanzó en 1995 al 90% de la población meta y ese mismo año la Organización Mundial de la Salud entregó a México el certificado de erradicación de la poliomielitis (Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000).

No obstante este halagueño panorama, persisten en nuestro contexto desigualdades en la distribución de oportunidades para acceder a los servicios de salud. Actualmente hay cerca de 10 millones de mexicanos que no cuentan con dichos servicios, las tasas de mortalidad en algunos estados siguen siendo muy elevadas e intolerantes, como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, mientras que otras regiones como Nuevo León Sonora, Baja California presentan cifras inferiores.

De tal forma, las desigualdades de salud se comprueban por regiones, nivel de ingreso, sitio de residencia (urbana o rural), siempre caracterizado por una constante, los que menos tienen, son los que a su

vez presentan el estado de salud más precario y deficiente, situación que ha sido característico a lo largo de todo el siglo.

Al anterior problema se suman otros, como la baja calidad en el servicio de salud otorgado, y no obstante de que contamos con personal e instituciones públicas de primer nivel, hay demasiadas evidencias que indican que prevalece una baja calidad en la atención ofrecida. Cuántas veces no hemos escuchado a un familiar o amigo quejarse por la forma en cómo fue atendido por parte del personal de salud, ya sea por negligencia, descuido, falta de conocimiento, descortesía, insensibilidad u otro tipo de motivo.

No obstante el acuerdo generalizado respecto a la importancia de mejorar e incrementar la calidad en la atención médica y los esfuerzos que se realizan para exigir el cumplimiento de las obligaciones en el personal de salud, llama la atención la falta de estudios sistemáticos en México sobre los elementos que generan una deficiente atención, entre ellos, el papel que puede desempeñar la satisfacción laboral del médico en la prestación de un servicio de calidad.

Debido a que la satisfacción ocupacional que experimenta el personal de salud puede constituir un factor importante en el otorgamiento de un servicio eficiente, el presente trabajo tiene como propósito, investigar el

vínculo que pudiera existir entre el grado de satisfacción laboral que experimentan médicos adscritos a una institución de salud de segundo nivel y la calidad en la atención que ofrecen a sus pacientes.

Para el cumplimiento del objetivo, el trabajo se estructuró de la siguiente forma: El capítulo uno describe el Sistema Nacional de Salud, sus propósitos, características y estrategias de acción, encaminados todos ellos a ampliar la cobertura del servicio y elevar la calidad de la atención. También se menciona el papel del psicólogo en el ámbito de la salud y su contribución en esta área de servicio.

El capítulo dos aborda el tema de la calidad, su definición, características e importancia, centrando el interés en la calidad de la atención médica.

En el capítulo tres, se mencionan las teorías que dan cuenta de la satisfacción laboral, su definición conceptual, características y algunos estudios representativos que se han conducido dentro de los servicios de salud.

El siguiente capítulo, describe la metodología utilizada, los sujetos que conformaron la muestra, el diseño, los instrumentos y el procedimiento empleado.

El capítulo cinco muestra los resultados obtenidos. Posteriomente se presentan la discusión y conclusiones, así como recomendaciones para futuros trabajos. Al final se presenta la bibliografía consultada y los anexos, que incluyen las gráficas e instrumentos utilizados.

CAPITULO I. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

México se caracteriza por el hecho de concentrar una gran proporción de la riqueza en un reducido porcentaje de la población, mientras que millones de mexicanos enfrentan serios problemas de pobreza y miseria extrema. Sin duda, tal desigualdad social, está relacionada de manera importante con la aparición de problemas de salud severos que manifiesta la población, ya que generan un campo propicio para que surjan un mayor número de enfermedades llamadas de la pobreza, coexistiendo con otro tipo de padecimientos propios de la industrialización y el desarrollo.

Por ello, nuestro país presenta una forma clasista de enfermar, ya que la patología de la pobreza (enfermedades infecciosas y parasitarias) la manifiesta principalmente las clases sociales desprotegidas, también su posición marginada en la estructura socioeconómica repercute necesariamente en la posibilidad real de contar con servicios médicos oportunos y adecuados (López, 1986).

Precisamente por el hecho de que un gran porcentaje de la población enfrenta serios problemas de salud y dada su condición de miseria y pobreza extrema, es como reviste importancia en nuestro acontecer nacional, la inclusión del artículo 4°. Constitucional que otorga el derecho

a la protección de la salud a todo mexicano, suceso ocurrido a principios de 1983. Tal mandato constitucional implica que el Estado se compromete a realizar programas para facilitar a la población sin distinción alguna el acceso general a los servicios de salud (Soberón, 1985).

A partir de tal suceso, se presentaron modificaciones y actualizaciones del marco jurídico hacia las instituciones del sector salud. De tal forma, en el mes de diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, que tiene entre sus funciones: a) definir los contenidos así como las finalidades del derecho que tienen los mexicanos a la protección a la salud, b) establecer cuáles van a ser las bases jurídicas que lleven a efectuar ese derecho, c) definir las participaciones y responsabilidades que les corresponden a los sectores público, social y privado y e) reglamentar la prestación de servicios, además de clarificar la distribución de competencias entre autoridades sanitarias.

Para hacer posible el mandato constitucional que exige la protección de la salud a todo mexicano, se planteó como instrumento básico, un Sistema Nacional de Salud (SNS), que es la expresión de la toma de conciencia del Estado y la sociedad, de que la salud es un valor y su protección es un derecho (Soberón, 1987)

El SNS, tiene como propósito fundamental ampliar la cobertura de los servicos de salud a toda la población y otorgar la prestación del servicio con un mínimo de calidad, además de garantizar que este servicio sea un derecho fundamental de todo ciudadano, sin importar su condición racial, económica o social, puesto que es una garantía individual consagrada en nuestra Carta Magna (Soberón, et al 1984).

El sistema está integrado por dependencias de la administración pública, tanto federal como local, y por las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, todo ello con el fin de lograr alcanzar ciertos objetivos básicos, entre los que destacan:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población, atendiendo los problemas prioritarios y los factores que condicionan y causan los daños a la salud y las enfermedades, con especial interés en las acciones preventivas.

2. Contribuir a un desarrollo demográfico que mejore las condiciones sociales y económicas de la población del país.

3. Apoyar a la población desprotegida o incapacitada en la esfera física, mental o social, a fin de fomentar su bienestar y su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y en lo social.

4. Mejorar las condiciones del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

5. Impulsar el desarrollo de los recursos humanos para mejorar la prestación de los servcios de salud (Soberón, 1985).

Para lograr el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se plantearon tres estrategias básicas:

- *La sectorización,* que responde a la necesidad de poder integrar el proceso de planeación en salud al del Sistema Nacional de Planeación Democrática, donde además de superar las barreras intersectoriales, agrupe las diferentes instituciones de salud bajo la acción coordinada y rectora de la Secretaría de Salud.

- *La descentralización,* que parte del reconocimiento de la organización del país como una República Federativa y la necesidad de definir los campos de competencia que tiene la federación y los gobiernos de los estados con reconocimiento de autonomía, además de contrarrrestar la antigua centralización de recursos y funciones que en el campo de la salud ha dado como consecuencias el debilitamiento regional de los servicios.

La modernización, cuyo principal objetivo es modificar el tamaño y rezago del aparato administrativo de la Secretaria de Salud y hacerla más congruente con sus funciones de entidad rectora y reguladora del Sistema Nacional de Salud, mediante la amplificación de estructuras y procedimientos para hacer más productivos los recursos. Por lo que es necesario renovar la legislación vigente, aplicando técnicas modernas de planeación y administración.

Con el fin de hacer realidad el precepto constitucional de protección a la salud, el Sistema Nacional de Salud oferta los servicos de salud a la comunidad bajo tres modalidades, las cuales se encuentran íntimamente vinculadas al sistema de economía mixta que caracteriza a nuestra nación:

a) Por un lado se cuenta con los servicios de asistencia pública, que la integran la Secretaría de Salud, el Sistema DIF (Desarrollo Integral de la Familia), los servicios médicos que ofrece el Gobierno del Distrito Federal, así como las juntas estatales y los servicos municipales. Estas instituciones atienden a la población abierta (personas que no están protegidas por los regímenes de seguridad social, ni tienen la capacidad económica para acceder a los servicios privados), y obtienen la mayor

parte de sus ingresos (más del 80% en promedio) de la aportación que hace el Estado, vía el presupuesto federal. También se obtienen recursos a través de las cuotas de recuperación que se aplican a los usuarios por la prestación de los servicios ofrecidos (Valdés y Cruz, 1992).

b) La seguridad social. Representada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y Petroleós Mexicanos. En el caso del IMSS, sus ingresos proceden de tres fuentes; los patrones (que aportan el 70%), los trabajadores (con un 25%), y el Estado (con el 5%). Para las otras dependencias, sus ingresos provienen de las cuotas que aporta tanto el trabajador como las dependencias y entidades públicas. En esta categoría, también se ubican diferentes institutos de seguridad social para empleados de los gobiernos estatales que trabajan en distintas entidades federativas del país.

c) El sector privado. Integrado por personas o agrupaciones que practican y ejercen la medicina en forma libre los cuales se rigen por las leyes de la oferta y la demanda. Bajo esta modalidad las personas compran servicios a los particulares que ofrecen la atención médica al resto de la población, misma que tiene capacidad de pago y demanda de este tipo de servicios.

Cada uno de estos prestadores de servicios, tiene formas diferentes en ofrecer los servicios de atención a la salud, debido a sus compromisos institucionales y a las coberturas de su población.

No obtante la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud, lo cierto es que han visto limitada su capacidad de acción debido a la escasez de recursos financieros que demandan sus programas prioritarios, lo cual se ha traducido en el incumplimiento constitucional del artrículo 4°, que señala la protección de la salud a todos los mexicanos como una garantía social, por lo que a la fecha existen millones de personas que no tienen acceso real a este tipo de servicios (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000).

Lo anterior se agudiza más, si consideramos que el presupuesto federal que se destina al sector salud se ha visto disminuido, como ejemplo en 1978 se destinaba el 2.24% del Producto Interno Bruto, mientras que en 1987 alcanzó el 1.83%, porcentaje que se encuentra muy lejos de la cifra estándar que de acuerdo a la OMS debería ser del 5%. (OPS, 1980). También se ha visto reducido el gasto programable que se destina a aquellas dependencias que atienden a la población abierta, esto es, a los grupos sociales que no cuenta con seguridad social ni recursos económicos para acceder a la atención médica privada (Valdés y Cruz, 1992).

No solo la situación finaciera representa el único problema por resolver en el sector salud, de hecho se suman otros muchos, entre ellos:

1. La ausencia de procesos efectivos de planeación de los servicios de salud y la forma en cómo se administran los recursos existentes. Ya que existe una falta de programación de los servicios médicos que se ofertan a la comunidad lo que ocasiona duplicidad en las funciones médicas e intitucionales, así como desperdicio de recursos valiosos.

2. Deficiencias cuantitativas y cualitativas en la prestación y fomación de recursos humanos orientados a la salud. Donde el área de recursos humanos muestra un panorama muy desalentador, con una ausencia total de planificación y un divorcio irresponsable con las necesidades sociales. El modo de ejercicio liberal de la medicina y su consecuente distribución desigual, ha propiciado la concentración de la mayoría del personal de salud en las ciudades de consumo (urbes), y en menor cantidad en las de producción (el campo principalmente) (De la Fuente, Garza y Gutiérrez, 1994).

Por otra parte, la formación de los profesionales de la medicina adolece de elementos para integrar los conocimientos de otras disciplinas, como es el caso de la Psicología en su práctica médica (Salinas, 1995).

3. La falta total de planificación de la enseñanza y una desconexión con las necesidades de la comunidad. Debido a que el modelo en el que se forma el profesional de la medicina enfatiza los aspectos individuales, curativos y hospitalarios, con poco interés en los aspectos preventivos de la enfermedad y la promoción a la salud, así como el desprecio a la contribución independiente de otras disciplinas (Hall y Mejía, 1989). También, existe un predominio de estudiantes de medicina ante la escasez de alumnos de enfermería y de carreras técnicas relacionadas con la salud. De igual forma, el modelo educativo de la enseñanza médica, refuerza una dependencia a la alta tecnología, lo que redunda en incompetencia, costos elevados y trato deshumanizado en las unidades de atención (Navarro, 1986).

4. La existencia de una hegemonía del modelo biomédico en los servicios de salud, tanto de visión como de ejecución profesional. Lo que ha provocado en muchas ocasiones el desinterés y desprecio hacia la participación de otros profesionales que pueden contribuir con su formación y conocimientos a atender las necesidades apremiantes que demanda la población en materia de salud.

5. Insuficiente desarrollo en el sistema de Atención Primaria de la Salud (APS), que atienda las necesidades de la población. El valor de la APS estriba que representa una alternativa fundamental para reorganizar los

servicios de salud, la que tiene como propósito actuar antes de que se aparezca la enfermedad, esto es, hacer una práctica anticipatoria y programada, identificando los factores de riesgo que inciden sobre la salud de la población. Bajo este modelo no se da tanto énfasis al diagnóstico de la enfermedad, sino al diagnóstico de los factores de riesgo a los que están expuestos los individuos, lo que da lugar a programar acciones específicas para modificar tales riesgos (Soberón, Martuscelli y Alvarez, 1988).

6. Presencia y aumento continuo de padecimientos graves que afectan la Estructura familiar y social. Donde los trastornos "mentales" constituyen una proporción sustancial de la morbilidad total que se registra en los servicios generales de salud, tanto entre adultos como en niños. Existe información que la prevalencia de las enfermedades mentales tenderá al aumento, debido, entre otros factores, al incremento de la urbanización, al desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes en la vida cotidiana (Programa Nacional de Salud 1990-1994).

También el estrés está presente en todas partes y contribuye a la manifestación de una gama amplia de reacciones disfuncionales del comportamiento, tales como estados de ansiedad, depresión y trastornos piscosomáticos que afectan a miles de personas. Además de estar asociado

a problemas crónicos-degenerativos, accidentes laborales y adicciones (Durán, Becerra y Torrejón, 1991).

El mismo Programa Nacional de Salud (1990-94), señala que el 22.8% de la población consume tabaco, lo cual debe alertar el incremento de problemas como enfisema pulmonar, cáncer y afecciones bronquiales en general. En relación al abuso de alcohol, éste se ha vuelto un problema de salud serio, ya que las personas diagnosticadas como alcohólicas ocupan la tercera parte o más del total de las camas de hospitales, la cirrosis hepática ocupa el 9o. lugar en las causas de muerte. El 4.3% de la población, entre 18 y 65 años, cumple criterios de dependencia, siendo la mayor proporción varones. Además se considera que los consumidores de droga, como la mariguana, inhalantes y drogas médicas, se constituye en un problema social y de salud cada vez más creciente.

Sin dejar de lado los trastornos neurológicos que se derivan del abuso de drogas, los cuales son causa principal de defunciones e incapacidades a largo plazo. También, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en importantes causas de muerte, así como las enfermedades traumáticas que se encuentran en aumento, debido a los frecuentes accidentes laborales y de tránsito, ocupando el segundo lugar en la tasa de mortalidad general (55.1 por 100,000 habitantes) (Programa Nacional de Salud, 1990 - 1994).

Sin olvidar el incremento en la proporción de fallecimientos por otro tipo de padecimientos, como cáncer cervicouterino (que actualmente ocupa el primer lugar como causa de muerte en la mujer con más de 4 000 defunciones al año), la diabetes mellitus (29.2 por 100,000 habitantes), ocupando el quinto lugar en las causas de muerte; la hipertensión arterial, la cual aparece como factor de riesgo en 39% de las defunciones, y está presente en 14% de los males del corazón (Programa Nacional de Salud, 1990-1994).

Tal es el panorama de nuestra actual situación de salud, que resulta imprescindible realizar modificaciones profundas en los componentes del sistema y la forma en que se relacionan, lo cual implica un cambio en el paradigma del cuidado de la salud, ya que el modelo biomédico en que se fundamenta la actual oferta de los servicios de salud resulta insuficiente para afrontar las demandas de atención a la población, por lo que se necesitan incorporar nuevas fórmulas y estrategias de acción, además de integrar otros profesionales no-médicos como responsables de programas sustantivos (Salinas, 1995).

En este punto cabe destacar la función del psicólogo, que con un enfoque preventivo y orientado a la promoción de la salud, puede contribuir con su formación y conocimientos a atender las necesidades apremiantes que demanda la población en materia de salud.

LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL AREA DE LA SALUD

El psicólogo como especialista del comportamiento humano en sus diversas expresiones y contextos, en la actualidad se le considera un profesional sumamente valioso para resolver y mejorar muchos problemas de salud que presenta la población.

Dentro del ámbito de la salud, el psicólogo puede desempeñar diversas acciones, entre las que figuran:

a) Proporcionar estrategias para preservar la salud de la personas en sus niveles individual, familiar y comunitario.

b) Aplicar en forma sistemática los principios psicológicos para el cambio de actitudes y conductas en relación al cuidado de la salud, así como la detección y modificación de inmunógenos y patógenos conductuales.

c) Desarrollar investigaciones orientadas a la generación de nuevos conocimientos y técnicas para el desarrollo de la salud (Rodríguez y Palacios, 1989).

c) Desarrollar investigaciones orientadas a la generación de nuevos conocimientos y técnicas para el desarrollo de la salud (Rodríguez y Palacios, 1989).

Sin olvidar, que también puede desmpeñar otro tipo de acciones, entre ellas: (a) participar en la capacitación del equipo de salud; (b) desarrollar programas de cambio cognitivo conductual en la comunidad; (c) supervisar la operación de los programas de salud, y (d) colaborar en la detección de factores de riesgo (Salinas, 1995).

De tal forma, el papel del psicólogo en el campo general de la salud se puede ubicar en tres grandes rubros:

1. En la detección de factores de comportamiento que intervienen en el proceso salud enfermedad, desarrollando una epidemiología conductual.

2. En el desarrollo de estrategias formativas en repertorios que fortalezcan la salud, prevengan la enfermedad y sus secuelas, aspecto clave que ha recibido el nombre genérico de educación para la salud.

3.- La implementación de programas preventivos en la escuela, familia, centros de trabajo y comunidad (Lopéz y Alarcón, 1995).

metodologías y conocimientos orientados a la prevención de la enfermedad, la promoción de los hábitos de salud que coadyuvan a mejorar los procesos de atención; todas ellas desarrolladas y clasificadas en aproximaciones denominadas "Psicología de la Salud", "Medicina Conductual", y "Psicología Clínica de la Salud" (Ribes, 1998).

Como podemos apreciar, el psicólogo puede aportar al logro de metas importantes en materia de salud, instrumentado estrategias en el terreno de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, incluso ayudando a mejorar la reorganización funcional de los servicios y el proceso de atención médica. Precisamente considerando esta última aportación, el siguiente capítulo abordará lo relativo a la calidad en la prestación de los servicos de salud, centrando el interés en la atención médica que se ofrece a los usuarios.

CAPITULO 2. CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA

Actualmente el desarrollo tanto económico como social de un país va a depender primordialmente de factores como la educación y la salud de sus habitantes. Si una sociedad cuenta con habitantes educados y sanos, entonces estará en mejores condiciones de hacer frente a la competencia internacional, la cual se intensifica día a día. Sin embargo, para lograr ser competitivo, es requisito indispensable que los servicios se ofrezcan con un mínimo de calidad. De hecho la preocupación por la calidad en los diversos ámbitos de la vida social, es lo que quizá caracterice nuestros tiempo, siendo una constante a nivel mundial.

La calidad debe ser el sello distintivo siempre presente en cualquier actividad, tanto en la elaboración de un producto como en la prestación de un servicio. Incluso es deseable que nuestra vida diaria se riga por criterios de calidad en todos los sentidos. Pero surge la pregunta ¿qué entendemos por calidad?.

DEFINICION DE CALIDAD

Hacer una definición completa de calidad sería casi imposible, puesto que diferentes autores y estudiosos del tema la definen desde

diversos puntos de vista. El diccionario Larousse (1982), define la calidad como el conjunto de cualidades de una cosa o la superioridad o excelencia de algunas cosas.

Para Kast (1990), hablar de calidad se refiere a las características físicas o no físicas que forman o constituyen la naturaleza básica de algo.

Evans y Lindsay (1995),mencionan cinco factores a través de los cuales se concibe el concepto calidad:

1. Factor de trascendencia. Donde el término calidad es sinónimo de superioridad o excelencia.

2.- Factor producto. La calidad es una variable donde se pueden observar las diferencias de cantidad que poseen los productos.

3.- Factor cliente o usuario. La calidad está en función de lo que el cliente demanda y lo que está dispuesto a pagar por esa demanda, siendo importante satisfacer la necesidad del cliente con la idea de mejorar las expectativas de éste.

4.- Factor manufactura. Se desea que el producto o servicio sea diseñado de tal forma, que cuando salga o se ofrezca al mercado sea perfecto.

5.- Factor del valor. Lo importante es el costo o la inversión para que un producto o servicio sea considerado de calidad.

Como se puede observar, el término calidad es sinónimo de superioridad, importancia y excelencia que se aplica a diferentes contextos, como puede ser la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, con el próposito de satisfacer las necesidades o demandas del cliente y poder mejorar las expectativas de éste. Ahora bien, ¿cuáles son los componentes que están presentes en un proceso de calidad ?

COMPONENTES DE LA CALIDAD

En relación a los elementos presentes en un proceso de calidad, Terry (1990) sugiere tres indicadores para que ésta se pueda dar:

a) Definir el control de la calidad que se busca, en términos de los objetivos de la organización, donde además se deban considerar los costos como resultado de los objetivos alcanzados.

b) La fabricación de un producto o servicio debe ser consecuencia de la relación cooperativa y sociable entre los trabajadores, con el fin de hacerles ver que sus labores y servicios darán lugar al grado de calidad que tenga la organización.

c) Es recomendable llevar un control y registros de las actividades programadas, con el propósito de observar el rendimiento sobre la inversión y las causas específicas que dificultan la calidad. También, se debe investigar con detalle y anticipación las cosas que pueden salir mal.

d) Cuando un servicio se va a ofertar, se tienen que preveer todas las expectativas del cliente de manera anticipada.

El mismo autor argumenta, que de no existir un proceso y planeación de los puntos anteriores, se corre el riesgo de tener problemas que afecten el control de la calidad, ocasionando que el producto o servicio no sea satisfactorio y compatible con las demandas del usuario.

En este mismo sentido, Kast (1990) opina que un concepto clave cuando se habla de calidad, es el valor que se agrega al producto o servicio durante el proceso de transformación, ya que la calidad de los resultados por lo general va a depender más del factor humano que de la cantidad de producción.

Cuando se habla de calidad, es recomendable partir del principio "hacer bien las cosas desde la primera vez", siendo esencial contar con el apoyo de alta administración y ofrecer de manera continua

recompensas a los trabajadores que cumplan con los criterios establecidos de calidad, de esa manera todos tendrán una responsabilidad en la calidad y algo en juego para mantenerla (Arrona, 1985).

Aburto (1992), opina que la calidad no debe limitarse simplemente a ser una metodología o un conjunto de procesos y tecnologías que están dentro de una organización, sino que implica un conjunto de valores que generan actitudes y comportamientos dentro y fuera del trabajo, por lo que es necesario que los trabajadores presenten una serie de caracterísiticas, entre ellas: a) que se sientan orgullosos de lo que hacen, ya sea en forma individual o en equipo, b) que tengan autoconfianza y una actitud de superación constante, c) que muestren una motivación de perfeccionamiento continuo sin conformismo d) y lo más importante, que contraigan un compromiso consigo mismo, con la organización donde prestan sus servicios y con México.

Para Crosby (1982), existen una serie de aspectos que bien desarrollados permiten generar un sistema de calidad total, entre ellos; concebir la calidad como un proceso continuo y no solo al final. Considerar ante todo la satisfacción del cliente y sus necesidades, permitir la corresponsabilidad de todos los trabajadores y no únicamente

de los directivos, e implementar de manera constante programas de capacitación para el desarrollo del personal.

Pero que indicadores nos permiten dar cuenta de que el proceso y control de calidad es el más adecuado. Con el fin de dar respuesta a este cuestionamiento, la Fundación Mexicana para la Calidad Total (FUNDAMECA, 1993), ha establecido los siguientes criterios:

1) Conocer el grado de satisfacción del cliente sobre el servico otorgado, sus sistemas de respuesta, los estándares de la atención recibida y sus resultados.

2) A través de la capacitación que recibe el personal, el reconocimiento que la empresa da a su trabajo y conocer la calidad de vida de los trabajadores.

3) Por medio de la información que maneja la empresa y el correcto procesamiento de sus datos.

4) En función del análisis del servicio y productos otorgados.

Como podemos notar, los elementos que están implícitos en un proceso de calidad son vastos y por demás complejos, todos ellos con el fin de perfeccionar la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Tales principios han sido retomados por distintas disciplinas y áreas de intervención, como sería el caso de los servicios médicos y de salud en general, con la idea explícita de modificar sustancialmente el proceso de atención a los usuarios. Veamos a continuación cuales han sido las consideraciones y premisas que se han desarrollado en relación a la calidad de la atención médica, incluida su propia conceptualización.

CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA

La calidad de la atención médica es un tema de sumo interés en el área de la salud. Donabedian (1984), distingue tres posibles definiciones del concepto de calidad: la primera denominada "absolutista", que depende exclusivamente de la perspectiva del prestador de los servicios; la segunda llamada "individualista", por que la definición surge de cada caso en particular, y la última de tipo "social", donde el concepto se contextualiza en el marco de los valores y las necesidades sociales existentes.

En este sentido, la calidad se ha conceptualizado como el conjunto de características con los que deben contar los servicios de salud, en el proceso de atención a los pacientes, a nivel técnico y humano, con el fin de poder alcanzar los efectos deseados, tanto para los prestadores del servicio como para los pacientes (Pabón, 1987 en Ruvalcaba, 1997).

Otra definición vinculada a la anterior, es la que ofrece Donabedian (1990), quien la define como la obtención de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente, donde los mayores beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta, para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores imperantes.

Al hablar de calidad es necesario considerar tres elementos íntimamente vinculados:

a) La "técnica", que se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos encaminados a la solución de los problemas de salud del paciente

b) La "interpersonal", que incluye la relación personal que se da entre el proveedor del servicio y el paciente.

c) Las "amenidades" o "comodidades", que implican las condiciones físicas bajo las cuales se da el servicio (Donabedian, 1990).

De tal forma, en el proceso de atención a la salud existe un aspecto técnico que involucra criterios y procedimientos médico–clínicos, y otro humano que involucra el trato personal que se da entre el médico y el paciente, todo ello dentro de un contexto físico e interpersonal muy particular, por lo que es posible hablar de dos tipos de calidad, una de tipo técnico y otra humana las cuales se hayan íntimamente interrelacionadas.

Se ha planteado que la calidad en la atención médica implica cuatro componentes a saber: a) la integridad, que incluye satisfacer todas las necesidades del paciente, b) los contenidos, que se refieren a hacer todo lo que se tenga que hacer en cada caso en particular, c) la destreza, que consiste en hacer bien y eficazmente lo que se va hacer y d) la oportunidad, en el sentido de hacer a tiempo y en secuencia adecuada lo que se debe hacer (Ruelas y Vidal, 1990)

Al hablar de un servicio de salud con calidad, este debe reunir una serie de características, tales como:

1. Integridad, que permite identificar todas las necesidades clínicas del usuario y procurar los medios para tratar el padecimiento con las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación prioritarias.

2. Oportunidad, para intervenir o actuar a su debido tiempo en el proceso de atención al paciente.

3. Continuidad, donde el servicio se tiene que realizar en forma secuencial y apropiada, sin interrupciones o rupturas en la atención, que va desde el ingreso del paciente hasta su salida.

4. Contenidos técnicos, que hacen alusión a una serie de conocimientos técnicos y elementos de trabajo que se necesitan para aplicar el diagnóstico y tratamiento en función de las necesidades del paciente.

5. Calidad humana, relativo al trato personal del médico y de todo el equipo de salud, incluido los administradores, los cuales deben mostrar respeto y consideración hacia los pacientes y sus familiares (Paganini, 1993).

Como se puede observar, al hablar de calidad en la atención médica, es posible identificar diferentes términos y componentes, todos ellos referidos a la eficacia de la intervención, el uso adecuado de la técnica y

la tecnología, la relación interpersonal, la calidez humana y el ambiente físico, con el fin de brindar al paciente un servicio oportuno que responda plenamente a sus necesidades y expectativas.

Debido a que es evidente que la calidad de atención que se proporciona en los centros de salud no es la más satisfactoria, ya que hay serias deficiencias no sólo en el manejo y prescripción de los medicamentos, sino en todo el proceso que precede a la emisión de una receta. Es como se ha sugerido, que los diversos sistemas y componentes de los servicos de salud deban ser constantemente evaluados, con el fin de observar cuales son sus fallas y poder enfrentarlas (Durán, Frenk y Becerra, 1990).

Se deben desarrollar mejores sistemas de evaluación, que permitan identificar con rigor y precisión problemas cuya dimensión se vislumbren o intuyan pero que requieren aún de una delimitación sistemática. Sin olvidar modificar radicalmente las precarias circunstancias en las que el médico se ve obligado a dar un mal cuidado a sus pacientes y mejorar sustancialmente la capacidad operativa de los centros hospitalarios (Ponce, 1991).

De tal forma, la existencia de una evaluación continua y sistemática sobre el tipo de atención que recibe el paciente, favorecerá el logro de los

objetivos y su impacto en la comunidad. Es necesario respaldar la buena práctica de la medicina mediante la identificación de sus elementos eficaces y eficientes, así como indicar las áreas que deben ser mejoradas y brindar a los médicos una enseñanza constante acerca de su propia práctica, sobre todo considerando que el derecho a la atención, conlleva al derecho de una atención de buena calidad (Aguirre, 1990).

Una esfera especialmente importante en la búsqueda por mejorar los servicios de salud, lo constituye la aplicación de círculos de calidad, estrategia viable para la formación y capacitación de verdaderos equipos de trabajo en el área de la salud. Estos círculos se conciben como un procedimiento socio-técnico que aborda los factores tanto humanos como administrativos en relación con la productividad y satisfacción del personal en el trabajo (Laguna y Salinas, 1990).

Quizá uno de los beneficios de los círculos de calidad, además de la mejoría en las condiciones de la atención, es que al fomentar la participación del personal involucrado en la prestación de los servicios, la supervisión y evaluación del desempeño, dejan de ser actividades fiscalizadoras y dan lugar a nuevas expectativas, como el de crear programas de garantía de la calidad que al implementarlos mejoran los servicios de salud y hacen que el personal fije su atención en este significado y los concientice sobre el significado de su práctica profesional (Ruelas, Reyes, Zurita, Vidal y Karchmer, 1990).

El establecimiento de programas de garantía de calidad, constituyen un medio para elevar los estándares de atención en aquellas situaciones donde el servicio sea de mala calidad, o bien para mantener la calidad donde la atención sí cumpla con los criterios establecidos. Un programa bajo este enfoque, debe cubrir la condición de estar orientado a proporcionar incentivos y remuneraciones adicionales al personal que se destaque por su labor y proporcionar un mínimo de sanciones posibles. Además demostrar que los costos de las actividades destinadas a garantizar la calidad, realmente produzcan verdaderos beneficios en la atención a los pacientes, ya que muchas veces no hay pruebas de que las acciones establecidas producen una mejoría en el servicio proporcionado (Materson y Quintana, 1993).

Vuori (1993), menciona una serie de condiciones a considerar si se pretende hechar a andar un programa que garantice la calidad, las cuales son: a) la ética, ya que si la salud es un derecho, los servicios de mala calidad privan a los ciudadanos de algo a lo que tienen derecho, b) la seguridad, refiriéndose a salvaguardar antes que nada la integridad de la persona dentro de la unidad médica, c) la eficiencia, considerando que la buena o mala intervención es la diferencia entre la vida y la muerte, d) el sistema, ya que el error humano, las fallas técnicas y las brechas en la comunicación, conducen a que los pacientes sean sometidos a intervenciones riesgosas y complicadas.

Resumiendo, al hablar de calidad en la atención médica, esta implica una diversidad de factores íntimamanete relacionados, que van desde el apego a ciertas normas establecidas, la aplicación de conocimientos de la medicina y tecnología vigente, la intervención en forma oportuna y evitando el mayor número de riesgos posibles, y la relación positiva entre el usuario y el prestador de servicios, en forma amable, cordial, y respetuosa, dentro de un ambiente confortable y personalizado, todo encaminado a incrementar la salud del usuario y lograr su satisfacción plena (Aguirre, 1990).

Sin embargo, es notable observar en el proceso de atención médica, una preocupación casi exclusiva por la satisfacción que experimenta el paciente en relación al servico que recibe, sin abordar demasiado la satisfacción que pudiera experimentar el médico en relación a su práctica profesional y ambiente de trabajo, lo cual pudiera constituirse en un factor que influya sobre la calidad del servicio otorgado.

Por lo que se hace necesario, que junto con la evaluación de la calidad en la atención a los usuarios, se evalúe al mismo tiempo la satisfacción laboral que experimenta el trabajador de salud (incluido el médico), y analizar la posible relación que pudiera establecerse entre estas dos condiciones de estudio. Ya que es esperable, que si el empleado se encuentra satisfecho con el trabajo que realiza, es más probables que

brinde un servicio con mayor esmero, dedicación y por consiguiente de mayor calidad.

Dada la importancia que se le atribuye a la satisfacción laboral en el cumplimiento de los objetivos organizacionales, el siguiente capítulo abordará el estudio de la satisfacción en el trabajo y las investigaciones que se han realizado sobre este tema en el ámbito de los servicios de salud.

CAPITULO 3. SATISFACCION LABORAL

Debido a que el trabajo representa un elemento importante en la vida de cualquier persona, de hecho invertimos una considerable cantidad de tiempo en su realización, es como se ha profundizado su estudio científico dentro del campo de la psicología industrial, del trabajo u organizacional, con el propósito de identificar los factores que hacen posible generar en el empleado una satisfacción hacia su trabajo.

Tanta importancia ha recibido el estudio de este tema, que las investigaciones se han intensificado en las últimas décadas, con la idea de analizar la forma en cómo influye la satisfacción laboral en la vida personal y familiar del trabajador. Incluso se ha analizado, como una baja insatisfacion con respecto al trabajo, puede constituir un elemento que afecte el funcionamiento eficaz en la estructura y organización de una institución particular. Ya que se plantea que problemas como el ausentismo laboral, los accidentes de trabajo, la alta rotación de personal y la baja productividad del empleado, se encuentran estrechamente asociadas a una elevada insatisfacción que experimenta el trabajador en relación a su puesto y actividad laboral (Robbins, 1987).

Es por lo anterior, que se iniciara este capítulo, describiendo las principales teorías psicológicas que dan cuenta de la satisfacción en el trabajo, para posteriormente abordar su definición, sus características sobresalientes y las investigaciones que se han realizado sobre este tema en México en el terreno de la salud.

APROXIMACIONES TEORICAS AL ESTUDIO DE LA SATISFACCION EN EL TRABAJO

TEORIA DE LA JERARQUIA DE NECESIDADES (MASLOW)

Bajo esta postura, se plantea que una de las principales causas de satisfacción en el trabajo es el cumplimiento de las necesidades del individuo. Maslow (1943 en Chiavenato, 1992), postuló una jerarquía de necesidades ordenadas de menor a mayor nivel, donde al cubrir ciertas necesidades se obtiene la satisfacción, clasificadas de la siguiente manera:

1. Necesidades fisiológicas. Que incluyen las necesidades básicas para satisfacer al organismo, como alimento, agua, oxígeno, sueño y sexo, además de otras necesidades corporales.

2. Necesidades de seguridad. Donde la persona necesita tener una existencia generalmente ordenada en un medio que se encuentre relativamente libre de amenazas, que no pongan en peligro la seguridad del individuo. Aplicado al ámbito laboral, el empleado requiere la seguridad de la protección a la vida, evitando accidentes o situaciones que afecten su integridad física y mental, así como disponer de servicios médicos, además de la seguridad de la conservación de su empleo y salario en caso de jubilación.

3. Necesidades sociales. Estas se refieren a las necesidades de establecer relaciones afectivas con otros individuos y de ser aceptado por sus semejantes. En el contexto laboral, abarcaría las relaciones interpersonales entre los altos directivos y los subordinados.

4. Necesidades de estimación. Que implica la necesidad de una autoevaluación estable, de respeto propio, autoestima y de estimación de los demás. Donde el trabajador requiere que se le reconozca por la labor que realiza.

5. Necesidades de autorealización. Que abarca la necesidad de llegar a ser aquello de que se es capaz, acorde a las necesidades del propio potencial, en este sentido, el trabajador buscaría su propia superación.

Como se puede observar, las primeras tres necesidades están vinculadas a la supervivencia de la especie, en cambio la cuarta y quinta son de orden superior ya que permiten la expresión y autorealización completa del individuo.

Esta teoría supone que las necesidades de las personas afectan su comportamiento en conformidad con dos principios:

1. De carencia, donde una necesidad satisfecha no es un motivador de la conducta, debido a que la personas actúan para satisfacer carencias.

2. De proximidad, donde una necesidad solo se activará cuando la necesidad del nivel inferior más cercano ha sido satisfecha (Robbins, 1987).

Para Maslow el concepto jerárquico es fundamental, pues sus premisas fundamentales se centran en lo siguiente:

a) El comportamiento de cualquier persona está dominado y determinado por los grupos mas bajos de necesidades no satisfechas.

b) El individuo satisfacerá sistemáticamente sus necesidades, principiando con las inferiores y ascendiendo de acuerdo con la jerarquía.

c) Se plantea que los grupos de necesidades 1 y 2 son prepotentes, en el sentido de que prevalecerán sobre las que tienen una posición mas alta en la jerarquía (Chiavenato, 1988).

Aunque si bien Maslow planteó su teoría en la década de los 40', no fue sino hasta dos décadas después en los 60' cuando se intentó aplicar su modelo en la industria. Los primeros intentos que se hicieron, estuvieron encaminados a cubrir los niveles inferiores de las necesidades humanas, considerando que tales necesidades una vez cubiertas, le permitirían al trabajador buscar la satisfacción en otros niveles superiores.

Esta teoría ha permitido a algunos investigadores explicar la relación existente entre el nivel jerárquico y la satisfacción en el trabajo. Se ha encontrado que los individuos con un nivel ocupacional inferior, se encuentran motivados por necesidades de orden inferior, como el sueldo y la seguridad, en contraste con aquellos empleados de niveles organizacionales superiores, quienes al tener cubiertas sus necesidades

básicas, están más orientados en satisfacer las necesidades de orden superior (Blum y Naylor, 1985).

TEORIA DE LOS DOS FACTORES (HEZBERG)

En 1959, Frederick Herzberg junto con sus colaboradores Mauser y Snyderman, llevaron a cabo estudios sobre satisfacción en el trabajo con una muestra de contadores e ingenieros a quienes se les pidió que describieran incidentes en el trabajo que les haya provocado sentirse excepcionalmente bien y otro suceso en el que se sintieron excepcionalemnte negativos (Robbins, 1987).

El análisis de las respuestas, reveló que las cosas relacionadas con las situaciones de gran satisfacción (satisfactrores) eran algo diferente de aquellas vinculadas con las situaciones de baja satisfacción (insatisfactores). Hallaron que las descripciones de los buenos períodos incluían cosas tales como ascensos, reconocimiento, logro, respondsabilidad, situaciones que parecían relacionarse con el contenido real del trabajo y por lo tanto se les denominó factores de contenido o intrínsecos. En tanto que las desctripciones de los malos acontecimientos parecían referirse a conceptos relativos a las normas de la empresa, como la supervisión, el sueldo, y las condiciones de trabajo, por lo que se les

consideró factores de contexto, higiénicos o extrínsecos (Blum y Naylor, 1976).

Por lo que este modelo postula dos clases generales de variables que producen satisfacción e insatisfacción. Las primeras si se encuentran presentes conducen a la satisfacción en el trabajo, pero su ausencia no provoca insatisfacción; son eficaces para proporcionar al individuo una motivación y esfuerzo superior, pero su papel es muy pequeño en la producción de descontento. Tales factores son intrínsecos al trabajo, es decir forman parte del puesto desempeñado e incluyen la tarea, el grado de responsabilidad en el desempeño del trabajo y la sensación de realización del empleado por haber ejecutado su actividad.

La segunda clase de variables, constituyen factores de contexto, que de no estar presentes determinan la insatisfacción en el trabajo, como el salario, relaciones interpersonales, condiciones de trabajo, políticas laborales, tipo de administración y supervisión. Herzberg, recomendó que estos últimos aspectos deben atenderse antes que los factores de contenido, debido a su presencia si bien no produce satisfacción, su ausencia si genera insatisfacción en el trabajo (Arias, 1973).

Críticos de esta teoría, señalan que algunos factores considerados de higiene como el sueldo y los elogios del supervisor, pueden también

tener una función motivadora pues conllevan al reconocimiento del logro (una característica intrínseca al trabajo), esto hace pensar que tal vez la distinción entre ambas clases de factores no sea tan rígida como lo estableció Herzberg.

TEORIA DE LAS TRES NECESIDADES (MC. CLELLAND)

Esta teoría plantea que las personas están motivadas fundamentalmente por tres factores:

a) Necesidades de logro. Donde los trabajadores obtienen satisfacción con sus logros y se sienten motivados a destacar en cuanto emprenden, por lo que se plantean metas y objetivos con el deseo de alcanzarlos.

b) Necesidades de poder. Aquí, el trabajdor está más orientado a controlar a otras personas e influir sobre su conducta. Según Mc Clelland estas personas están màs motivadas a obtener prestigio que a ofrecer un rendimiento elevado.

c) Necesidades de Afiliación. Los trabajadores con esta necesidad, se encuentran más interesadas en establecer contactos personales y consolidar relaciones sociales, por tanto prefieren las situaciones de cooperación en lugar de las que tienen que ver con la competencia (Chiavenato, 1992).

El autor de la teoría hace especial énfasis en la motivación de logro, identificando las siguientes características en las personas que lo poseen:

- Prefieren situaciones que les permitan asumir la responsabilidad en la solución de los problemas. Se encuentran contentos si la solución se basa en su capacidad e iniciativa y no en factores que se escapan a su control.

- Muestran tendencia a tomar riesgos bien calculados y a fijarse metas moderadas. Asumen tareas de dificultad mediana y de este modo consiguen satisfacer su necesidad de logro.

- Requieren retroalimentación contínua cobre sus adelantos. Si no reciben reconociemiento por su esfuerzo, desconocen qué rendimiento están dando.

Con base en sus invesitigaciones, Mc Clelland consideró que es posible hacer predicciones bastante bien fundamentadas acerca de la relaciòn existente entre la necesidad de logro y el rendimiento en el trabajo, ya que al disminuir el interés por esta necesidad también disminuye la productividad.

Hasta aquí, se han descrito algunas teorías que tratan de explicar el fenómeno de la satisfacción en el trabajo, y a pesar de que han sido objeto de diferentes críticas, su contribución ha estimulado la investigación sobre los factores motivacionales que producen la satisfacción en el empleado. Ejerciendo al mismo tiempo una fuerte influencia en la forma en cómo las organizaciones administran y planean sus actividades, las cuales han diseñado estrategias para promover la satisfacción laboral y disminuir la insatisfacción del trabajador (Schutz, 1985).

Aunque si bien, en el área de la salud faltan por desarrollar investigaciones que verifiquen los principios y postulados de las diversas teorías que dan cuenta de la satisfacción, cada vez más se reconoce la importancia que tienen ciertos factores en la producción de la satisfacción, y la forma en como se relacion estos en la consecución de los objetivos institucionales.

En este sentido, el presente trabajo, también puede arrojar luz sobre las variables que en un momento determinado los trabajadores reportan sentirse satisfechos e insatisfechos y evaluar la congruencia de los datos obtenidos con los planteamientos teóricos aquí expuestos. Con la idea de avanzar en este terreno de análisis, a continuación se mencionan las definiciones más representativas de este objeto de estudio.

DEFINICION DE SATISFACCION LABORAL

Cuando utilizamos la palabra satisfacción laboral, surge la duda de a qué nos referimos con este constructo, ya que es una expresión que se utiliza con bastante frecuencia pero generalmente de manera ambigua e imprecisa.

Entre las definiciones más representativas destaca la de Vroom (1964 en Ruvalcaba, 1997), quien menciona que la satisfacción laboral y la actitud hacia el trabajo son términos intercambiables, los cuales se refieren a la orientación afectiva de los individuos hacia el rol del trabajo que están desempeñando. Así, las actitudes positivas hacia el trabajo son sinónimo de satisfacción y las negativas de insatisfacción.

Para Nathanson y Becker (1973 en García, 1985), la satisfacción en el trabajo implica un estado de placer emocional resultado del aprecio que se tiene al trabajo mismo y que sirve de facilitador para alcanzar valores propios.

Grunenberg (1976 en Aguilar, 1987), considera que la satisfacción no es más que una perspectiva favorable o desfavorable que los empleados tienen del trabajo, y expresa el grado de coincidencia entre las expectativas del trabajador con respecto al trabajo y lo que éste le da a cambio.

En cambio para Smith y Fleishman (1979 en Mc llwee, 1982) la satisfacción representa una respuesta afectiva dada por el empleado a su puesto, resultado o consecuencia de la experiencia que el trabajador adquirió en dicho puesto relacionado con sus propios valores y lo que espera de él.

Para Luthoes y Freitmer (1984), la satisfacción laboral se refiere a la sensación de agrado o desagrado que los empleados tienen respecto a su trabajo, donde dichos sentimientos van a coincidir con lo que realiza y con lo que su trabajo le ofrece a cambio.

Por otro lado Blum y Naylor (1985), consideran que la satisfacción es el resultado de diversas actitudes que poseen los empleados, donde existen diferentes actitudes a ciertos aspectos del trabajo, como las oportunidades de ascenso, el reconocimiento al trabajador, las relaciones sociales, la resolución rápida de los motivos de queja, el trato justo de los patrones.

Shermerhom, Hunt y Osborn (1987), por su parte la definen como el grado en que el sujeto es capaz de experimentar sentimientos tanto positivos como negativos en relación con los diversos aspectos de sus funciones laborales, el ambiente de trabajo y su relación con similares tales como jefes y demás compañeros.

Como podemos observar, la satisfacción en el trabajo ha sido interpretada de diferentes formas, tanto a nivel de sensación, placer emocional, sentimientos o actitud. De tal forma, la satisfaccion laboral designa básicamente un conjunto de actitudes hacia el trabajo, puede ser descrita como una disposición psicológica del sujeto hacia su empleo (lo que piensa de él) y esto supone un grupo de actitudes hacia distintos elementos del mismo, resultado de diversas percepciones y expectativas que los empleados poseen hacia éste (Shultz, 1985).

Por eso es importante señalar, que cuando se habla de satisfacción laboral, esta expresión no solo se limita a un aspecto concreto del trabajo, sino que implica diferentes variables del contexto laboral. En este sentido, un empleado puede sentirse satisfecho con las relaciones que mantiene con sus compañeros de trabajo pero al mismo tiempo estar insatisfecho con el salario que percibe, o bien sentirse contento con las actividades que desempeña pero incómodo con el horario de trabajo asignado, y así podríamos seguir enumerando una serie de situaciones distintas, complejas e incluso opuestas.

Debido a lo anterior, investigadores como Mcllwee, 1982; Hollinger y Clark, 1982; Bhagat y Chassie, 1981, proponen que la satisfacción en el trabajo está compuesta por diversas dimensiones que actúan como un todo integrado, las cuales abarcan:

a) El trabajo mismo. Que incluye el contenido y rutinas de trabajo, para estimar en qué grado las personas sienten que su actividad laboral es agradable, creativa y pone a prueba sus habilidades y conocimientos.

b) Los supervisores y jefes. Dimensión que implica que tan consideradas pueden ser las autoridades de la organización, en qué medida

proporcionan recompensas y castigos a sus empleados, se interesan por su bienestar y de qué forma supervisan las actividades laborales.

c) Los compañeros de trabajo. Aspecto que se refiere a la manera en que los trabajadores sienten que sus relaciones con sus compañeros de trabajo son agradables.

d) El salario y prestaciones. Situación que implica el grado en que los empleados consideran que tanto su sueldo como sus prestaciones se ajustan a sus necesidades y aspiraciones.

e) Las oportunidades de promoción. Variable que se relaciona con las oportunidades que perciben los trabajadores de avanzar y obtener mejores puestos en su trabajo, así como los sentimientos de que las políticas de ascenso son justas .

f) Las horas de trabajo. Dimensión que tiene que ver con el tiempo que una persona pasa en su trabajo y cómo usa las horas asignadas a él.

g) La carga de trabajo. Aspecto que se refiere a la relación que existe entre la cantidad de trabajo que tiene que realizar un empleado y el tiempo para efectuarlo, además de la facilidad que tenga para llervarlo a cabo.

Adicionalmete a las anteriores dimensiones, debemos tener presente que otras variables igual de importantes también influyen en la satisfacción laboral, las cuales están vinculadas a factores interpersonales, familiares y aspectos relacionados al contexto y ambiente organizacional. Entre las variables que se han investigado sobresalen las siguientes:

Sexo

Antes de la década de los setentas, casi todos los estudios sobre satisfacción laboral se habían realizado con sujetos de sexo masculino, restándole importancia a los factores que generaban satisfacción en las mujeres. En la actualidad, se ha incrementado el número de investigaciones en este sentido y los estudios se orientan a analizar las fuentes de satisfacción que son importantes para las mujeres a diferencia de los hombres, encontrándose muchas inconsistencias.

En los estudios de Cole (1940), Hobbe (1949) y Stockford & Kunze (1950) (en Cortés, 1970), se observa que los trabajadores de sexo femenino tienen una mayor satisfacción de su trabajo que los del sexo opuesto. Prevaleciendo que las mujeres aún con una mayor dificultad para

alcanzar un estatus ocupacional, están más satisfechas que los hombres en ese mismo nivel cuando realmente logran ese estatus.

Por su parte Hulin y Smith (1964), proponen que no es el sexo el factor crucial que conduce a la alta o baja satisfacción, sino las diferentes variables que se relacionan con el sexo, tales como el salario, nivel de trabajo, normas sociales y oportunidades de promoción. En este sentido Lacy, Bekemeier y Shepard (1983), encontraron que aspectos como nivel educativo, edad, estructura del trabajo e ingresos, cuando son semejantes en hombres y mujeres probablemente la satisfacción sea similar.

Edad

Benge y Copel (1954), Robinson (1956) y Meltzer (1955) (en Cortés, 1970), demostraron que los trabajadores de mayor edad estaban más satisfechos, que los empleados jóvenes, debido a que estos últimos, presentan mayores expectativas y ambiciones que la gente de más edad. De acuerdo a sus estudios, no solo los trabajadores de mayor edad tiene una mayor satisfacción, sino que además presentan una mayor moral en comparación con los jóvenes.

También Schultz (1985), afirma que en términos generales la satisfacción laboral aumenta con la edad, debido a que la insatisfacción de los jóvenes se ha intensificado en los últimos decenios, siendo mayores sus expectativas en comparación con las de la generación anterior.

Estado Civil

Lacy (1983), señala que el estado marital es una variable que se relaciona con la actitud hacia el trabajo, puesto que las mujeres solteras y los hombres en general se comprometen más con su trabajo en comparación con las mujeres casadas. En sus resultados encontró que la educación y el estado civil, predijeron mejor las diferencias en los aspectos del trabajo que son preferidos.

Por su parte Andrisani y Shapiro (1978), comentan que el estado civil es una variale que afecta la satisfacción laboral en la mujer, ya que es común que las mujeres casadas prefieran separase del trabajo, debido a la presión que implica jugar dos papeles, como ama de casa y empleada fuera del hogar. De igual forma, mientras menor sea el conflicto entre las responsabilidades del trabajo y el hogar, mayor será la satisfacción

laboral, sin olvidar que cuando la mujer percibe la actitud desfavorable de su esposo hacia su trabajo, ésta se mostrará menos satisfecha.

Escolaridad

Con respecto a la influencia que tiene el nivel de escolaridad en la satisfacción en el trabajo, algunos autores como Cantril (1946), Mann (1953), Mossin (1949) y Kessler (1954) (en Cortés, 1970), afirman que la educación o escolaridad del trabajador no es un factor que determine la satisfacción en el trabajo. Sin embargo esta variable genera bastante discusión, debido a que otros autores (Schutz, !985 en Bermejo 1989) consideran que las personas con mayor escolaridad logran experimentar un mayor grado de satisfacción.

No obstante, es poco probable que una persona con un nivel de escolaridad alto pueda sentirse satisfecho realizando una actividad laboral monótona y rutinaria. Lo que sí puede suceder, es que un sujeto con una mejor preparación académica le resulte ser más fácil obtener un trabajo interesante que le ofrezca mayores oportunidades de sentirse satisfecho.

Personalidad

Schutz (1985) sugiere que existe una relación positiva entre el nivel de satisfacción y el estado emocional del trabajador. Plantea que los empleados con mayor estabilidad emocional se encuentran más satisfechos en contraste con los que tienen problemas de desequilibrio, angustia, estrés ó ansiedad social.

Antigüedad laboral

Siegel (1973), menciona que el personal con menos antigüedad tiene un mayor nivel de satisfacción, en comparación con aquellos trabajadores que presentan muchos años de antigüedad. Al respecto explica que cuando una persona ingresa a trabajar, se siente más motivada, dado que no conoce el ambiente de trabajo, ni la actividad que tiene que realizar, donde la misma novedad del puesto le permite adquirir conocimientos diferentes y ejecutar habilidades que posiblemente nunca ha desempeñado.

Este mismo autor plantea que depués de algunos años el nivel de satisfacción disminuye y comienza nuevanmente a incrementarse

alcanzando su punto máximo cuando la persona ha permanecido en la organización alrededor de 20 años.

Estatus familiar

Garden (1950), Warner (1949) y Dyer (1956) (en Cortés, 1970), indican que los trabajadores que habían logrado un status ocupacional más alto que el de sus padres, estaban más satisfechos en comparación con aquellos que no habían alcanzado tal status. Comentan que las personas que vienen de familias profesionales o de negocios, con frecuencia tienen severas dificultades al tratar de ajustarse a empleos como camarera o trabajador en una fábrica, debido al énfasis que la familia le ha dado al progreso social. También mencionan que los trabajadores que experimentan una mayor insatisfacción en su trabajo, normalmente sus hijos reportan sentirse menos orgullosos del empleo que ejecutan sus padres.

Reconocimiento familiar

Bullock (1952) (en García 1985), señala que mientras más favorable perciba el trabajador las actitudes de su familia, amistades y vecinos en

relación a su empleo, mayor será la satisfacción que experimente sobre su trabajo.

Jerarquía ocupacional

Con respecto a la posicion ocupacional, Hoppock y Spieger, (1938), Super (1939) (en Cortés, 1970), afirman que entre más alto es el estatus ocupacional del trabajador, mayor será la satisfacción obtenida por el trabajo. También comentan que las jefas de enfermeras estaban más satisfechas con su labor en comparación con las enfermeras de posiciones más bajas.

Tipo de organización

Worthy (en Cortés, 1970), indica que los trabajadores de distintas compañías haciendo trabajos parecidos con sueldos similares, mostraron diferencias marcadas en cuanto al grado de satisfacción laboral. Debido a que juega un papel importante la organización, prestigío y reconocimiento social que tiene la empresa donde el trabajador presta sus servicios, lo cual influye en la satisfacción laboral.

Hacinamiento

Paulus, Seta, Schkade y Matthews (1979), reportan que la cantidad de espacio y el número de personas dentro de éste, es un factor que influye de manera importante en la satisfación de los trabajadores. Por su parte Szilagyi y Holland (1980), revelan que aquellos empleados que experimentaron un incremento en la densidad de su trabajo (número de personas en un área de trabajo), reportaron una disminución en la retroalimentación laboral y en la satisfacción laboral.

Como podemos observar, los factores que se consideran determinantes para que un trabajador experimente satisfacción en su trabajo resultan ser sumamente variados y complejos, los cuales pueden ser agrupadas en tres grandes categorías: variables personales, familiares, sociales y organizacionales.

En la siguiente figura, se representa en forma esquemática la vinculación estrecha y recíproca de cada uno de estos factores, los cuales deben analizarse en forma dinámica dentro de un continuo de interacción constante.

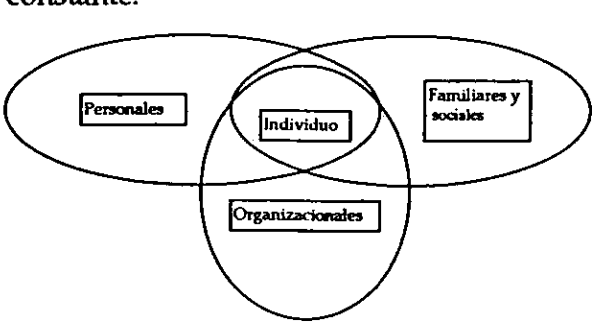


Fig. 1 Factores determinantes de la Satisfacción Laboral

Es importante señalar que a partir del conocimiento amplio de cada una de estas variables y de su identificación precisa, se está en posibilidad de diseñar y conducir estrategias que permitan incrementar el nivel de satisfacción de los empleados.

Precisamente con el propósito de conocer a fondo los determinantes que generan satisfacción en el trabajo, es lo que ha dado pauta a la conducción de algunas investigaciones en nuestro país.

INVESTIGACIONES SOBRE SATISFACCION LABORAL

En México son escasos los estudios que se han generado para conocer el grado de satisfacción que manifiestan los empleados en relación a su actividad y puesto de trabajo. Las pocas investigaciones que se han conducido, se ubican prioritariamente en ciertos contextos laborales, como oficinas administrativas, instituciones gubernamentales, empresas privadas; analizando trabajadores con diferente ocupación, desde obreros calificados, policías auxiliares, conductoras del metro, agentes de seguros; enfocando el interés en variables como sexo, edad, escolaridad, estado civil, jerarquía de trabajo, y en relación a factores como hacinamiento, motivación de logro, accidentabilidad en el trabajo y rotación de personal

(Bermejo, 1989; Rodríguez y Mendoza, 1991; Pérez, 1992; Dávila y Fernández, 1992; Aguilar, Arreola y Gómez, 1993; Cante, 1997).

Respecto al área de los servicos de salud, actualmente existe escasa información sobre los factores que influyen en la satisfacción laboral de los prestadores de servicios, siendo más bien característico encontrar investigaciones realizadas en otros países.

De los estudios realizados en México, destaca el de Magaña (1994), que tuvo como objetivo comparar la satisfacción laboral del médico directivo en diferentes instituciones hospitalarias.

El trabajo se realizó en tres hospitales de tercer nivel pertenecientes a una institución de seguridad social. La muestra estuvo formada por 36 médicos directivos de nivel alto, medio y bajo. El instrumento utilizado consistió en un cuestionario el cual contenía información sobre datos de identificación, sociodemográficos, y preguntas sobre satisfacción laboral con tres opciones de respuesta.

Los resultados muestran que el 66% de los médicos presentan una satisfacción alta con respecto a su trabajo, siendo los médicos más jóvenes los más satisfechos. Además el personal directivo de sexo masculino se encuentra más satisfecho en comparación con las mujeres.

La satisfacción se eleva conforme se incrementa el nivel jerárquico y solo el 11% de los directivos de nivel bajo reportaron sentirse satisfechos. El autor recomienda aplicar este tipo de investigaciones, si se pretende instaurar programas de garantía de calidad, además de considerar la organización administrativa como elemento que facilita la satisfacción del médico en el trabajo.

Por su parte Colín (1994), condujo un estudio para observar la relación entre la satisfacción del prestador de servicios y la satisfacción del usuario en el Hospital General de Atlacomulco. La muestra estuvo constituida por distintos prestadores de servicios, de los cuales 31 eran profesionistas, 16 técnicos y 19 administrativos. En cuanto a los usuarios, estos fueron en total 355, distribuidos de la siguiente forma, 117 ubicados en consulta externa, 119 en urgencias y el mismo número en hospitalización. El rango de edad de los pacientes osciló entre los 12 y 80 años, siendo la mayoría mujeres (81 %) con baja escolaridad.

Las variables o indicadores para medir la satisfacción del prestador de servicios fueron la profesión, el desempeño laboral, el compañerismo laboral, la relación con autoridades, la participación, el reconocimiento al desempeño, el salario, el área de trabajo, el abasto de material, la capacitación, el desarrollo profesional, la promoción escalafonaria y el

bienestar de trabajo. Las variables para medir la satisfacción del usuario fueron la accesibilidad, aceptabilidad, efectividad y disponibilidad.

Los instrumentos utilizados consistireron en un cuestionario para medir la satisfacción del trabajador. En el caso de los usuarios, se le aplicó un cuestionario con 22 preguntas con el fin de evaluar tiempo de espera, trato del personal y opinión sobre las instalaciones.

De los resultados obtenidos, el 58% de los prestadores de servicios reportaron sentirse insatisfechos con su trabajo. Los empleados menos satisfechos fueron los pertencientes al área de hospitalización (38%), siguido de consulta externa (40%) y al final urgencias (44%). En cuanto a las categorías evaluadas, el mayor grado de satisfacción lo ocupó la dimensión compañerismo con 60%, siendo el más bajo para la categoría ascenso escalafonario con 18%. Ocho de la 12 catagorías evaluadas registraron menos del 50 % de satisfacción.

Respecto a los usuarios, el 60 % reportó sentirse satisfecho con la atención recibida. En función de las variables, la dimensión disponibilidad obtuvo 72.4 %, le siguió aceptabilidad con 69.6 %, accesibilidad con 58.0 % y efectividad con 38.2 %. Los pacientes de

urgencias fueron los más satisfechos con 66%, después siguió hospitalización con 65% y al final los de consulta externa con 63 %.

El autor concluye diciendo que no hay una relación estrecha entre la satisfacción de los prestadores de servicios y la satisfacción de los pacientes. Agrega que la baja escolaridad y nivel socioeconómico de los usuarios influyen de manera significativa para que no puedan distinguir con precisión un servicio hospitalario de calidad.

En otro estudio realizado por Doan, Zun, Cooper y Meyers (1995), tuvo como propósito identificar las fuentes de satisfacción y de estrés en el empleo bajo situaciones de emergencia médica. Para lo cual aplicaron una prueba con preguntas referidas a la satisfacción de la práctica médica en contextos de emergencia. La población bajo estudio estuvo constituida por médicos con entrenamiento en medicina de emergencia.

De los resultados obtenidos, el 25.2 % de los médicos coincidieron que las fuentes que dan lugar a la insatisfacción en el empleo, son el agotamiento y el deterioro de las actividades, además algunos reportaron tener problemas de alcoholismo, donde el "sentimentalismo" que adquirían en el área de emergencia contribuía a la presencia de este problema.

Los autores indican que el desgaste y el agotamiento que adquieren los médicos en el área de emergencia y las condiciones ambientales del mismo, dan lugar a la presencia de insatisfacción en el trabajo, la cual repercute directamente en la forma en cómo llevan a cabo sus actividades profesionales.

En otra investigación, Oleckno y Blacconiere (1995) observaron las diferencias y similitudes sobre satisfacción en el empleo en cinco grupos ocupacionales que ejercen la actividad en el área de los servicos de salud, con la intención posteriormente de realizar programas que tengan como propósito incrementar la satisfacción del trabajador.

La muestra estuvo constituida por administradores públicos, enfermeras, personal de salud pública, ambiental y trabajadores de limpieza. Los instrumentos aplicados fueron escalas y cuestionarios para medir las necesidades ocupacionales vinculadas a la satisfacción e insatisfacción en el empleo.

Los resultados muestran que el grupo de administradores fue el más satisfecho de todos, obteniendo los puntajes más altos en los factores de oportunidades de promoción, reconocimiento y salario. Mientras que los más insatisfechos fueron los trabajadores pertenecientes al área de salud

ambiental y pública, manifestando descontento respecto a las categorías de reconocimiento a su labor, salario y desempeño.

Los autores comentan que la insatisfacción que tiene el empleado con respecto a su trabajo, afecta directamente sus funciones propiciando que sus labores sean deficientes, ya que el estar insatisfechos generan actitudes negativas hacia el desempeño de las tareas asignadas.

Locker (1996), también condujo una investigación con el fin de identificar el nivel de satisfacción y estrés hacia el trabajo en cirujanos dentistas y asistentes dentales, debido a que su actividad se encuentra constantemente bajo presión.

A toda la muestra se les administró una batería de pruebas para determinar el nivel de estrés y satisfacción en el trabajo. Los resultados encontrados indican que los asistentes dentales presentan mayor estrés e insatisfacción en el empleo en comparación con los cirujanos dentistas. Entre las principales fuentes para la presencia de insatisfacción, figuran el bajo ingreso económico, la falta de oportunidades para poderse desenvolver profesionalmente y la carencia de reconocimiento social.

El autor comenta que la insatisfacción que el asistente dental tienen respecto a su trabajo origina la presencia de estrés y que tales eventos deben de ser considerados como áreas prioritarias de investigación en el terreno de la salud.

En otra investigación llevada a cabo por Ruvalcaba (1997), analizó los factores que influyen en la satisfacción laboral del usuario interno (médico), de una Jurisdicción Sanitaria del Estado de México. Incluyó a 195 de trabajadores de base (69% del total de los empleados), distribuidos en 5 grupos: médicos, enfermeras, personal de campo, trabajadopres administrativos y paramédicos. A todos se les aplicó un cuestionario con 90 preguntas de tipo abierto y cerrado.

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los trabajadores encuestados, reportaron sentirse insatisfechos con cinco de los ocho factores extrínsecos evaluados, que incluían condiciones físicas, salario, relaciones con la autoridad, reglamento interno y capacitación; manifestando satisfacción únicamente en los factores de seguridad en el cargo, políticas de la institución y relaciones con compañeros.

En relación a los factores intrínsecos, se manifestaron satisfechos en los factores de contenido del cargo, tareas asignadas, deberes y

responsabilidad. En cambio se pronunciaron insatisfechos en la categoría de crecimiento profesional, reconocimiento hacia el trabajo y participación.

El autor afirma que sus resultados coinciden con la teoría bifactorial propuesta por Herzberg, en el sentido de que los factores intrínsecos generan satisfacción y de que un déficit en los factores extrínsecos generan insatisfacción en el trabajo.

Finalmente en otro estudio realizado por Salinas, Laguna y Mendoza (1994), investigaron el papel que juega el desempeño y la satisfacción laboral como factores que apoyan a la calidad de la atención médica en un hospital pediátrico de segundo nivel.

La muestra estuvo constituida por trabajadores de cada servicios, elegidos a través de un muestreo probabilístico estratificado. Se utilizaron tres tipos de instrumentos: a) cédula de evaluación de aptitudes al personal directivo, b) escala de satisfacción laboral, y c) encuesta de satisfacción del usuario, esta última se aplicó a un total de 52 pacientes, todos ellos usuarios del servicio de consulta externa y de hospitalización.

De los resultados encontrados, destaca que el personal médico fue el más satisfecho, en los aspectos de motivación, tareas desarrolladas y rendimiento, en cambio los más insatisfechos fueron los trabajadores administrativos en las categorías de clima intragrupo y reconociendo al trabajo. En relación a la calidad de la atención, el 50 % de los usuarios la calificó como excelente y solo el 10 % la consideró insuficiente e inadecuada.

Los autores concluyen diciendo que existe una estrecha relación entre el clima organizacional y las actitudes del trabajo, y un vínculo poco relevante entre la percepción del usuario y la del trabajador, ya que ambos grupos manifestaron un nivel adecuado de satisfacción.

Sin embargo, en esta investigación no se estableció una relación estrecha y directa entre el personal evaluado y los usuarios de la muestra, por lo que sería conveniente investigar el posible vínculo entre estas dos variables. Esto es, conocer el grado de satisfacción laboral que presentan los médicos, y si esto tiene relacion con el tipo de atención que ofrecen a sus usuarios.

Reconociendo la importancia que tiene la satisfacción laboral para el cumplimiento de los objetivos organizacionales, resulta necesario ampliar su estudio y conducir un mayor número de investigaciones en este terreno.

Lo cual permitirá saber con mayor precisión en qué aspectos del trabajo los trabajadores están más conformes y satisfechos, y en qué situaciones muestran descontento e insatisfacción, lo que daría pauta al diseño de estrategias, con el fin de modificar aquellos factores reportados como negativos y que repercuten en un mal funcionamiento de la organización y por ende, en una deficiente prestación de los servicios de salud otorgados.

Es por lo anterior, que la presente investigación tiene como objetivo estudiar la satisfacción laboral en médicos de una institución hospitalaria de segundo nivel, y evaluar al mismo tiempo la opinión que tienen sus pacientes respecto a la calidad de la atención que reciben por parte de su médico.

CAPITULO 4. METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Conforme a lo mencionado en el capítulo anterior, el problema de investigación se plantea de la siguiente manera:

¿Existe relación entre el grado de satisfacción laboral en médicos y la calidad de la atención que ofrecen a sus usuarios?

OBJETIVO GENERAL

Investigar si existe relación entre el grado de satisfacción laboral en médicos adscritos a una institución hospitalaria de segundo nivel y el tipo de atención médica que reciben sus usuarios.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El grado de satisfacción laboral de los trabajadores médicos influye sobre el tipo de atención que ofrecen a sus pacientes.

DEFINICION DE VARIABLES

Satisfacción laboral:

Esta se define como la orientación afectiva de los trabajadores hacia diferentes aspectos relacionados con el trabajo, tales como: los compañeros de trabajo, jefe, salario y prestaciones, el trabajo mismo, promociones y ascensos, disciplina y reconocimiento. O puntaje obtenido en la escala de satisfacción laboral (García, 1985).

Calidad en la atención médica:

Conjunto de características con las que deben contar los servicios de salud en el proceso de atención a los pacientes, que implica la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, así como la relación interpersonal que se dan entre el proveedor del servicio y el paciente, encaminado a la solución de sus problemas de salud, con el fin de alcanzar los efectos deseados (Donabedian, 1984).

MUESTREO

La población a la que se realizó el estudio, estuvo conformada por médicos y sus pacientes adscritos al Hospital Pediátrico "Peralvillo" de segundo nivel, perteneciente al Instituto de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Se hizo en esta institución, dado que se encontraron facilidades para la realización de esta investigación. La elección de los sujetos se hizo a través de un muestreo no intencional probabilístico, con la finalidad de que todos tuvieran la misma oportunidad de participar.

SUJETOS

Participarón 18 médicos, representando el 37% de la población total. De ellos 10 eran pediatras, 2 cirujanos, 4 médicos generales y 2 con cargo de jefatura. También colaboraron 36 de sus pacientes, la mitad de ellos fueron atendidos en el área de consulta externa y la otra mitad en el servicio de hospitalización.

TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptivo, de campo, transversal y ex post facto. Debido a que se analizaron las características del fenómeno tal

y como ocurren en el ambiente natural, se obtuvo la información en un solo momento del tiempo y no se tuvo control directo sobre las variables, porque ya acontecieron sus manifestaciones y solo se pretende investigar la relación existente entre ellas (Kerlinger, 1988).

INSTRUMENTOS

Para medir la satisfacción laboral, se aplicó la escala diseñada por García (1985), la que a su vez se construyó con base en el instrumento desarrollado por Holliger y Clark (1982) y el Job Description Index (Hulin y Smith, 1964). Esta escala contiene afirmaciones relativas a los siguientes factores específicos de satisfacción: oportunidades de promoción, relación con compañeros y jefes de trabajo, salario y prestaciones, el trabajo mismo. Adicionalmente se evaluaron las categorías de disciplina, reconocimiento, rendimiento laboral, capacidad profesional, abandono del trabajo y servicio al usuario (ver anexo I).

A cada reactivo de la prueba, le proceden cinco alternativas de respuesta tipo Likert, que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, a las que se otorgan valores del 1 al 5 según su dirección. Es importante mencionar que este instrumento se validó socialmente a través

de 15 jueces. La confiabilidad reportada por el autor se obtuvo por el método de formas paralelas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y la fórmula Spearman-Brown arrojando un resultado de 0.70. La validez se obtuvo mediante el coeficiente Alpha de Crombach, siendo ésta de 0. 80.

Para medir la calidad de la atención médica, se construyeron dos cuestionarios. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación piloto en un grupo de pacientes del hospital pediátrico, con el fin de determinar la congruencia interna de los dos instrumentos y poder modificar algunos reactivos. Finalmente, el primer cuestionario quedó conformado por 21 preguntas dicotómicas dirigido a evaluar la calidad en el servicio de consulta externa. El segundo instrumento diseñado para medir la atención médica en el área de hospitalización quedó estructurado por 19 reactivos (ver anexo II y III). Es importante señalar que estos instrumentos se elaboraron tomando como base el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica del Sistema Nacional de Evaluación (1992).

PROCEDIMIENTO

Para la realización de la presente investigación, se contó con el apoyo y colaboración de la jefa del departamento de trabajo social del hospital

pediátrico, quien proporcionó una lista del personal médico que labora en la institución. A su vez ayudó a seleccionar la muestra de los médicos y sus respectivos pacientes con base en una técnica de muestreo aleatorio simple. Una vez seleccionados los sujetos, se procedió a la aplicación de los instrumentos en forma individual. A los participantes se les explicó sobre la finalidad del estudio y la manera de cómo contestar los cuestionarios, además de indicarles que respondieran con veracidad y de manera espontánea, garantizándoles que sus respuestas quedarían en el anonimato. Una vez aplicados y calificados los cuestionarios, se hizo el análisis estadístico de los datos obtenidos.

CAPITULO 5. RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se describen los resultados más relevantes obtenidos en el grupo de médicos.

Las edades de los médicos fluctuaron entre los 25 y 44 años, siendo la edad promedio de 32 años. El 26% de la muestra se ubica entre 25 y 30 años, el 40% entre 30 y 35 años, el 20% entre 35 y 40 años y el 14% tiene más de 40 años. Con respecto al sexo, el 55% fueron mujeres y el 45% hombres. En relación a la antigüedad laboral, el 17% tiene menos de dos años de trabajar en la institución, el 33% de dos a cuatro años, el 28% de cinco a ocho años y el 22% más de ocho años. En cuanto a la jerarquía laboral, el 78% se ubican como médicos adscritos de base y el 22% ocupan algún cargo de jefatura.

Al descomponer la satisfacción laboral en las dimensiones que la conforman nos podemos dar cuenta que éstas varían. Con respecto a la categoría que evalúa la satisfacción del médico en relación a los jefes y superiores, el 18.51 % dijo estar totalmente de acuerdo, el 50% de acuerdo, el 11.11% ni acuerdo ni en desacuerdo, el 9.25% en desacuerdo y el 11.11 totalmente en desacuerdo (ver gráfica 1 anexo 4).

En cuanto a la dimensión compañeros de trabajo, el 37.5% mencionó estar totalmente de acuerdo con la relación que establece con ellos, el 36.11% de acuerdo, 4.16% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 6.94% en desacuerdo y 15.27% totalmente en desacuerdo (gráfica 2).

Acerca de los reactivos que indagan si las prestaciones que ofrece la institución son las adecuadas, un 16.66 % dijo estar totalmente de acuerdo, el 27.77 % de acuerdo, 11.11% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 22.22% en desacuerdo y 22.22% totalmente en desacuerdo (gráfica 3).

Con respecto a sí se encuentran satisfechos con el sueldo que perciben, el 5.55% estuvo totalmente de acuerdo, 27.77% de acuerdo, 22.22% ni en acuerdo ni en desacuerdo, 22.22% en desacuerdo y otro 22.22% totalmente en desacuerdo (gráfica 4).

Respecto a la categoría de si se sienten satisfechos con la actividad que realizan, el 52.77% manifestó estar totalmente de acuerdo, el 20.83% de acuerdo, el 1.38% indeciso, el 8.33% en desacuerdo, y el 16.66% totalmente en desacuerdo (gráfica 5).

Tocante a la dimensión que explora si son justas y equitativas las acciones disciplinarias en el trabajo, el 33.33% dijo estar totalmente de

acuerdo, 38.88 % de acuerdo, 5.55 % indeciso, 16.66% en desacuerdo y el 5.55 % totalmente en desacuerdo (gráfica 6).

Con respecto a la categoría que indaga si la institución reconoce el esfuerzo y dedicación del médico, un 33.33 % respondió estar totalmente de acuerdo, 22.22% de acuerdo, 5.55 % indeciso, 38.88% en desacuerdo y ninguno reportó estar totalmente en desacuerdo (gráfica 7).

En cuanto a la variable oportunidades de promoción y ascensos, el 5.88% de los médicos dijo estar totalmente de acuerdo, 17.64% de acuerdo, 8.82 % indeciso, 38.23 % en desacuerdo y 29.41 % totalmente en desacuerdo (gráfica 8).

Con respecto a las categorías adicionales, tenemos los siguientes resultados. Ante la afirmación de si el trabajo le permite poner en práctica su juicio, iniciativa y habilidad profesional, el 55.88 indicó estar totalmente de acuerdo y el 44.11% mencionó estar de acuerdo, ninguno de los médicos respondió estar en desacuerdo (gráfica 9).

En relación a la variable de si el médico se enfuerza por ofrecer un mejor servicio, el 72.22% reportó estar totalmente de acuerdo, 27.77% de acuerdo y ninguno respondió estar en desacuerdo (gráfica 10).

Ante la afirmación de si a menudo piensa dejar su trabajo, el 0% de los médicos contestó estar de acuerdo, el 11.11% ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 27.77 en desacuerdo y el 61.11% dijo estar totamente en desacuerdo (gráfica 11).

Finalmente, con respecto a la categoría que aborda si el servicio que se otorga a los usuarios es el mejor que se puede ofrecer, el 5.55% dijo estar totalmente de acuerdo, 38.88 % de acuerdo, 5.55 % indeciso, 33.33 % en desacuerdo y 16.66 % totalmente en desacuerdo (gráfica 12).

En relación al porcentaje global de satisfacción alcanzado en cada dimensión, los porcentajes más altos se registraron en las categorías de actividad laboral con 91.85% y compañeros de trabajo con 90%. En cambio los puntajes más bajos se presentaron en la variable promoción y ascensos con 48.%, y prestaciones con el mismo porcentaje. De igual forma la cataegoría fue de las más bajas con un 54.% de satisfacción (gráfica 13).

Si los resultados los relacionamos con las características personales, se observa que tanto los hombres como mujeres alcanzaron un 80% de satisfacción laboral (gráfica 14).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En relación a la edad, los médicos menores de 30 años presentaron 77.68% de satisfacción, los de 30 a 35 años 81.25%, los de 35 a 40 años 83% y los que tienen más de 40 años 72% (gráfica 15).

Respecto a la antigüedad, los médicos con menos de dos años de experiencia alcanzaron un 77.70% de satisfacción, los de cuatro años 84.34%, los de 8 años 73% y los que tienen laborando más de 10 años mostraron 83.75% (gráfica 16).

En función del puesto que desempeñan, el 77.74% de los médicos de base reportaron sentirse satisfechos en su trabajo, en comparación con el 82% de los médicos que ocupan un cargo de jefatura o coordinación (gráfica 17).

En cuanto al cuestionario que evalúa la calidad de la atención médica, el 100% de los pacientes que asisten a consulta externa indicaron que su médico sí preguntó sobre las molestias que presenta su hijo, aunque un porcentaje significativo mencionó que no indagó sobre los alimentos que consume su hijo (43%), ni sobre las actividades que realiza diariamente (58%) (gráfica 18).

Asimismo, el 92% mencionó que su médico les informó sobre el tipo

enfermedad que presenta su hijo, y el 90% señaló que el médico explicó sobre las causas de dicha enfermedad y las consecuencias que produce.

El 100% señaló que su médico les recomendó tratamiento, y el 77% dijo que el médico si explicó sobre los efectos posibles que puede ocasionar el consumo del medicamento. Con respecto a la pregunta de si consideran que su médico les brindó una atención adecuada, el 96% de los pacientes respondió afirmativamente (gráfica 18).

En cuanto al área de hospitalización, el 72% de los usuarios indicó que su médico no los saludó cuando llega a visitar a su hijo, mientras que el 72% mencionó que el médico no preguntó sobre la forma en cómo las enfermeras tratan a su paciente (gráfica 19).

El 100% manifestó que su médico si explicó las causas que originan la enfermedad de su hijo, así como las consecuencias que pude ocasionar en la persona. El 71% mencionó que su médico si les pregunto sobre la manera en cómo su hijo ha reaccionado al tratamiento, y el 100% expresó que el médico visitó diariamente a su paciente (gráfica 19).

El 100% contestó que el médico si las escucha y que responde a todas sus dudas, además de que su trato es cortés y respetuoso. A la pregunta

que indaga si su médico le brindó una atención adecuada, el 85% de los usuarios contestó afirmativamente (gráfica 19).

En términos globales, el 79.76% de los pacientes de consulta externa indicaron estar satisfechos con la atención que reciben por parte de su médico, en contraste con el 77.92% de los pacientes ubicados en el área de hospitalización (gráfica 20).

Finalmente, en el cuadro 1 (anexo 5) se concentra el porcentaje de satisfacción laboral alcanzado por cada médico y los datos obtenidos en la calidad de la atención de cada uno de sus pacientes, tanto en consulta externa como en hospitalización. Visualmente, podemos apreciar cómo la mayoría de los médicos obtuvieron puntajes altos en la escala de satisfacción laboral y de igual forma sus pacientes registraron porcentajes altos en los dos tipos de servicio.

Con el fin de determinar la relación estadística entre el grado de satisfacción laboral de los médicos y la calidad de atención médica, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, que arrojó un resultado de 0.75 para el servicio de consulta externa y de 0.61 en el área de hospitalización, con un nivel de significancia de 0.05, lo cual indica que exite una correlación positiva estrecha entre ambas variables.

CAPITULO 6. DISCUSION

A continuación se discuten los resultados obtenidos y algunos problemas relacionados a la investigación y las recomendaciones que se desprenden de este trabajo.

Los resultados reportados por la investigación muestran que si se hallaron diferencias significativas en relación a cada una de las categorías que conforma la satisfacción en el trabajo en los médicos.

En cuanto a la dimensión que aborda la actividad desempeñada, fue la que obtuvo el mayor puntaje de satisfacción en los médicos. Por lo que estos resultados coinciden con los estudios de Salinas, Laguna y Mendoza (1994) y Magaña (1994), quienes encontraron que la mayoría de los médicos reportan estar más satisfechos con el contenido del cargo y las funciones que realizan.

Estos hallazgos también sugieren el hecho, de como nuestra cultura le otorga un gran valor al papel del médico y la función que desempeña, debido a que su práctica profesional da la posibilidad de atender y "curar" los males que padece la población. Lo anterior pudiera favorecer que los médicos se sientan muy satisfechos por la actividad que realizan,

pues les proporciona un reconocimiento social y mayor prestigio que otros trabajos o profesiones no ofrecen.

Vinculado a lo anterior, otros estudios han comprobado como el agrado que las personas sienten por la actividad laboral que realizan, dependen en gran medida de sí la labor es profesional o no. Al respecto García (1985), observó que las mujeres profesionales se sienten más satisfechas con la labor que desem peñan que sus compañeras no profesionales, además de que consideran su trabajo más interesante y atractivo. También Rodríguez y Mendoza (1991), encontró que las mujeres que desempeñan una labor de mayor status o categoría, se sienten más satisfechas con la actividad que realizan que aquellas mujeres que se dedican a trabajos rutinarios.

Otra dimensión donde también se registró un porcentaje alto de satisfacción laboral, fue el relativo a la relación que establecen los médicos con sus compañeross de trabajo. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Colín (1994), quien encontró que el mayor grado de satisfacción lo ocupó la dimensión compañerismo. Al respecto algunos autores (Schermerhorn, Hunt y Osborn, 1987) comentan que las personas se sienten más satisfechas en la medida en que sus compañeros de trabajo las aprecien y estimen.

Respecto a las categorías donde el personal dijo estar menos satisfecho, fueron aquellas que se vinculan con el salario y las oportunidades de promoción, lo cual coincide con los estudios de Ruvalcaba (1994) donde encontró que los trabajadores médicos manifestaron mayor disgusto por el salario percibido y los ascensos escalafonarios.

Lo anterior nos lleva a pensar, que posiblemente los médicos no se encuentran satisfechos con el salario que perciben, debido a que no corresponde a su posición social, nivel de estudios, ni responsabilidad laboral. Al respecto, Lawer (1963 en Rodriguez y Mendoza 1991), encontró que la expectativa de salario en una muestra de trabajadores estaba en función de su posicion en la jerarquía administrativa.

En este sentido, algunos médicos comentaron al final del cuestionario su inconformidad con el salario, expresando: "considero que el trabajo que realizo es importante y me provoca satisfacción profesional, no así, satisfacción económica, ya que la responsabilidad y carga de trabajo es muy grande para la retribución en dinero", otro dijo "no se nos paga nuestro trabajo real, de acuerdo a la responsabilidad que tenemos".

No obstante la inconformidad de los médicos por el sueldo que perciben, llama nuestra atención que ninguno de ellos expresó estar de acuerdo en abandonar su trabajo, lo que nos lleva a pensar lo difícil que resulta hoy día conseguir un trabajo seguro y estable en un hospital público, aunque sea mal pagado.

Por otra parte, es importante destacar que los médicos manifestaron estar más satisfechos en relación a los factores pertenecientes al puesto (actividad desempeñada, iniciativa, responsabilidad) y generalmente más insatisfechos en aquellos aspectos vinculados al ambiente laboral (salario, oportunidades de promoción, ascensos, prestaciones), lo que nos hace suponer que la distinción que hace la teoría de Herzberg entre factores que provocan satisfacción (intrínsecos) y aquellas variables que generan insatisfacción (extrínsecos) no pudiera estar tan equivocada.

Con respecto a la relación existente entre la satisfacción laboral y la calidad en la atención médica, se puede observar un vínculo entre ambas variables, ya que tanto los médicos comentaron en términos generales estar satisfechos en su trabajo, y de igual forma la mayoría de los pacientes reportaron estar contentos con la atención que reciben por parte de su médico.

Lo que sí llama la atención, es que los pacientes más que quejarse de la atención médica recibida, expresaron su molestia por otras situaciones, entre ellas: el tiempo que las hacen esperar para poder ser atendidas, por lo que sugieren que se debería de contratar un mayor número de médicos. También se inconforman con la conducta de las enfermeras, debido a que expresan que dan un "mal trato" a sus hijos. Sobre la actitud de la trabajadoras sociales, que no ofrecen información sobre el horario de consulta y citas programadas, y ofrecen información que se contrapone a las indicaciones del médico. Otro punto donde también hacen énfasis, es en el horario de visita, el cual sugieren se amplíe ya que muchas de ellas trabajan y no les es posible visitar a su enfermo, además de que se les permita acompañar a su hijo durante la noche el cual muchas veces se encuentra grave de salud.

Lo anterior, da pauta a considerar que son muchos los factores que en un momento determinado afectan la calidad del servicio ofrecido, los cuales generan molestia e incorfomidad en los usuarios. Sin embargo, tales aspectos se encuentran fuera del control directo de los médicos, y más bien responden a la forma particular en que la institución hospitalaria organiza y programa sus funciones y actividades.

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como acercamiento el fenómeno de la satisfacción laboral en médicos y su relación con la calidad en la atención a los usuarios. Este aspecto constituye una línea de acción central en el Programa Nacional de Salud (1994-2000), que considera como una prioridad investigar los factores que pudieran afectar la prestacion de salud con un mínimo de calidad.

La pertinencia de evaluar la satisfacción laboral en los prestadores de salud, estriba en que puede constituir un elemento valioso en la toma de decisiones, con el fin determinar qué aspectos modificar de la organización hospitalaria, en dónde incidir, qué factores fortalecer, todos ellos encaminados a procurar que el trabajador de salud se encuentre satisfecho en su trabajo y por consiguiente ofrezca un servicio con la sufiente calidad a los usuarios.

En cuanto a la pregunta de investigación propuesta en el trabajo, es pertinente señalar que se obtuvo respuesta, al observar que la satisfacción laboral de los médicos está vinculada con la calidad en la atención que se brinda a sus pacientes, aunque tal investigación tiene la limitante de ser un

estudio descriptivo más que explicativo, es decir no va más allá de la descripción bivariada del fenómeno en cuestión.

También es importante considerar para futuras investigaciones en este objeto de estudio, el incluir otras variables que pueden en un momento dado estar relacionadas con el nivel de satisfación laboral que muestran los médicos, tales como el horario en que prestan sus servicios, las condiciones físicas donde realizan su trabajo, la posibilidad de contar con equipo e instrumental suficiente para realizar sus funciones, el prestigio de la institución donde se trabaje, entre otros aspectos.

Además, es importante seguir perfeccionando nuevas técnicas y estrategias de evaluación, que midan la calidad de la atención médica pero no solo en forma cuantitativa sino también cualitativa.

Para concluir debemos tener presente, que el permitir una mala calidad en la atención médica, no es en último término un ahorro, sino negligencia muy costosa desde cualquier punto de vista.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una limitante del estudio, lo representa el tipo de instrumentos que se diseñaron para medir la calidad de la atención médica, debido a que no fueron sometidos a un proceso de validación estadística, sino solo a través de un procedimiento de validez de contendio, con base en la retroalimentación de los maestros. Por lo que sería importante mejorar estas herramientas evaluativas e incluir otros indicadores con el fin de poderlos perfeccionar y estandarizar a toda la población.

Otra de las limitaciones pero de tipo práctico, es la dificultad y poco acceso que se tiene a las instituciones de salud, lo que dificulta el implementar este tipo de proyectos.

Por último, se sugiere realizar estudios sobre otras líneas de investigación, que abarquen otro tipo de trabajadores en el área de la salud, como pueden ser las enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc. incidiendo en otros contextos institucionales, como dependencias del sector privado o que pertenezcan a la seguridad social (IMSS, ISSSTE), así como analizar no solo instituciones ubicadas en el segundo nivel de atención, sino también aquellas que ofertan sus servicios en el primer y tercer nivel.

También, hay que considerar la posibilidad de seguir realizando proyectos sobre otras variables de interés. Averiguar por ejemplo el papel que juega tanto los factores intrínsecos como extrínsecos en relación a la satisfacción y calidad del servicio ofrecido. Investigar si el tipo de especialidad o grado jerárquico que tienen los médicos influye sobre el grado de satisfacción; incluso analizar si la opinión que dan los pacientes respecto a la atención recibida puede constituir un factor importante que genere una mayor o menor satisfacción laboral del médico.

Asimismo se debe profundizar más en el estudio de variables personales como la edad, sexo y antigüedad, e investigar su posible influencia en el grado de satisfacción, todo lo cual redundaría en un mayor acercamiento y conocimiento sobre lo aquí planteado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aburto, O. (1992). ***Administración por calidad.*** México: Continental

Aguilar, D. M. (1987). Hacinamiento y satisfacción en el trabajo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Aguilar, P. E., Arriola, G. J. y Gómez, A. (1993). La satisfacción laboral en una empresa gubernamental. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Aguirre, G. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores en las unidades médicas. Revista **Salud Pública de México.** Vol. 32, pp. 170-180.

Andrisani, P.J. y Shapiro, M.B. (1978). Women's attitudes toward their jobs: some longitudinal data on a national sample. **Personnel Pychology.** Vol. 31,pp. 15-34.

Arias, G. F. (1973). ***Administración de recursos humanos***: México: Trillas

Arrona, F. (1985). ***Calidad, el secreto de la productividad.*** México: Técnica.

Bhagat, R. S. y Chassie, M. B. (1981). Determinants of organizational commit ment in working women: some implications for organizational integration. **Journal of Occupational Behavior**. Vol. 2, pp.17-30.

Bermejo, S. C. (1989). Satisfacción laboral en un grupo de policías auxiliares. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Blum, M. y Naylor, J. (1985). ***Psicología industrial***. México: Trillas.

Cante, R. L. (1997). La rotación de personal en relación a la satisfacción laboral en una compañía de seguridad. Tesis de Licenciatura. Campus Iztacala. UNAM.

Colín, C. (1994). Relación entre la satisfacción laboral del prestador de los servicios y la satisfacción del usuario en el Hospital General de Atlacomulco. Tesis de Maestría en Administración de Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública en México.

Cortés, F. M. (1970). Estudio intercultural cuantitativo sobre la satisfacción en el trabajo en Estados Unidos, Italia y Puertorrico". Tesis de Licenciatura. UNAM. Colegio de Psicología. México.

Crosby, P. (1982). ***Hablemos de calidad***. México: Mc Graw-Hill

Chiavenato, I. (1992). ***Introducción a la teoría general de administración.*** México: McGraw-Hill.

Dávila, C. L. y Fernández, V. N. (1992). La satisfacción laboral como causa de la accidentabilidad en el trabajo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

De la Fuente, J., Garza, E. y Gutiérrez, A. (1994). "La formación del médico del Siglo XXI y el Plan Unico de Estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM. Educ. Méd. Salud.

Diccionario Larousse (1982). México: Ediciones Larousse

Doan, W., Zun, L., Cooper, M. y Meyers, D . (1995). Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. Wellness task forcer, illionois college of Emergency Physicians. **Academic-Emergency-Medical**. Jun: 2 (6), pp. 556 - 563.

Donabedian, A. (1984). ***La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación***. México: Prensa Médica.

Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Revista **Salud Pública de México.** Vol. 32, No 2, pp. 113 - 117.

Durán, G., Becerra, J. y Torrejón, M. (1991). El proceso de salud enfermedad y su interrelacion con el comportamiento humano. Rev. **Psicología y Salud.** Universidad Veracruzana. No. 3. pp. 101-112

Durán, G., Frenk, M., y Becerra, A, (1990). La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Revista **Salud Pública de México.** Vol. 32, No 2. pp. 181-191.

Evans, J. y Lindsay, W. (1995). ***Administración y control de calidad.*** Mexico: Iberoamericano.

FUNDAMECA (1993). ***Calidad total.*** México: Fundación Mexicana para la Calidad Total.

García, G. (1985). Factores relacionados con la satisfacción laboral en las mujeres : un estudio comparativo. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Hall, L. y Mejía, A. (1989). "Planificación del personal de salud". Publicación Científica OMS.

Hollinger, R. y Clark, J. (1982). Employee Deviance. A responser to the perceived quality of the work experience. **Work and Ocupations**.Vol.9, pp.9 -14.

Hulin, C. L. y Smith, C. P. (1964). Sex differences in job satisfaction. **Journal of Applied Psychology**. Vol. 48,pp. 88–92.

Kast, E. F. (1990). ***Administración de las organizaciones.*** **México: Mc Graw-Hill.**

Kerlinger, N. F. (1988). ***Investigación del comportamiento.*** México: McGraw-Hill.

Lacy, W.B., Bekemeier, J.L. y Shepard, J.M. (1983). Job attribute preferences and work commitment of men and women in the United States. **Personnel**, Vol. 36, pp. 315- 329.

Locker, D. (1996). Work stress job satisfaction and emotional well-being Canadian assistansts. **Comunity-Dent-Oral-Epidemiology**.April: 24 (2). PP. 13-137.

López, D. A. (1986). **La salud desigual en México. México**: Siglo XXI

López, G. R. y Alarcón, A. M. (1995). El papel del psicólogo en la Prevención del transtorno de salud. Manuscrito inédito. ENEP Iztacala UNAM.

Laguna, C., y Salinas, C. (1990). Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. Revista **Salud Pública de México**. Vol. 32, No 2, pp. 221 - 224.

Luthoes, F. y Freitner R. (1984). ***Modificación de la conducta organizacional.*** México : Trillas.

Magaña, M. (1994). Diagnóstico del diseño de trabajo y la satisfacción laboral del médico en oganizaciones hospitalarias. Tesis de Maestría en Administración de Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública de México.

Manual de evaluación de la calidad de la atención médica (1992). México: Secretaria de Salud

Materson, M. D. y Quintana D. B. (1993). El costo de la garantía de calidad. Revista **Salud Pública de México**. Vol. 35. pp. 305-310.

Mc llwee, J. S. (1982). Work satisfaction among women in nontraditional occupations. **Work and ocupations**, Vol. 2, pp.299- 335.

Navarro, V. (1986). **Salud e imperialismo**. México: Siglo XXI.

Oleckno, W. y Blacconiere, M. (1995). Job satisfaction in public health a comparative analysis of five ocupational groups. **Journal - Sociology- Health**. December: 115(6), pp. 386-390.

O.P.S. (1980). ***Salud para todos en el año 2000***. México: Secretaría de Salud.

Paganini, J. M. (1993). ***Calidad y eficiencia en la atención hospitalaria***. Washigton: OPS.

Paulus, P., Seta, J., Schkade, J. y Matthews, R. (1979). Density does affect task performance. **Journal of personality and social psychology.** Vol. 34, No 2, pp. 248- 253.

Pérez, F. L. (1992). Motivación de logro y satisfacción laboral en agentes de seguros. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Ponce. R. S. (1991). Infecciones intrahospitalarias y calidad de la atención médica. ¿Es posible ahorrar en salud?. Revista **Salud Pública de México**, Vol. 33, pp. 3-8.

Programa Nacional de la Salud (1990-1994). Secretaría de Salud.México.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995- 2000. Diario oficial de la Federación. Marzo, 1996. México.

Ribes, I. E. (1998). ***Psicología y Salud. Un análisis conceptual*** Barcelona: Martínez Roca

Robbins, S. P. (1987). ***Comportamiento organizaciona, conceptos, controversias y aplicaciones***. México: Pentrice-Hall.

Rodríguez, A. L. y Mendoza, G. P. (1991). Satisfacción laboral en mujeres conductoras del S.T.C. Metro. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Rodríguez, G. y Palacios, V. J. (1988). Algunas consideraciones sobre psicología de la salud en México. En Urbina, S. (1988). **El Psicólogo**. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruelas, B., Reyes, Z., Zurita, G., Vidal, P. y Karchmer, K. (1990). Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Revista **Salud Pública de México**. Vol, 32, No. 2. pp. 207- 220.

Ruelas, P., y Vidal, P. (1990). Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Revista **Salud Pública de México**. Vol. 32, No 2, pp. 225 - 231.

Ruvalcaba, C. M. (1997). Factores que influyen en la satisfacción laboral del usuario interno en una jurisdicción sanitaria del Estado de México , en 1995. Tesis de Maestría en Administración Servicios de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Salinas, R. J. (1995). El Psicólogo en la atención a la salud. Tesis de Maestría. Campus Iztacala. UNAM.

Salinas, O., Laguna C., y Mendoza, M. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Revista. **Salud Pública de México**, Vol. 36, pp.22-29.

Shermerhon, P., Hunt, A. y Osborn, F. (1987). ***Comportamiento en las organizaciones.*** México: Interamericana.

Siegel, L. (1973). ***Psicología Industrial.*** México: Continental.

Schutz, D. P. (1985). ***Psicología Industrial.*** México: Interamericana.

Soberón, A. G.(1985). ***La protección de la salud en México.*** México: Porrúa.

Soberón, A. G.(1987). El cambio estructural en la salud. México: **Revista Salud Pública en México**. Vol. 29, No 2.

Soberón, G.; Martuscelli, J. y Alvarez, J. (1988). "La Implantación de la Estrategia de Atención Primaria a la Salud en México". **Revista de Salud Pública, Volumen 30, No. 5.**

Soberón, G., Ruiz, L., Ferrando, G., Gómez, V., Laguna, J. ,Valadés,D. y Wit, A. (1984). ***Hacia un sistema nacional de salud.*** México: Secretaria de Salud.

Sziligi, A. y Holland, W. (1975), Changes in social density : Relation ships with functional interaction and perceptions of job characteristics, role stress, and work satisfaction. **Journal of applied psychology.** Vol. 65. No 1. pp.28-33.

Terry, R. G. (1990). ***Principios de administración.*** México: Continental.

Valdés, C. y Cruz, C. (1992). Diversidad financiera para la prestación de servicios de salud. **Revista de Salud Pública.** Vol. 30. No. 6. pp. 16-2.1

Vuori, M. D. (1993). Garantía de calidad en Europa. Revista **Salud Pública de México,** Vol. 35, pp. 291-297.

ANEXO 1

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

FOLIO: _____

Estamos realizando un estudio sobre satisfacción laboral en el sector salud, para lo cual, solicitamos su cooperación amplia y verídica para contestar el presente cuestionario, agradeciendo de antemano su participación y asegurándole la **confidencialidad** del mismo.

EDAD: _____ SEXO: (F) (M) PROFESION: _____

ESPECIALIDAD: _____

PUESTO O CARGO QUE OCUPA: _____

¿CUANTOS AÑOS DE EXPERIENCIA TIENE EN ESE CARGO? _____

LUGAR DE ADSCRIPCION INSTITUCIONAL: _____

C U E S T I O N A R I O

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la serie de afirmaciones que a continuación se le presentan, y tache la palabra que describa mejor su opinión, pero sólo una opción. Le rogamos que en la medida de lo posible, evite utilizar el punto medio o neutro (ni acuerdo ni desacuerdo), ya que perderíamos información valiosa.

1. ME SIENTO SATISFECHO CON EL TRABAJO QUE REALIZO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

2. LAS PRESTACIONES QUE RECIBO EN MI TRABAJO SON LAS ADECUADAS

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

3. LA INSTITUCION RECONOCE EL ESFUERZO Y DEDICACION QUE PONGO EN MI TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

4. MI JEFE INMEDIATO SE INTERESA POR MI BIENESTAR

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

5. EL TRABAJO ME PERMITE UTILIZAR MI PROPIO JUICIO E INICIATIVA

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

6. LAS RELACIONES CON MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO SON AGRADABLES

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

7. MI OPINION TIENE PESO EN LO QUE SE TIENE QUE HACER EN EL TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

8. LAS ACCIONES DISCIPLINARIAS EN MI TRABAJO SON JUSTAS Y EQUITATIVAS

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

9. MI TRABAJO ME PERMITE PONER EN JUEGO MIS CAPACIDADES O HABILIDADES PROFESIONALES.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10. MIS COMPAÑEROS ME AYUDAN A REALIZAR MI TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11. LOS ASCENSOS EN MI TRABAJO SON FRECUENTES

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12. EN LAS HORAS DE TRABAJO ME ESFUERZO POR RENDIR Y DAR LO MEJOR DE MI

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13. ESTOY SATISFECHO CON EL DINERO QUE GANO EN MI TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

14. ME GUSTA LA FORMA EN QUE MI JEFE SUPERVISA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

15. EL TRABAJO QUE DESEMPEÑO ES EL QUE SIEMPRE QUISE HACER

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

16. A MENUDO PIENSO DEJAR ESTE TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

17. ES DIFICIL HACER EQUIPO CON MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

18. MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO SON AMISTOSOS

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

19. CON FRECUENCIA RECIBO COMENTARIOS DE MI SUPERIOR QUE ME AYUDAN A MEJORAR MI TRABAJO.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

20. EN MI TRABAJO EXISTEN FACILIDADES PARA ALCANZAR MEJORES PUESTOS

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

21. SIENTO QUE REALMENTE FORMO PARTE DE MI GRUPO DE TRABAJO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

22. DISFRUTO HACIENDO MI TRABAJO POR LA SATISFACCION QUE ELLO ME PRODUCE

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

23. EL TRABAJO QUE DESEMPEÑO ES ABURRIDO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

24. EL SERVICIO QUE SE OTORGA AL USUARIO ES EL MEJOR QUE SE PUEDE DAR

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

25. COMO PERCIBE USTED COMO MEDICO LA CALIDAD DE SU TRABAJO

_____

_____

_____

COMENTARIOS PERSONALES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 2

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

FOLIO: _____

Estamos realizando un estudio sobre la calidad de la atención médica, para lo cual, solicitamos su cooperación amplia y verídica para contestar el presente cuestionario, agradeciendo de antemano su participación, y asegurándole la **confidencialidad** del mismo.

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____

C U E S T I O N A R I O

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de preguntas respecto al servicio que le otorga su médico. Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X la opción que mejor exprese su punto de vista.

1. Su médico le preguntó sobre las molestias que presenta su hijo

   SI ( ) NO ( )

2. Le preguntó qué alimentos consume su hijo

   SI ( ) NO ( )

3. Le preguntó qué actividades realiza su hijo diariamente

SI ( ) NO ( )

4. El médico revisó a su hijo

SI ( ) NO ( )

5. En la revisión utilizó algún material, herramienta o equipo

SI ( ) NO ( )

6. Le informó sobre la enfermedad que padece su hijo

SI ( ) NO ( )

7. Le explicó las causas de su enfermedad

SI ( ) NO ( )

8. Le mencionó qué consecuencias le puede producir esa enfermedad

SI ( ) NO ( )

9. Le ordenó estudios de laboratorio, rayos X, etc.

SI ( ) NO ( )

10. Le indicó cuando le darían los resultados de sus estudios

SI ( ) NO ( )

11. Le ordenó tratamiento a su hijo

SI ( ) NO ( )

12. Le explicó para qué le da el medicamento

SI ( ) NO ( )

13. Le indicó cuándo debe consumir los medicamentos (hora, frecuencia, etc.).

SI ( ) NO ( )

14. Le explicó sobre los posibles efectos o reacciones del medicamento.

SI ( ) NO ( )

15. Le indicó qué actividades debe realizar su hijo y cuáles no

SI ( ) NO ( )

16. Le informó sobre los cuidados que debe tener con su hijo

SI ( ) NO ( )

17. El médico le aclaró sus dudas

SI ( ) NO ( )

18. El trato del médico fue cordial y respetuoso

SI ( ) NO ( )

19. Siente que su médico la escucha.

SI ( ) NO ( )

20. Hay algunos aspectos que le desagradan de la atención de su médico.

SI ( ) NO ( )

¿Si respondió SI, cuáles serían estos?:

_____

_____

_____

_____

21. Considera que su médico le brindó una atención adecuada

SI ( ) NO ( )

Porque:

_____

_____

_____

COMENTARIOS PERSONALES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Gracias por su colaboración

ANEXO 3

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

FOLIO: _____

Estamos realizando un estudio sobre la calidad de la atención médica, para lo cual, solicitamos su cooperación amplia y verídica para contestar el presente cuestionario, agradeciendo de antemano su participación, y asegurándole la **confidencialidad** del mismo.

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____

C U E S T I O N A R I O

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de preguntas respecto al servicio que le otorga su médico. Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X la opción que mejor exprese su punto de vista.

1. Cuando el médico visita a su hijo la saluda

   SI ( ) NO ( )

3. Le pregunta como tratan las enfermeras a su hijo

   SI ( ) NO ( )

4. Le pregunta si ya le trajeron los medicamentos

SI ( ) NO ( )

5. Le pregunta como ha reaccionado su hijo al tratamiento

SI ( ) NO ( )

6. Le indica el tipo de estudios que se le tienen que hacer

SI ( ) NO ( )

7. Le explica porqué le tienen que hacer esos estudios

SI ( ) NO ( )

8. Le informa el día y hora en que le van a hacer sus estudios

SI ( ) NO ( )

9. Le informó sobre la enfermedad que presenta su hijo

SI ( ) NO ( )

10. Le explicó sobre las causas de esa enfermedad

SI ( ) NO ( )

11. Le mencionó que consecuencias tiene esa enfermedad

SI ( ) NO ( )

12. Le pregunta quién viene a visitar a su hijo

SI ( ) NO ( )

13. El médico sonríe con usted

SI ( ) NO ( )

14. Cuando usted le pregunta algo a su médico, él le aclara sus dudas

SI ( ) NO ( )

15. El trato de su médico es cortés y respetuoso

SI ( ) NO ( )

16. El médico visita a su hijo diariamente

SI ( ) NO ( )

17. Siente que su médico la escucha y comprende

SI ( ) NO ( )

18. Hay algunos aspectos que le desagradan de la atención de su médico.

SI ( ) NO ( )

¿Si respondió SI, cuáles serían estos?:

_____

_____

_____

_____

19. Considera que su médico le brindó una atención adecuada

SI ( ) NO ( )

Porque:

_____

_____

_____

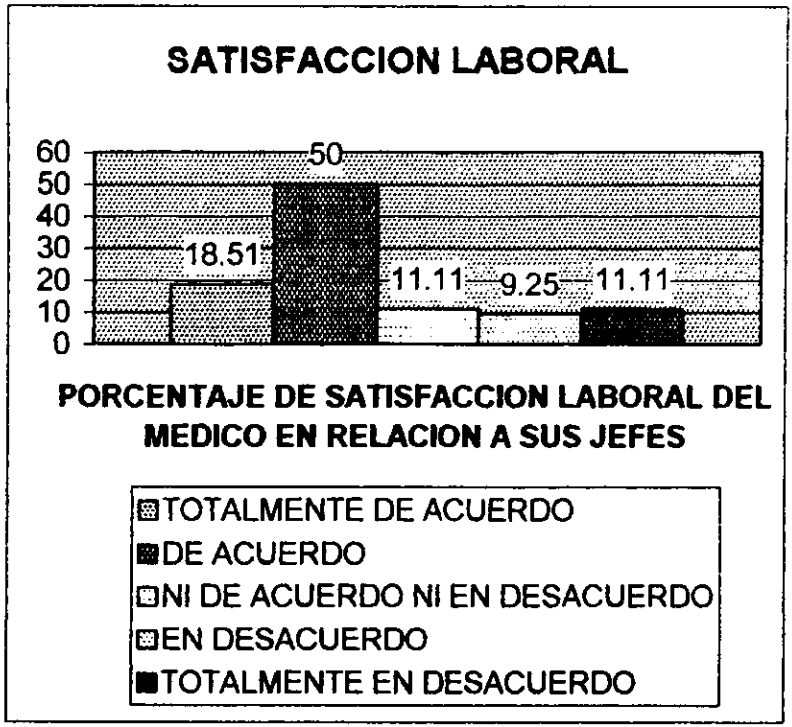
_____

COMENTARIOS PERSONALES:

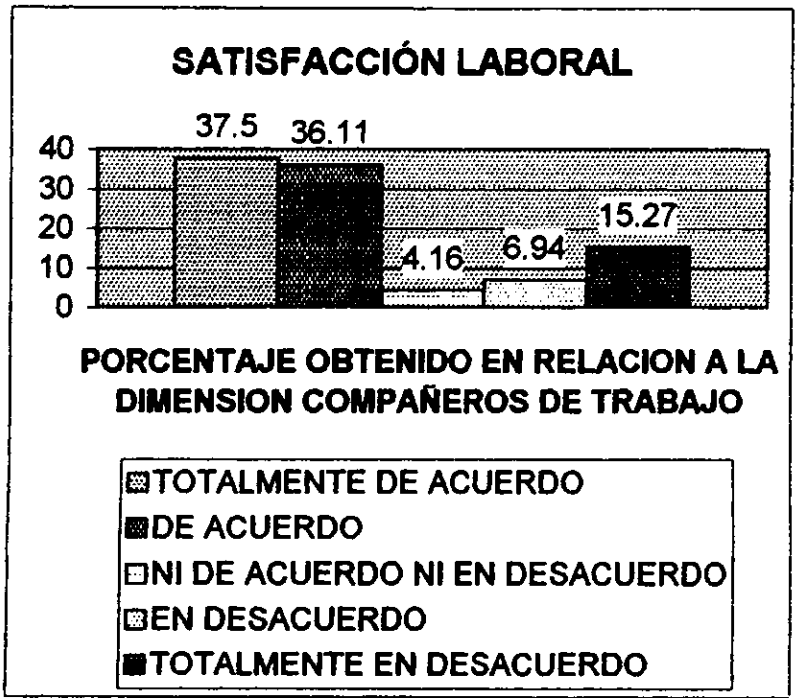
Gracias por su colaboración

ANEXO4

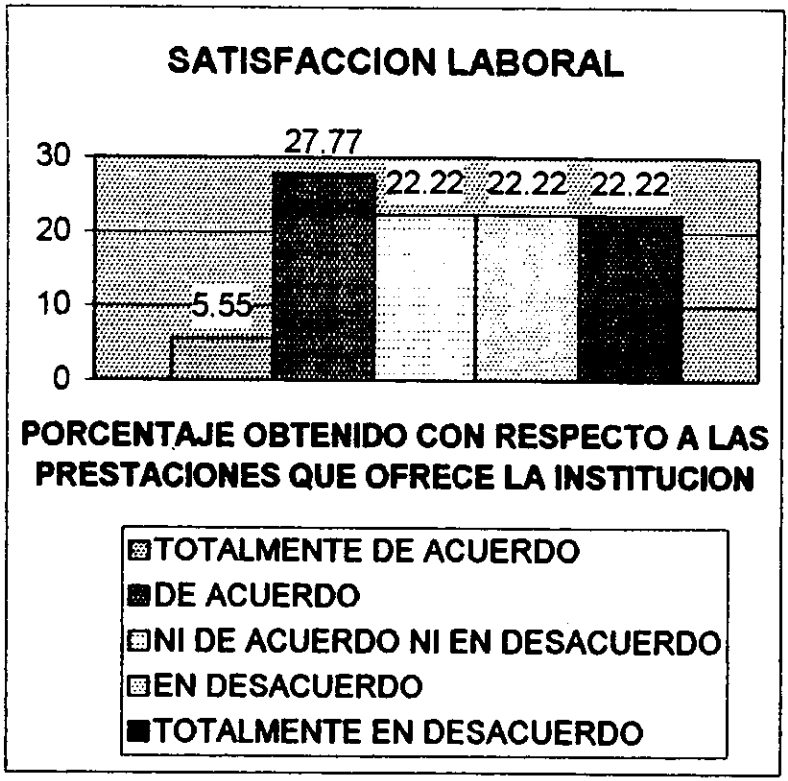
GRAFICA 1



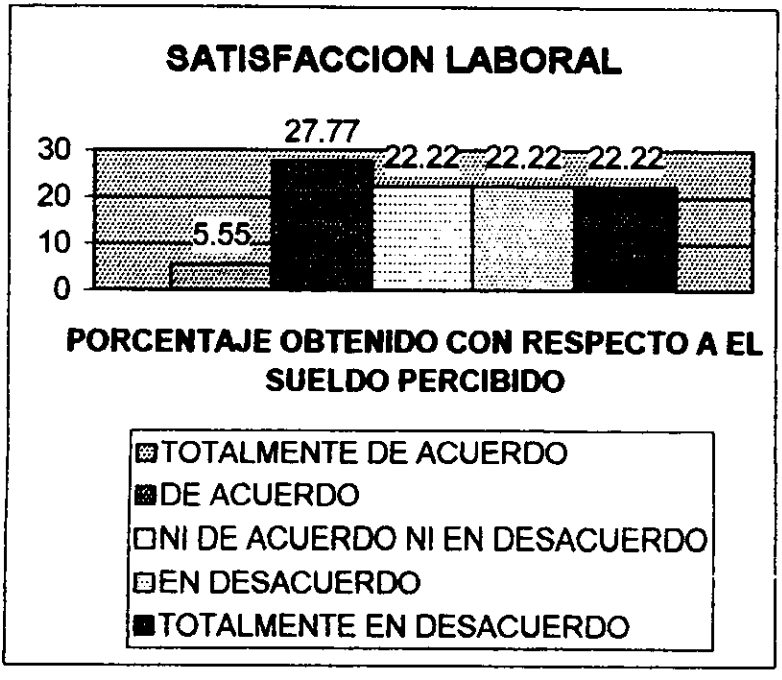
GRAFICA 2



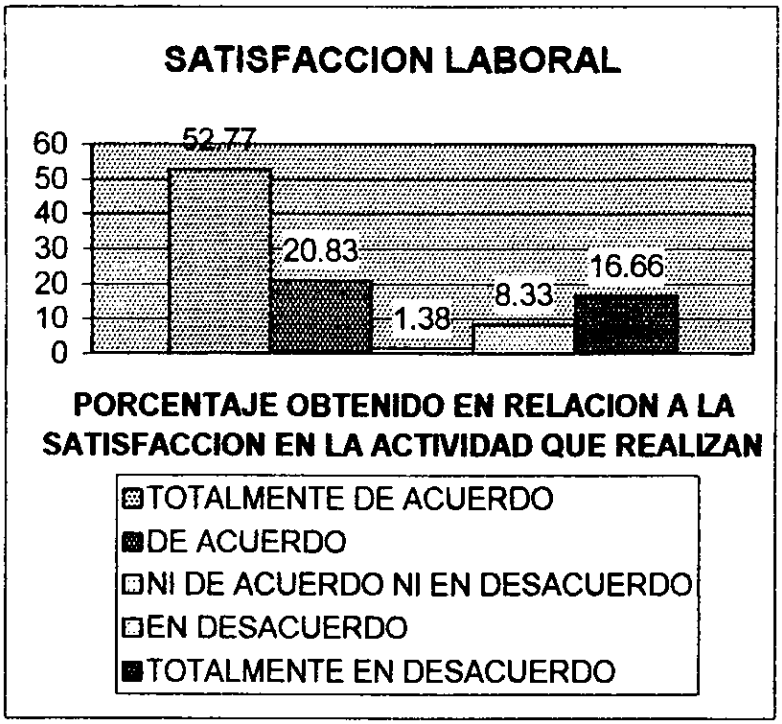
GRAFICA 3



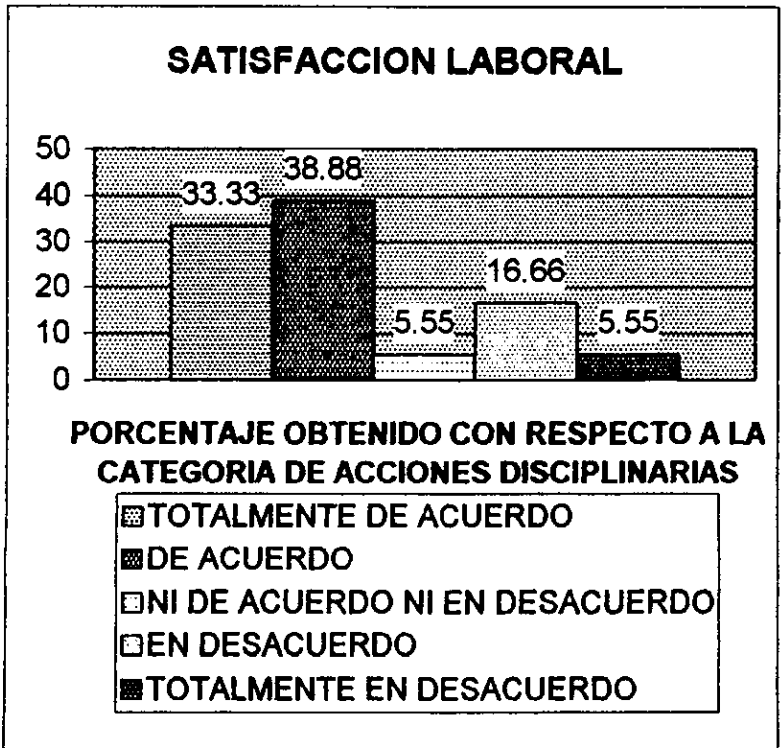
GRAFICA 4



GRAFICA 5

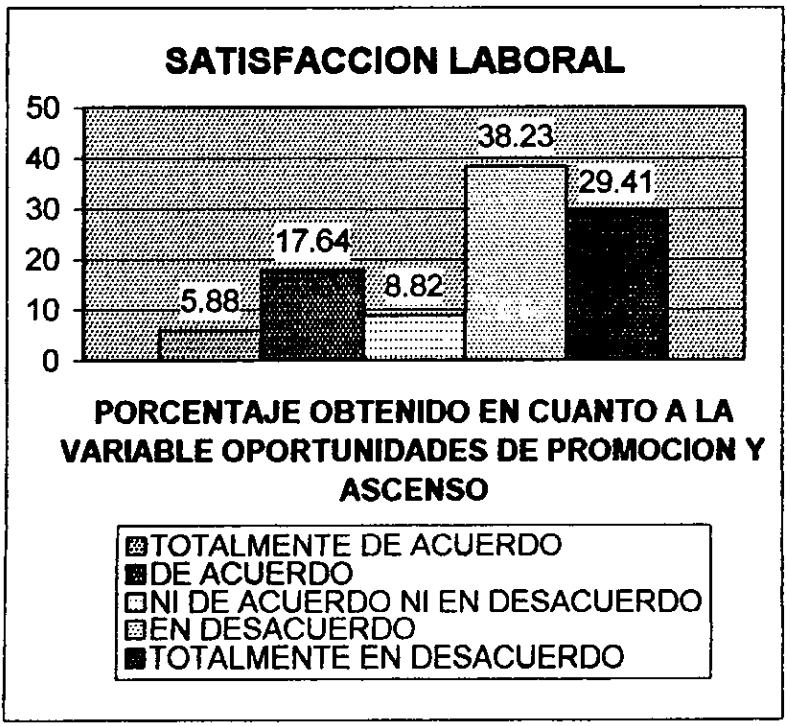


GRAFICA 6

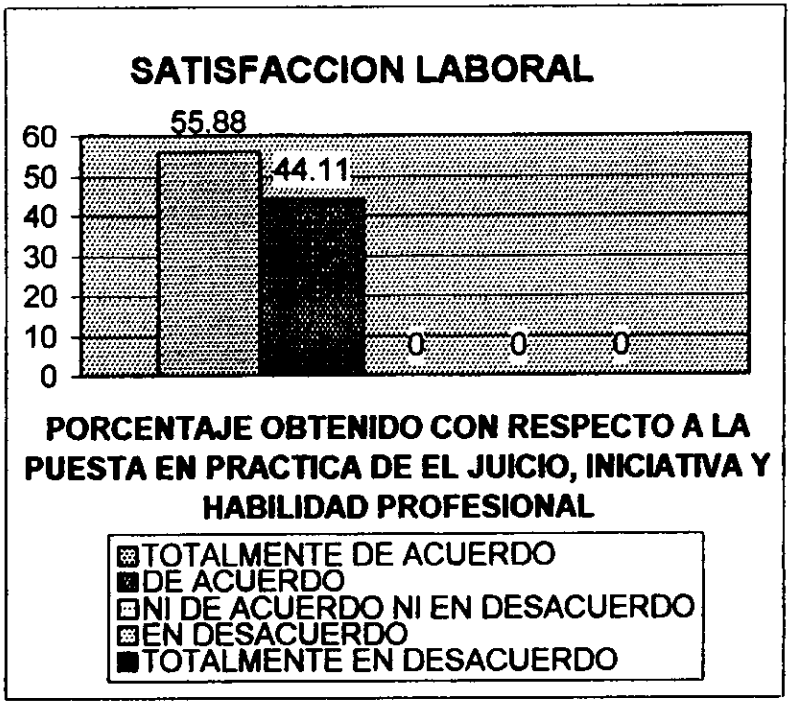


GRAFICA 7

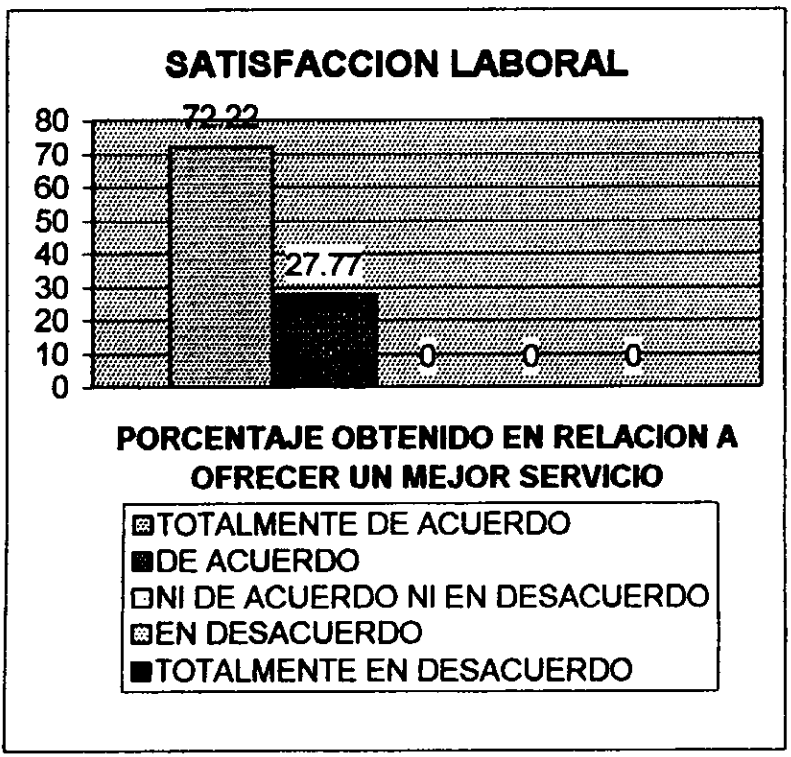
GRAFICA 8



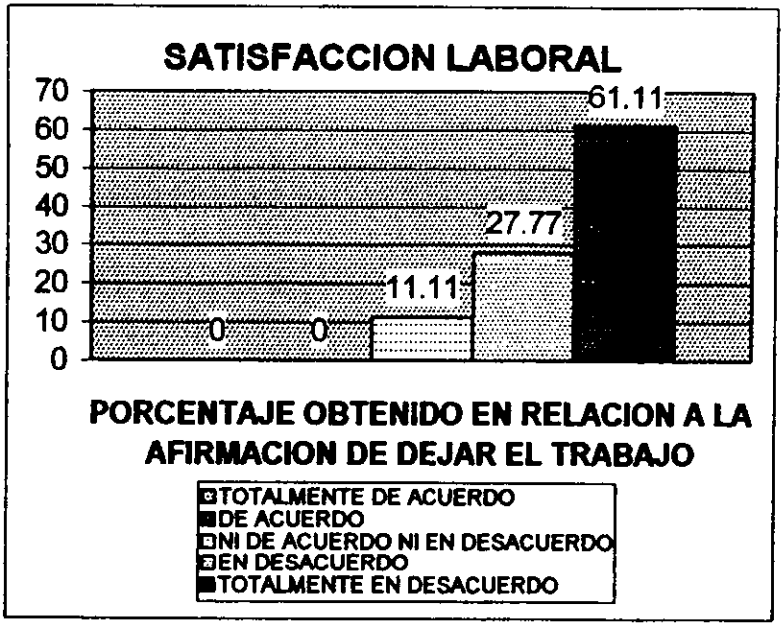
GRAFICA 9



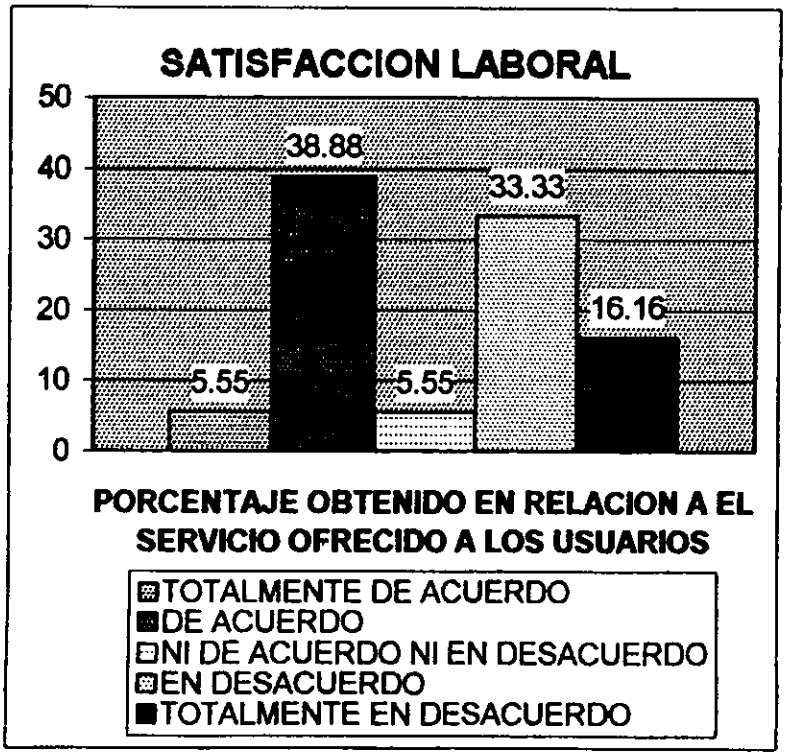
GRAFICA 10



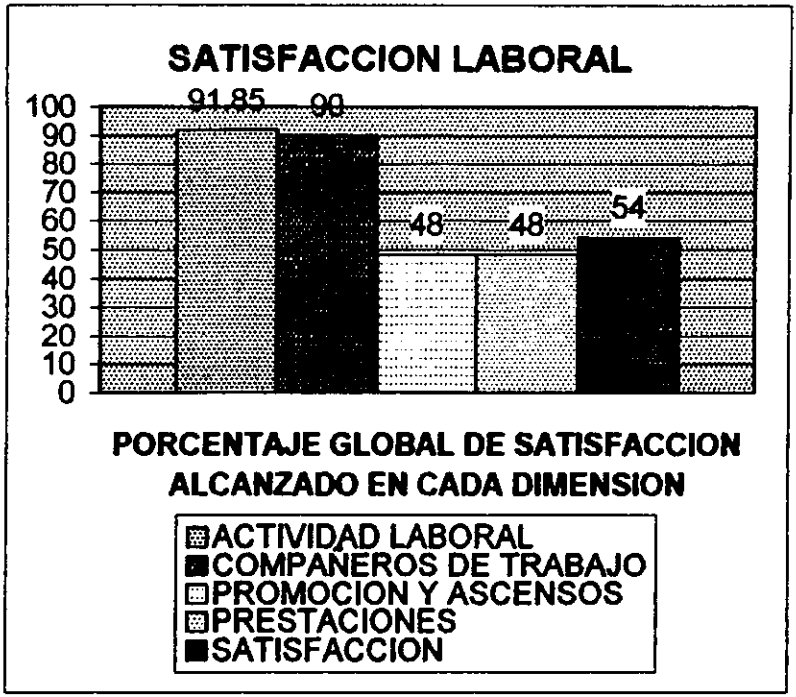
GRAFICA 11



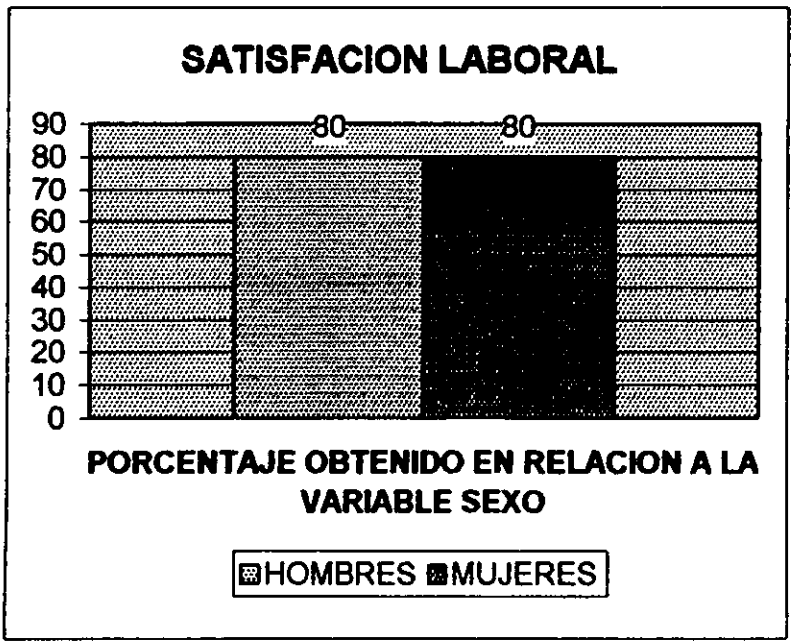
GRAFICA 12



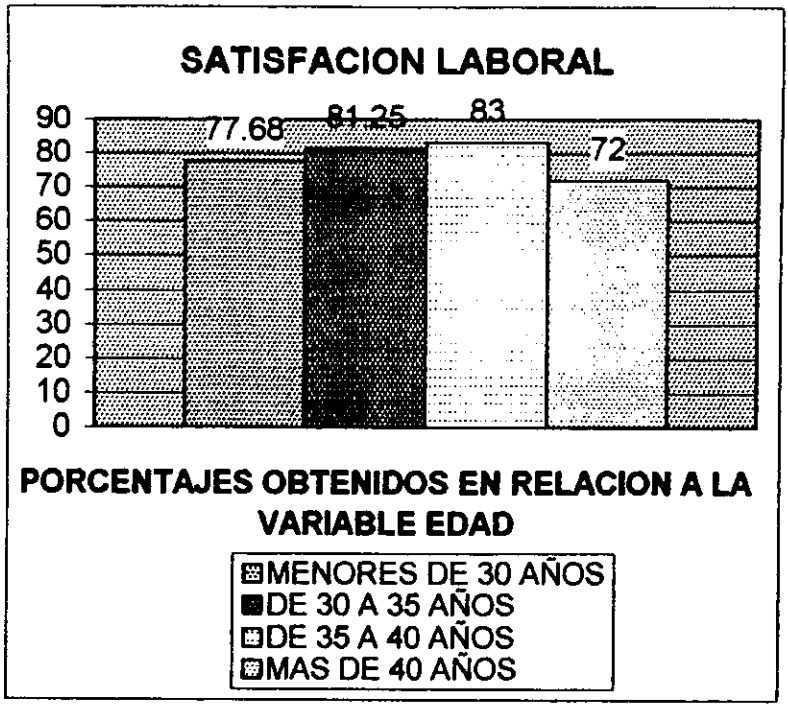
GRAFICA 13



GRAFICA 14

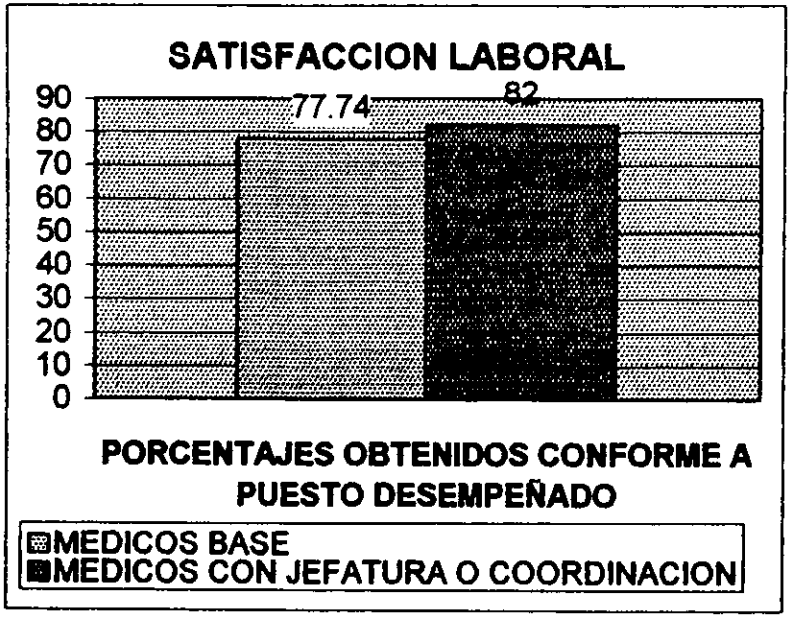


GRAFICA 15

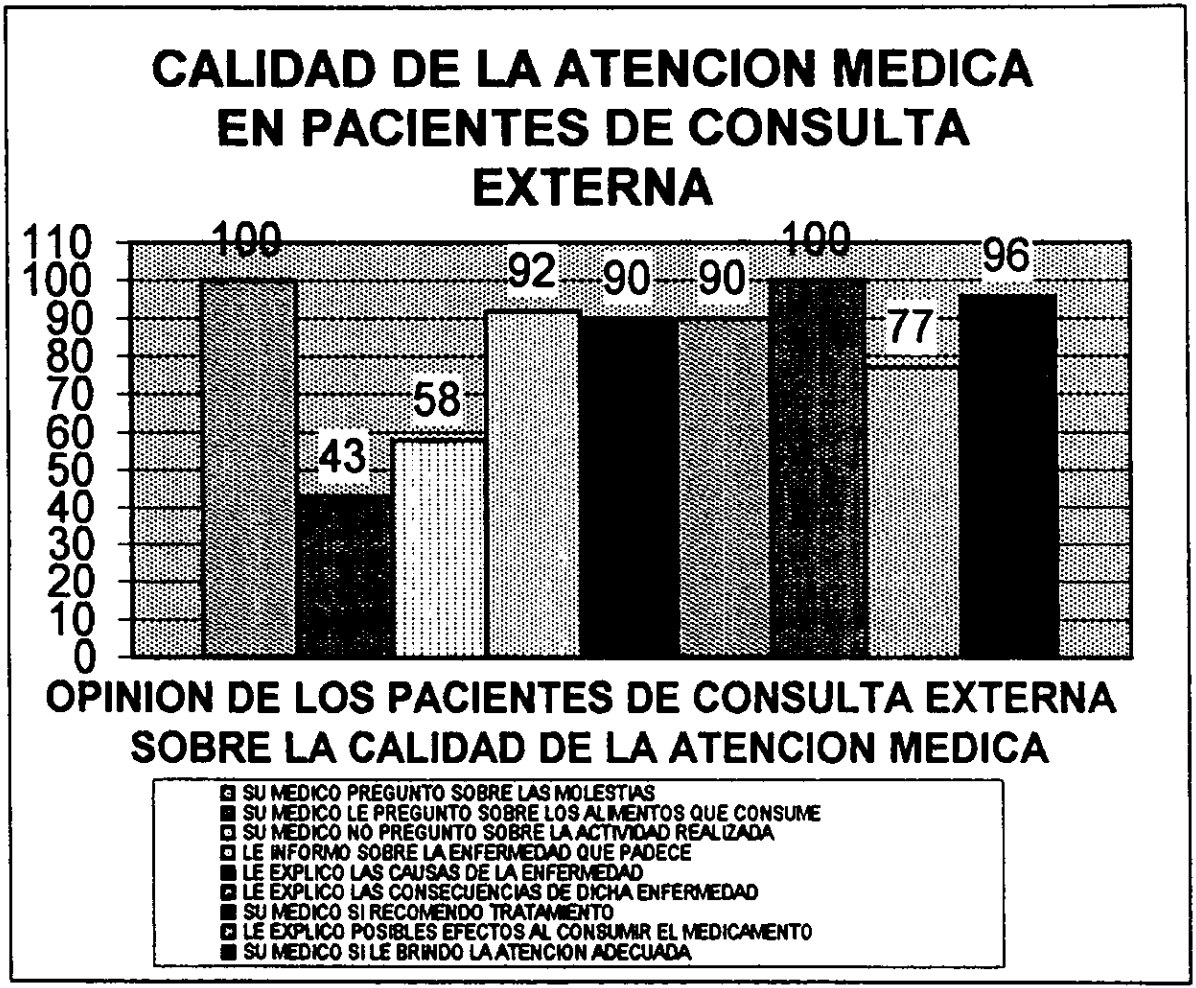


GRAFICA 16

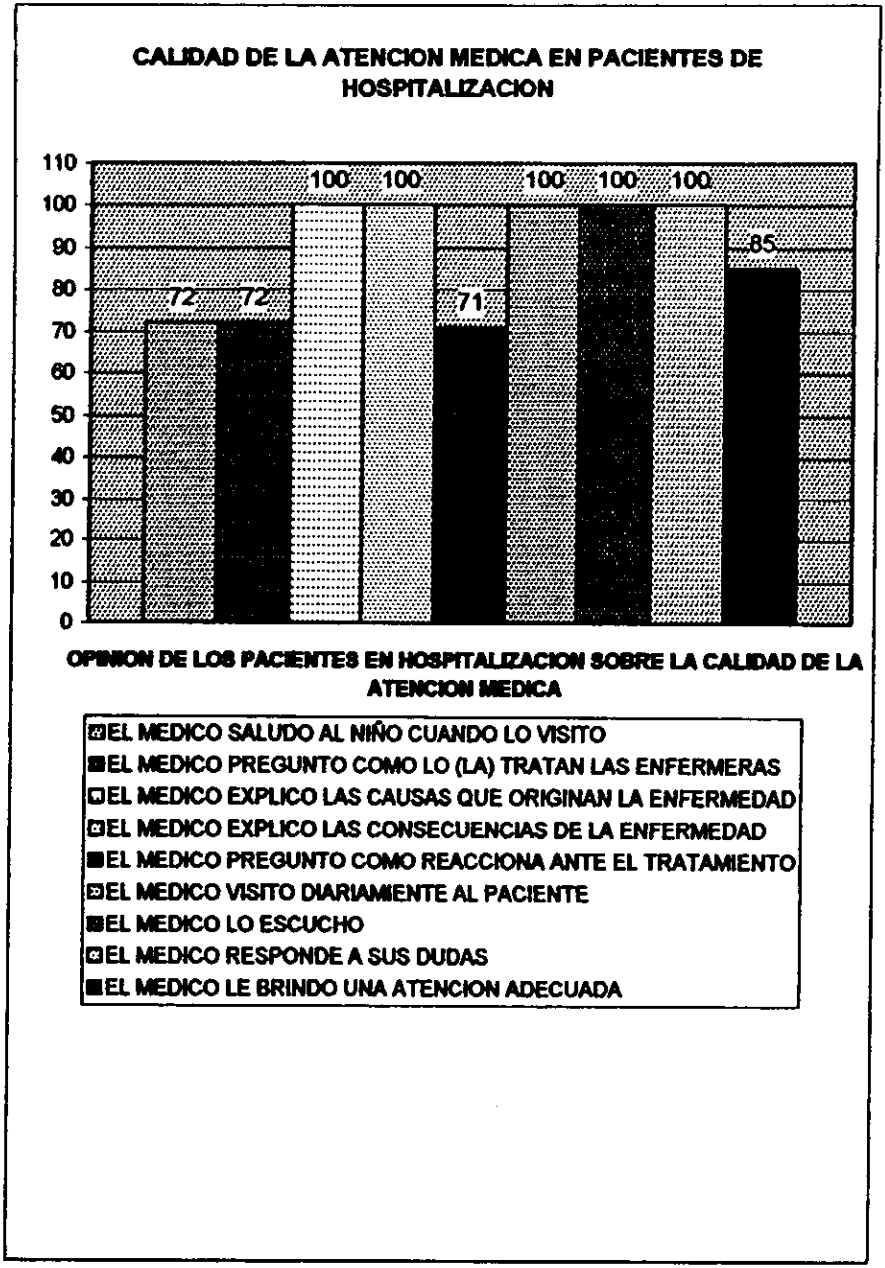
GRAFICA 17


SATISFACCION LABORAL
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
77.74
82
PORCENTAJES OBTENIDOS CONFORME A PUESTO DESEMPEÑADO
MEDICOS BASE
MEDICOS CON JEFATURA O COORDINACION

GRAFICA 18

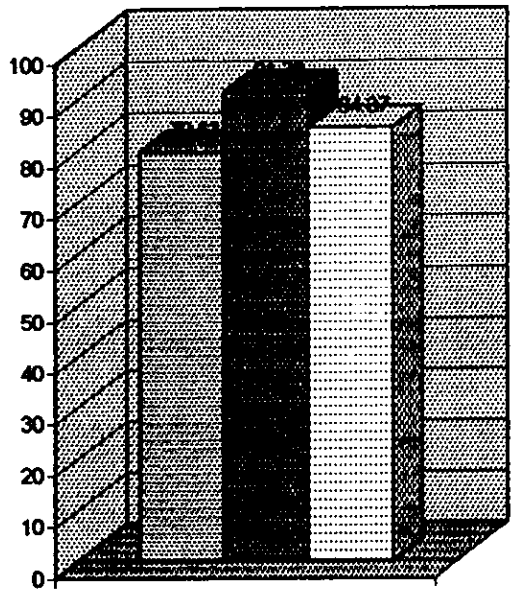

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
100
43
58
92
90
90
100
77
96
OPINION DE LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
SU MEDICO PREGUNTO SOBRE LAS MOLESTIAS
SU MEDICO LE PREGUNTO SOBRE LOS ALIMENTOS QUE CONSUME
SU MEDICO NO PREGUNTO SOBRE LA ACTIVIDAD REALIZADA
LE INFORMO SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PADECE
LE EXPLICO LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD
LE EXPLICO LAS CONSECUENCIAS DE DICHA ENFERMEDAD
SU MEDICO SI RECOMENDO TRATAMIENTO
LE EXPLICO POSIBLES EFECTOS AL CONSUMIR EL MEDICAMENTO
SU MEDICO SI LE BRINDO LA ATENCION ADECUADA

GRAFICA 19


CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN PACIENTES DE HOSPITALIZACION
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
72
72
100
100
71
100
100
100
100
85
OPINION DE LOS PACIENTES EN HOSPITALIZACION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
EL MEDICO SALUDO AL NIÑO CUANDO LO VISITO
EL MEDICO PREGUNTO COMO LO (LA) TRATAN LAS ENFERMERAS
EL MEDICO EXPLICO LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LA ENFERMEDAD
EL MEDICO EXPLICO LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD
EL MEDICO PREGUNTO COMO REACCIONA ANTE EL TRATAMIENTO
EL MEDICO VISITO DIARIAMIENTE AL PACIENTE
EL MEDICO LO ESCUCHO
EL MEDICO RESPONDE A SUS DUDAS
EL MEDICO LE BRINDO UNA ATENCION ADECUADA

GRAFICA 20

COMPARACION ENTRE SATISFACCION LABORAL Y CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA



COMPARACION DE LA SATISFACCION LABORAL DE LOS MEDICOS Y LA CALIDAD DE LA ATENCION TANTO EN CONSULTA EXTERNA COMO EN HOSPITALIZACION

ANEXO 5

PUNTAJE INDIVIDUAL SOBRE LA SATISFACCION LABORAL DE LOS MEDICOS Y SUS RESPECTIVOS PACIENTES (UNO CONSULTA EXTERNA Y UNO DE HOSPITALIZACION)

MEDICOS	PORCENTAJE DE SATISFACCION LABORAL EN MEDICOS	PORCENTAJE DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA	PORCENTAJE DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN PACIENTES DE HOSPITALIZACION
1	91	90	88
2	87	85	87
3	87	85	87
4	86	90	86
5	86	85	86
6	83	85	83
7	82	95	82
8	82	90	82
9	82	85	82
10	81	95	81
11	81	95	81
12	78	95	78
13	75	95	75
14	74	95	74
15	72	100	72
16	72	90	72
17	69	100	69
18	64	90	64
PORCENTAJE GLOBAL	79.63	91.38	84.37