



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Contaduría y Administración
 Maestría en Administración

“GRADO DE SATISFACCION LABORAL EN MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
 Maestro en Administración

Presenta:

MARIA MAGDALENA DEL SAGRADO CORAZON VILLAGOMEZ AMEZCUA

Dirigido por:

DRA GLORIA ARROYO JIMENEZ

SINODALES

Dra. Gloria Arroyo Jiménez
 Presidente.

Dra. Clara Escamilla Santana
 Secretario

M.C. Mónica Muñoz Cornejo
 Vocal

Dra. Beatriz Flores Hahn
 Suplente

M. A. Francisco Ríos Osornio
 Suplente

C. P. HECTOR FERNANDO VALENCIA PEREZ
 Director Facultad de Contaduría y Administración

DR. LUIS GERARDO HERNANDEZ SANDOVAL
 Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Marzo del 2006
 México

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ

No. Adq. H66998

No. Título _____

Clas. TS

610.69

V7139

LIBRARY

RESUMEN

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha avanzado en la modernización y busca llegar a lograr la calidad total acorde a las políticas nacionales de salud. La Institución ha entrado en un desarrollo hacia la Gestión de calidad. La calidad es ante todo la satisfacción del usuario y esta determinada por las características propias del servicio que se otorga. Esta calidad posiblemente está relacionada con la satisfacción laboral de quien presta el servicio. En este contexto la medición de la satisfacción laboral puede constituirse, en un indicador de la salud ocupacional de la organización y en un criterio de la calidad de atención que se otorga. A pesar de los diversos cambios que ha ido sufriendo la Institución no se ha logrado alcanzar un nivel de excelencia.

El objetivo de este trabajo es comparar la satisfacción laboral en médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del tiempo. Es un estudio comparativo realizado en tres fases, en médicos en 1992, 1998 y el 2005. Se analizó logro, reconocimiento, capacitación y satisfacción global. Fue aplicada una encuesta con escala tipo Likert; con cinco categorías: muy baja, baja, intermedia, alta y muy alta. Se utilizó la prueba de diferencias de porcentaje. En los resultados las categorías muy alta y alta se reagruparon en satisfacción alta y las correspondientes a baja y muy baja se agruparon en satisfacción baja. La satisfacción global disminuyó a 53.1% y se incrementó la baja a 20%. Logro y capacitación disminuyeron y reconocimiento se incremento. La dimensión logro disminuyo en la categoría muy alta, reconocimiento se incremento en la categoría muy alta y alta y disminuyo la baja, Capacitación se incremento en muy alta, en baja y muy baja y disminuyo en alta. Cerca del 76% reportó satisfacción en logro. En reconocimiento y capacitación fue del 43.8% y 41.9%. Se concluye que de continuar con esta tendencia, en el largo plazo predominará la satisfacción laboral baja entre la población de médicos.

(Palabras clave: Satisfacción Laboral, Médicos; reconocimiento, logro, y capacitación).

SUMMARY

The *Instituto Mexicano del Seguro Social* has advanced in the modernization and quest to achieve high quality according to the national health policies.

The Institute has entered a program to develop quality management. Quality is above all patient satisfaction and is determined by the particular characteristics of the service. Quality is connected with job satisfaction of who gives the service. In this context, the measurement of job satisfaction can be an indicator of occupational well-being of the organization and a judgement of the quality of medical attention. Despite the different changes in the institution they have not attained the excellence level.

The objective of this work is to compare job satisfaction in physicians of *Instituto Mexicano del Seguro Social* from 1992, 1998 y 2005. This is a comparative study undertaken in three phases; 85 physicians in 1992, 72 in 1998 and 160 in 2005. Achievement, recognition, training and global satisfaction were analyzed. A Likert-type survey was conducted, with five categories, very high, high, medium, low and very low. The results were Achievement decreased in very high satisfaction category. Recognition increased in high and very high satisfaction category. Training increased in very high and decreased in high. The first two categories were regrouped under high, and the last two under low satisfaction. In these conditions, achievement and training decreases in the high satisfaction and increased in the low satisfaction. Recognition increased in the high satisfaction and decreases in low satisfaction, there were no significant changes in any of the other categories. About 76% reported a high level of satisfaction regarding achievement. In recognition, less than 44% showed high satisfaction. 41.9% reported satisfaction in training. The global satisfaction decreased to 53.1% and the low satisfaction increased 20%.

The Conclusions of these data indicate that in general, physicians do not have a high level of job satisfaction, and allow for the prediction that in the long run this low job satisfaction will prevail among the physician population.

(Keys words: job satisfaction physicians, Achievement, recognition, training and global satisfaction)

DEDICATORIAS

A DIOS por ser el centro de mi vida, por darme todo lo que tengo y ser tan misericordioso.

A mis Padres por su eterno amor e incondicional apoyo.

A TI MAMA

Por haber sido el motor y timón de mi vida.
Por enseñarme a luchar por los ideales.
Por ser la senda de mis proyectos.
Por tu gran apoyo en todos los momentos de mi vida.
Por ser la luz que ilumina mi camino.
Por tu fuerza y entereza.
Por tus desvelos y tus cuidados.
Por ser la mejor madre.

A TI PAPA

Por ser la imagen a seguir.
Por ser un puerto de paz para mi descanso.
Por haberme dejado ser yo misma.
Por tu presencia inapreciable.
Por ser el aire que alienta mi viaje.
Por tu honestidad y paciencia.
Por sostenerme silenciosamente.
Por ser un padre único.

Mi agradecimiento: por la vida, por el ejemplo, por su tiempo, por el hogar, por sus cuidados, por sus valores, por la libertad, por el apoyo, por mi carrera, por dejarme ser quien soy, por aceptarme como soy y por amarme incondicionalmente.

A mis hijos:

A Laura Alejandra mi princesa, que es la luz en mi camino.

A Octavio Federico mi admiración, agradecimiento por su paciencia y cariño.

A Julián por la oportunidad que me dio de crecer al presentarme grandes retos, por su lucha inagotable en la vida y por su amor.

Por haberme dado la oportunidad de ser madre, de aprender a ser mejor, a formar parte de sus vidas, a reconocer mi pequeñez y mis debilidades, a luchar por construir una mejor persona, destruir algunos de mis defectos, modificar mis debilidades y mejorar mis cualidades, a desarrollar un ser humano que desea vivir para verlos crecer y compartir todos los momentos.

Por el amor, los momentos inapreciable que pasamos juntos, por los sueños que buscamos, por su apoyo en esta odisea.

A la Familia Aceves Villagómez por ser mi segunda familia.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social mi segunda casa, quien me ha dado aprendizajes, amigos, satisfacciones e ilusiones.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres quien fueron quienes nos enseñaron que la vida es trabajo y dedicación a y a quien les debo todo lo que soy.

A mis hermanos Alejandro, Eugenio, Mary Carmen y Toño por su ejemplo y afecto.

A mis tíos Concepción y José Amescua Manjarrez por su incondicional apoyo

Por su inapreciable apoyo a la Dra. Gloria Arroyo Jiménez en la valiosa dirección y colaboración para la realización de esta tesis.

A el Dr. Enrique Villarreal Ríos, M. C. S. S por su amistad y sus enseñanzas en esta investigación.

A la Lic. Lilita Galicia Rodríguez, Lic. Lidia Martínez González, Ema Rosa Vargas Daza por su inapreciable y desinteresado apoyo durante el desarrollo de la tesis.

A la MCSS Lic. Enf. Ma. Alejandra Hernández Castañón Por su apoyo durante la realización de la investigación.

A la Dra. Itzigueri Robles por su apoyo en la validación del Instrumento

A Adela Álvarez quien siempre esta detrás apoyándome en mis labores

Agradezco en especial a todos mis maestros de quienes siempre recibí lo mejor de su docencia y de sus personas.

A mis amigos que siempre me apoyaron en mi inagotable búsqueda del saber.

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Cuadros	viii
Índice de Figuras	x
Índice de Anexos	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos	5
1.3 Estructura del trabajo	6
II. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	7
2.1 Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social	7
2.2 La medicina familiar.	24
2.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social en el presente.	25
2.4 El medico en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	29
2.4.1 Clasificación de los trabajadores.	30
2.4.1.1 Trabajadores Sindicalizado	30
2.4.1.2 Trabajadores de confianza.	31
2.4.1.3 Medico familiar.	33
2.4.1.4 Medico no familiar.	34

2.4.1.5	Jefe de Grupo de Médicos Familiares	35
2.4.2	Reconocimientos Institucionales	36
2.4.3	Programa de Reconocimiento a la Actuación.	36
2.4.4	El Premio IMSS de Calidad	38
2.5	La motivación del factor humano en el Instituto Mexicano Del Seguro Social.	40
2.6	La motivación y la satisfacción laboral.	63
2.6.1	El ser humano y la organización	63
2.6.2	La motivación.	65
2.6.3	El proceso de motivación en la organización	69
2.6.4	El ciclo motivacional	72
2.6.5	Frustración y compensación	73
2.6.6	Teoría Clásicas de la Motivación	75
2.6.6.1.	La teoría de las jerarquías de las necesidades de Abraham Maslow	75
2.6.6.2.	La teoría X y Y	78
2.6.6.3.	La teoría de Frederick Herzberg de motivación e higiene	79
2.7	Teorías contemporáneas acerca de la motivación	80
2.7.1	Teoría de las tres necesidades	81
2.7.2	Teoría ERG o EVC de Alderfer	82
2.7.3	Teoría de la evaluación cognoscitiva	83
2.7.4	Teoría de las metas	84
2.7.5	Teoría del reforzamiento	86
2.7.6	Teoría de la equidad	87
2.7.7	Teoría de la expectativa	90
2.8	Los enfoques orientados hacia la motivación en el trabajo.	91
2.8.1	La teoría motivadores-ambiente	92
2.8.2	Teoría de las características de las tareas	96
2.9	Satisfacción laboral	105
2.9.1	Factores y dimensiones que determinan la satisfacción laboral	108

2.10	Empresa y la motivación de los trabajadores	127
2.11	La formación profesional continua	130
2.12	El papel del directivo en la motivación formativa	132
2.13	Compromiso organizacional	133
2.14	Satisfacción laboral y desempeño	133
2.15	Nivel de ocupación y satisfacción laboral	143
2.16	Tamaño de la organización y satisfacción laboral	144
III.	HIPÓTESIS	145
3.1	Metodología	146
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	149
4.1	Resultados	149
4.2	Discusión	184
V.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	
5.1	Conclusiones	206
5.2	Propuestas.	208
BIBLIOGRAFÍA		210
ANEXOS		219

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1.	Comparación del porcentaje de Satisfacción laboral Global en tres niveles. 1992 – 1998	52
2.	Comparación del porcentaje de Satisfacción laboral por dimensiones. 1992 – 1998	52
3.	Comparación del porcentaje en cinco niveles de satisfacción laboral global 1992-1998.	53
4.	Comparación del porcentaje por cinco niveles de satisfacción laboral y dimensión 1992-1998	54
5.	Comparación porcentual por preguntas de la satisfacción laboral por niveles en los años evaluados.	58

6.	Características del personal médico.	149
7.	Comparación del porcentaje de médicos por nivel de satisfacción laboral global y por dimensión en tres categorías.	150
8.	Comparación del porcentaje de médicos por nivel satisfacción laboral global.	152
9.	Comparación del porcentaje de médicos por nivel satisfacción laboral y dimensión.	157
10.	Comparación porcentual por preguntas de la satisfacción laboral por niveles. 1992 - 1998	164
11.	Comparación porcentual por preguntas de la satisfacción laboral por niveles. 1998 – 2005.	165
12.	Comparación porcentual por pregunta sumando muy de acuerdo y acuerdo por dimensión 1992- 1998-2005.	166
13.	Comparación del porcentaje de médicos por nivel de satisfacción laboral global y por dimensión en tres categorías según categoría y contratación.	171
14.	Comparación del porcentaje de satisfacción laboral alta por dimensión y por preguntas de médicos según categoría.	173
15.	Comparación del porcentaje de satisfacción laboral alta de médicos según contratación por nivel por dimensión y por pregunta.	173
16.	Dimensiones y preguntas de la satisfacción Laboral asociadas al tiempo. ESTADISTICOS.	175
17.	Proyección de la satisfacción laboral global 1992 – 1998.	176
18.	Proyección de la satisfacción laboral Global 1992– 2005.	177
19.	Proyección de la satisfacción laboral en base a Logro 1992– 2005.	177
20.	Proyección de la satisfacción laboral en base a Reconocimiento 1992– 2005.	178
21.	Proyección de la satisfacción laboral en base a Capacitación 1992– 2005.	178

22.	Proyección de la satisfacción laboral Global por categoría 1992– 2005.	179
23.	Proyección de la satisfacción laboral en base a Logro por categoría 1992– 2005.	179
24.	Proyección de la satisfacción laboral en base a Reconocimiento por categoría 1992– 2005.	180
25.	Proyección de la satisfacción laboral en base a capacitación por categoría 1992– 2005.	180
26.	Proyección de la satisfacción laboral global por contratación 1992– 2005.	181
27.	Proyección de la satisfacción laboral en base a logro por contratación 1992– 2005.	181
28.	Proyección de la satisfacción laboral en base a reconocimiento por contratación 1992– 2005.	182
29.	Proyección de la satisfacción laboral en base a capacitación por contratación 1992– 2005.	182

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
2.1	Las etapas del Ciclo Motivacional, involucrando la satisfacción de una necesidad.	72
2.2	Las etapas del Ciclo Motivacional, con Frustración o compensación cuando es imposible la satisfacción de una necesidad.	74
2.3	Modelo de las características de las tareas.	102
2.4	Los resultados del trabajo	111
2.5	Los determinantes del desempeño y la realización en el trabajo.	134
4.1	Satisfacción laboral alta por dimensión en 3 categorías. 1992-1998-2005	151

4.2	Satisfacción laboral global en el Personal médico. 1992-1998-2005	153
4.3	Comparación porcentual de la satisfacción laboral en médicos por logro 1992-1998-2005	154
4.4	Comparación porcentual de la satisfacción laboral en médicos por reconocimiento 1992-1998-2005	155
4.5	Comparación porcentual de la satisfacción laboral en capacitación en médicos por l 1992-1998-2005	156
4.6	Satisfacción laboral de Logro por categoría y contratación 1992 – 1998 – 2005	167
4.7	Satisfacción laboral de Reconocimiento por categoría y contratación 1992 – 1998 – 2005	168
4.8	Satisfacción laboral de Capacitación por categoría y contratación 1992 – 1998 – 2005	169
4.9	Satisfacción laboral Global por categoría y contratación 1992 – 1998 – 2005	170
4.10	Esquema integrador de la satisfacción Laboral.	183

ANEXOS

I	Trabajo presentado para el concurso “GARCIA TELLEZ” LA MOTIVACION EN EL IMSS. 1991. Encuesta sobre satisfactores motivacionales del trabajo presentado en el concurso “Dr. García Téllez”.	219
II	Resultados de la encuesta satisfactores motivacionales del trabajo presentado en el concurso “Dr. García Téllez”.	222
III	Análisis de la satisfactores motivacionales del trabajo presentado en el concurso “Dr. García Téllez”	227
IV	Encuesta de Satisfacción laboral en Médicos	235

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años y acorde a las políticas nacionales de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social se han propuesto la meta de lograr un nivel de excelencia y llegar a lograr la calidad total.

Siendo una organización no lucrativa responsable de proveer bienestar a una gran parte de la población trabajadora a sus familiares, pensionados jubilados y estudiantes.

Tiene por misión promover, proteger, mantener, mejorar y restaurar la salud de la población, cuyo ámbito de acción se desplaza desde Prestaciones médicas, sociales, jurídicas, educativas y económicas.

La calidad es ante todo la satisfacción del usuario y está determinada por las características propias del servicio que se otorga, la calidad se logra mediante la conjunción de esfuerzos de todos los servicios que intervienen en otorgar la atención y no es exclusiva de la práctica aislada del profesional de la Medicina, sino de todo un sistema de atención del I. M. S. S. Lo que significa, accesibilidad, continuidad, oportunidad de los servicios, atención apegada a las expectativas y necesidades de usuarios a los principios éticos convencionalismos sociales.

La Institución ha avanzado en la modernización y ha entrado en un desarrollo hacia la Gestión de Calidad y que los estímulos dependen en gran parte de los estímulos provenientes del medio ambiente en el cual se desenvuelve.

En este contexto la medición de la satisfacción laboral puede constituirse, por una parte, en un indicador de la salud ocupacional de la organización y, por otra en un criterio de la calidad de atención que se otorga.

Esta calidad posiblemente está relacionada con la satisfacción laboral de quien presta el servicio, debido a esto la satisfacción del personal de salud, fundamentalmente en el área médica, ha venido a constituir un motivo para desarrollar investigaciones con el objetivo de conocer el grado de satisfacción del profesional médico y los posibles factores asociados con ésta.

Sin embargo a pesar de los diversos cambios que ha ido sufriendo la Institución no se ha logrado alcanzar un nivel de excelencia en los diferentes servicios que se otorgan.

Esto tiene como posibles causas diferentes factores como son de tipo administrativo, técnico, económico, sociales y humanos.

Tomado en cuenta únicamente el factor humano, los factores que principalmente impiden lograr la calidad total desde mi punto de vista son:

- 1.- La falta de identificación y conocimiento de la filosofía social, de las políticas y objetivos institucionales.
- 2.- Una pérdida de los valores fundamentales del ser humano, las normas culturales y las tradiciones.
- 3.- A una pobre e inadecuada motivación en el personal que labora en el Instituto, que va muy ligada a la satisfacción laboral

El problema de la motivación representa un reto, ya que se requiere saber producir los estímulos adecuados que impulsen a generar un estado motivante.

Por lo que el tercer punto mencionado es el que me ha interesado investigar desde 1990, por lo que he realizado varias investigaciones sobre el tema, en 1990 diseñé una encuesta de 25 preguntas estructuradas con 5 opciones tipo Likert, y 5

abiertas, sobre temas de satisfacción y motivación. No validada pero que me permitió hacer un diagnóstico de la situación en relación a la motivación y la satisfacción en mi Organización.

El cual se aplicó en la Delegación Querétaro, al azar en las unidades de medicina familiar número 2, 11, 13, 14, 15 y en el Hospital General de Zona, en los departamentos de desarrollo humano y atención a personal delegacional. (No existían aún las otras unidades). Fue un total de 350 encuestas en las que se lograron recuperar 265, de las que 77 fueron del área administrativa, (se englobó intendencia, laboratorio y farmacia) 72 médicos (familiares y no familiares, 56 asistentes médicas de consultorio, 27 enfermeras y 33 que no identificaron su categoría. Es importante hacer notar que la dificultad que se tuvo en aplicar las encuestas fue por apatía de algunos trabajadores en relación a la falta de confianza de su utilidad y por otro lado el temor de algunos de que posteriormente hubiera represalias.

La encuesta se procesó manualmente, los resultados, y la encuesta se presentan en el capítulo de antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social capítulo 2 y en el apéndice.

Posteriormente a partir de los resultados de esta encuesta se consideró que se podría hacer un instrumento que permitiera medir la satisfacción en los médicos ya con la visión de que lo que más influía en los médicos para su motivación: el logro, el reconocimiento y la capacitación, se diseñó una encuesta con algunos de los reactivos ya aplicados y agregando otros para formar las dimensiones, validándose el instrumento y aplicándose en tres tiempos en 1992, 1998 y 2005. Los resultados y análisis se presentan durante el trabajo.

Reconocer que no se ha encontrado una teoría que satisfaga en toda la amplitud a cada una de las organizaciones y que de ellas de alguna forma puede ser luz para aplicarse y estudiar el comportamiento del ser humano. Y dar solución a los diversos problemas a los que se enfrenta la organización y que la dirección aplique principios

orientados al bienestar del personal, mediante el desarrollo y ejecución de un sistema de trabajo en el cual se otorgue una remuneración justa que satisfaga las necesidades físicas y materiales básicas de su gente, de seguridad en el trabajo, con equidad, en función a su desempeño y cumplimiento eficiente de sus responsabilidades, practicar un esquema de trabajo en equipo e interdepartamental que facilite la interacción de las personas y el logro de las metas comunes, esquemas de reconocimiento a través de una retroalimentación permanente y de un sistema de incentivos que refuercen el comportamiento correcto y finalmente oportunidades de desarrollo y capacitación permanentes con base a las metas de la organización y las necesidades de logro, competencia y actualización de su personal. Ya que la motivación no solo es autogenerada por el individuo sino depende en gran medida de los estímulos que reciba provenientes del ambiente en el cual se desenvuelve.

El identificar los factores que intervienen en la satisfacción de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y reconocer aquellos que influyen como motivadores, puede traducirse en una atención con calidad a los usuarios externos. Porque conocer más de este fenómeno permitirá llevar a cabo las medidas necesarias para propiciar estímulos para una adecuada motivación hacia el Instituto.

La competitividad del Instituto descansará en gran medida en un personal motivado productivo, creativo y comprometido con su trabajo.

Se requiere de todos los individuos de las Instituciones un máximo de esfuerzo para lograr la calidad y la calidez de la atención a nivel de la excelencia. Siendo el Médico el centro de atención, esta tesis intenta analizar, algunos de los factores o variables que intervengan en su satisfacción.

Por lo anterior, se consideró conveniente efectuar un diagnóstico actualizado de la satisfacción laboral en los médicos del IMSS Delegación Querétaro, tomando en cuenta los estudio previos realizados en 1990 y comparar la satisfacción de 1992, 1998 con la del 2005.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema: ¿En que porcentaje se ha modificado el grado de satisfacción laboral evaluada en las dimensiones de logro reconocimiento y capacitación en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del tiempo?

1.2 OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comparar el grado de satisfacción laboral global en base a las dimensiones de logro, reconocimiento y capacitación en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del tiempo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Comparar el grado de satisfacción laboral en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en la dimensión de logro a través del tiempo.

Comparar el grado de satisfacción laboral en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en la dimensión de reconocimiento a través del tiempo.

Comparar el grado de satisfacción laboral en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en la dimensión de capacitación a través del tiempo.

1.3 ESTRUCTURA DE TRABAJO

En el primer capítulo se presenta, los antecedentes de la tesis, el planteamiento del problema y los objetivos, la estructura del trabajo.

En el segundo capítulo se citan los antecedentes del contexto institucional, sus antecedentes históricos y su presente, la medicina familiar institucional, la clasificación y las características de los médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, los reconocimientos Institucionales, se plantea la problemática institucional y se exponen los resultados de los trabajos previos que he realizado con relación a la motivación y la satisfacción en el IMSS. Se realiza una revisión de los estudios de motivación, las definiciones principales, las teorías que se han desarrollado a través de la historia sobre Motivación y Satisfacción Laboral se hace un análisis de los factores que intervienen en la motivación del personal sobre todo del médico o del trabajador de la salud.

En el tercer capítulo se proponen las hipótesis de este estudio y se explica en detalle de la forma y métodos empleados para la realización de esta investigación, posteriormente se describen los sujetos del estudio, el instrumento, la validación del mismo, la recolección de datos, y se explican los métodos de análisis.

Los resultados y su discusión se presentan en el capítulo cuatro, donde se describen las tendencias generales, así mismo se discuten los resultados, se analizan las diferencias en relación al tiempo de la satisfacción global en relación al logro, reconocimiento y capacitación y se presentan por dimensión y por pregunta.

Se presentan las conclusiones en el capítulo cinco, se consideran los resultados generales, así como por dimensión, y se finaliza con las conclusiones generales.

II. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.1 ANTECEDENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En este punto haré un breve análisis de los cambios y esfuerzos que ha ido haciendo el Instituto para mejorar su actuar a través del tiempo.

El México de los años cuarentas basaba su economía en el sector agropecuario; el estímulo político y económico estatal para este sector se materializó en el período presidencial de Lázaro Cárdenas; sin embargo desde la época de Plutarco Elías Calles se incrementaba paulatinamente con subsidios y políticas económicas a la industria; este apoyo federal se acentuó durante el período de Ávila Camacho y es cuando podemos ver al Instituto Mexicano del Seguro Social como una realidad. (1944).

El Estado y los grupos dominantes previeron la necesidad de un servicio amplio y efectivo de salud para mitigar la efervescencia de una clase obrera creciente en relación directa con la inducción del capital en la industria. (Enciclopedia de México, 1978)
La filosofía y las políticas de Seguridad Social, indiscutiblemente humanistas, se desarrollaron y realizaron paralelas a la industrialización del país y al aumento de la burocracia.

Fundamentada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las teorías de Seguridad Social internacionales y en el valor cultural que el mexicano da a su familia; la Ley del IMSS de 1943 establece una protección amplia e innovadora a la familia; tal vez la idea de atención médica a la familia tenga raíces ideológicas en la misma Ley del IMSS. (Riding A., 1987), (Velazco O., 1988).

Se inicia el florecimiento de las especialidades, aunque no esté organizado un sistema de enseñanza de las mismas, la especialidad se aprende con cursos en el extranjero o siendo sombra de algún maestro. Definitivamente la gran mayoría de los médicos no querían trabajar en el IMSS y si podían saboteaban sus propuestas.

Durante esta época los servicios de Seguridad Social se aplican solamente en los "polos de desarrollo" urbano, donde hay mayor concentración de obreros. (Frenck J. ET AL., 1980)

A partir de 1940 y hasta 1982 las tendencias generales de los servicios de salud fueron:

1. El crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social.
2. La extensión de una red hospitalaria de la SSA que quedó inconclusa.
3. Preponderancia en las campañas de inmunización sobre otras medidas preventivas
4. Mayor apoyo económico a la Medicina curativa por medio de los servicios médicos prestados en hospitales. Los servicios no personales han sido prácticamente ignorados en las políticas de salud a excepción de las campañas contra la viruela, paludismo, fiebre amarilla urbana y bocio endémico. (IMSS, COPLAMAR, 1985).

Los primeros años de atención médica primaria en el IMSS fueron erráticos por: inexperiencia de la institución, personal mal capacitado, instalaciones improvisadas, ataques directos de sindicatos, patronos y médicos liberales. El médico del IMSS de los primeros años consideraba su labor institucional como un trabajo más y su futuro lo apreciaba en la medicina liberal y poco le importaban las doctrinas de Seguridad Social. Por ello las autoridades generan un buen número de reglamentos para controlar las labores de los médicos y paramédicos.

El tipo de medicina que se practicaba: era curativa, individual, subalterna y se confiaba poco en el médico. El servicio de consulta externa se otorgaba sin control efectivo: a libre demanda del paciente, independiente de horario y de médico, sin expediente único, indiscriminada y con exceso de visitas domiciliarias. Situaciones que condujeron con frecuencia a:

- Desinterés de los casos por el médico.
- Tratamientos sintomáticos.
- Multiplicidad de consultas.
- Prodigalidad en el uso de medicamentos y abuso de los derecho-habientes.

- Exceso de expedición de certificados de incapacidad. (Cárdenas PE, 1974).

En estos tiempos no había continuidad en la atención, ni atención médica integral, la curación era deficiente, nulos criterios preventivos y la familia solo se mencionaba en la Ley del IMSS.

En los últimos años de este período sucedieron cosas importantes: En octubre de 1953 la Caja de Registro de Monterrey, inspirada en una propuesta de médicos de Nuevo Laredo, Tamaulipas, inició un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar que logró abatir las quejas de los derecho-habientes; al año siguiente se inició su implantación en la capital del país y para 1955 éste Sistema se extendió por toda la República.

En 1955 el Médico Familiar se considera como una categoría sindical con mayor sueldo que la categoría de Médico General. (Cárdenas PE., 1974).

En 1954 también pasaron otros hechos muy interesantes; el gasto público federal se aplicó más al sector industrial que al agropecuario. 1955 fue el año de arranque para aquel llamado "milagro mexicano" que llegó hasta 1972; la creciente industrialización de los "polos de desarrollo" del país generó un crecimiento acelerado del producto interno bruto (PIB), esto produjo los problemas que ahora sufrimos: zonas sobrepobladas y contaminadas en contraste con grandes áreas agrícolas abandonadas e improductivas. Pero en ese año los grupos en el poder tomaron la decisión de impulsar a la industria porque generaba más capital seguro y rápido que la agricultura. (González MF, 1974).

Obvio resulta concluir que los servicios de salud para los obreros cada vez más numerosos deberían ser más eficientes, eficaces y productivos. Se construyen gran cantidad de hospitales y clínicas del IMSS y se replantean los sistemas de atención entre ellos el cuidado médico primario. (Enciclopedia de México, 1978)

El cuidado médico primario perfeccionado es el Sistema Médico Familiar que proponía lo siguiente para el médico:

1. Adscripción de una población fija a cada médico.
2. El médico debe ser médico de cabecera o de la familia.
3. Aplicar mejor la medicina preventiva.
4. Interesarse en conservar la salud de los derecho-habientes.
5. Dignificación profesional del médico.
6. El especialista debe ser colaborador del médico familiar.
7. Contacto continuo con otros médicos.
8. Mejorar su trabajo clínico e ingresos económicos.
9. Disminución del número de visitas a domicilio.
10. Expediente clínico y único. Archivo descentralizado.
11. Auxilio de secretaria y enfermera.
12. Manejo de cita previa. (González, 1974).

Estas propuestas nos indican avances importantes hacia la Medicina Familiar como ahora la identificamos: El cuidado médico primario se establece, la continuidad en la atención se facilita, la atención integral aún no se aprecia por haber una orientación curativa, individualizada y francamente biologicista; ya se menciona la prevención y la orientación a la salud. Se sugiere una atención a la familia pero desmembrada y no hay algo que sugiera que se piensa en salud familiar.

En 1958 el producto interno bruto es dominado por el capital industrial, sin embargo hay inestabilidad política y crisis social. Hubo 790 huelgas de trabajadores, de éstas la más importante fue el movimiento ferrocarrilero, el estado en respuesta produce cambios en la política laboral y aumenta la extensión de prestaciones sociales; persistió el crecimiento del número de Unidades hospitalarias y se elevó la demanda de médicos; a finales de los cincuenta los servicios de seguridad social absorbieron a una mayoría de egresados de las escuelas y facultades de medicina del país; pero el estado no solo amplía la demanda si no que la especifica en ese período, creando la necesidad de un nuevo tipo de médico, un médico cada vez más orientado a la práctica

hospitalaria y de especialidades y cada vez más asimilado al trabajo asalariado. Esta transformación es el tipo de médico demandado por las instituciones de salud se reflejó en el tipo de médico que empezaron a producir las instituciones educativas. Este prototipo sigue vigente en la actualidad en los curriculums de la mayoría de las escuelas y facultades de medicina de nuestro país (Frenck J. Et Al., 1980).

La ideología biologicista, fragmentaria, unicausal, curativa y positivista en la visión del proceso salud-enfermedad, predominaba en todo el mundo occidental en esa época y se debía reflejar en la medicina de primer contacto, por lo que para julio de 1959 se inician cambios en el Sistema Médico Familiar del IMSS, considerando las necesidades de eficiencia del sistema y de "especialización" de los médicos se propone lo siguiente:(González, 1974).

1. Los médicos familiares se clasificarán de adultos y de menores, ante la necesidad de una profundización de los conocimientos médicos y mejorar la calidad de atención.
2. Archivo clínico centralizado para facilitar el uso del expediente por los especialistas.
3. Cada médico contará con una asistente social (médica).
4. Ampliación del horario de trabajo del médico a ocho horas y con jornada mixta (matutina y vespertina) para facilitar el seguimiento de los pacientes.
5. Sistema de información mensual y supervisión médica constante.
6. Dos médicos por consultorio con una adscripción al mismo de 4,500 derechohabientes. Uno de adultos y otro de menores.
7. Apoyo en las acciones preventivas por el personal auxiliar.

Las propuestas de este nuevo sistema se alejan de los fundamentos de la Medicina Familiar. Aunque aparentemente los principios del cuidado primario no se ven afectados, las ideas vigentes impiden ver al paciente como una totalidad; la disponibilidad en la continuidad de la atención se trunca con la división de los médicos, la integridad en la atención se enfoca únicamente a los problemas biológicos y es eminentemente curativa y fragmentaria; las propuestas preventivas son vagas e

imprecisas y este modelo se aleja totalmente de las pretensiones de salud familiar. Para 1964 este sistema es vigente en toda la nación.

En 1969 se busca instituir una nueva especialidad de médicos para el cuidado primario y se considera que este médico es el más conveniente para el IMSS.

Se preparó un Manual que unificó los criterios de la atención médica en el que se considera un apartado para el médico familiar, donde los contenidos del mismo son los siguientes:

- ◆ Atención de los derecho-habientes a nivel de Medicina General.
- ◆ Promoción eficaz de la salud integral.
- ◆ El humanismo.

Estos planteamientos se concretan y amplían en un Manual del Sistema Médico Familiar en 1972 y se resumen en los siguientes:

- ⇒ El médico es el eje de la atención médica y debe coordinar un equipo de salud.
- ⇒ Debe ser el profesional que el país necesita.
- ⇒ Debe ser un verdadero médico de primer contacto.
- ⇒ Derivador de casos cuando sea necesario.
- ⇒ Proporcionar atención médica integral.
- ⇒ Que el médico mixto reemplace con el tiempo a los adultos y menores.
- ⇒ Proyección de los servicios médicos a la comunidad y promover la superación socio-económica de la población.
- ⇒ El médico familiar debe ser consejero familiar y educador permanente.
- ⇒ Debe lograr la participación activa de la población en la solución de los problemas de salud.
- ⇒ Resolver el 85% de los problemas de salud que se le presenten.
- ⇒ Estudioso constante e investigador cotidiano.
- ⇒ Se organizan los niveles de atención donde el médico familiar con su equipo de salud se ubica en el primer nivel, las especialidades básicas o troncales (pediatría, medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia) en un segundo nivel y en el tercer nivel

están las subespecialidades médicas y los elementos de diagnóstico y tratamiento fundamentalmente tecnificados.

⇒ Archivo descentralizado y asistencia social por médico.

⇒ Adscripción de 2,400 D.H. por médico mixto en horario discontinuo (IMSS. Manual Del Sistema Medico Familiar. 1972)

En 1971 se inicia la Residencia de Medicina Familiar con 32 alumnos.

A pesar del manual y el apoyo de las autoridades del IMSS a la nueva Especialidad, los cambios propuestos por el mismo se generalizaron en toda la República hasta 1976; estos lineamientos mencionados fueron las premisas fundamentales del nuevo modelo de atención que se desarrolló de 1976 a 1982.

A finales de los años sesentas se aprecia una disminución del crecimiento económico acelerado de México a expensas del sector industrial; la competencia de la manufactura mexicana en el mercado internacional es cada vez más ardua y el mercado interno no ha sido saturado a pesar de las medidas proteccionistas del estado, llegándose a un período de franca atonía económica para 1970 que se orienta hacia la recesión; por este motivo el Estado recurre a préstamos cada vez más grandes de la banca internacional para continuar el aparente desarrollo y el crecimiento industrial y evitar la recesión, el gasto público se reorienta y se apoyan más los sectores productivos a expensas de moderadas disminuciones reales del presupuesto de los servicios sociales (salud y educación). Sin embargo, surge la crisis estudiantil de 1968 y para evitar que se extendiera a otros sectores de la sociedad se obligó al gobierno de Luis Echeverría dar un barniz populista; por lo cual se extendieron los servicios de salud al campo y a los cinturones de miseria sub-urbanos. La expansión aparente del sector salud fue una estrategia política propia del populismo; ésta extensión debería ser barata y ofertando un tipo de servicio diferente al que se ofrece en el medio urbano, ejemplo de esto es el programa IMSS-COPLAMAR.

Aparejado con el desarrollo industrial el crecimiento acelerado de los sistemas de seguridad social disminuyó hasta detenerse en 1982. Desde finales de los 60's se

planteó la necesidad de abatir los costos de la atención médica y no se podía recurrir a la medicina de hospital porque ésta aumentaba cada año sus insumos tecnológicos la mayoría caros y de importación; además se preveía la dificultad para dar medicina de especialidades a una población con un índice de crecimiento demográfico general de 3.7 y en las grandes ciudades de hasta Cinco (Diccionario Enciclopédico Salvat Universal, 1984).

Para 1969 ya se contaba con una teoría ecologista de la salud en fase de expansión y la O.M.S. ya había divulgado su concepto de salud integral y los movimientos juveniles estaban siendo analizados en sus causas y consecuencias; la dirección ideológica que manejaron los estados de occidente apuntó esta vez hacia la familia como factor causal de los problemas que sufrían y planteaban los jóvenes, esto facilitó el auge de las instituciones que investigaban a la familia. También en estos países de occidente había un reclamo popular por una atención médica menos fragmentaria y con más humanismo, surgiendo como respuesta de las instituciones educativas y de salud, modelos de médicos generalistas en esos países y que terminaron siendo médicos familiares. (Ceitlin ,1982)

Estos son algunos de los factores de causalidad para dar una somera explicación del origen del Modelo de Medicina Familiar que se fue desarrollando en la década de los 70's y que en el IMSS se sintetizó en un documento muy detallado en bases conceptuales y administrativas: explícita con detenimiento objetivos, funciones actividades, diagramas de flujo, formatos, controles, supervisiones y evaluaciones que involucran a todo el personal del primer nivel de atención Médica, incluyendo a los directivos, este modelo se publicó y distribuyó entre los directivos del IMSS en 1980.

El modelo en resumen proponía los siguientes contenidos para la práctica del médico en el Sistema Médico Familiar:

- Desaparición de los médicos de adultos, menores y mixtos.
- Atención integral por especialistas en Medicina Familiar.

- Atención del grupo Familiar por un solo médico con criterio ecologista que: integra y aplica los conocimientos sobre aspectos biológicos psicológicos y sociales.
- Conoce la relación médico-paciente y médico-familia.
- Identifica los límites de su competencia y responsabilidad.
- Utiliza los recursos del IMSS, la familia y la comunidad.
- Conoce suficientemente la estructura y dinámica familiares.
- Sus acciones se orientan a conservar la salud.
- Planifica, supervisa, organiza y dirige las acciones del equipo de salud en atención primaria donde se incluye al derecho-habiente y su familia.
- Educador e investigador en el primer nivel de atención médica.
- Médico de primer contacto.

Se le ofrece como facilitadores para su práctica:

- Población de 2,400 habitantes en zona geográfica precisa y limitada (aproximadamente 500 familias).
- Archivo descentralizado.
- Asistencia de consultorio.
- Una trabajadora social, una enfermera en salud pública, dos auxiliares de enfermería y un odontólogo por cada 10 médicos familiares. Y un jefe de consulta Especialista en M.F.
- Tarjeta de Registro Familiar TRF-1 que se llenará por el equipo de salud.
- Expediente único viajero por paciente.
- Concentración de los expedientes en carpetas familiares.
- Otras formas de concentración para evaluar las acciones de cada médico y el equipo, así como el control de la morbimortalidad de su sector.

Los objetivos y propósitos de éste Modelo de Medicina Familiar fueron:

- Proporcionar uniformidad, óptima calidad y humanitarismo en la atención.
- Disminuir la prevalencia de todas las enfermedades prevenibles por inmunización.

- Incrementar la detección oportuna de cáncer cervicouterino, diabetes, fiebre reumática, tuberculosis, desnutrición infantil, y otras enfermedades frecuentes y trascendentes en el nivel primario.
- Capacitar a las familias en el manejo de sus miembros enfermos y en evitar que enfermen más.
- Mejorar la imagen institucional.
- Que los equipos de Medicina Familiar programen actividades en base a diagnósticos de salud individual, familiar y de su población.
- Que los equipos de Medicina Familiar evalúen resultados de las actividades realizadas.

Con todo este marco podemos concluir que la propuesta se acerca suficientemente a los fundamentos de la Medicina Familiar: el cuidado médico primario es explícito y hay aproximación a los lineamientos de un Sistema de Atención Primaria de Salud; la continuidad de la atención es apoyada y se extiende a la familia; la medicina integral es ecologista y trata de verse en sus tres dimensiones; el énfasis en la prevención es patente y aún cuando no hay precisión para actuar en la salud familiar hay algunos elementos que orientan hacia la misma.

Estas innovaciones como las del período anterior fueron rechazadas sistemáticamente por la mayoría de los médicos familiares muchas veces como respuesta a una imposición autoritaria e inflexible de sus directivos, pero también había otros elementos que favorecían la operatividad del modelo.

Aunque el 95% de los egresados del Curso de Especialización de Medicina Familiar fueron absorbidos por el sistema; la demanda de servicios de salud de la población derecho-habiente siempre ha sido más alta que la consulta, cambios frecuentes de adscripción de población de los médicos familiares, extensión e improvisación de clínicas, insuficiencia de los servicios de apoyo y del equipo de salud, etc. Naturalmente que el problema económico de los usuarios del IMSS genera cada día más y más demanda de servicios de salud por estar en condiciones cada vez más desfavorables para enfrentar la enfermedad. Esta problemática ha dificultado la

aplicación integral del modelo aún por algún especialista en Medicina Familiar bien orientado y con vocación.

A estos problemas se agrega una cultura dominante médica practicada por directivos, médicos y paramédicos de corte biologista, fragmentario, curativo, elitista y burócrata que propiciaba que el egresado se adaptara a ella o sufriera cuando menos el ostracismo.

Estudios de 1980, 1981 y 1983 en Guadalajara, Mérida y Monterrey (JASSO, 1988), demuestran insatisfacción del médico egresado en su práctica cotidiana: deficiencias en la aplicabilidad del modelo y escasas actividades académicas. Otro estudio realizado por el IMSS (Estadísticas para una Sociología del Primer Nivel de Atención Médica del IMSS) en 1982 informa que el 60% de 1311 médicos familiares del país, especialistas y no especialistas, expresan que no se les ha considerado su opinión en los programas vigentes de la Institución a pesar de haber querido aportar algo positivo y un restante 25% nunca ha opinado, otro 15% no contestó la pregunta. También un 59% de estos médicos opinó que existía correspondencia entre el Sistema Médico Familiar y las necesidades de salud del país.

Sin ser evaluado oportunamente, sin aplicarse en su integridad en el sistema como lo sugería el modelo, éste fue retirado paulatinamente en dos años (1982-1984) para dar lugar a otro Sistema diferente que pregonaba verdaderas acciones preventivas.

De 1982 a 1990, la tan temida y retrasada recesión económica llegó por fin en su totalidad absoluta con las consecuencias que ya todos conocemos. A añejos problemas de desigualdad social, políticos, económicos, de salud, educativos, etc., se agregan otros nuevos que agravan más la situación: la inflación en 1982 rondaba el 100%, el 30% de la población económicamente activa estaba desocupada, la deuda externa de alrededor de \$80,000,000 Dls.

En un país descapitalizado y endeudado el Estado indicó austeridad y control del gasto público. (Diccionario Enciclopédico Salvat Universal). Este gasto se reorientó durante los sexenios de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas a restringir el apoyo a los servicios

sociales y a obtener ganancias reales de las empresas e instituciones del gobierno o en su defecto liquidarlas o venderlas. Medidas como ésta condujeron a que en 1987 se destinara únicamente para el Sector Salud el 1.87% del producto interno bruto a pesar de que las recomendaciones internacionales marcan como mínimo asignar un cinco por ciento; el gasto *per cápita* real de sector salud disminuyó en 1982 a 1987 en un 48%. Esto explica, en parte, la deficiencia de recursos y salarios en el llamado sector salud. Mismo que ya se encontraba estructurado e integrado para el año de 1987. Se refiere al lector a la bibliografía para revisar sus orígenes. (Soberón, 1986).

Además hay otras influencias que es importante enunciar: en el año de 1987 el Banco Mundial emitió una publicación dirigida a los gobiernos de los países en desarrollo donde hace un análisis sobre los problemas del sector salud de estos países, los cuales se reducen a tres grandes enunciados:

1. Asignación: gasto insuficiente en actividades relacionadas con la salud e ineficacia en los costos.
2. Ineficiencia interna de los programas públicos.
3. Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud.

Para estos problemas dicha institución internacional propone Cuatro Reformas Políticas:

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud.
2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos.
3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales.
4. Descentralización de los servicios de salud gubernamentales. (Banco Mundial. 1987).

Estas propuestas se resumen en la necesidad de los gobiernos de los países pobres de cobrar por los servicios de salud y orientarlos hacia los principales riesgos y problemas de salud que aquejan a la población. La descentralización de los servicios es fundamental para el mejor control de éstas medidas. En resumen las propuestas son eminentemente restrictivas y se intenta cargar a la población usuaria, ya castigada por

la situación de pobreza, una parte importante de los costos de la atención en salud.
(Horwitz Et Al. 1987)

Comentario agregado es la enorme semejanza entre las propuestas del Banco Mundial y las estrategias para integrar y hacer funcionar el Sistema Nacional de Salud y el Sector Salud en México.

Estas restricciones afectaron muy desfavorablemente al Primer nivel de atención médica. Más que pensar en el desarrollo del Modelo de Medicina Familiar se orientó la política a producir resultados, cifras, tazas con un sistema administrativo por objetivos; el enfoque fue darle instrumentos precisos de control y evaluación a algunos Programas de Salud del Sistema Médico Familiar y ampliar las acciones en otros problemas y con apoyo de los otros niveles de Atención Médica. La base y justificación fueron las tazas de prevalencia, incidencia, frecuencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades registradas por el IMSS y rápidamente se diseñaron programas para enfocar los recursos de Primer Nivel a algunas situaciones epidemiológicas concretas; desde luego que el enfoque preventivo (riesgo) en los programas es innovador e importante pero el resultado se tradujo en el impacto en la enfermedad y no en la salud.

Los Programas Prioritarios de Salud son:

PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

- 1.- Atención pre-natal.
- 2.- Riesgo reproductivo.
- 3.- Atención del niño sano de 0 - 4 años.

PROGRAMA DE PADECIMIENTOS CRONICOS-DEGENERATIVOS

- 4.- Hipertensión arterial.
- 5.- Diabetes Mellitus.

Los objetivos de estos programas fueron: detectar y evitar los factores de riesgo inherentes a los problemas de salud en la población.

En un Instructivo de Actividades del Médico Familiar editado por la Subdirección General Médica del IMSS a finales de los 80's y sin fecha se proponen las siguientes instrucciones generales para el Médico:

- Proporcionar al derecho-habiente atención médica oportuna, eficiente y con cortesía.
- Satisfacer todas las solicitudes de atención médica.
- Realizar todos los envíos que se requieran a las unidades médicas de apoyo.
- Prescribir los medicamentos indicados en los esquemas terapéuticos vigentes; en cantidad apropiada a las necesidades médicas de los pacientes.
- Certificar los períodos de incapacidad necesarios desde el punto de vista médico, procurando la reintegración temprana al trabajo.
- Hacerse acompañar por la asistente médica, la auxiliar de enfermería, personal de confianza o algún familiar adulto de la paciente, cuando efectuó exploraciones físicas en personas del sexo femenino.
- Efectuar se acuerdo a las disposiciones correspondientes, los registros de las actividades desarrolladas.
- Para su mayor desempeño el Médico Familiar debe conocer una serie de reglamentos y publicaciones de las que ninguna es el Manual de Sistema Médico Familiar.

El Instructivo fue de aplicación general y cancela todos los anteriores.

En el Instructivo se describían las actividades en la consulta de Medicina Familiar en tres rubros:

1. Atención integral de la mujer.
2. Atención integral del niño de 0 - 4 años.
3. Atención de asegurados o beneficiarios por diferentes motivos de consulta.

Después se describían actividades de apoyo a la Medicina Familiar en:

- a) Asistencia Médica.
- b) Enfermera de Atención Materno-Infantil (nueva categoría).
- c) Estomatología.

- d) Medicina Preventiva.
- e) Medicina de Trabajo.
- f) Trabajo Social Médico.
- g) Servicios auxiliares de diagnóstico.
- h) Servicios auxiliares de tratamiento.
- i) Unidades médicas de segundo y tercer nivel.
- j) Jefatura de Departamento Clínico en Medicina Familiar. IMSS.

El Instructivo orientaba al médico sobre sus actividades en el consultorio, envía los casos de bajo riesgo a la enfermera materno infantil, se coordina, según las instrucciones para el caso y las ordena de su jefe, con los servicios de apoyo. (ya no se menciona al equipo de salud).

Por otro lado, después de una serie de movimientos de los trabajadores del IMSS por aumento de salario y otras prestaciones; a partir de 1986 se instituye la compactación de horario de los Médicos Familiares y un programa de Atención Continua en la práctica se observó:

- a) Cada médico en horario compacto de seis horas para actividades de consultorio más dos horas para visita domiciliaria, enseñanza e investigación y fomento a la salud.
- b) Dos médicos por consultorio. Un matutino de 8:00 – 14:00 hrs., y un vespertino de 14:00 – 20:00 hrs.
- c) Adscripción de 4,800 derecho-habientes a cada consultorio.
- d) Posibilidad del derecho-habiente para llegar y ser atendido a cualquier hora (de 8:00 – 20:00 hrs.)
- e) En la práctica se han establecido cuatro horarios de recepción de citas. (7:30-8:00, 10:30-11:00, 13:30-14:00 y 17:30-18:00).

Estas proposiciones no tuvieron ninguna semejanza con el Sistema Familiar de 1972 ni tampoco con el Modelo de Medicina Familiar.

El cuidado primario se rompe al no proponer ver al paciente como una totalidad en estos programas fragmentadoras, eminentemente biológica y aunque se propone como un buen avance la acción en los factores de riesgo, estos se dirigen a una serie de problemas de salud concretos y no a toda la persona como lo propone la Medicina de Riesgo; lo que importa es el riesgo en la población y no en el individuo; esta atención integral es solo de nombre porque se aleja de todos los fundamentos de la Atención Médica Integral. Aunque el enfoque es preventivo, lo que importa es el resultado de la ausencia del daño en la población, esta concepción vigila la enfermedad y no la salud porque no se dirige al ambiente y otros factores sociales donde también se generan los problemas.

Tres años después se indica la adscripción de las familias a un solo médico familiar.

La política económica del estado mexicano continuó por el camino de la privatización de empresas nacionales y de los ejidos, el pago puntual de la deuda externa, control de la inflación, topes a los aumentos salariales y restricción real del gasto social en salud y educación o utilizando éste gasto con fines políticos y publicitarios, agregando una apertura comercial y financiera sin restricciones al mercado internacional, lo que produjo desajustes serios en la economía nacional de por sí ya en crisis, provocándose cierre masivo de empresas e industrias medianas y pequeñas, insolvencia de negocios pequeños y un desempleo creciente hasta el fin del sexenio de Salinas de Gortari. Esto originó serio descontento popular manifestado por cotidianas expresiones en la vía pública, los medios de información y en el voto electoral. Llegándose a la expresión franca de movimientos armados en varios estados de la República, había otra vez una situación de inestabilidad social y económica.

Esta situación originó para el IMSS una verdadera política de austeridad que repercutió en todos los niveles de atención, con periodos de escasez de recursos materiales y crecimiento mínimo de la red de clínicas y hospitales. Por otro lado la población más dañada por la situación socioeconómica requirió más los servicios de la Institución, servicios que se otorgaron con deficiencias y el Estado se preocupó por mejorar los servicios para disminuir el descontento, tratando de aplicar las teorías sobre

Calidad y Garantía de la Calidad de la Atención Médica que se desarrollaban e intentaban aplicar a finales de los 80's en Europa y Norteamérica; producto de éstos intentos es el surgimiento en el año de 1991 del Modelo Moderno de Atención a la Salud.

Este Modelo se diseñó para aplicarse en todo el Sistema que otorga prestaciones médicas en el IMSS, su estructura incluyó varios elementos: funciones, que se definieron como “el conjunto de actividades afines y coordinadas que es necesario para realizar el logro de un objetivo”; cada función se describía integrada por una serie de atributos que constituían “las características o cualidades que la calificaban”; cada atributo constaba de una actividad que se definía como “el conjunto de acciones afines que deben realizarse en forma ordenada y sistematizada para contribuir al logro de una función”; a su vez las acciones se conceptualizaron como el “conjunto de tareas afines que deben realizarse en forma ordenada y sistematizada para contribuir al logro de una actividad” y las tareas podían disgregarse en operaciones y estas últimas en pasos. Al documento básico del Modelo se agregó un glosario como elemento fundamental para entenderlo, analizarlo y hacer propuestas para modificarlo en caso de ser necesario, en su aplicación.

Las Funciones del Modelo son cuatro:

1. Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños a la salud.
2. Otorgar atención médica integral.
3. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud.
4. Realizar investigación médica.

Para cumplir con estas funciones se insistió en los atributos sobre la precisión, la oportunidad, la congruencia, la integración, la continuidad, la calidad y la calidez de los servicios, dirigidos al individuo sano y enfermo en el ambiente familiar, laboral y en su comunidad, buscando el enfoque biopsicosocial, con la aplicación de los conocimientos médicos actualizados y la tecnología apropiada y desarrollando esta atención integral en los tres niveles de operación. Se considera también importante la satisfacción de los

usuarios y de los prestadores de los servicios, valorándose la eficiencia, la efectividad, la calidad, la equidad y la habilidad técnica. (IMSS. 1994)

La difusión de éste Modelo en todo el sistema continuó para el año de 1994 y su impacto en el primer nivel de atención fue poco, debido a que por parte de las autoridades de la Subdirección General Médica se esperan propuestas específicas para su aplicación local, estrategia que obedece una política de descentralización de los Servicios Médicos del IMSS.

Este Modelo desde el punto de vista teórico coincide con los principios de la Medicina Familiar y ofrecería un contexto ideal para el desarrollo de la misma si se aportaran los recursos materiales y humanos sin las carencias que se han sufrido a principios de la década de los 90's.

Su enfoque integral de atención a la salud fue totalmente innovador y superó en mucho, el esquema de Programas Prioritarios de Salud retomando elementos del antiguo Modelo de Medicina Familiar para que se aplicaran en los tres niveles de atención.

El Modelo de Atención a la Salud fue un reto para el Especialista en Medicina Familiar, que es el que mejor puede entenderlo, convirtiéndolo en líder para las propuestas locales en su aplicación práctica.

2.2. LA MEDICINA FAMILIAR

La medicina familiar es el pilar que sustenta la consulta externa. La capacidad de resolución de los problemas de salud varía de 85 a 95% de la demanda de atención.

Es una especialidad que:

1. Se ubica en el Primer Nivel de Atención Médica, es la Medicina del primer contacto y actualmente se acepta como un elemento clave de la atención primaria.
2. Requiere como esencia para su práctica la continuidad en la atención.
3. Proporciona atención médica integral.

4. Se enfoca más a la prevención que a la curación en el proceso salud enfermedad.
5. Trata a la familia como una unidad básica de observación y trabajo médico, pretende la salud familiar.

Las tres primeras fundamentaciones las puede caracterizar un médico general, las dos últimas son privativas de un médico familiar. (Ceitlin ,1982) (Hennen ,1980) (Curry, 1975).

Por lo tanto la Medicina Familiar es una práctica que trata los problemas de salud de preferencia en atención al grupo familiar, no es afín al individualismo. Procura enfocar la atención más a la prevención que a la curación. Trata de ser integral y no solo atiende los problemas biológicos, se opone al biologismo y a la atención fragmentaria por aparatos y sistemas del cuerpo humano. Procura la solución de los problemas compartiéndolos con las familias y el equipo de salud y considerando estas instancias como importantes para la solución de los mismos. (Ceitlin ,1982) (Hennen ,1980) (OMS., 1978) (Medaile, 1987). (Fry, 1987) (Stokes, 1975) (Laurell, 1982) (Cerdeña, 1986).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, actualmente aún existen médicos generales que están contratados como médicos familiares sin tener la especialización, el Instituto desarrolló una estrategia en conjunto con la UNAM para disminuir esta problemática y conformo el curso semipresencial reespecialización en medicina familiar para médicos generales, con lo que es posible que médicos que ya están laborando puedan participar en este curso sin costo alguno y en los horarios contrarios a su horario laboral para recibir la capacitación con reconocimiento Universitario, deben llenar requisitos y es voluntario.

2.3 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PRESENTE

Nuestro sistema de salud tiene casi 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de

Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en su esquema ordinario protege en 5 seguros que contempla la ley, Riesgo de Trabajo, Enfermedades y Maternidad, Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y por otro lado ofrece servicio de guarderías y prestaciones sociales.

Además ofrece a población abierta un esquema de afiliación voluntaria a través del seguro de Salud para la Familia o de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio y de manera solidaria cuenta con el programa IMSS – Oportunidades que tiene cobertura en 17 entidades federativas donde presta sus servicios de manera gratuita a comunidades de alta marginación.

Su estructura se divide en 4 regiones Región Norte, Región Sur, Región Occidente, y Región Centro y 35 delegaciones, en el 2004 atiende a 52'757,684 personas que representan el 50.1% de la población del país de los cuales el 78.3% son asegurados trabajadores y el 21.7 no trabajadores. El 33.2% corresponden al sexo femenino.

El Instituto está en un proceso de cambio para modernizarse y poder contribuir a una seguridad social incluyente, financieramente sólida, transparente rendición de cuentas y humanista en su visión a largo plazo. Los cambios buscan ampliar y mejorar sus servicios fortalecer la protección social del derechohabiente extender su cobertura, facilitar el cumplimiento de las obligaciones patronales, apoyar e impulsar la competitividad de las empresas cumplidas y asegurar la permanencia y fortaleza del IMSS a mediano y largo plazo.

El Instituto viene consolidando un cambio progresivo a través de la Gestión de Calidad, enfocado al desarrollo de nuevos modelos de atención, a la provisión de

atención integral a la salud, y a la implementación de nuevos esquemas de organización y de programas para la modernización Institucional que responde de manera apropiada a las necesidades y expectativas de salud de la población y mejorar el desempeño de la prestación de los servicios.

Dentro de los programas que se han implementado del 2000 a la fecha se encuentra principalmente PREVENIMSS este programa es la principal estrategia médica de carácter preventivo, desarrollado e instrumentado junto con el SNTSS.

Este nuevo enfoque tiene una visión de largo plazo que busca incidir de manera corresponsal en la cultura del autocuidado de la salud con un acompañante institucional organizado a través de 5 problemas de salud que atienden los problemas específicos de los niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, hombres, y adulto mayor para afrontar con mayor éxito el cambio epidemiológico, contribuir a una mejor salud de todos los grupos de edad y reducir las presiones financieras futuras del Instituto. El avance de este programa en el 2003 es del 52% de la población derechohabiente que se incorporó.

Otro programa no menos importante es el Proceso de Mejora de Medicina Familiar. La atención en el primer nivel constituye una prioridad institucional por lo cual se ha dado un fuerte impulso. Su objetivo es otorgar atención integral a la salud, con un elevado nivel de calidad tanto en la relación médico – paciente como en el proceso técnico de la atención médica, atendiendo las necesidades de salud de los problemas con la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación del los trabajadores del Instituto y la mejora del ambiente laboral.

En el 2003 se avanzó en la capacitación en 6 motivos de consulta se capacitaron 633 asesores clínicos, que actualizaron a 4889 médicos familiares adscritos a 114 unidades de medicina familiar donde se atienden 11.5 millones de derechohabientes. En el 2004 se piensa actualizar en 12 motivos de consulta a 851 profesores que a su vez capacitarán a 10 252 médicos familiares de 409 unidades de medicina familiar.

También se implementó el sistema de información de medicina familiar en 105 unidades de medicina familiar distribuidas en 32 delegaciones, se inicio la construcción de 30 módulos de rehabilitación en igual número de unidades de medicina familiar. Además el personal directivo de las unidades de primer nivel más grandes recibirá curso de Gestión de Calidad.

El programa de atención materna se orienta a mejorar los niveles de salud materna de la población derechohabiente, incrementar la calidad de los servicios médicos durante el embarazo, parto y puerperio, así como la educación de la pareja para el autocuidado de su salud y el uso oportuno de dichos servicios.

También existen programas innovadores en salud en el trabajo así como en atención hospitalaria que cuenta con 223 hospitales de 2º nivel y 40 de 3er nivel. Aquí se encuentra la respuesta a enfermedades y padecimientos más complejos y avanzados.

En educación continua para el personal de salud en el 2003 se realizaron 640 cursos de capacitación en diversas modalidades, en los que participaron 123,098 asistentes y en los cursos operativos como capacitación en el puesto, promoción, cambio de rama selectiva, tarea y continuidad en el trabajo del 2003 fueron 10,910 con 125,779 trabajadores.

A Mayo del 2005 cuenta con un total de 353 883 plazas, del cual 89.47% es de personal sindicalizado el 81.21% es de base 6.51% es sustituto, 1.75% son médicos residentes el 10.53% son de confianza de las cuales el 4.23 son confianza A el 5.33% son confianza B temporales 0.21% servidores públicos de mando y homólogos 0.76% el 80.42% de las plazas están ubicadas en servicios médicos y el 6.84% en prestaciones económicas y sociales.

En las unidades de medicina familiar 6,939 plazas, en los Hospitales de 2º nivel 139,941, Hospitales del tercer nivel 1,908, se cuenta con 2549 becados, 6,200 residentes, 21,948 sustitutos, y 6,615 prestadores del servicio social médicos.

La Dirección Regional Centro tiene el 32.78% de las plazas autorizadas, y Querétaro se encuentra en esta Dirección.

Cuenta con 5,317 plazas distribuidas de la siguiente manera: 191 son confianza A, 282 son confianza B, 3,866 son de base, 2 temporales, 351 sustituto, 73 residentes 52 mandos y homólogos, 14 de honorarios, 131 Servicio Social, 121 notificadores, ejecutores visitantes, promotores, 63 campañas de prevención y profilaxis, 69 parteras rurales 101 prestaciones sociales.

De las cuales por distribuidas por servicios 723 son de médicos, 73 de residentes, 813 paramédicos, 1,154 enfermeras, 351 sustitutos, investigación desarrollo tecnológicos 15, organización interna de control 7, construcción y conservación 170, abasto 58 Prestaciones económicas 254 y jurídicos 17(Levy S., 2005. www.imss.gob.mx).

2.4 EL MEDICO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Siendo el Instituto Mexicano del Seguro una empresa de servicios que se dedica atender el bienestar y en especial la atención de la salud de sus derechohabientes, el medico es el pilar de la atención médica y es el eje del equipo de salud, por lo que es indispensable efectuar un análisis de esta categoría.

El Instituto Mexicano del Seguro social en conjunto con su Sindicato Nacional de los trabajadores del Seguro Social, elaboraron un contrato colectivo que rige a la empresa y es guía de su actuar, y en ella nos basaremos para explicar la contratación y la categoría de los médicos.

2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

Los trabajadores se clasifican en sindicalizados conformados por los trabajadores de base, trabajadores de obra determinada y trabajadores sustitutos y los trabajadores de confianza "A" y "B".

En base al Contrato Colectivo de Trabajo

Cláusula 11.- Clasificación de los trabajadores.

Los trabajadores de Instituto se clasifican como sigue:

1. Trabajadores de Confianza "A".
2. Trabajadores de confianza "B".
3. Trabajadores de Base.
4. Trabajadores de obra determinada; y
5. Trabajadores sustitutos.

Para fines del trabajo solo se revisarán las partes del contrato colectivo que interesan a lo que se va a estudiar en esta investigación.

2.4.1.1 PERSONAL SINDICALIZADO.

Es todo aquel trabajador que ingresa al Instituto a través de una propuesta sindical previa aprobación del proceso selectivo y registro en la bolsa de trabajo. Este tipo de contratación asciende a 316,614 plazas representando el 82.86% del total de las plazas autorizadas.

TRABAJADORES DE BASE:

De conformidad con la cláusula 15 del contrato colectivo del trabajo, los trabajadores de base son todos aquellos que ocupan en forma definitiva un puesto

tabulado, conforme a las normas de ingreso mediante una propuesta sindical y sus actividades se encuentran descritas en el profesiograma respectivo de cada categoría, su nominación se efectúa en términos de los reglamentos de bolsa de trabajo y de escalafón del contrato colectivo de trabajo, contempla 287,362 plazas y representa el 75.21% del total de las plazas.

Cláusula 16.- Trabajadores de base

Son todos aquellos que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado, conforme a las normas de este Contrato. Se distinguirán los siguientes tipos de trabajadores:

1. Con adscripción y horario fijo, que llevarán especificado en su nombramiento u oficio de comisión la adscripción y el horario, jornada y categoría.
2. Sin adscripción fija y con horario móvil dentro de su turno fijo, que llevarán especificado en su nombramiento y oficio de comisión, jornada, turno y categoría.
3. Con adscripción fija con horario y turno móvil, que llevarán especificado en su nombramiento u oficio de comisión, jornada, turno y categoría.
4. Sin adscripción fija, con horario y turno móvil, que llevarán especificado en su nombramiento y oficio de comisión, jornada, turno y categoría.

Los trabajadores a que se refieren los puntos 2, 3 y 4 de esta Cláusula serán contratados exclusivamente para las coberturas del ausentismo previsto e imprevisto de acuerdo a la revisión de plantillas en cada centro de trabajo.

2.4.1.2 PERSONAL DE CONFIANZA.

Los trabajadores de confianza al servicio del Instituto:

De acuerdo con sus funciones y el personal que tiene bajo su mando, ocupan puestos clasificados como servidores públicos de mando y homólogos, confianza A y B, temporales el total de las plazas es de 37,269 que representa el 9.75%

CONFIANZA "A"

Son aquellos trabajadores designados libremente por el instituto y realizan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de características generales no tabuladas, agrupa 14,984 plazas y equivale al 3.92%

Estos no entran en este estudio.

CONFIANZA "B"

Conforme las cláusulas 11 y 12 del contrato colectivo de trabajo son aquellos trabajadores de base designados por el Instituto en puestos de confianza, mediante el cumplimiento de los requisitos solicitados por convocatoria en los términos del reglamento para la selección y calificación de puestos de confianza B del contrato colectivo de trabajo y desempeñan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización y son 18, 851 plaza del total autorizado y corresponde a 4.93%.

Cláusula 10. Los Jefes de Departamento Clínico, los Jefes de división (En el Área Medica), los Coordinadores Clínicos, los Jefes de Laboratorio de Análisis Clínicos, los subdirectores de Unidades de Atención Medica, Los Médicos Coordinadores del Sistema Médico Familiar, los Directores de Unidades de Atención Médica, los jefes de Servicios Médicos Delegacionales, los Supervisores Médicos, los Administradores de Unidades Médicas, los encargados de Contabilidad de Unidades Médicas, los encargados de Personal de Unidades Médicas, las Jefas y Supervisoras de Enfermería, las Jefas y las Supervisoras de Trabajo Social, los Jefes de Ropería, los Jefes de Intendencia, los Jefes de Archivo Clínico, los Jefes de Servicios de Alimentación, los Jefes de Departamento de la Coordinaciones de Salud en el Trabajo y de Salud Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Médicas.

En Instituto dará aviso oportuno al Sindicato del número de trabajadores de confianza que designe de acuerdo a esta Cláusula, especificando puesto y adscripción de cada uno de ellos.

La totalidad de los trabajadores de confianza nunca podrá exceder de diez por ciento del número total de trabajadores de base.

El Instituto dará aviso oportuno al Sindicato del número de trabajadores de confianza que designe de acuerdo a esta Cláusula, especificando puesto y adscripción de cada uno de ellos.

La totalidad de los trabajadores de confianza nunca podrá exceder de diez por ciento del número total de trabajadores de base.

2.4.1.3 MEDICO FAMILIAR: CATEGORÍA AUTÓNOMA

Requisitos: 12, 15, 21,32, 33, 34, 35, 38 y 43

Relaciones de mando: 3, 4 y 19

Movimientos escalafonarios: 6

Actividades: Atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.).

Nota: Por lo que hace al requisito 21, será exigible únicamente para los candidatos de nuevo ingreso, no así para los cambios de rama. (CCT SNTSS, 2003),

Es innegable que el médico familiar hoy en día es un elemento fundamental para que las instituciones de salud cumplan cabalmente su función de ofrecer servicios a la

población. Sobre su quehacer se estructuran los servicios de primer nivel de atención y de atención primaria a la salud. También es un elemento clave para atender no sólo los problemas de salud de orden biológico sino también de aquellos que se derivan de los procesos-psicosociales inherentes a la dinámica social y familiar. (Levy, 2005).

2.4.1.4. MEDICO NO FAMILIAR.- CATEGORÍA AUTÓNOMA

a) En hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo.

Requisitos: 12, 15, 21, 32,33, 34, 35, 38 y 43.

Relaciones de mando: 3, 4, 6 y 19.

Movimientos escalafonarios: 6

Actividades: Atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo, examinando diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como en nutrición. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera).

b) En unidades de adscripción y puestos de fabrica, clínicas, puestos periféricos, etcétera.

Requisitos: 12, 15, 21, 32, 33, 34, 35, 38 y 43

Relaciones de mando: 3, 4, y 19

Movimientos escalafonarios: 6

Actividades: Atención médica a derechohabientes en unidades de adscripción y puestos de fábrica, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto.

Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera).

c) En atención o emergencia domiciliaria.

Requisitos: 12, 15, 21, 32, 33, 34, 35, 38 y 43

Relaciones de mando: 3, 4 y 19

Movimientos escalafonarios: 6

Actividades: atención médica a derechohabientes en domicilio preferentemente examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento medico-quirúrgico, según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera). (CCT SNTSS, 2003),

2.4.1.5 JEFE DE GRUPO DE MÉDICOS FAMILIARES. CATEGORÍA AUTÓNOMA.

Requisitos: 12, 31, 32, 33,34, 35, 38.

Relaciones de mando: 4, 4ª y 19.

Movimientos escalafonarios: 6

Actividades: Además de todas la actividades y características de Jornada que corresponde al medico Familiar de tiempo completo, coordina, supervisa y en su caso corrige desviaciones de las actividades médicas del grupo de Médicos Familiares que se le asignen. Participa en la elaboración de programas de salud y en las actividades técnicas docentes y de actualización que correspondan a los miembros de su grupo, de acuerdo con los programas de la Dirección de Prestaciones Médicas. Discute y orienta a los médicos de su grupo en el estudio de los casos problema que se presenten dentro de su población derechohabiente designada a ellos, imparte consulta externa evalúa visitas domiciliarias en ausencia de los médicos de su grupo en los días fijos que descansen. (CCT SNTSS, 2003)

2.4.2 RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Existen diferentes reconocimientos unos que están estipulados en el contrato colectivo de trabajo y que propiamente se refieren a la fecha de cada categoría, o por la antigüedad y asiduidad de los trabajadores de parte de la empresa. Si embargo hay otros que se han ido desarrollando a través del tiempo a partir de 1993, y que mencionamos a continuación.

2.4.2.1 PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO A LA ACTUACIÓN.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, tiene como política reconocer la actuación del personal médico, de enfermería de nutrición dando preferencia a aquellas actividades docentes, de investigación y educación continua, que favorece el desempeño laboral y que propicien el otorgamiento de mejores servicios de atención a la salud para la población derechohabiente.

La aplicación del programa de reconocimiento a la actuación de los médicos de base (médicos familiares, médicos no familiares, cirujanos maxilofaciales y estomatólogos), los médicos de confianza, a las enfermeras y nutricionistas se dá en forma anual en diferentes tiempos.

Los criterios de inclusión y exclusión se consideran la base para el establecimiento de un sistema que reconozca al buen desempeño en forma más objetiva.

En el caso de los médicos de base y de confianza. Está dividido en dos categorías de concursantes y tres etapas. Las categorías de concursantes se establecieron en función del número de consultorios de cada unidad médica, a saber: unidades de 5 y menos consultorios y unidades de 6 y más consultorios. Cabe señalar que los médicos de base que están adscritos a unidades administrativas, participarán

bajo las bases de los médicos de confianza. En la primera etapa los concursantes deben de cumplir con los requisitos de antigüedad en el trabajo y someterse a la "evaluación por pares" que consiste en formar grupos de médicos de la misma categoría y contestar un cuestionario de cinco preguntas que discrimina la actuación apropiada de la que no lo es. La segunda etapa consiste en comprobar el cumplimiento con los criterios de asiduidad establecidos para este programa. La tercera etapa es la evaluación de las actividades curriculares realizadas durante el año 2002 dentro de la institución, mismas que se agrupan en docencia, investigación y educación continua. En el caso de las enfermeras la jefa inmediata superior hace una evaluación del desempeño y se hace una evaluación curricular.

El reconocimiento a la actuación médica de base y confianza consta de un diploma y un estímulo económico de \$10,000.00 pesos (diez mil pesos) y a las enfermeras y nutricionistas \$ 5,000.00. Además, los médicos que fueron seleccionados por sus pares, reciben del Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas una carta de reconocimiento a su buen desempeño. El número de reconocimientos es en función del número de médicos por tipo de unidad en cada delegación y del presupuesto anual autorizado para el desarrollo de esta actividad.

No se acepta personal médico que sea beneficiario de otros programas de reconocimiento de cualquier índole (dentro o fuera del Instituto), como el de investigación o aquellos participantes en el Programa de Estímulos a la Investigación. En los casos que se presentan casos que alcancen la misma puntuación al ser evaluados, el Comité Técnico Delegacional decidirá con base en los criterios de desempate establecidos en este documento.

Este tipo de reconocimiento ha causado mucha polémica, y en muchos casos descontento e insatisfacción, pues consideran que no es una forma adecuada de evaluar su desempeño, pues en el momento que se llega a la evaluación de pares, se dan situaciones de alianza entre los que se conocen y no necesariamente el que sale premiado es el que mejor desempeña su actividad. (IMSS, 2005).

Existen otros reconocimientos que actualmente, como el de investigadores, y otros se están implantando aun no operando como es el de carrera de docencia.

Existe otro rubro de reconocimientos enfocados a la institución como empresa, que tiene enfoque hacia la implantación de la Gestión de Calidad, y en la que pueden participar todas las áreas en su totalidad que se comenta a continuación.

2.4.2.2 EL PREMIO IMSS DE CALIDAD

El Premio IMSS de Calidad que fue creado en 1999, bajo la conducción interna de un Comité de Calidad y con la asesoría Técnica de la Fundación Mexicana para la Calidad total se hizo la transferencia de tecnología y adaptación al modelo a las características de nuestra Institución.

Es un reconocimiento que entrega anualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social a las unidades administrativas que hayan demostrado el fortalecimiento del trabajo en equipo, la mejora continua, el liderazgo participativo, el mejoramiento de sistemas y procesos, en beneficio de los usuarios y de los prestadores de servicio, considerando los criterios del Modelo de Gestión por Calidad Total.

El Modelo de Gestión por Calidad Total del Premio IMSS de Calidad, tiene como principal propósito impulsar la mejora continua de las unidades administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social con base en las necesidades de salud de la población y la demanda de calidad en los servicios, la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral, para proyectarlas de manera ordenada a niveles competitivos y de clase mundial.

Esta proyección se logra en la medida en que las unidades administrativas aplican en su operación cotidiana, los valores y principios del Modelo de Gestión por Calidad Total, modifica o transforma su forma de SER y de HACER las cosas. La

principal fuerza motriz de esta transformación es la aplicación de valores estratégicos con enfoque al usuario y compromiso para su gente, en un ambiente de trabajo en equipo, a través de la mejora continua.

El Premio IMSS de Calidad como Modelo de Gestión por Calidad Total cada vez tiene mayor demanda y aceptación, ya que permite a los directivos de las unidades administrativas, autoevaluarse, alinear sus sistemas, procesos y servicios hacia las necesidades y expectativas de los usuarios, identificar de cada sistema sus elementos, la forma de operar, las áreas de oportunidad de mejora y decidir con su equipo de trabajo, qué mejorar, cómo y cuándo para avanzar en la mejora continua.

El Premio IMSS de Calidad, en su versión 2000, recibió los servicios de asesoría y conducción de la Universidad Iberoamericana. A partir del 2001 y, a fin de consolidar el Modelo de Gestión por Calidad Total, se ha recibido la asesoría y conducción directamente de la Oficina del Premio Nacional de Calidad, reforzando con ello nuestro capital intelectual.

Gracias a la activa y entusiasta participación de las unidades administrativas y a un número creciente de trabajadores que se han comprometido como evaluadores y promotores de este proceso de cambio, surge la necesidad de hacer evolucionar el Premio IMSS de Calidad hacia un Modelo de Gestión por Calidad Total, que se posicione cada vez más como una estrategia de la cultura de calidad del Instituto. (IMSS, 2005)

Otros tipos de Reconocimiento.

El Sindicato de trabajadores del Seguro Social en el día de cada categoría, realiza eventos, rifas o festejos.

En Algunas Unidades se hacen reconocimientos individuales por el cuerpo de gobierno.

2.5 LA MOTIVACIÓN DEL FACTOR HUMANO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Aquí revisaré los hallazgos que he encontrado a través de los diferentes trabajos que he realizado sobre la motivación del personal de la Institución en las tres fases previas, 1990, 1992, 1998 con el fin de sustentar mi trabajo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es una Institución que presta servicios de atención a la salud y el bienestar de la población trabajadora y a sus familiares, así como a pensionados y jubilados se encuentra en época de modernización y cambio en la búsqueda de la calidad y un nivel de excelencia.

El Instituto Mexicano del Seguro Social con una filosofía de Seguridad Social bien definida se encuentra con diversos problemas para el logro de este objetivo entre ellos factores de tipo económico, político, sociales, estructurales, tecnológicos, administrativos y humanos.

Algunos de los factores de tipo humano y social que desde mi punto de vista, a través de mi observación, análisis y experiencia en la Institución impiden el logro de la excelencia son:

1. Existe falta de identificación y conocimiento de la filosofía social, los objetivos institucionales, su misión, su visión y sus políticas.
2. Pérdida de los valores humanos, en todo el personal que labora, así como en los derechohabientes que demandan el servicio.
3. Pobre e inadecuada motivación del personal que labora en el Instituto.
4. Deshumanización en el otorgamiento de los diversos servicios que integran al IMSS.
5. Falta de comprensión, afecto y ayuda al que lo necesita, así como una exigencia irracional de los que reciben el servicio.

6. Existen problemas importantes de liderazgo en la organización así como en comunicación, tanto de la organización misma como de los derechohabientes.
7. Falta de interés en el desempeño de las labores, por una falta de satisfacción en el trabajo.
8. Cierta grado de autodefensa de los trabajadores hacia la organización y hacia el sistema, generado por la desconfianza que existe hacia las estructuras institucionales y gubernamentales.
9. Inadaptación y resistencia al cambio.
10. Falta de calidad y calidez en el otorgamiento de los servicios.
11. Estructura muy rígida que no permite adaptarse al cambio.

El Instituto Mexicano ha ido transitando por cambios importantes en toda la estructura, su funcionamiento, sus programas y a partir del 1999 inicia un proyecto hacia el Modelo de Administración por Calidad Total a través del "Premio IMSS de Calidad", trabajando con dicho modelo a través de la participación de las unidades institucionales en el de forma voluntaria. Ha sido un instrumento de gran impacto en la transformación. La delegación Querétaro ha participado y algunas de sus unidades han llegado a pasar a la segunda etapa, no pasando a la tercera. Sin embargo el participar implica cambios en el liderazgo y la visión de las mismas. Esperando que existan cambios en la satisfacción del personal a través de estos cambios.

Los resultados de la encuesta realizada en 1990 para efectuar el diagnóstico de factores motivacionales se analizarán brevemente ya que sólo nos servirán como un antecedente de porque hicimos este estudio. (Villagómez M. ,1991), en el Anexo I, Anexo II, Anexo III se encuentran de forma mas completa.

Con relación a las preguntas los resultados fueron:

1. "Lo que me impulsa a continuar trabajando es llegar a obtener mejores puestos". Los médicos fueron los que tuvieron mas alto porcentaje 70% en desacuerdo a diferencia de las demás grupos que estuvieron de acuerdo, los administrativos en un 80%, las asistentes médicas en 75% y las enfermeras en poco más del 60%.
2. "En el IMSS tengo seguro el trabajo". Solo una tercera parte de los médicos estuvo de acuerdo y es el grupo con más alto porcentaje de desacuerdo 54%, mientras que las demás ramas están por arriba del 45% de acuerdo, principalmente los administrativos que presentaron un 65% de acuerdo y solo un 20% de desacuerdo.
3. "Si me pagaran mejor, haría mejor mi trabajo". Más del 50% de todos los grupos estuvieron de acuerdo siendo las enfermeras el grupo con mas porcentaje 62% de acuerdo y los médicos presentan el mayor porcentaje de desacuerdo 39%, con excepción del grupo desconocido que sobrepaso el 54%.
4. "En el trabajo tengo la oportunidad de ser siempre escuchado por mis compañeros". Todos los grupos estuvieron de acuerdo en más del 50%. Principalmente las asistentes médicas 66% y el grupo con más desacuerdo fueron las enfermeras con 37%.
5. "El tener buenos amigos dentro del IMSS hace que haga un esfuerzo por ser mejor trabajador". Con excepción de los médicos que en un 50%, estuvo en desacuerdo todas las demás ramas estuvo de acuerdo en más del 50%, sobre todo el grupo administrativo y asistentes médicas con un 58%.

6. "Lo que me motiva en IMSS son los amigos que tengo". Todos los grupos estuvieron en desacuerdo alrededor del 60% y los médicos en un 80%, solo el grupo de administrativos estuvo de acuerdo en una tercera parte y los médicos solo en un 12%.
7. "Cuando desarrollo bien mi trabajo mi jefe y mis compañeros me lo reconocen. Todos los grupos estuvieron en desacuerdo en más del 50%, siendo los médicos los de mayor porcentaje con el 70% y los administrativos solo el 40%, y los médicos solo estuvieron de acuerdo en un 18% mientras que el grupo administrativo también en un 40%".
8. "En mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme". Todos los grupos estuvieron por arriba del 60% principalmente las enfermeras con un 70% mientras que los médicos solo un 56% siendo el grupo con más desacuerdo 36% mientras que las enfermeras solo el 11% estuvieron en desacuerdo.
9. "Me siento útil en mi trabajo. Todos los grupos presentaron más del 90%, el médico y las enfermeras fueron los más altos y el grupo de asistentes y desconocidos fue el de menor porcentaje".
10. "El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio". Todos los grupos se encuentran alrededor del 80% de acuerdo solo el grupo de asistentes médicas presenta un 73% y el mayor porcentaje de desacuerdo.
11. "El poder que puedo adquirir es lo que me gusta del trabajo que tengo"
Los médicos fue el grupo más en desacuerdo en un 87% y todos los grupos están entre 60 y 65%, Solo el 2.7% de los médicos estuvo de acuerdo mientras que las asistentes y las enfermeras estuvieron alrededor del 19%.

12. "En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender nuevas cosas o adquirir nuevos conocimientos". El grupo médico tuvo el más alto porcentaje en un 92% y todos los grupos estuvieron por arriba del 85%, con excepción de las enfermeras que tuvo el 74% y en desacuerdo 19% y los médicos solo un 2.76%.
13. "Me siento a gusto de pertenecer al IMSS". Los grupos presentan porcentajes por arriba del 78% de acuerdo con excepción de los médicos que presentan un 68% y en desacuerdo los grupos están entre 6 al 10% quedando la mayoría entre los indecisos.
14. "En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador". El grupo médico fue el de más alto porcentaje en desacuerdo el 61% los demás grupos están de un 36 a 48% en desacuerdo y en acuerdo el grupo administrativo fue el más alto con un 29%.
15. "El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores". Más del 50% de los diferentes grupos están en desacuerdo principalmente las enfermeras que alcanzan un 75% y el grupo con más acuerdo es el de asistentes médicas con un 35%.
16. "A mi jefe lo pusieron en ese puesto porque es el mejor, sabe hacer las cosas relacionadas con mi trabajo". El grupo de asistentes y administrativos estuvieron de acuerdo en más del 50%, los médicos y las enfermeras son el grupos en más desacuerdo con un 54 y 52% respectivamente. Sólo una tercera parte estuvo de acuerdo de los médicos y una cuarta parte de las enfermeras.
17. "Mi jefe llegó al puesto que tiene por su conocimiento". El grupo administrativo, asistentes estuvieron arriba del 60% solo la tercera parte de

los médicos y el 44% de las enfermeras, mientras que en el desacuerdo los médicos casi alcanzaron un 50% mientras que las asistentes solo el 9%.

18. "La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo". En acuerdo solo estuvo el grupo de asistentes por arriba de 50% todos los grupos estuvieron por debajo del 35% siendo las enfermeras el porcentaje más bajo 22% y en desacuerdo las enfermeras en un 63%, los administrativos en un 50% m los médicos 46% y las asistentes solo el 29%.
19. "Si quieren que trabaje mejor, me deben pagar más". El grupo que estuvo más de acuerdo fue el médico con un 56%, los demás grupos estuvieron en un 36 a 48%, los de más desacuerdo fueron los del grupo desconocido y administrativo, las asistentes médicas, médicos y enfermeras en una tercera parte estuvo en desacuerdo.
20. "Si hubiera otro trabajo que me ofreciera mejores oportunidades lo aceptaría". Todos los grupos estuvieron arriba del 70%, principalmente el médico que alcanzó un 78%, el grupo que fue la excepción fueron las asistentes con un 64%, con respecto a estar en desacuerdo los médicos solo tuvieron el 8% y el grupo de asistentes fue el más alto con 16%.
21. "Yo me realizo como trabajador del IMSS". Todos los grupos estuvieron arriba del 66% con excepción de los médicos que tuvieron un 51% y el desconocido con 55%, los administrativos fueron los más altos con un 70% y los que están más en desacuerdo son los médicos y enfermeras aproximadamente 24%.
22. "Mi jefe me tiene confianza". Todos los grupos están por arriba del 65%, en acuerdo, excepto los médicos con 51%, y tuvieron el mayor porcentaje de desacuerdo 24.27%, las enfermeras, los administrativos solo el 10.38%.

23. "Cuando me han dado capacitación siempre lo ha hecho la persona que más sabe". Solo los administrativos estuvieron un 50% de acuerdo los de menor porcentaje fueron las enfermeras con un 30%, los de mayor desacuerdo fueron los médicos con un 38% mientras que las asistentes solo tuvieron un 20%.
24. "Si otra organización me ofreciera el mismo trabajo no me iría con ella". Una tercera parte de todos los grupos estuvo de acuerdo con excepción del grupo desconocido que solo tuvo el 15% y en desacuerdo los grupos de mayor porcentaje fue el de asistentes médicas, los médicos solo tuvieron una tercera parte y las enfermeras el 19%.
25. "El instituto siempre ha sabido como motivarme para desarrollarme". El 75% de los médicos, enfermeras están en desacuerdo, solo el grupo de asistentes tuvo un 50% y el de administrativos un 57% todos los grupos con excepción del administrativo y el de asistentes están por abajo del 15% están de acuerdo. El grupo con mayor acuerdo fue el de asistentes. Anexo II y III

De las preguntas abiertas lo enumerado fue.

Opinaron que les disgusta más del IMSS:

El salario bajo, el burocratismo, los jefes, la falta de reconocimiento Institucional, sobrecarga del servicio, el sistema, la falta de recursos materiales y humanos, la falta de motivación, la desorganización de los servicios, la falta de calidad en la atención, la sobreprotección a los pacientes, el ambiente laboral, la preferencia por compañeros, la sujeción a un cuadro básico, el área de trabajo, el desprestigio del IMSS, la falta de capacitación, la mala comunicación, el no respetar el contrato colectivo, el exceso de papelería, el exceso de presión, el desvirtuó de la filosofía, el checar tarjeta.

Que es lo que me disgusta de mi trabajo:

El exceso de consulta o trabajo, la falta de recursos, el clima laboral, la desorganización, la falta de reconocimiento Institucional, la falta de apoyo, los malos tratos injustificados por parte de los derechohabientes, el cumplir con metas no con calidad, exceso de registro o papeleo, abuso de autoridad de jefes, área de trabajo inadecuado, falta de capacitación, falta de incentivos, estrés alto o presión, normas inflexibles, salario bajo, irresponsabilidad de compañeros, mala comunicación con el jefe, trabajo rutinario, falta de libertad creadora, checar la tarjeta en el reloj, desprestigio del personal de confianza, depender de otras áreas, cuadro básico limitado, burocratismo. Falta de supervisión a tiempo, falta de confianza.

Que es lo que más me gusta de mi trabajo:

Que ayudo o soy útil, mi profesión o mi trabajo, el trato o conocer gente, el ambiente laboral, todo, el que me desarrollo y supero, libertad para ejercer, reconocimiento del paciente, el horario, en apoyo de otros, lo interesante y lo diverso, las quincenas y el aguinaldo, el agradecimiento del paciente, la hora del lunch, la pausa a la salud.

Que es lo que más me gusta del IMSS:

Las prestaciones, la filosofía institucional, el potencial que tiene, la oportunidad de desarrollo profesional, el ambiente laboral, la organización, el horario, la seguridad del trabajo, oportunidad de sentirme útil, nada, las instalaciones, su tecnología moderan, los servicios que tiene, que cuenta con todos los recursos, las vacaciones y aguinaldos, todo, días de quincena, que se le tome en cuenta, el prestigio que tuvo, la oportunidad de ascender.

¿Qué cosas o acciones me motivan a dar mejor atención o calidez en mi trabajo?

El servir o ayudar, el reconocimiento del paciente , el reconocimiento institucional, el agradecimiento del paciente, el estímulo y apoyo del jefe, el desarrollo profesional y personal, el mejor salario, sentirse bien consigo mismo, el trabajo en si mismo, las relaciones con los compañeros, los incentivos, la ética y responsabilidad propias, buen equipo y recursos suficientes, disminuir el exceso de consulta, la confianza de los jefes y compañeros, los cursos de capacitación, la libertad sin presión, mejorar a su familia, ascenso a puestos, relacionarse con los derechohabientes, mejorar la comunicación, el prestigio del IMSS, recibir oportunidades, la seguridad de empleo. Anexo III

Es interesante ver al analizar las frecuencias que se enunciaron en las encuestas de acuerdo a la rama, y categoría tiene tendencia a ciertas respuestas cada una tiene diferentes intereses y perciben a la Institución de diferente manera.

Me limitaré ha dar algunas conclusiones del grupo médico que es objeto de este estudio.

1. Fue el grupo más diferente en su opinión con respecto a como ve la Institución y su motivación.
2. Fue el que más estuvo en desacuerdo en que el obtener mejores puestos le impulse a continuar trabajando. Probablemente se deba a que la organización no ofrece escalafón a esta rama y la única posibilidad de ascenso es a través de puestos de confianza los cuales presentan a sus ojos una imagen deteriorada, existe una falta de equidad en cuanto a salario con respecto a la responsabilidad, el trabajo es de tipo burocrático, demanda mayor tiempo, siendo poca la diferencia entre el sueldo de base y el de confianza haciéndolo poco atractivo.

3. Se consideran los más inseguros dentro del IMSS. Esto quizás se explique a que en el médico recae toda la responsabilidad el paciente, y no encuentran un completo y verdadero apoyo de sus jefes y de la Institución, además de que se siente que no se valora íntegramente en todo el trabajo que desarrolla y que cuando comete un error se valora parcialmente sin tomar en cuenta todas las circunstancias, castigando injustamente cuando debería de analizarse la trayectoria que ha llevado a través de su carrera Institucional.
4. Consideran que deberían pagársele mejor, de una forma más justa aunque este no es el principal factor motivante para desempeñar su trabajo, pero si para obtener satisfacción personal.
5. Se encuentran menos susceptibles a las relaciones humanas, se sienten escuchados y les importa el clima laboral, pero no es un factor importante de motivación, no consideran las amistades como el principal impulso o motivo para mejorar la atención.
6. No consideran que exista gran oportunidad de superarse dentro del instituto es el grupo que se siente menos realizado como trabajador. Consideran que no se les da facilidades para su capacitación continua y que las personas que se lo dan no son las idóneas.
7. El grupo que se sintió más útil y considera que hacer bien su trabajo le proporciona prestigio y es el menos interesado en tener poder.
8. Es el grupo menos identificado con la organización y que menos se siente a gusto de pertenecer al IMSS o está más indeciso. Si se le ofreciera mejores oportunidades en otro trabajo tres cuartas partes se iría y con las mismas oportunidades y circunstancias una tercera parte se quedaría y otra tercera parte se iría.

9. Al igual que los demás grupos tres cuartas partes consideran que la Institución no ha sabido motivarlos para hacer mejor su trabajo.
10. Es el grupo que siente que es menos reconocido en su trabajo dentro de la Institución y por sus jefes.
11. Es el grupo que está más en desacuerdo de que sus jefes han llegado al puesto que ocupa por sus conocimientos o por ser los mejores, así como también consideran que sus jefes no les tienen confianza. (Villagómez. M. ,1991). Anexo I, Anexo II, Anexo III.

En 1992 y 1998 con los resultados obtenidos de este diagnóstico previo se elaboró una encuesta basada en preguntas de las que se habían hecho en el diagnóstico anterior y que más afectaban a los médicos y se agregaron otras para conformar las dimensiones y se validó el instrumento. Con ella se realizó un estudio para evaluar el grado de satisfacción de los médicos del IMSS de la Delegación de Querétaro (Villagómez. M. ,2003) y se comparó la satisfacción de ambos años. El estudio fue longitudinal con dos mediciones a 6 años de distancia (1992-1998), realizado en la misma población de Médicos Familiares y no Familiares de todas las unidades médicas (7) existentes en el área metropolitana de Querétaro en 1992, a este grupo se agregó en 1998 el personal médico de la Jefatura de la delegación pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se consideraron como criterios de inclusión la antigüedad mayor de 4 años y estar contratado como personal de base y confianza, se excluyeron los que se encontraban en periodo vacacional o permiso y se eliminaron los que no contestaron completo el cuestionario. El tamaño de la muestra (85 y 72) se estimó utilizando la fórmula de porcentajes para población infinita adoptando los valores para $p = .90$, $q = .1$ $z = 1.64$, $d = 0.06$. La selección de la muestra se realizó identificando el listado de médicos adscritos a cada una de las unidades médicas participantes.

Se aplicó la encuesta en forma ciega al investigador, anónima y autoadministrada. Para evaluar el grado de satisfacción laboral se utilizó un cuestionario tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo, 2=desacuerdo, 3=indeciso, 4=acuerdo, 5=totalmente de acuerdo) con 12 reactivos divididos en tres dimensiones, cuatro reactivos para cada dimensión: logro, reconocimiento y capacitación. Anexo IV

La evaluación de la satisfacción por dimensiones se estableció en el rango de 4 a 20 puntos, se formaron 5 niveles: muy bajo (4 a 7 puntos), bajo (8 a 10), intermedia (11 a 13), alta (14 a 16) y muy alta (17 a 20).

Para la satisfacción global la puntuación máxima fue de 60 y 12 la mínima, se consideraron las cinco categorías señaladas anteriormente: muy baja (12 a 21 puntos), baja (22 a 31), intermedia (32 a 40), alta (41 a 50) y muy alta (51 a 60).

Estas cinco categorías se agruparon en 3: las categorías muy alta y alta correspondieron a satisfacción alta; baja y muy baja a satisfacción baja; y el grupo intermedio no se modificó.

Se midió el incremento porcentual en el grupo de satisfacción alta y en el de satisfacción baja, asumiendo que este cambio se presenta a expensas de los indecisos. Se plantearon dos escenarios, suponiendo que el cambio correspondía a un crecimiento lineal por año, se proyectó a lo largo del tiempo el escenario 1 en donde el cambio fuera a la satisfacción alta y el escenario 2 donde el cambio fuera a la satisfacción baja.

El plan de análisis incluyó determinación de porcentajes para satisfacción laboral por pregunta, por dimensión y global, utilización de la prueba de Mann-Whitney, y proyección de la satisfacción laboral. Se encuestaron 85 médicos en 1992 y 72 en 1998, en 1992 el 68% correspondió a médicos familiares, el 32% a médicos no familiares el 72% eran de base y el 27% eran de confianza, en 1998 el 65% eran médicos familiares el 35% eran médicos no familiares, el 71% eran de base y el 29% eran de confianza. La antigüedad promedio se modificó de 13.99 (ds 4.8) a 17.17 (ds 4.79) y la edad de 41.6 (ds 5.99) a 45.03 (ds 5.11).

En relación a la satisfacción general en todos los médicos sumando las posibilidades alto y muy alto, bajo y muy bajo, y dejando los indecisos como intermedia encontramos: Una satisfacción alta general fue casi similar en ambos años de 55.3% y 55.6% respectivamente, sin embargo en relación a las dimensiones existen un incremento en logro, en reconocimiento y la capacitación.

Mientras que la satisfacción general Baja tuvo un incremento al igual que el reconocimiento mientras el logro tuvo una disminución y la capacitación casi se quedo igual.

Cuadro 1. Comparación del porcentaje de Satisfacción laboral Global, en tres niveles.

Nivel de satisfacción	1992 - 1998		
	1992	1998	diferencia
Alto	55.3	55.6	.3
Intermedio	30.6	27.8	-2.8
Bajo	14.1	16.7	2.6

Cuadro 2. Comparación del porcentaje de Satisfacción laboral por dimensiones en tres niveles. 1992 - 1998

Nivel de satisfacción	Logro			Reconocimiento			Capacitación		
	1992	1998	diferencia	1992	1998	diferencia	1992	1998	diferencia
Alto	80.0	86.1	6.1	38.8	40.3	1.5	44.7	45.8	1.1
Intermedio	10.6	9.7	-0.9	35.3	18.1	-17.2	22.4	22.2	-2
Bajo	9.4	4.2	-5.2	25.9	41.7	15.8	32.9	31.9	-1

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

p > 0.05

Haciendo el análisis en los 5 niveles: la satisfacción muy alta, la baja, y la muy baja se incrementó mientras que la alta disminuyó.

Cuadro 3. Comparación del porcentaje por cinco niveles de Satisfacción laboral global. 1992-1998

	1992	1998	diferencia
Muy alta	11.8	16.7	4.9
Alta	43.5	38.9	-4.6
Intermedio	30.6	27.8	-2.8
Baja	11.8	12.5	0.7
Muy baja	2.4	4.2	1.8

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

En relación a la satisfacción en la dimensión de logro el nivel muy alto y la muy baja se incrementaron mientras que el nivel alto y la satisfacción baja disminuyeron.

En la dimensión de reconocimiento el nivel de satisfacción muy alta, baja y muy baja se incrementaron y los de satisfacción alta e intermedia disminuyeron.

En la dimensión de capacitación la satisfacción muy alta y la baja disminuyeron y la alta la muy baja se incrementaron los intermedios se quedaron en 22 %.

Cuadro 4. Comparación del porcentaje por cinco niveles de Satisfacción laboral y dimensión 1992-1998

Nivel de Satisfacción	Satisfacción laboral según dimensiones								
	Logro			Reconocimiento			Capacitación		
	1992	1998	diferencia	1992	1998	diferencia	1992	1998	diferencia
Muy alta	37.6	55.6	18	11.8	15.3	3.5	14.1	11.1	-3
Alta	42.4	30.6	-11.8	27.1	25.0	-2.1	30.6	34.7	4.1
Intermedia	10.6	9.7	-0.9	35.3	18.1	-17.2	22.4	22.2	-0.2
Baja	8.2	1.4	-6.8	18.8	31.9	13.1	24.7	20.8	-3.9
Muy baja	1.2	2.8	1.6	7.1	9.7	2.6	8.2	11.1	2.9

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

En relación a las preguntas dimensión de logro:

1-. En mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme un incremento de 11.7 décimas, estuvieron en acuerdo o totalmente de acuerdo, en la integración del totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, en relación al tiempo se observa una disminución de 10 décimas en 1998.

Al hacer el análisis en las 5 opciones podemos observar una diferencia en el totalmente de acuerdo que se incrementa en 1998; 14.5 décimas, y el acuerdo disminuye 2.8 décimas quedando, el desacuerdo y totalmente desacuerdo disminuye con el tiempo en

8.5 y 1.5 décimas respectivamente predominando el 45.9% con acuerdo y 22.4% con desacuerdo en 1992 y totalmente de acuerdo 33.3% y de acuerdo 43.1% en 1998.

2.- En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas. El 89.4% considero estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en el 92 mientras que en la segunda encuesta se incrementa a 90.3% (.7) y el desacuerdo y totalmente en desacuerdo igualmente se incrementa de 5.9 a 8.4 (2.5).

Efectuando el análisis en las cinco categorías se encontró un incremento en totalmente de acuerdo 6 décimas, y en el acuerdo disminuye 5.2 décimas los indecisos disminuyen en 3.3 y se incrementa los que están en desacuerdo en 3 décimas.

3.- Me siento a gusto de pertenecer al IMSS 82.3% estuvo totalmente de acuerdo o en acuerdo y el 4.8% totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en el 92 observándose un incremento en la primera categoría de acuerdo a 90.3% (8) y una discreta disminución en los desacuerdo (.6 décimas) respecto al tiempo. Esta pregunta fue significativa en relación a 1998, donde se encontró 44.7% de acuerdo y 37.6% en totalmente de acuerdo en 1992 y 29.2 % acuerdo 61.1% totalmente en acuerdo en 1998. Existiendo un gran incremento 23.5 décimas en totalmente de acuerdo y un decremento de 15.5 en el acuerdo.

4.- Yo me realizo como trabajador en el IMSS. Hubo un incremento de 27.1 a 40.3% (13.2) en relación al tiempo en el totalmente de acuerdo y un decremento de 42.4 a 38.9 (3.5) en estar de acuerdo, los indecisos disminuyeron de 14.1 a 5.6 (8.5) y los desacuerdo quedaron prácticamente igual en relación al tiempo, los totalmente en desacuerdo disminuyeron en .5 décimas mientras que los totalmente de acuerdo y de acuerdo integrados tuvieron un incremento de 69.5% y el 79.2% en 1998.

En la dimensión de Reconocimiento la pregunta 5.- Cuando desarrollo bien mi trabajo mi jefe y compañeros me lo reconocen. Casi no cambio con el tiempo en muy de acuerdo 12.9% a 13.9 %mientras que el nivel de acuerdo disminuyo de 11.9 décimas, los indecisos disminuyeron en 5.8 décimas y los que están en desacuerdo se

incrementaron en 5.7 décimas y los que están totalmente en desacuerdo se incrementaron 10.9 décimas. Agrupando a los de acuerdo y totalmente de acuerdo se encuentra una disminución de 47% a 36.1% (10.9) y en los desacuerdo y totalmente en desacuerdo un incremento de 38.8 a 55.6% (16.8).

6-. El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio. Se observa en los totalmente de acuerdo un incremento de 12.4 décimas en los acuerdos una disminución de 17.9 décimas en los que están en desacuerdo una disminución de 5.4 décimas y de los que están en total desacuerdo un aumento de 2.6 décimas disminuyendo los indecisos de 3.7 décimas y agrupando a los acuerdos y totalmente de acuerdos se observa una discreta disminución de 81.7% a 79.2 (2.5) en el tiempo y un incremento en los desacuerdos y totalmente en desacuerdo de 5.9% a 15.2% (9.3 décimas) a expensas de los indecisos principalmente.

La pregunta 7 de la dimensión de reconocimiento: En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador. Integrando los acuerdos y totalmente de acuerdo observamos un incremento a través del tiempo de 36.5 a 43.1% (6.6) y en los desacuerdo y totalmente desacuerdo una discreta disminución de 45.9 a 43.1%, si los analizamos en las cinco posibilidades encontramos un incremento en totalmente de acuerdo de 8.2 décimas, mientras los de acuerdo tienen una discreta disminución de 1.6 décimas y con respecto a los desacuerdos se observa una disminución de 5.4 décimas y en los totalmente en desacuerdo también una disminución de 2.8 décimas en relación al tiempo.

En relación a la pregunta 8.- El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores. Uniendo los totalmente de acuerdo con los acuerdos encontramos una disminución de 31.8 a 23.6% (8.2) y en los totalmente en desacuerdo con los desacuerdos un incremento de 56 a 65.3% (9.3) analizando en las cinco categorías se observa que los de totalmente en acuerdo quedan prácticamente igual de 7.1 a 6.9, mientras que los de acuerdo disminuye 8 décimas los indecisos también casi quedan igual, y los de

desacuerdo aumentan de 3.2 décimas y los de totalmente en desacuerdo también se incrementan 5.7 décimas.

En relación a la dimensión de Capacitación.

La pregunta 9, La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo. La cual tuvo significancia estadística encontramos que los de acuerdo y totalmente de acuerdo unidos tienen un incremento en el tiempo de 44.7 a 51.4% (6.7 décimas) y en los acuerdos y desacuerdo existe una discreta disminución de 38.8 a 36.1%, al igual que los indecisos 16.5 a 12.5%, (4) en el análisis por separado los totalmente de acuerdo aumentaron 1.9 décimas, los acuerdo incrementaron 4.8 décimas, en los desacuerdos disminuyó discretamente 1.8 décimas y los de muy en desacuerdo disminuyeron en casi una décima.

En la pregunta 10-. Cuando me han dado capacitación siempre lo ha hecho la persona que más sabe. Disminuyó al integrar los acuerdos con los totalmente de acuerdo en relación al tiempo de 51.8 a 40.2% (11.6) y los desacuerdo y totalmente en desacuerdo incrementaron de 31.8% a 34.7%, separándolos por categorías y en relación al tiempo los de totalmente de acuerdo disminuyeron 3.7 décimas al igual que los de acuerdo de 7.9 décimas, mientras que los de desacuerdo aumentaron de 3.8 décimas y de los de totalmente en desacuerdo 0.5 décimas los indeciso se incrementaron en 7.1 décimas.

11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrecen para mi mejor desempeño.

Incluyendo al grupo de totalmente de acuerdo y acuerdo se observa una disminución en el tiempo de 50.6% a 44.4% (6.2) y de los desacuerdos y totalmente desacuerdo un discreto aumento de 40% a 43%, incrementándose los indecisos de 9.4% a 10.4% (10). Por separado los que están totalmente de acuerdo disminuyeron 2.8 décimas y los de acuerdo 3.4 décimas al igual que los desacuerdos 7 décimas mientras que los grupos que se incrementaron fueron los indecisos y los muy en desacuerdo 3.1 décimas.

12-. El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades. Integrándolos en tres grupos, curiosamente tanto los de acuerdos y totalmente de acuerdo como los desacuerdos y totalmente de acuerdo tienen un incremento, los primeros de 55.3% a 59.7% (4.4) y los segundos de 27% a 40.3% (13.3) y los indecisos disminuyeron de 17.6% a 12.5%.

Cuadro 5. Comparación porcentual por preguntas de la satisfacción laboral por niveles en los años evaluados.

Pregunta	1992					1998				
	Muy alta	Alta	Intermedio	Baja	Muy baja	Muy alta	Alta	Intermedio	Baja	Muy baja
Dimensión Logro										
1	18.8	45.9	5.9	22.4	7.1	33.3	43.1	4.2	13.9	5.6
2	41.2	48.2	4.7	1.2	4.7	47.2	43.1	1.4	4.2	4.2
3	37.6	44.7	12.9	2.4	2.4	61.1	29.2	5.6	2.8	1.4
4	27.1	42.4	14.1	11.8	4.7	40.3	38.9	5.6	11.1	4.2
Dimensión Reconocimiento										
5	12.9	34.1	14.1	24.7	14.1	13.9	22.2	8.3	30.6	25
6	37.6	47.1	9.4	4.7	1.2	50	29.2	5.6	8.3	6.9
7	7.1	29.4	17.6	31.8	14.1	15.3	27.8	13.9	26.4	16.7
8	7.1	24.7	11.8	32.9	23.5	6.9	16.7	11.1	36.1	29.2
Dimensión Capacitación										
9 ***	10.6	34.1	16.5	28.2	10.6	12.5	38.9	12.5	26.4	9.7
10	10.6	41.2	16.5	21.2	10.6	6.9	33.3	23.6	25.0	11.1
11	15.3	35.3	9.4	30.6	9.4	12.5	31.9	19.4	23.6	12.5
12	11.8	43.5	17.6	17.6	9.4	13.9	45.8	12.5	16.7	11.1

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

*** p < 0.05

En la dimensión capacitación, la pregunta No 9, relacionada con la capacitación proporcionada por la empresa para realizar bien el trabajo, presentó un incremento significativo ($p < 0.05$).

La dimensión logro reportó la satisfacción más alta, sin que ello signifique que se haya encontrado un cambio significativo en el tiempo.

La satisfacción laboral global reportó modificaciones no significativas en las cinco categorías, en la alta e intermedia se reportó decremento y en las categorías muy alta, baja y muy baja se reportó incremento.

La agrupación de las categorías en satisfacción alto, intermedia y bajo en relación a las dimensiones, presentó el mismo comportamiento, se encontraron cambios estadísticamente no significativos.

La proyección de la satisfacción en los escenarios de Satisfacción alto y satisfacción bajo, refleja que para el año 2025 la diferencia ente la cantidad de médicos con un nivel de satisfacción alto y bajo será menor.

Haciendo el análisis por categoría y contratación encontramos: La población muestra una distribución por categoría y tipo de contratación similar en ambos casos, sin embargo se tomo personal de confianza de la delegación en 1998 y la edad promedio fue de 45 años con una desviación estándar de 5 años, respecto a la antigüedad laboral en el Instituto el 72% tuvo de 15 a 24 años.

La dimensión de logro en ambas fases del estudio se refiere como la de mayor satisfacción, mostrando incluso un incremento porcentual de 10 puntos en los médicos familiares 86% a 96% y 7 puntos en los no familiares de 89% a 96% en 1998 teniendo un incremento de 9 puntos los médicos de confianza con 100 % de satisfacción.

El reconocimiento al actuar médico, es percibido como una dimensión que se ha deteriorado en todos los grupos, al manifestar que su trabajo no es valorado por el personal directivo ni por la población, este sentir es más notorio entre el personal de base en los médicos familiares de 57% a 47% con una diferencia negativa de 10 puntos porcentuales, en los médicos no familiares de 67% a 56% un decremento de 11 puntos porcentuales mientras que en los de confianza de 70% a 66%, 4 puntos porcentuales de seis años a la fecha.

En cuanto a la dimensión de capacitación tanto por categoría como por tipo de contratación, el nivel de satisfacción se manifiesta alrededor del 60%. Es una dimensión donde se percibe en la actualidad un incremento no muy significativo con relación a 1992. Esta dimensión mide específicamente el tipo de capacitación y facilidades proporcionadas por el instituto.

Siendo de 64% a 66% en los médicos familiares, en los no familiares de 59 a 60%, los de confianza 70 a 71% en relación al tiempo.

En cuanto a los ítems, existió diferencia significativa en 1992 entre médico familiar y no familiar en 3 preguntas de capacitación (9, 10, 12) y una de logro (3), en los médicos de confianza y base la suma de logro, los ítems que tuvieron significancia en 1998 en confianza y base fueron uno de logro (3), una de reconocimiento (5) y la suma de reconocimiento.

Al considerar la satisfacción laboral como el resultado de la percepción del médico en las dimensiones descritas y tras una ponderación, se establece que el médico familiar percibe disminuida su satisfacción en 17 puntos porcentuales de 91% a 74%, Los médicos no familiares de 74% a 72% en tanto que el personal médico de confianza manifestó un incremento de 9 puntos porcentuales de 77% a 86% y los de base de 74% disminuyó a 69%. (Villagómez, M., 2003).

La modernización Institucional hacia una cultura de calidad es un instrumento indispensable para lograr la satisfacción del usuario externo e interno. Donabedian señala que una sensación de satisfacción puede favorecer el mejor desempeño del

profesional y resalta que las organizaciones médicas deben también servir a los intereses de los prestadores de servicios. (Donabedian A., 1991).

La satisfacción laboral designa la actitud general del individuo hacia su trabajo, y un alto grado de satisfacción se verá reflejado en actitud positiva en sus actividades diarias. (Robbins SP., 1987), (Werther WB, 1988).

Sin embargo, la cultura desarrollada por una compañía (entendida como el conjunto de tradiciones, comportamiento, actitudes valores y esperanzas compartidas), son de suma importancia para satisfacer las expectativas del trabajador. Los motivos, los incentivos y las necesidades son las razones que dirigen el comportamiento hacia ciertas metas. (Werther WB, 1988), (Chiavenato I., 1991), (McQuaig JH., 1990), (Kast FE et al., 1988), (Kenneth., 1984).

La conducta individual se ve influenciada por factores dentro de la organización tales como la tecnología, políticas y normas informales, suelen restringir la conducta, otros factores como metas, liderazgo y recompensas pueden inducir el comportamiento y dirigirlo a una dirección particular. Las influencias potenciales pueden filtrarse a través de actitudes personales por medio de la percepción, cognición y motivación. (Kast FE et al., 1988).

Las necesidades varían en cada individuo y en consecuencia estas llevan a diferentes patrones de conducta. Estas varían con el tiempo, sus sistemas de valores, evolucionan continuamente y una parte integral de esta evolución es el proceso de motivación (Miñana JS., 2001), (Robbins, 1999).

La satisfacción es una sensación interna, consciente de bienestar que se experimenta cuando se satisface un deseo, es el resultado ya experimentado. En este sentido, el espíritu y las emociones humanas están constituidas en tal forma que la única manera que podemos obtener la cooperación y un esfuerzo real de los hombres es lograr que ellos deseen hacer algo. (McQuaig JH., 1990).

Cada organización tiene un conjunto de elementos que influyen en el comportamiento de la gente en el trabajo y que forman parte de los factores sociales, tales como su cultura, que al igual que los procesos de interacción, patrones, redes informales y características individuales tales como creencias, actitudes y habilidad conductual describen el aspecto humano e informal de las organizaciones y son el aspecto más difícil de cambiar en la organización. (Porrás J., 1988).

El recurso humano es una parte esencial en el engranaje de la prestación de servicios médicos, y siendo este un individuo complejo con múltiples variables conductuales, que intervienen en su labor, creo que es conveniente investigar factores y variables que motiven al médico a estar satisfecho laboralmente, lo cual implica un mejor desempeño en su trabajo y por ende en el logro de los objetivos de la organización.

Es interesante observar que en el diagnóstico se observaba una diferencia importante dependiendo de las características de su profesión, categoría, perfil del puesto y trabajo desempeñado y es interesante observar que también dentro de la misma categoría médica existen diferencias importantes en cuanto a la observación y percepción de su entorno dependiendo de su especialidad y tipo de contratación.

Por lo anterior, se consideró conveniente efectuar un diagnóstico actualizado de la satisfacción laboral en los médicos del IMSS Delegación Querétaro, tomando en cuenta los estudios previos realizado en 1992 y 1998 y comparar el grado de satisfacción laboral de los médicos en 2005.

Consideré importante revisar las teorías y conceptos sobre satisfacción laboral, motivación, factores que influyen en el recurso humano y que me puedan dar luz para explicarme estas diferencias, ya que es evidente que las actividades de estos grupos y sus condiciones particulares dentro de la empresa de alguna forma motivan esta percepción.

2.6 LA MOTIVACION Y LA SATISFACCION LABORAL

Dado que el Factor Humano es el tema central de esta investigación se abordarán los siguientes temas: El Ser Humano y la organización, la motivación, el proceso de motivación en la organización, el ciclo motivacional, frustración y compensación, teoría clásicas de la motivación, teorías contemporáneas acerca de la motivación, los enfoques orientados hacia la motivación en el trabajo, la teoría motivadores-ambiente, teoría de las características de las tareas, satisfacción laboral, factores y dimensiones que determinan la satisfacción laboral empresa y la motivación de los trabajadores la formación profesional continua, el papel del directivo en la motivación formativa, compromiso organizacional, satisfacción laboral y desempeño, nivel de ocupación y satisfacción laboral, tamaño de la organización y satisfacción laboral

2.6.1 EL SER HUMANO Y LA ORGANIZACIÓN

El ser humano es social por naturaleza, siempre tiende a asociarse con otros individuos para el logro de sus objetivos y para satisfacer sus necesidades.

Los grupos y organizaciones son parte importante de la vida de la sociedad, con ellas se logra alcanzar metas que individualmente no se pueden. Dentro de las organizaciones existen interrelaciones entre los diferentes miembros, lo que da por resultado ciertos comportamientos y ciertos resultados.

En todas las organizaciones humanas el principal problema que las afecta es el factor humano, pocas investigaciones se han efectuado en este contexto, generalmente se efectúan estudios e investigaciones sobre tecnologías y otros temas y poco sobre los factores humanos.

El conocimiento del comportamiento humano es fundamental para la buena administración de las organizaciones y un elemento importante es la motivación del individuo.

En este mundo cambiante con un ambiente dinámico en general, los valores cambian dramáticamente a medida que la condición humana mejora y se debe de tomar en cuenta algunos de ellos que son universales hoy día y que tiene vastas implicaciones en la estrategia general.

1. El hombre es y debe ser más independiente y autónomo.
2. El hombre tiene y debe tener alternativas en su trabajo y en su tiempo libre.
3. Las necesidades de seguridad deben ser satisfechas. El hombre debe procurar satisfacer sus necesidades de orden más alto por propia dignidad y para la realización de su propio potencial.
4. Si las necesidades individuales de un hombre están en conflicto con requerimientos de la organización él puede y tal vez debe decidirse por satisfacer sus propias necesidades, en vez de ahogarlas en las exigencias de la organización.
5. La organización debe disponer el trabajo de una manera que las tareas tengan sentido y sean estimulantes y por tanto proporcionan recompensas intrínsecas, además de renumeraciones extrínsecas (dinero) adecuadas.
6. Que el poder con el cual están investidos previamente los jefes sean y debe ser reducida con posibilidades de escoger el tiempo de descanso, los gerentes deben administrar por medio de influencia (comportamiento adecuado) en vez de hacerlo por medio de fuerza o de otorgamiento o retención de recompensa financiera.

Sin conocimiento total de los valores y supuestos que se encuentra presente en el medio ambiente laboral, es difícil motivar a un individuo o un grupo de trabajo. (Kenneth.,1984, Robbins., 1999).

2.6.2 LA MOTIVACIÓN

Motivo es que aquello que impulsa a una persona a actuar de determinada forma por lo menos que da origen a una propensión, a un comportamiento específico, puede generarse por un estímulo externo o bien generarse internamente en los procesos fisiológicos y de pensamiento del individuo. Es la razón o causa de una acción. (CFP, 1992)

Motivos o necesidades son fuerzas conscientes o inconscientes que llevan al individuo a un determinado comportamiento. (Chiavenato., 1987).

Se reconocen tres grandes tipos de motivos (extrínsecos, intrínsecos y trascendentes) que pueden mover a una persona para cooperar con una organización, estos tres tipos de motivos satisfacen, a su vez, tres tipos distintos de necesidades: materiales, psicológicas y afectivas.

Los motivos extrínsecos son aquellas recompensas materiales que reciben las personas como consecuencia de pertenecer a una organización (salario fijo o variable, en moneda o en especie), aunque también pueden ser no materiales (reconocimiento, prestigio profesional) este tipo de recompensas puede provenir de cualquier partícipe de la organización o de personas ajenas a ella. Este tipo de motivos satisface las necesidades materiales

Los motivos intrínsecos son todas aquellas satisfacciones que la persona consigue por la realización de su trabajo. El aprendizaje derivado de la realización de nuestro trabajo, el desarrollo de nuestras capacidades y habilidades profesionales y consiguientemente, a una mayor sensación de seguridad ante el trabajo y satisfacción interna. El gusto por hacer bien nuestro trabajo, un motivo que satisface una necesidad psicológica.

Los motivos trascendentes son las consecuencias que van a tener sobre otras personas las decisiones que el profesional tome en su trabajo, incluida la de abandonarlo. Entre ellas podemos encontrar las consecuencias sobre personas relacionadas con la organización (pacientes, colegas, residentes, compañeros de trabajo, especialistas de

referencia etc.) o sobre personas ajenas de la misma (familia del profesional, comunidad etc.). Se trata de motivos que satisfacen necesidades fundamentalmente de tipo afectivo. Saber que lo que hacemos es realmente útil, porque estamos ayudando a satisfacer necesidades reales de otras personas constituye un importante factor motivador. (Miñana, 2001)

Los motivos, incentivos y las necesidades son las razones que dirigen el comportamiento hacia ciertas metas.

Motivador: Es el elemento externo al ser humano que induce a la persona a tratar de satisfacer una necesidad.

En los seres, humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes, Las teorías de la motivación, en psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer etc., y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro, o el afecto. Se supone que el primer nivel debe de estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

Existen muchas definiciones de Motivación entre ellas nos interesa mencionar las siguientes: la motivación es la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionadas por la habilidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual. (Robbins SP., 1999).

Motivación: Es el impulso y el deseo de una persona de emprender cierta acción por considerarlas deseables o significativas. (Werther WB., 1988).

Motivación: Es el conjunto de comportamientos activos, integrados y dirigidos al organismo. Este concepto de motivación se utiliza para explicar estos comportamientos en función de 1) Las energías que se invierten en la actividad y 2) los factores internos y externos que determinan la orientación de tales comportamientos. (Wilson McTeer, 1978).

Motivación: Es todo impulso, es un proceso interno conciente o inconsciente que emerge de una necesidad y causa un deseo causando tensión que produce acción dando como resultado la satisfacción de la necesidad. Es el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o una meta. (CFP., 1992).

Motivación: Es el comportamiento que es causado por necesidades dentro del individuo y que es orientado en función de los objetivos que pueden satisfacer sus necesidades. (Chiavenato I., 1991).

Motivación: es lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con que vigor se actúa y en que dirección se encauza la energía. (Solana, R. F., 1993).

Motivación: Son los factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido. (Stoner J. et al., 1996).

La motivación es el interés o fuerza intrínseca que se da en relación con algún objetivo que el individuo quiere alcanzar. Es un estado subjetivo que mueve la conducta en una dirección particular.

Se distinguen tres elementos de la motivación:

- A. Desde el interior de la persona, la existencia de un deseo o necesidad.
- B. Desde el exterior, la existencia de un fin, meta u objetivo, denominado también incentivo, en la medida en que se percibe o advierte como instrumento de satisfacción del deseo o necesidad.

C. Elección de una estrategia de acción condicionada por la valoración de diversas opciones que actuará orientando y limitado la conducta tendiente a procurar el incentivo requerido para su satisfacción.

Entonces, se puede decir que un organismo está motivado cuando se caracteriza por un estado de tendencia; cuando una dirección de una conducta hacia una meta determinada ha sido seleccionada de preferencia entre todas las otras metas posibles. Esta motivación depende, en un momento dado, de los valores y motivaciones que el individuo desprende de su grupo de referencia, como también de lo que se le ofrece en la situación misma de trabajo.

La motivación es un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares.

Algunas de estas teorías coincide en que la motivación es un proceso combinación de procesos, que consiste en influir de alguna manera en la conducta de las personas.

La motivación incluye la irrepitible mezcla de sentimientos, pensamientos y experiencias pasadas de cada ser humano, tanto las pertenecientes al ámbito de la empresa como las originadas en el ámbito exterior. (Werther WB., 1988).

Miñana J. (2001) Define la motivación de un profesional como la fuerza que determinaría el deseo de pertenecer-de seguir perteneciendo- a una organización. La identificación con su filosofía, los valores y los objetivos de la organización. La involucración con el trabajo dentro de la organización. El grado de compromiso con la organización, El sentimiento de orgullo de pertenecer a la organización. El grado con que asume como propios los objetivos de una organización y coopera con ella para conseguirlos.

Así podemos observar que existen diferentes tipos de definición de la motivación desde aquellas que mencionan que es un acto completamente voluntario y conciente hasta las que consideran como algo interno no controlable pero que existe y busca encontrar la homeostasis del ser humano. Si embargo todas coinciden que es una fuerza que mueve al ser humano a realizar algo para su beneficio propio.

Estos impulsos pueden ser generados tanto por el propio individuo como por el medio externo que lo rodea, o puede tener su origen en el propio individuo, en su naturaleza, en su personalidad o en el medio ambiente que lo rodea.

Decir que los administradores motivan a sus subordinados, es decir, que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los subordinados a actuar de determinada manera.(Koontz H. et al., 1999).

Sin embargo es valido presuponer que distintos tipos de personalidades requieren distintos tipos de motivadores (McQuaig JH., 1990).

2.6.3 EL PROCESO DE MOTIVACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN

Modelo general de cómo ocurre la motivación en la organización.

El contexto general de conducta incluye el medio exterior más los factores internos, tales como objetivos y valores de la organización, tecnología, estructura y procesos administrativos. Estos factores, individual y colectivamente, afectan la motivación de individuos y grupos dentro de las organizaciones. Los objetivos y los valores de una organización (explícitos o implícitos) afectan la motivación al identificar los resultados deseados e indicar el comportamiento adecuado que debe utilizarse para alcanzarlos. Los objetivos claros, que plantean un reto pero que son realistas, aceptados por los participantes, inducen esfuerzo y permiten su enfoque en la dirección apropiada. Los valores proporcionan normas o guías para la conducta que se considera adecuada en una organización específica.

El tipo de tecnología utilizado en una organización también afecta la motivación. Las relaciones estructurales, descripciones del puesto y expectativas también tienen un papel muy importante en la determinación de la cantidad y enfoque del desempeño humano. La tecnología y la estructura son determinantes primarios respecto de cómo se divide e integra el trabajo.

Miñana refiere que las variables que influyen en la motivación pueden ser de dos tipos:

1-. Anteriores a la entrada en la organización o inmediatamente posteriores: Propensión al compromiso, realismo de las expectativas, nivel educativo, experiencias en el primer puesto, ofertas de trabajo alternativas.

2-. En las siguientes etapas de la carrera: Valores de la organización, Percepción del grado en que los objetivos que el profesional más valora pueda lograrlos en el trabajo, operativización de la misión organizacional, antigüedad de servicio, nivel de retribución y equidad percibida en el sistema de remuneración experiencias vividas en la organización, estilo de dirección del superior jerárquico, oportunidades de trabajo alternativas. (Miñana, 2001)

El estilo de liderazgo, por ejemplo, afecta – en términos de grado de participación en la toma de decisiones –el compromiso de cada quien, y su esfuerzo subsecuente. La forma en que se establecen las metas, se toman las decisiones o se efectúa la comunicación, frecuentemente son tan importantes como lo que son las metas, las opciones que se toman o el contenido de los mensajes. Según sea la situación, los enfoques extremadamente autocráticos o vagos pueden ser desmotivadores. Es importante un estilo administrativo adecuado para crear un ambiente de organización en el cual pueda ocurrir la motivación individual. Esto incluye proporcionar a los trabajadores la oportunidad de dedicar esfuerzos a tareas que sean significativas personalmente y para la organización. El término esfuerzo en este contexto abarca la actividad tanto física como mental; implica trabajar más inteligentemente y también con mayor intensidad para mejorar el desempeño y la satisfacción. (Kast FE et al., 1988).

En general han surgido dos enfoques de la motivación que se conocen comúnmente como teorías de contenido y teorías de proceso. (Luthans F., 1988).

Las teorías de contenido de la motivación tratan de especificar lo que más impulsa a la conducta, las teorías de jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow y la teoría de motivación e higiene de Frederick Herzberg son las más populares.

Las teorías de procesos de la motivación pretenden identificar los procesos cognoscitivos que le dan a la conducta una dirección y un propósito determinado en esta corriente las teorías más representativas son las de impulsos y expectativas, la primera se orienta al pasado y la segunda al futuro. (Luthans F., 1988).

La falta de motivación es el origen de muchos problemas, es causa de ineficiencia, de mala comunicación, de mala calidad, de desperdicios innecesarios, de pérdida de tiempo y talento, de capacidades desaprovechadas, causa de frustración y angustia.

Se han elaborado algunas teorías que han tratado de explicar el origen de la motivación o las causas de ese impulso todas ellas son de utilidad en circunstancias específicas y en algunas es útil como generalidad en el comportamiento, pero no existe una que completamente satisfaga las necesidades de todas las organizaciones.

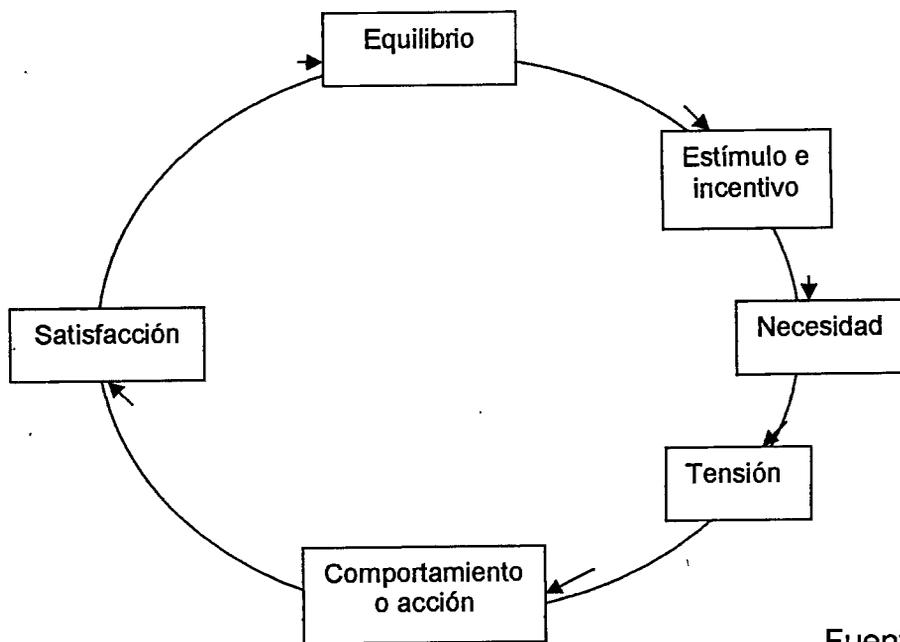
La motivación es un reto inmenso, difícilmente se puede desarrollar. El ser humano es tan imprevisible y tan diferente que no se pueden manipular ni predecir su comportamiento. El saber que motiva a la gente variará según el tiempo, el lugar, las circunstancias propias, y por otro sobre como desarrollar esa motivación en un individuo también es algo difícil que no se ha podido identificar y demostrar.

La mayor parte de lo establecido sobre la motivación da por supuesto que es importante comprender los estados y procesos internos de los individuos; sus necesidades, deseos, valores y expectativas. La idea clave es hacer ver que es importante comprender lo que la gente siente y piensa para estar en condiciones de predecir como se comportará en determinadas situaciones. (Kast FE et al., 1988).

Las organizaciones adaptativas deben incrementar la motivación y, por tanto, la efectividad porque crean condiciones en las que el individuo puede estar cada vez más

satisfecho con su propia tarea. Así habrá armonía entre las necesidades de tareas importantes satisfactorias y creativas que siente el individuo educado y la estructura organizacional adaptativa. (Bennis, 1973).

2.2.4 EL CICLO MOTIVACIONAL



Fuente: Chiavenato I.

Fig. 2.1 Las etapas del Ciclo Motivacional, involucrando la satisfacción de una necesidad.

El organismo humano permanece en un estado de equilibrio psicológico (equilibrio de fuerzas psicológicas, según Lewin), hasta que un estímulo rompa o cree una necesidad. Esa necesidad provoca un estado de tensión en sustitución al anterior estado de equilibrio. La tensión conduce a un comportamiento o acción capaz de alcanzar alguna forma de satisfacción de aquella necesidad. Si se satisface la necesidad, el organismo retorna a su estado de equilibrio inicial, hasta que otro estímulo sobrevenga.

Toda satisfacción es básicamente una liberación de tensión, una descarga tensional que permite el retorno al equilibrio anterior, tiene diversas etapas, las cuales forman parte del ciclo. (Chiavenato I., 1989).

2.6.5 FRUSTRACIÓN Y COMPENSACIÓN

No siempre la satisfacción de las necesidades es obtenida. Puede existir alguna barrera y obstáculo para el alcance de la satisfacción de alguna necesidad.

Toda vez que alguna satisfacción es bloqueada por alguna barrera, ocurre la frustración. Existiendo frustración la tensión existente no se libera a través de la descarga provocada por la satisfacción. Esa tensión acumulada en el organismo lo mantiene en estado de desequilibrio.

Por otro lado, el ciclo motivacional puede tener otra solución además de la satisfacción de la necesidad o de su frustración, la compensación o transferencia. Se presenta la compensación (o transferencia) cuando el individuo intenta satisfacer alguna necesidad complementaria o sustitutiva. Así, la satisfacción de otra necesidad aplaca la necesidad más importante y reduce o evita la frustración. De esta forma toda necesidad humana puede ser satisfecha, frustrada o compensada. Cada una de esas soluciones envuelve una infinidad de matices y de variaciones intermedias.

En las necesidades fisiológicas los objetivos son relativamente fijos y casi no tienen compensaciones o sustitutos. En las necesidades psicológicas y de autorrealización los objetivos son más flexibles y posibilitan transferencias y compensaciones.

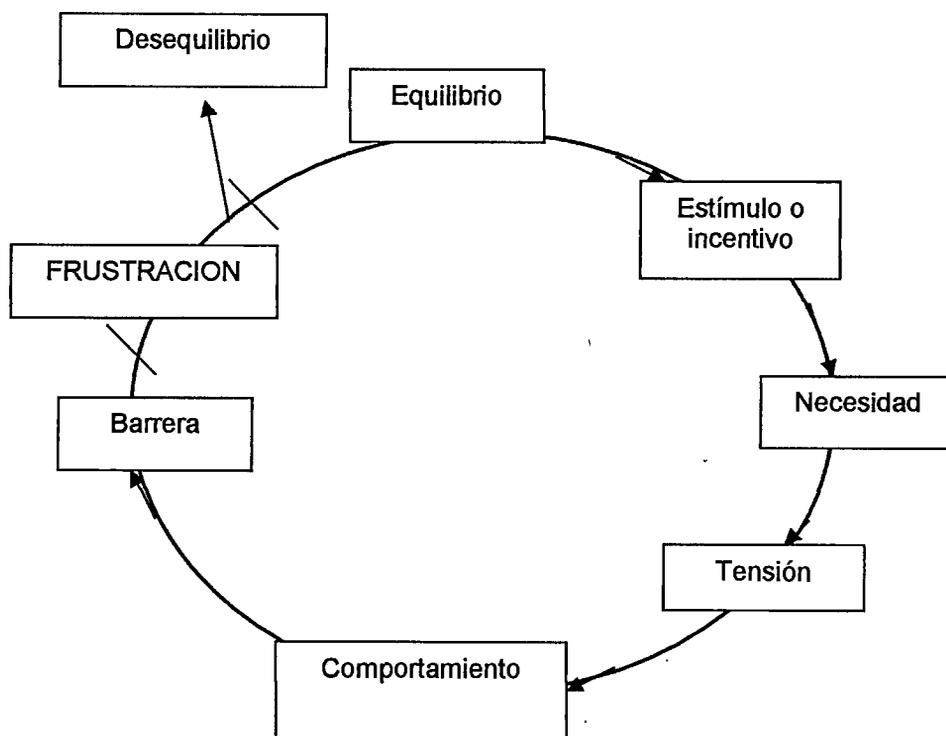
La necesidad de prestigio, por ejemplo, puede ser satisfecha por la preeminencia social, por el éxito profesional, por el poder del dinero, o más aún por la conducta atlética.

Toda necesidad no satisfecha es motivadora del comportamiento, sin embargo, cuando una necesidad no es satisfecha dentro de un tiempo razonable, pasa a ser un motivo de frustración.

La frustración puede llevar a ciertas reacciones generalizadas, a saber:

- A) Desorganización del comportamiento:** la conducta del hombre frustrado se puede volver repentinamente ilógica y sin explicación aparente.

- B) Agresividad: el hombre frustrado se puede volver agresivo. La liberación de la tensión acumulada puede suceder a través de la agresividad física, verbal, simbólica, etc.
- C) Reacciones emocionales: la tensión retenida por la no satisfacción de la necesidad puede provocar formas de reacción, como ansiedad, aflicción, estados de intenso nerviosismo o más aún otras formas como insomnio, problemas circulatorios y digestivos, etc.
- D) Alienación y apatía: el desagrado frente a la no satisfacción puede ocasionar reacciones de alienación, de apatía y de desinterés por el alcance de los objetivos frustrados como forma o mecanismo inconciente de defensa del ego. (Chiavenato I. 1989).



Fuente: Modificado. Chiavenato I.

Fig. 2.2 Las etapas del Ciclo Motivacional, con Frustración o compensación cuando es imposible la satisfacción de una necesidad.

2.6.6 TEORÍAS CLÁSICAS DE LA MOTIVACIÓN

Dentro de las teorías clásicas más conocidas que se han ido desarrollando están la teoría de las jerarquías de las necesidades de Abraham Maslow, la teoría X y Y y La Teoría de Frederick Herzberg de Motivación e Higiene que se expondrán a continuación:

2.6.1 LA TEORÍA DE LAS JERARQUÍAS DE LAS NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW.

En esta teoría las personas están motivadas para satisfacer distintos tipos de necesidades clasificadas con cierto orden jerárquico.

La pirámide esta formada por una pirámide de necesidades, en cuanto satisface la primera se sigue al siguiente peldaño y son:

Necesidades de carencia o déficit.

1. Necesidades Fisiológicas.

La primera prioridad, en cuanto a la satisfacción de las necesidades, está dada por las necesidades fisiológicas, como lo son las de alimentarse y de mantener la temperatura corporal apropiada. Cuando estas necesidades no se satisfecidas por un tiempo largo, la satisfacción de las otras necesidades pierde su importancia, por lo que éstas dejan de existir.

2. Necesidades de Seguridad.

Las necesidades de seguridad incluyen una amplia gama de necesidades relacionadas con el mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas necesidades se encontrarían las necesidades de; sentirse seguros, la necesidad de tener estabilidad, la necesidad de tener orden, la necesidad de tener protección y la necesidad de dependencia.

Muchas personas dejan suspendidos muchos deseos como el de libertad por mantener la estabilidad y la seguridad.

Muchas veces las necesidades de seguridad pasan a tomar un papel muy importante cuando no son satisfechas de forma adecuada, lo que se ve en la necesidad que tienen muchas personas de prepararse para el futuro y sus circunstancias desconocidas.

3. Necesidades de amor y de pertenencia.

Dentro de las necesidades de amor y de pertenencia se encuentran muchas necesidades orientadas de manera social; la necesidad de una relación íntima con otra persona, la necesidad de ser aceptado como miembro de un grupo organizado, la necesidad de un ambiente familiar, la necesidad de vivir en un vecindario familiar y la necesidad de participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros.

4. Necesidades de estima.

La necesidad de estima son aquellas que se encuentran asociadas a la constitución psicológica de las personas. Maslow agrupa estas necesidades en dos clases: las que se refieren al amor propio, al respeto a sí mismo, a la estimación propia y la autoevaluación; y las que se refieren a los otros, las necesidades de reputación, condición, éxito social, fama y gloria.

Las necesidades de autoestima son generalmente desarrolladas por las personas que poseen una situación económica cómoda, por lo que han podido satisfacer plenamente sus necesidades inferiores. En cuanto a las necesidades de estimación del otro, estas se alcanzan primero que las de estimación propia, pues generalmente la estimación propia depende de la influencia del medio.

5. Necesidades de desarrollo: Necesidades de autoactualización o "self-actualization".

Las necesidades de autoactualización son únicas y cambiantes, dependiendo del individuo. Las necesidades de autoactualización están ligadas con la necesidad de

satisfacer la naturaleza individual y con el cumplimiento del potencial de crecimiento. (Koontz H., 1999, Luthans F., 1988 Robbins SP, 1987, Chiavenato I.,1991).

Uno de los medios para satisfacer la necesidad de autoactualización es el realizar la actividad laboral o vocacional que uno desea realizar y, además de realizarla, hacerlo del modo deseado. Para poder satisfacer la necesidad de autoactualización, es necesario tener la libertad de hacer lo que uno quiera hacer. No pueden haber restricciones puestas por uno mismo ni tampoco puestas por el medio; "desear ser libres para ser ellas mismas". (Di Caprio, 1989. pag 367)

Es una teoría que aun en la actualidad sigue vigente aunque no explica de todo la motivación del individuo, existen muchos individuos que salen de este esquema. Maslow, en su teoría motivacional, sugiere que las personas serían poseedoras de una tendencia intrínseca al crecimiento o autoperfección, una tendencia positiva al crecimiento, que incluye tanto los motivos de carencia o déficit como los motivos de crecimiento o desarrollo. Maslow introduce el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana (de ahí el nombre de *instintoides* que Maslow les da). La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, las cuales serían las necesidades de autoactualización (self-actualization) y las necesidades de trascendencia. Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer. La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades

superiores de la jerarquía; (DiCaprio, 1989). Solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores - aunque lo haga de modo relativo-, entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores, y con eso la motivación para poder satisfacerlas; a medida que la tendencia positiva toma más importancia, se experimenta un grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización. (Robbins SP, 1984, Robbins SP, 1999, Chiavenato I.,1991)

2.6.2 TEORÍA X y Y

Existe la teoría de Douglas McGregor en donde existe una panorámica de las actitudes del hombre ante el trabajo, con relación a la naturaleza de los seres humanos; Una básicamente negativa, llamada teoría X y otra básicamente positivas llamada teoría Y. Mantenía ciertas suposiciones en la teoría X las cuatro suposiciones mantenidas por el administrador es que:

- a. Los empleados les desagrada el trabajo en forma inherente y, cuando sea posible, tratarán de evitarlo.
- b. Ya que a los empleados les desagrada el trabajo, tienen que ser obligados, controlados o amenazados con castigos para lograr las metas deseadas.
- c. Los empleados evitarán responsabilidades y buscarán la dirección regular siempre que sea posible.
- d. La mayoría de los trabajadores colocan la seguridad por encima de todos los otros factores relacionados con el trabajo, y van a mostrar poca ambición.

En contraste las suposiciones de la teoría Y.

- a) Los empleados pueden ver en el trabajo algo tan natural como el descanso o el juego.
- b) Hombres y mujeres ejercerán auto dirección y autocontrol si están comprometidos con los objetivos.

- c) La persona normal puede aprender a aceptar, e incluso a buscar, responsabilidad.
- d) La creatividad, o sea la habilidad de tomar decisiones correctas, está ampliamente distribuida en la población, y no se encuentra necesariamente en la sola provincia de los que detentan las funciones.

Propone la participación en la toma de decisiones, puestos con responsabilidad y atractivos, buenas relaciones de grupo como planteamientos que maximizarían la motivación de puestos para el empleado. Esta teoría también puede ser apropiada en situaciones particulares. (Robbins SP, 1987, Chiavenato I.,1991, Robbins SP., 1999).

2.6.3 LA TEORÍA DE FREDERICK HEZBERG DE MOTIVACIÓN E HIGIENE

Esta es la teoría desarrollada por el Psicólogo Frederick Herzberg a finales de los años cincuenta, en la cual dice que tanto la satisfacción como la insatisfacción laboral derivan de dos series diferentes de factores. Por un lado tenemos a los factores higiénicos o de insatisfacción, y por el otro lado a los motivantes o satisfactores. Los factores intrínsecos, tales como logro, reconocimiento, el trabajo mismo, responsabilidad, avance y crecimiento parecen estar relacionados con la satisfacción en el trabajador. Los datos sugieren que el contrario de la satisfacción no es la insatisfacción, como se creía tradicionalmente. Suprimir las características de insatisfacción no hace que el puesto sea necesariamente satisfactorio. Él llamó factores de higiene o factores extrínsecos: a política y administración de la compañía, supervisión, relación con el supervisor, condiciones de trabajo, salario, relación de compañeros y subordinados, status y seguridad. Y cuando estos factores son adecuados, las personas no estarán insatisfechas, sin embargo tampoco están satisfechas. Si queremos motivar a las personas en su trabajo Herzberg propone enfatizar los motivadores como el logro, el trabajo mismo, el reconocimiento, la responsabilidad el crecimiento. (Robbins SP, 1987, Robbins SP, 1999, Chiavenato I., 1991).

Herzberg concluyó en su trabajo que las respuestas que la gente dio cuando se sentía bien en su trabajo eran muy diferentes de las contestaciones dadas cuando se sentía mal, así tenía una columna que relacionaba características que están relacionadas con la satisfacción en el trabajo y con la insatisfacción en el trabajo. Los factores intrínsecos como el logro, el reconocimiento, el trabajo en si mismo, la responsabilidad y el crecimiento parecen estar relacionados con la satisfacción en el trabajo, cuando aquellos interrogados se sentían bien acerca de su trabajo, tendían a atribuir estas características a ellos mismos. Por otro lado cuando estaban insatisfechos, tendían a citar ciertos factores extrínsecos como la política de la compañía, la administración, la supervisión, las relaciones interpersonales y las condiciones de trabajo.

Datos que sugieren que lo opuesto de la satisfacción no es la insatisfacción, como tradicionalmente se había creído, eliminar las características de insatisfacción no necesariamente lo hace satisfactorio.

Herzberg enfatiza que si queremos motivar a la gente en su trabajo, se debe de enfatizar en el logro, el reconocimiento, el trabajo en si mismo, la responsabilidad y el crecimiento. Éstas son las características que la gente encuentra intrínsecamente recompensantes. (Robbins SP., 1987).

2.7 TEORIAS CONTEMPORÁNEAS ACERCA DE LA MOTIVACION.

Se van a revisar las siguientes teorías: teoría de las tres necesidades, la teoría Evc o Erg de Alderfer, la teoría de la Evaluación Cognoscitiva, la Teoría del Establecimiento de Metas, La Teoría del Reforzamiento, Teoría de la Equidad la Teoría de las Expectativas.

2.7.1 TEORÍA DE LAS TRES NECESIDADES.

David Mc Clelland y otros han propuesto la teoría de las tres necesidades, que plantean que hay tres motivos o necesidades principales en relevancia en las situaciones de trabajo.

- 1-. La necesidad de logro que es el impulso de sobresalir, de lograr algo en relación a un conjunto de estándares, de esforzarse para tener éxito.
- 2-. Necesidad de poder que es la necesidad de hacer que otros se comporten de una manera como no se hubieran comportado de otro modo.
- 3-. Necesidad de afiliación es el deseo de tener relaciones interpersonales amistosas y cercanas (Mc Clelland, 1961, 1975).

Algunas personas tienen un impulso apremiante de lograr éxito, pero se esfuerzan por el logro personal más que por las gratificaciones o el éxito por si mismo. Sienten el deseo de hacer algo mejor o con más eficiencia de lo que se ha hecho antes. Este impulso es la necesidad de logro. Estas personas se desempeñan mejor cuando su probabilidad de éxito es de 0.5; es decir cuando estiman que tienen la mitad de oportunidad de éxitos. Les disgusta el azar porque no consiguen la satisfacción de logro de un éxito fortuito y las ventajas porque no lo consideran un reto. Les gusta ponerse metas que les hagan esforzarse un poco. La necesidad de poder es el deseo de tener impacto y de ser influyente. Estas personas disfrutan al mando, esforzarse por tener influencia sobre otros, prefieren puestos en situaciones competitivas y con orientación al estatus y tienden a estar más interesados en ganar influencia sobre otros y prestigio que en un desempeño eficaz. La necesidad de afiliación es el deseo de ser apreciado por otros. Estas personas se esfuerzan por tener amistades, prefieren situaciones cooperativas más que competitivas y desean relaciones que incluyan un alto grado de comprensión mutua. (Robbins SP. 1987, Kast FE et al.,1988, Robbins SP., 1984).

2.7.2 TEORIA EVC O ERG DE ALDERFER

La teoría de Alderfer es similar a la de Maslow, excepto porque condensa la teoría de la jerarquía de las necesidades humanas en tres categorías: existencia (E) Se refiere a proporcionar nuestros requerimientos básicos de existencia material, las necesidades existenciales incluyen en las que Maslow clasificó como primarias: la gama de requerimientos fisiológicos y de seguridad de carácter elemental. Las necesidades de vinculación (V) – El deseo que tenemos de mantener relaciones interpersonales importantes. Los deseos sociales y de status requieren interacción con los demás para estar satisfechos y se alinean con la necesidad social el componente externo de la clasificación de la estima de Maslow abarcan las precisiones de entablar relaciones interpersonales, e incluyen la aceptación, pertenencia y seguridad que se derivan de obtener la aprobación de los miembros de la organización. El modelo de Alderfer es muy similar al de Maslow en cuanto a necesidades sociales, aunque la definición de sus límites no es muy exacta. Y crecimiento (C) un deseo intrínseco de desarrollo personal. Las necesidades de crecimiento incluyen los factores que constituyen un desafío para el individuo y que pueden llevarlo a postular metas más altas en varios campos. Como el trabajo. Esta tercera categoría corresponde aproximadamente a los niveles de necesidad de reconocimiento y estima y la necesidad de autorrealización.de la teoría de Maslow. (Robbins SP., 1999).

En contraste con la teoría de las necesidades, la ERG demuestra que 1: Más de una necesidad puede operar al mismo tiempo, 2 -. Si se reprime la gratificación de una necesidad de alto nivel, el deseo de satisfacer una necesidad de bajo nivel se incrementa. En esta las tres categorías pueden estar operando al mismo tiempo. (Robbins SP, 1987, 1999).

En la teoría de Alderfer. La teoría ERG contiene una dimensión de la frustración – regresión, Maslow sostuvo que un individuo se quedaría en cierto nivel de necesidad hasta que fuera satisfecha, en contraposición la teoría ERG considera que cuando se

frustra un nivel de necesidad mayor, surge en el individuo el deseo de incrementar una necesidad de menor nivel.

La teoría de ERG es más consistente con nuestro conocimiento de las diferencias entre personas. (Robbins SP., 1999).

2.7.3 TEORÍA DE LA EVALUACIÓN COGNOSCITIVA

A finales de la década de los sesenta, un investigador propuso que la introducción de recompensas extrínsecas, como el salario, por el esfuerzo en el trabajo que ya se ha recompensado en forma intrínseca debido al placer asociado con el contenido del trabajo en sí mismo, tendería a disminuir el nivel general de motivación.

Históricamente, los teóricos de la motivación han asumido en general que las motivaciones intrínsecas como el logro, la responsabilidad y la competencia son independientes de los motivadores extrínsecos como un salario alto, ascensos, buenas relaciones con el supervisor y condiciones placenteras de trabajo. Esto es, la estimulación de una motivación intrínseca no afectaría una motivación extrínseca o viceversa. Pero la teoría de la evaluación cognoscitiva sugiere otra cosa. Sostiene que cuando las organizaciones usan los premios extrínsecos como pagos por desempeño superior, se reducen las recompensas intrínsecas, las cuales se derivan del hecho de que los individuos hacen lo que les gusta. En otras palabras, cuando las recompensas extrínsecas se dan por desempeñar una tarea interesante, se causa que descienda el interés intrínseco en la tarea en sí misma.

Aunque se necesita investigar más para clarificar algunas de las ambigüedades, la evidencia nos lleva a concluir que la interdependencia de las recompensas extrínsecas e intrínsecas es un fenómeno real. Sin embargo, su impacto en la motivación del empleado en el trabajo, en contraste con la motivación en general, puede ser considerablemente menor de lo que originalmente se pensó.

La teoría podría tener una aplicación limitada al trabajo en las organizaciones, ya que la mayoría de los trabajos de nivel bajo no es suficientemente satisfactoria para nutrir el alto interés intrínseco y muchos puestos gerenciales y profesionales ofrecen recompensas intrínsecas. La teoría de la evaluación cognoscitiva podría ser relevante para el conjunto de trabajos organizacionales que ni son extremadamente insípidos, ni extremadamente interesantes. (Robbins SP., 1999).

2.7.4. LA TEORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE METAS

La teoría del establecimiento de metas (enfoque cognoscitivo) las metas específicas aumentan el desempeño y al igual que las metas cuando son aceptadas, resultan en un más alto desempeño que las metas fáciles.

A finales de la década de los sesenta, Edwin Locke propuso que las intenciones de trabajar hacia una meta son una fuente importante de motivación en el trabajo. Esto es, las metas le dicen al empleado lo que necesita realizar y cuánto esfuerzo tendrá que hacer. La evidencia apoya fuertemente el valor de las metas. En concreto, podemos decir que las metas específicas incrementan el desempeño más alto que las metas fáciles, y que la retroalimentación conduce a un mejor desempeño que el logrado en su ausencia.

Las metas específicas muy difíciles producen un nivel más alto de resultados que lo obtenido con la meta generalizada de "haz tu mejor esfuerzo". La especificación de la meta en sí misma actúa como un estímulo interno.

Si los factores como la habilidad y la aceptación de las metas se mantienen constantes, podemos también establecer que mientras más difícil sea la meta, más alto será el nivel de desempeño. Sin embargo, es lógico asumir que las metas fáciles tienen más probabilidad de que sean aceptadas. Pero una vez que un empleado acepta una tarea difícil, ejercerá un alto nivel de esfuerzo hasta lograrla, reducirla o abandonarla.

La gente se comporta mejor cuando obtiene retroalimentación de qué tan bien está progresando hacia sus metas, ya que aquélla les ayuda a identificar las discrepancias entre lo que han hecho y lo que quieren hacer; es decir, la retroalimentación actúa como un comportamiento guía. Pero no todas las retroalimentaciones son igualmente potentes. La retroalimentación autogenerada- donde el empleado es capaz de monitorear su propio progreso- ha estado mostrando ser un motivador más poderoso que la retroalimentación generada en forma externa.

En algunos casos, las metas establecidas en forma participativa propician un desempeño superior: en otros, los individuos se desempeñan mejor cuando las metas son asignadas por sus jefes. Pero una ventaja importante de la participación podría ser incrementar la aceptación de la meta en sí misma como un objetivo hacia el cual trabajar. La resistencia es mayor cuando las metas son difíciles. Si la gente participa en el establecimiento de la meta, es más probable que acepte inclusive un objetivo difícil que si su jefe le asigna arbitrariamente una meta. La razón es que los individuos se sienten más comprometidos con las opciones en las cuales han intervenido. Así pues, aunque las metas participativas podrían carecer de superioridad respecto de las metas asignadas cuando la aceptación se da por hecho, la participación sí incrementa la probabilidad de que se acepten más metas difíciles y que se actúe para conseguirlas.

Además de la retroalimentación, otros tres factores influyen la relación entre las metas y el desempeño. Nos referimos al compromiso, la adecuada autoeficacia y la cultura nacional. La teoría del establecimiento de las metas presupone que un individuo está *comprometido* con la meta, esto es, que está determinado a no disminuirla ni abandonarla. Es más probable que esto ocurra cuando las metas se fijan en público, cuando el individuo tiene un *locus* de control interno y cuando las metas se establecen por el individuo que tiene que lograrlas, que si alguien más las asigna. La autoeficacia se refiere a la creencia individual de que se es capaz de realizar la tarea. Mientras más alta sea su autoeficacia, más seguridad tendrá en su habilidad de alcanzar el éxito en la tarea.

Christopher Early y Christine Shalley describen cuatro fases para establecer metas:

- Establecer una norma que se alcanzará.
- Evaluar si se puede alcanzar la norma.
- Evaluar sí la norma se ciñe a las metas personales.

La norma es aceptada, estableciéndose así la meta, y la conducta se dirige hacia la meta.

La teoría del establecimiento de las metas está ligada a la cultura. Está bien adaptada en países como Estados Unidos y Canadá, ya que sus elementos clave se alinean razonablemente independientes (no demasiado altos de calificación en distancia de poder), que los gerentes y los subordinados buscarán metas desafiantes (bajos en eludir la incertidumbre) y que ambos consideran que el desempeño es importante (altos en materialismo). Así que no espere que el establecimiento de las metas lleve necesariamente a un mayor desempeño del empleado en países como Portugal o Chile, donde existen condiciones opuestas.

Sin embargo, no existe evidencia de que tales metas estén asociadas a una mayor satisfacción en el trabajo.

Esta teoría se enfoca a las personas con características creativas y especiales y no ha todo tipo de individuo. (Robbins SP., 1987, Robbins SP., 1999, Stoner et al, 1996).

2.7.5 LA TEORÍA DEL REFORZAMIENTO

La teoría del reforzamiento (enfoque conductista) El reforzamiento condiciona el comportamiento, o sea que es el resultado del ambiente. La teoría de reforzamiento ignora el estado interno de individuo y se concentra en lo que sucede a una persona cuando actúa. No es una teoría propiamente de motivación, pero si, como controlar el comportamiento y para analizar lo que controla.

El refuerzo es una influencia importante en el comportamiento en el trabajo. Lo que las personas hacen en sus puestos y la calidad de esfuerzo que ponen en sus diferentes tareas es afectada por las consecuencias que siguen a su comportamiento. (Robbins SP., 1987, Werther WB, 1988, Bennis ,,1973, Robbins SP., 1999).

2.7.6 TEORÍA DE LA EQUIDAD

Establece que los empleados se dan cuenta de lo que reciben de una situación de puesto (salida) en relación a lo que ponen en ella (entradas) y comparan su relación (entrada-salida) con las (relación – entrada) de otros en circunstancias similares a las que les dan importancia. (Robbins SP., 1987, Werther WB., 1988, Robbins SP., 1999).

Si la relación de entradas y salidas son iguales es justa, o sea existe equidad, si por lo contrario perciben que las no es así, existe desigualdad, entonces tienden a considerarse gratificados o sobregratificados, cuando se presentan desigualdades los empleados tratan de corregirlas.

La evidencia indica que el referente escogido es una variable importante en la teoría de la equidad. Existen cuatro referentes comparaciones que un empleado puede usar.

1. Interno propio. Las experiencias de un empleado en una posición diferente dentro de su organización actual.
2. Externo propio. Las experiencias de un empleado en una situación o posición fuera de su organización actual.
3. Interno en otro. Otro individuo o grupo de individuos dentro de la organización del empleado.

4. Externo de otro. Otro individuo o grupo de individuos fuera de la organización del empleado.

Los referentes que escoja un empleado estarán influenciados tanto por la información que éste tenga acerca de los referentes como también del atractivo de la referencia.

De acuerdo con la teoría de la equidad, cuando los empleados perciben una desigualdad, puede pronosticarse que tomarán una de estas seis opciones.

1. Cambiar sus aportaciones (por ejemplo, no ejercer mucho esfuerzo).
2. Cambiar sus productos (por ejemplo, los individuos que reciben una paga con base en el número de piezas realizadas pueden incrementar su salario al producir una mayor cantidad de unidades de menor calidad).
3. Distorsionar las percepciones sobre uno mismo (por ejemplo, "solía pensar que trabajaba a un ritmo moderado pero ahora me doy cuenta de que trabajo mucho más duro que los demás").
4. Distorsionar las percepciones sobre los demás (por ejemplo, "el trabajo de Mike no es tan bueno como pensaba").
5. Escoger una referencia diferente (por ejemplo, "tal vez no gano tanto como mi cuñado, pero gano mucho más de lo que mi papá ganaba cuando tenía mi edad").
6. Retirarse del campo (por ejemplo, renunciar al trabajo).

La teoría de la equidad reconoce que a los individuos les interesa no sólo la cantidad absoluta de premios que reciben por sus esfuerzos, sino también la relación de esta cantidad con la que reciben los demás. Elaboran juicios sobre la relación entre lo que ellos aportan y reciben y lo que otros colaboran y obtienen. Con base en las aportaciones de uno – tales como el esfuerzo, la experiencia, la educación y la competencia –, uno compara los beneficios como nivel de salario, ascensos, reconocimiento y otros factores. Cuando la gente percibe un desbalance en su razón

beneficios-aportaciones con relación a los demás, se crea una tensión. Esta tensión proporciona las bases para la motivación, para que la gente luche por aquello en lo que percibe que hay igualdad y justicia.

Específicamente, la teoría establece cuatro proposiciones que se relacionan con la paga desigual:

1. Dado el pago por el tiempo, los empleados recompensados en exceso producirán más que los empleados pagados equitativamente. Los empleados por hora y los asalariados generarán gran cantidad o calidad de producción a fin de incrementar el lado de las aportaciones al trabajo (beneficios) y favorecer la equidad.
2. Dado el pago por cantidad producción, los empleados compensados en exceso producirán pocas unidades, aunque de mayor calidad, que los empleados que reciben igual pago. Los individuos que reciben su paga con base en las piezas realizadas incrementarán sus esfuerzos de lograr la equidad, la cual dará como resultado mayor calidad o cantidad. Sin embargo, los incrementos en la cantidad sólo aumentarán la desigualdad, ya que cada unidad producida generará un mayor sobrepago. Por tanto, el esfuerzo se dirige hacia aumentar la calidad en lugar de incrementar la cantidad.
3. Dado el salario por tiempo, los empleados que no están lo suficientemente recompensados producirán menos y ofrecerán una calidad inferior. Se disminuirá el esfuerzo, el cual traerá una menor productividad o una producción de calidad más pobre que los sujetos pagados equitativamente.
4. Dado el pago por cantidad de producción, los empleados no recompensados producirán grandes cantidades de unidades de baja calidad en comparación con los empleados pagados equitativamente. Los empleados con planes de pago con base en el número de piezas elaboradas pueden dar cabida a la equidad ya que negociar la calidad de lo que se produce por la cantidad dará como resultado un incremento en las recompensas con muy poco incremento, o ninguno, en las contribuciones.

En conclusión, la teoría de la equidad demuestra que, para la mayoría de los empleados, la motivación está influenciada significativamente tanto por las recompensas relativas como por las recompensas absolutas, pero algunos elementos clave todavía no están claros.

Sin embargo, a pesar de estos problemas, la teoría de la equidad continúa ofreciéndonos algunos conocimientos importantes para la motivación del empleado. (Robbins SP., 1984; Robbins SP., 1987, Robbins SP., 1999, Chiavenato I., 1991).

2.7.7 LA TEORÍA DE LAS EXPECTATIVAS

La teoría propone que la fuerza de una tendencia a actuar de cierta manera depende la fuerza de esperanza de que el acto sea seguido por una salida dada y del atractivo de la salida en lo particular. Por ello incluye tres relaciones.

1-. Atractivo: Relación esfuerzo-desempeño: es la probabilidad percibida por el individuo de que realizar una cantidad dada de esfuerzo conducirá al desempeño. Es la importancia que un individuo da al resultado o a la gratificación potencial que puede ser lograda en el trabajo. Esto considera las necesidades insatisfechas del individuo.

2-. Unión desempeño-gratificación Relación recompensa - desempeño (premio): es el grado en el que el individuo cree que desempeñarse en un nivel particular conducirá al logro de un resultado deseado.

3.-. Unión esfuerzo-desempeño. Relación recompensas – metas personales. El grado en el cual la organización premia las metas personales del individuo o sus necesidades y lo atractivo que esas recompensas potenciales son para el individuo. Es la probabilidad percibida por el individuo de que realizar una cantidad dada de esfuerzo conducirá al desempeño

La teoría de las expectativas ayuda a explicar por que muchos empleados no están motivados en sus trabajos y simplemente hacen lo mínimo para mantenerse. (Robbins SP., 1984, Robbins SP., 1987, Robbins SP., 1999, Chiavenato I., 1991).

Aunque esto puede sonar bastante complejo, en realidad no es tan difícil de visualizarse. Si uno tiene el deseo de producir en cualquier tiempo depende de las metas particulares de uno y de su percepción del valor relativo del desempeño como un camino para el logro de estas metas.

La fuerza de motivación de un individuo depende de que tan fuerte crea ese individuo que puede lograr o alcanzar lo intentado.

La clave de esta teoría es comprender las metas del individuo, y la unión entre el esfuerzo y el desempeño entre el desempeño y las gratificaciones y finalmente entre gratificación y satisfacción de la meta individual.

La teoría de las expectativas subraya el resultado final y las gratificaciones como resultado tenemos que creer que las gratificaciones que la organización esta ofreciendo correspondan con la que los empleados quieren. Es una teoría basada en el interés personal, de cada individuo busca maximizar su satisfacción esperada, debe de interesarse en el atractivo de las gratificaciones lo que requiere de una comprensión y un conocimiento de que valor le da el individuo a los estímulos organizacionales (Robbins SP., 1999, Werther WB., 1988, Porras J., 1988, Luthans F., 1988, Robbins SP., 1984).

2.8 LOS ENFOQUES ORIENTADOS HACIA LA MOTIVACIÓN INTERNA EN EL TRABAJO

A partir de la década de los sesenta se desarrolló el interés por la motivación interna en el trabajo y por la consiguiente estrategia de reorganización: el enriquecimiento de las tareas.

Las dos teorías dominantes en este campo: la teoría valorizantes-ambiente y la teoría de las características de las tareas. Se comenzará por la teoría valorizantes-ambiente, que fue la primera que se formuló. A su autor, Herzberg, debemos la expresión "enriquecimiento de las tareas", que opuso a la ampliación de las tareas. La teoría de Herzberg dio lugar a numerosas controversias y, sin ser completamente rechazada, parece hoy en día contar con menos partidarios que la teoría de las características de las tareas. Debemos esta última teoría, más reciente, a Hackman y Oldham.

2.8.1. LA TEORÍA MOTIVADORES-AMBIENTE

La Teoría Motivadores-Ambiente. En 1959, en su obra *The Motivation to Work*, (*Motivación para el trabajo*) Herzberg, Mausner y Synderman publicaron los resultados de una investigación que conducía a la formulación de una teoría bidimensional de la motivación. Esta teoría se conoce bajo diferentes nombres: motivador-higiene theory (teoría de factores motivadores y de higiene), two-factor theory (teoría de los dos factores), dual-factor theory (teoría de la dualidad de factores). En francés, se llama *théorie valorisants-ambiance* (teoría valorizantes-ambiente) (Herzberg, 1971).

En 1966, Herzberg publica *Work and the Nature of Man* (El trabajo y la naturaleza del hombre) (aparecido en 1971, en francés, bajo el título *Le travail et la nature de l'homme*), donde presenta los resultados de investigaciones adicionales en apoyo de su teoría emprendidas bajo su dirección o por otros investigadores. Asimismo, responde a las críticas que se formularon con respecto a su teoría e introduce la noción de enriquecimiento de las tareas.

Los trabajos de Herzberg parten de la afirmación de que los estudios referentes a las actitudes en el trabajo, aunque muy numerosos, tienen un carácter fragmentario. Así, los investigadores rara vez se preocupan por obtener información acerca de los efectos de estas actitudes. Los estudios referentes a los efectos casi nunca incluyen datos sobre el origen de las actitudes y, en la mayor parte de los estudios en los que se investigan o bien los factores o bien los efectos, falta información acerca de los

individuos, sus necesidades, sus percepciones, etc. Herzberg y sus colaboradores se dedicaron a estudiar, como una unidad, este conjunto de factores-actitudes-efectos (Herzberg, Mausner y Synderman, 1959, pag. 11).

El análisis de la información recopilada de la investigación a través del incidente crítico condujo a la aseveración de que cuando los individuos tienen impresiones agradables de su trabajo, describen a menudo factores relacionados con sus tareas, con acontecimientos que indican que han triunfado o que pueden progresar en el plano profesional. Al contrario, cuando tienen impresiones desagradables, éstas no se relacionan con el trabajo en sí, sino con factores periféricos como la supervisión, las relaciones con el supervisor, las relaciones con los compañeros, las condiciones de trabajo, el salario, la política y los modos de gestión de la empresa, las relaciones con los subalternos, el rango y el prestigio, y la seguridad del empleo. Herzberg llama a estos factores de higiene o de ambiente porque son análogos a los factores del ambiente que desempeñan un papel preventivo en la enfermedad, más no un papel curativo.

Cuando estos factores se deterioran y alcanzan un nivel situado por debajo del que el empleado considera aceptable, aparece la insatisfacción en el trabajo. Sin embargo, cuando el contexto del trabajo es óptimo, si bien no hay insatisfacción, tampoco se encuentran más actitudes positivas. Los factores de higiene son, pues, importantes para evitar la insatisfacción, pero no procuran satisfacción.

Los factores que engendran una actitud positiva en el trabajo son los que satisfacen las necesidades individuales de realización. Estos factores se llaman motivadores. Son estos factores los que permiten al individuo colmar sus aspiraciones. Los motivadores son: las realizaciones, el reconocimiento de las realizaciones, el trabajo propiamente dicho, la responsabilidad, la promoción o avance y las posibilidades de desarrollo.

Herzberg está convencido de que si el trabajo no va de acuerdo con la naturaleza humana, si no conduce a la satisfacción en el trabajo, entonces es necesario cambiar la naturaleza del trabajo. Para lograr esto, hay que enriquecer el trabajo. Según Herzberg, la ampliación de las tareas modifica el reagrupamiento de las tareas sin interés. El enriquecimiento de las tareas consiste en reestructurar verticalmente el trabajo, sobre todo confiando al empleado tareas a un nivel superior. Este enriquecimiento se realiza modificando las tareas que se deben realizar, lo cual permite que se manifiesten los motivadores.

Con el fin de guiar los experimentos de enriquecimiento de las tareas, Herzberg enunció en un inicio siete principios de reestructuración vertical (1968), reformulados subsecuentemente bajo la forma de ocho ingredientes para el enriquecimiento de las tareas (1974).

Los ocho ingredientes para el enriquecimiento de las tareas son:

1. **La retroalimentación directa.** Los resultados sobre el rendimiento de un empleado deberían serle comunicados directamente; esa retroalimentación no debe ser evaluativa y transmitida en el momento oportuno.
2. **La relación con el cliente.** Todo individuo debería tener una relación con un cliente, ya sea que se encuentre este último en el interior o en el exterior de la organización.
3. **Los nuevos aprendizajes.** Todos los empleos deberían proporcionar la posibilidad de adquirir nuevos aprendizajes significativos que requieran de habilidades diferentes que correspondan a un enriquecimiento vertical y no solamente a una ampliación horizontal.
4. **La planificación del trabajo.** El empleado debería poder planificar su propio trabajo, puesto que él es el mejor capacitado para determinar el tiempo que tendrá que dedicar a las diferentes etapas. El empleado no fija el plazo de realización pero establece su propio ritmo y descansa y come en los momentos que le convienen, en lugar de seguir las directrices de otras personas.

5. **El saber único.** El empleado debe poder considerar algunos aspectos del trabajo como si fueran un asunto personal. Por ejemplo, el empleado tiene la posibilidad de perfeccionar sus métodos de trabajo, de ayudar a los nuevos empleados, etcétera.
6. **El control de los recursos.** Los empleados pueden considerarse responsables de sus operaciones a condición de que se les confíe el control del presupuesto.
7. **El poder de comunicarse directamente con otros.** En estas comunicaciones el empleado debería estar en posibilidad de romper la línea jerárquica.
8. **La responsabilidad personal.** Este factor es a la vez un ingrediente y un efecto del enriquecimiento de las tareas.

Los estudios de casos referentes al enriquecimiento de las tareas del personal administrativo son los que corroboran mejor la teoría de Herzberg de que el enriquecimiento de las tareas conduce a una mayor satisfacción y a un mejor resultado. Parece que la subutilización, muchas veces observada, del personal de oficina o técnico altamente calificado, concuerda bien con las ideas y la realidad del enriquecimiento de las tareas. Es más difícil explicar, en estos casos, los incrementos de productividad.

Sin embargo, en numerosas ocasiones no se observa ningún cambio en las medidas intrínsecas de motivación a pesar de un mejor resultado. Está claro que, en estas situaciones, los incrementos de productividad son independientes de las actitudes. El enriquecimiento de las tareas tiene entonces, como subproducto, otros cambios que son la verdadera causa de los incrementos obtenidos.

El éxito aparente de algunos experimentos de enriquecimiento de las tareas en el caso del personal administrativo no confirma necesariamente la teoría motivadores-ambiente. El éxito del enriquecimiento de las tareas se puede explicar de otra manera. (Paquin., 1993).

2.8.2 LA TEORÍA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS TAREAS

En 1976, Hackman y Oldham presentaron un marco general para la organización del trabajo, llamado teoría de las características de las tareas. Esta teoría se apoya en los trabajos anteriores de Turner y Lawrence (1965) y de Hackman y Lawler (1971), los cuales se describirán ahora brevemente.

En 1965, Turner y Lawrence publicaron *Industrial Jobs and the Worker* (Los puestos industriales y el trabajador). Esta obra presenta los resultados de una investigación encaminada a verificar la hipótesis de que un conjunto específico de atributos de las tareas influyen, directa o indirectamente, en las respuestas afectivas y los comportamientos de los empleados. Estos seis atributos son: la variedad, la autonomía, la interacción social requerida, la interacción opcional que el trabajo permite, los conocimientos y habilidades que se requieren y la responsabilidad. Estos seis atributos se denominan *Requisite Task Attributes* (RTA) porque la naturaleza intrínseca del trabajo los requiere.

Se utilizaron índices objetivos para medir los atributos, y se entrevistó a 470 obreros, distribuidos en 11 empresas diferentes y que desempeñaban 47 tipos de empleo, para que informaran acerca de su satisfacción en el trabajo y de sus percepciones en cuanto a los atributos de su tarea.

Turner y Lawrence encuentran que los índices de los atributos percibidos se relacionan directamente con los grados de los índices objetivos de los atributos de la tarea. Encuentran igualmente una estrecha relación, por una parte, entre los índices de los atributos, y por otra parte, la satisfacción de los empleados y la asistencia al trabajo. Sin embargo, existen diferencias entre los empleados de empresas localizadas en las grandes ciudades y los empleados de empresas localizadas en ciudades pequeñas. En el caso de los empleados que trabajan en las grandes ciudades, la relación entre los atributos y la asistencia al trabajo no es significativa y se encuentra una relación

negativa entre, por una parte, ciertos atributos (sobre todo la variedad motriz –una dimensión de la variedad- y la interacción requerida) y, por otra parte, la satisfacción en el trabajo. Los resultados de este estudio sugieren que los empleados pueden reaccionar de diferentes maneras ante ciertas características de su trabajo en función de algunas variables sociológicas.

En 1971, Hackman y Lawler publicaron los resultados de otro estudio importante referente a las reacciones de los empleados ante los atributos de su tarea. Se examinaron los siguientes atributos: variedad, autonomía, integridad de la tarea, retroalimentación, interacción con otros y posibilidad de entablar amistades. Se aplicó un cuestionario a 208 empleados de una compañía de teléfonos pertenecientes a 13 categorías de empleo. Resultó que, en general, cuanto mayor es la variedad, la autonomía, la integridad de la tarea y la retroalimentación, cuanto más motivados y satisfechos están los empleados, su rendimiento es mayor y faltan menos al trabajo.

Con base en estos trabajos y en otras investigaciones de autores que pretendían desarrollar un instrumento llamado Job Diagnostic Survey (JDS), conocido en español como Investigación Diagnóstica del Puesto (IDP), Hackman y Oldham (1976) elaboraron y después corroboraron la teoría de las características de las tareas utilizando el JDS, esta vez con 658 empleados que desempeñaban 62 tipos de empleo y que pertenecían a siete organizaciones diferentes. Los resultados obtenidos concordaron con las predicciones del modelo.

La teoría de Hackman y Oldham postula que la motivación interna en el trabajo depende de tres estados psicológicos críticos: el significado del trabajo, la responsabilidad en los resultados del trabajo y el conocimiento de los resultados efectivos del trabajo. Una persona, para ser motivada en el trabajo, debe encontrar su trabajo significativo, es decir, considerarlo como algo importante en función de su sistema de valores. Esta persona debe sentirse responsable de los resultados de ese trabajo, y así creer que a ella personalmente se le deberán atribuir los resultados. Y esta persona debe conocer los resultados de su trabajo; de lo contrario, no tendrá

ninguna base para sentirse bien en caso de éxito, o para sentirse mal en caso de malos resultados. Como la manera de organizar el trabajo puede tener repercusiones en el significado del trabajo, en la responsabilidad del empleado y en el conocimiento de los resultados, se deduce que la motivación en el trabajo puede estar más relacionada con la manera en que las tareas se distribuyen y dirigen que con la disposición individual de las personas que las llevan a cabo.

Los tres estados psicológicos críticos son internos en los individuos y no son manipulables directamente. Están, sin embargo, relacionados con las características de las tareas, las cuales sí pueden ser manipuladas. Hackman y Oldham señalan cinco características que, según las investigaciones, son particularmente útiles. Tres de estas características influyen en el significado del trabajo. Éstas son la variedad de las habilidades, la integridad de la tarea y la importancia de la tarea. Una cuarta característica, la autonomía, está relacionada con la responsabilidad en los resultados obtenidos, mientras que la última característica, la retroalimentación del trabajo, está relacionada con el conocimiento de los resultados efectivos.

Estas características se definen de la siguiente manera:

- La variedad de las habilidades: el grado en el que un empleo requiere, en el cumplimiento del trabajo, de un número de habilidades y de talentos diferentes.
- La integridad de la tarea: el grado en el que un trabajo requiere de la realización de una pieza completa e identificable, es decir, el hecho de llevar a cabo un trabajo desde el principio hasta el fin con un resultado tangible.
- La importancia de la tarea: el grado en el que un trabajo tiene un impacto sustancial sobre la vida de otras personas, pertenezcan éstas o no a la organización.
- La autonomía: el grado en el que un trabajo procura al empleado la libertad, la independencia y la discreción necesarias para planificar su trabajo y determinar los procedimientos que se deben utilizar en su realización.

- La retroalimentación del trabajo: el grado en el que la realización de las actividades requeridas por el trabajo proporciona al individuo una información directa y clara acerca de su eficacia o su rendimiento (Hackman y Oldham, 1980, págs. 78 a 80).

Según la teoría de las características de las tareas, el potencial de motivación se incrementará a condición de que se incremente al menos una de las características que afectan al significado del trabajo y que, al mismo tiempo, se incremente la autonomía y la retroalimentación. Los índices de cada una de las características se pueden combinar para dar un índice del potencial de motivación. Para ello, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Índice del Potencial de Motivación Retroalimentación (IPM)} = \frac{\text{Variedad de las habilidades} + \text{Integridad de la tarea} + \text{Importancia de la tarea}}{3} \times \text{Autonomía} \times \text{Retroalimentación}$$

Como lo indica ésta fórmula, un bajo índice de autonomía o de retroalimentación reduce el IPM de manera sustancial, ya que el modelo exige que la responsabilidad y el conocimiento de los resultados estén presentes para que la motivación sea elevada. Por otra parte, un bajo índice de una de las características que contribuyen al significado del trabajo no compromete seriamente el potencial general de motivación, que las otras dos características pueden compensar hasta cierto punto.

Las características de las tareas se calculan con la ayuda del JDS. Este instrumento, que sirve a la vez para establecer diagnósticos y para evaluar experimentos de reorganización del trabajo.

Recordemos, por ejemplo, que cada característica se mide según una escala que varía del uno al siete. Si se aplica la fórmula anterior, se ve que el IPM puede, en teoría, variar entre uno y 343. El índice más bajo encontrado en la práctica por

Hackman y Oldham es siete, mientras que el más elevado es 300. El índice medio para las organizaciones estadounidenses es 128 (Hackman y Oldham, 1980, pág. 82).

El potencial de motivación de un trabajo en sí mismo no motiva al empleado, no lo hace trabajar bien, ni le procura satisfacción en el trabajo. Este potencial crea, antes bien, las condiciones que hacen que si el empleado desempeña correctamente su trabajo, sea animado a perseverar en sus esfuerzos. Las características de las tareas establecen la base de la motivación interna, pero es el comportamiento de las personas en el trabajo el que determina lo que se va a producir. Como se verá ahora, algunas personas están en mejor posición que otras para sacar provecho de las tareas enriquecedoras.

Algunos factores pueden explicar que, frente a la misma tarea, diferentes personas actúen de manera diferente. Entre las características que pueden explicar las diferencias de comportamiento frente a un potencial elevado de motivación, Hackman y Oldham consideran tres como particularmente importantes.

Estos “moderadores” son los conocimientos y las habilidades, la fuerza de la necesidad de crecimiento y la satisfacción del “contexto” (lo que Herzberg llama los factores de higiene). La consideración de las diferencias personales constituye la principal contribución de la teoría de las características de las tareas en relación con la teoría motivadores-ambiente.

Un buen resultado entraña, generalmente, sentimientos positivos, mientras que un mal resultado genera sentimientos negativos. Si un trabajo presenta un débil potencial de motivación, los sentimientos no se verán muy afectados por los resultados, pero si el potencial es elevado, un buen resultado tendrá un efecto de reforzamiento, mientras que un débil resultado engendrará sentimientos negativos. En consecuencia, las personas que tienen suficientes conocimientos y habilidades para desempeñar bien su trabajo experimentarán sentimientos positivos, mientras que las que no son suficientemente competentes se sentirán infelices y frustradas, precisamente porque su trabajo es importante y ellas lo realizan mal.

No todos los empleados aprecian por igual las posibilidades que ofrece un trabajo enriquecedor, incluso cuando están en posibilidad de hacerlo bien. Según Hackman y Oldham, las necesidades psicológicas de los individuos constituyen una

variable crítica que determina la manera en que una persona va a comportarse frente a un trabajo con un potencial elevado de motivación. Algunas personas tienen grandes necesidades de realización personal, de adquisición de conocimientos y de desarrollo. Estas personas tienen una gran necesidad de crecimiento.

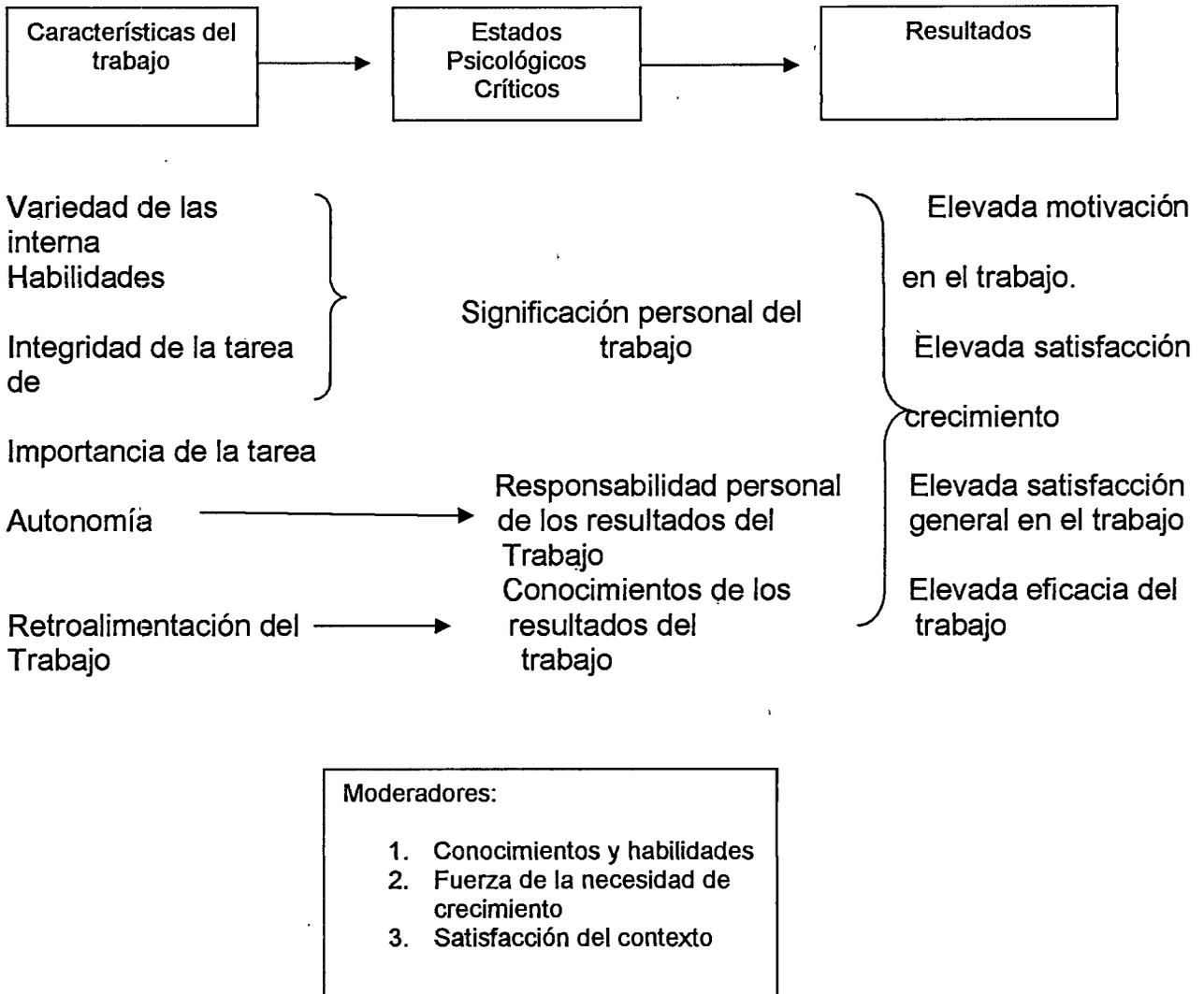
Otras personas tienen menor necesidad de crecimiento, y se sentirán menos inclinadas a sacar provecho de las posibilidades ofrecidas por un trabajo con potencial elevado de motivación. Las personas que tienen una gran necesidad de crecimiento apreciarán más los estados psicológicos asociados a un trabajo con potencial elevado de motivación, y van a reaccionar de manera más positiva ante estos estados que las que tienen poca necesidad de crecimiento.

Además de los conocimientos y habilidades y de la fuerza de la necesidad de crecimiento, existe un tercer factor que puede afectar el comportamiento frente a un trabajo con potencial elevado de motivación. Se trata de la satisfacción del empleado frente a algunos aspectos del contexto del trabajo. Los empleados que están relativamente satisfechos de su salario, de su seguridad en el empleo y de las relaciones con sus colegas y sus superiores van a reaccionar de manera más positiva ante las tareas enriquecedoras que los individuos que están satisfechos de algunos de estos aspectos. Los mejores resultados se constatan en personas que tienen a la vez una gran necesidad de crecimiento y están satisfechas del contexto de su trabajo.

Un trabajo enriquecedor, además de afectar la motivación interna en el trabajo, puede tener efectos sobre otros factores personales o de la organización. Estos otros factores personales son la satisfacción respecto de las posibilidades de crecimiento y la satisfacción general respecto de las variables de contexto, puesto que éstas no son afectadas. En realidad, el enriquecimiento de las tareas conduce a veces a una disminución de la satisfacción en cuanto al salario y a la supervisión cuando estas variables no se modifican de acuerdo con las nuevas responsabilidades y con la autonomía cada vez mayor de las personas cuyo trabajo se ha reorganizado.

La principal ventaja que puede obtener una organización que procede a un enriquecimiento de las tareas reside en una mayor eficacia, es decir, una mejora de calidad y de la cantidad de los bienes y los servicios producidos. Hackman y Oldham no tienen en cuenta los resultados relacionados con el ausentismo. Para ellos, se trata

de un fenómeno que puede mejorarse o deteriorarse dependiendo de la competencia de los empleados cuyos empleos se modifican (Hackman y Oldham, 1980, pág. 93, Paquín, 1993).



Fuente: Hackman J. R. y Oldham.

Fig. 2.3 Modelo de las características de las tareas.

La figura ilustra el modelo completo de las características de las tareas. Este modelo presenta las variables que hemos tratado hasta ahora, así como las relaciones que existen entre éstas. Se observa que las características de las tareas afectan a los estados psicológicos críticos que determinan a su vez los resultados obtenidos. Entre estas variables pueden intervenir “moderadores” que tienen el efecto de reforzar o de aminorar los resultados obtenidos.

La teoría de las características de las tareas presenta varias ventajas con respecto a la teoría motivadores-ambiente. En primer lugar, ha desencadenado muchas menos polémicas y parece mejor fundamentada. Después, el autor que recurre a esta teoría puede contar con una herramienta de diagnóstico y de evaluación (el JDS) e inspirarse en un proceso descrito minuciosamente por Hackman y Oldham (1980). Sin embargo, la validez del JDS es objetable. Asimismo, no se ha demostrado la superioridad de la fórmula multiplicativa para IPM, y otros modelos, como el modelo lineal compensatorio (en el que el alto índice de una variable puede compensar el bajo índice de otra variable) también pueden ser válidos. (Brief, Aldag y Wallace, 1976; Dunham, 1976; Evans, Kiggundu y House, 1979).

¿A qué pruebas se ha sometido la teoría de las características de las tareas? Además de las pruebas realizadas por Hackman y colaboradores (1975), Hackman y Oldham (1976), Oldham, Hackman y Pearce (1976), Oldham (1976), Hackman, Pearce y Wolfe (1978) que parecen confirmar la teoría, se pueden señalar los trabajos de Locke, Sirota y Wolfson (1976), de Umstot, Bell y Mitchell (1976) y de Orpen (1979). Umstot, Bell y Mitchell concluyen, con base en los resultados de las pruebas que realizaron, que el enriquecimiento de las tareas tiene un impacto sustancial sobre la satisfacción en el trabajo, pero pocos efectos sobre la productividad. Locke, Sirota y Wolfson constatan un aumento significativo de la productividad, pero pocos cambios en las actitudes de los empleados: los incrementos de productividad se atribuyen a factores “facilitadores” y de ninguna manera al efecto motivador del enriquecimiento de las tareas: una mejor utilización de la mano de obra, la eliminación de procedimientos inútiles, una retroalimentación más frecuente y la competencia entre los empleados. La falta de una mayor satisfacción en el trabajo se atribuye al hecho de que los empleados no han obtenido las recompensas que ellos esperaban. En cuanto al estudio de Orpen, éste confirma bastante bien el valor de la teoría de las características de las tareas. Resulta, no obstante, que el enriquecimiento de las tareas puede tener un mayor impacto sobre las actitudes de los empleados que sobre la productividad. Orpen observa también que

el proceso de enriquecimiento de las tareas, aunque influido por los “moderadores”, puede a su vez influir en estos últimos.

En términos generales, un buen número de estudios corroboran bastante bien la teoría de las características de las tareas. Sin embargo, estos estudios adolecen generalmente de problemas metodológicos considerables y la investigación en este campo no ha sobrepasado la fase exploratoria (Roberts y Glick, 1981). Sin embargo, resulta que el enriquecimiento de las tareas puede tener más influencia sobre la satisfacción de los empleados que sobre la productividad, a menos que intervengan factores “facilitadores”. El efecto motivador del enriquecimiento de las tareas tiene, por lo tanto, un impacto limitado sobre la productividad, hecho que reconocen implícitamente Hackman y Oldham cuando atribuyen los aumentos de producción permitidos por el enriquecimiento de las tareas a los tres siguientes factores: la desaparición de efectos desmotivadores de la organización tradicional del trabajo, la eliminación de causas de ineficacia cuando se reorganiza el trabajo (pérdidas de tiempo, personal inútil o ineficaz) y la racionalización del sistema de producción cuando el trabajo se reorganiza (eliminación de duplicidad de actividades, etc.) (Hackman y Oldham, 1980, págs. 91 y 92).

Este modelo se debe ver más que nada como una guía para las investigaciones adicionales y una herramienta para la reorganización del trabajo (Hackman y Oldham, 1980, pág. 97). Así, Kiggundu (1981) propuso que se modificara el modelo añadiéndole una sexta característica de las tareas: la interdependencia iniciada por la tarea que afecta a la responsabilidad por el resultado del trabajo de los demás y, así, al estado psicológico crítico de la responsabilidad por los resultados.

El modelo de las características de las tareas no distingue entre las propiedades objetivas y las propiedades percibidas de las tareas, y no se sabe si la mayor motivación atribuida a un trabajo enriquecido proviene sobre todo de las características objetivas de las tareas (incluso si aquel que realiza la tarea no percibe estas características) o de la manera en que los empleados perciben estas características

(incluso si estas percepciones están influidas por factores no relacionados con la tarea) (Hackman y Oldham, 1980,pág. 97).

La teoría de las características de las tareas tiene también otras limitaciones. Al igual que la teoría motivadores-ambiente, está concebida sobre todo para el enriquecimiento de tareas que se efectúan aisladamente, pero no es útil aplicada a grupos de trabajo donde las personas interactúan. Se trata de una teoría de la motivación individual que no está relacionada con una teoría de la organización.

La teoría motivadores-ambiente ha suscitado muchas controversias y ha sido progresivamente sustituida por la teoría de las características de las tareas. Esta última ofrece la ventaja de tener en cuenta las variables personales y "situacionales". Se observará, sin embargo, que ambas teorías recurren a principios de reorganización del trabajo que presentan varias semejanzas.

Aunque mejor aceptada, la teoría de las características de las tareas no puede pretender dar una imagen completa y correcta de las características de las tareas. No obstante, ofrece en el estado actual de los conocimientos en este campo, una herramienta válida para reorganizar el trabajo de los puestos individuales. (Paquin., 1993).

2.9 SATISFACCIÓN LABORAL

Satisfactor: Es un elemento externo al ser humano, es el medio con el cual va a satisfacer una necesidad. (CFP 1992).

Una necesidad es una deficiencia fisiológica o psicológica que hace que ciertos resultados parezcan atractivos. (Robbins SP., 1987).

Las necesidades varían de cada individuo y en consecuencia estas llevan a diferentes patrones de conducta, las necesidades varían en épocas diferentes, sus

sistemas de valores evolucionan continuamente y una parte integral de esta evolución es el proceso de motivación. (Kast FE. et al., 1988).

Satisfacción es una sensación interna, conciente de bienestar que se experimenta cuando una necesidad es satisfecha o resuelta.

Satisfacción se refiere al placer que se siente cuando se satisface un deseo, es el resultado ya experimentado.

La satisfacción es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que las reducen. Es decir, satisfacción, es la sensación del término relativo de una motivación que busca sus objetivos.

Se han propuesto diversas definiciones de lo que significa satisfacción laboral, esta diversidad obedece a la dificultad que encierra el constructo por sí mismo, debido a que un solo concepto no puede ser aceptado universalmente.

La satisfacción laboral es la actitud favorable o desfavorable que los empleados mantienen respecto a su trabajo que es afectado por el sistema ambiental. (Werther WB., 1988)

Entre algunas definiciones esta la de Turcotte, quien la define como la consecuencia del resultado de la comparación que el individuo puede hacer entre sus previsiones y la realidad en que se encuentra.

Lichtenstein la conceptualiza como la diferencia que existe entre la situación laboral real y lo que se quiere o espera encontrar.

Mira la define como una actitud individual y positiva hacia el significado y condiciones bajo las cuales un trabajo es desarrollado por un trabajador. (Flores H et al., 1994)

Mientras que la motivación para trabajar y para formarse en el trabajo suele hacer referencia a disposiciones conductuales, es decir, a la clase, selección, fuerza e intensidad del comportamiento, la satisfacción se analiza como un sentimiento frente al trabajo y las consecuencias derivadas de él (Weinert, 1985) e implica tanto la cobertura de necesidades básicas, como la relación entre las expectativas o recompensas percibidas como adecuadas frente a la recompensa real obtenida.(Lawler,1975) (Weinert, 1985).

Así y tal y como exponen Garmendia y Parra, 1993 pag. 117, alguien estará satisfecho con su trabajo cuando: "como consecuencia del mismo, experimente sentimientos de bienestar por ver cubiertas adecuadamente las necesidades de cierto nivel sobre la base de los resultados conseguidos, considerados como recompensable aceptable a la ejecución de la tarea. (Garmendia, et al.1993).

Quizás sería muy arriesgado por lo sencillo, plantear que la satisfacción correlaciona directamente con el rendimiento, pero si que se ha encontrado una asociación fuerte entre satisfacción y estabilidad en la organización (ausentismo y rotación de personal). En este sentido, un elemento que influye en la complejidad del tema y en el estudio de estas consecuencias, estriba en la propia dificultad a la hora de operativizar la definición de satisfacción. Entre ellas podemos destacar dos grupos, aquellas que se centran en un conjunto de sentimientos positivos con las que los empleados perciben su trabajo (Newstron, 1993) y aquellas que las estudian como un conjunto de actitudes laborales que tienen relación con aspectos específicos del trabajo. (Morales, 1994).

Para muchos autores, la satisfacción en el trabajo es un motivo en sí mismo, es decir, el trabajador mantiene una actitud positiva en la organización laboral para lograr ésta. Para otros, es una expresión de una necesidad que puede o no ser satisfecha.

La satisfacción en el trabajo designa la actitud general del individuo hacia su trabajo. El que tenga un grado alto de satisfacción mostrará actitud positiva hacia el trabajo, mientras que el que este insatisfecho exhibirá actitudes negativas. (Robbins SP., 1999).

La satisfacción laboral podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo.

Además se puede establecer dos tipos o niveles de análisis en lo que a satisfacción se refiere:

Satisfacción General indicador promedio que puede sentir el trabajador frente a las distintas facetas de su trabajo.

Satisfacción por facetas grado mayor o menor de satisfacción frente a aspectos específicos de su trabajo: reconocimiento, beneficios, condiciones del trabajo, supervisión recibida, compañeros del trabajo, políticas de la empresa.

2.9.1 FACTORES Y DIMENSIONES DE LA SATISFACCION LABORAL QUE DETERMINAN LA SATISFACCIÓN LABORAL

Si consideramos la satisfacción laboral como el conjunto de actitudes, tendremos que analizar las dimensiones específicas de las que depende. En este sentido, Locke (1976) fue uno de los primeros autores que intentó identificar varias de estas características, clasificándolas a su vez en dos categorías. (Locke, E.A, 1976, Peiro y F. Prieto, 1996).

Eventos o condiciones de satisfacción laboral:

- Satisfacción en el trabajo: interés intrínseco del trabajo, la variedad, las oportunidades de aprendizaje, la dificultad, la cantidad de trabajo, las posibilidades de éxito o el control sobre los métodos.
- Satisfacción con el salario: valoración con el aspecto cuantitativo del sueldo, la equidad respecto al mismo o al método de distribución.
- Satisfacción con las promociones: oportunidades de formación o la base a partir de la que se produce la promoción.
- Satisfacción con el reconocimiento: que incluye los elogios por la realización del trabajo, las críticas, la congruencia con la propia percepción.
- Satisfacción con los beneficios: tales como pensiones, seguros médicos, vacaciones, primas.
- Satisfacción con las condiciones de trabajo: como el horario, los descansos, el diseño del puesto de trabajo, la temperatura.

Agentes de satisfacción que hacen posible la ocurrencia de estos eventos

- Satisfacción con la supervisión: referida al estilo de supervisión o las habilidades técnicas, de relaciones humanas o administrativas.
- Satisfacción con los compañeros: que incluye la competencia de estos, su apoyo, comunicación, amistad.
- Satisfacción con la compañía y la dirección: aspectos como la política de beneficios y salarios dentro de la organización.

Con respecto a los factores que determinan la motivación laboral, podemos distinguir los factores propios del trabajo y los que le son ajenos:

1. Factores del trabajo en sí: Las actividades y sentimientos que los trabajadores desarrollan en y hacia su trabajo son parte en la determinación de la motivación. Así se ha demostrado en el famoso experimento de Elton Mayo en la Hawthorne que el trabajador no es una máquina aislada que produce resultados dependiente solamente de su estado de salud física y de las condiciones que lo circundan, ya que es un ser humano que participa dentro de un grupo y los cambios de las condiciones de trabajo no solucionan nada si las relaciones entre la empresa y los trabajadores son insatisfactorias.
2. Factores ajenos a la situación de trabajo: Es indudable que factores del hogar y otras actividades del trabajador tienen efectos importantes en su motivación. Este tipo de factores como el estado de ánimo, conflictos, etc.; son muy importantes y se deben considerar al motivar al trabajador, ya que cualquier esfuerzo que haga la organización para aumentar la motivación del trabajador puede que no tenga mayor eficacia si tiene problemas externos a la situación de trabajo, ya sean de tipo familiares o con sus relaciones sociales.

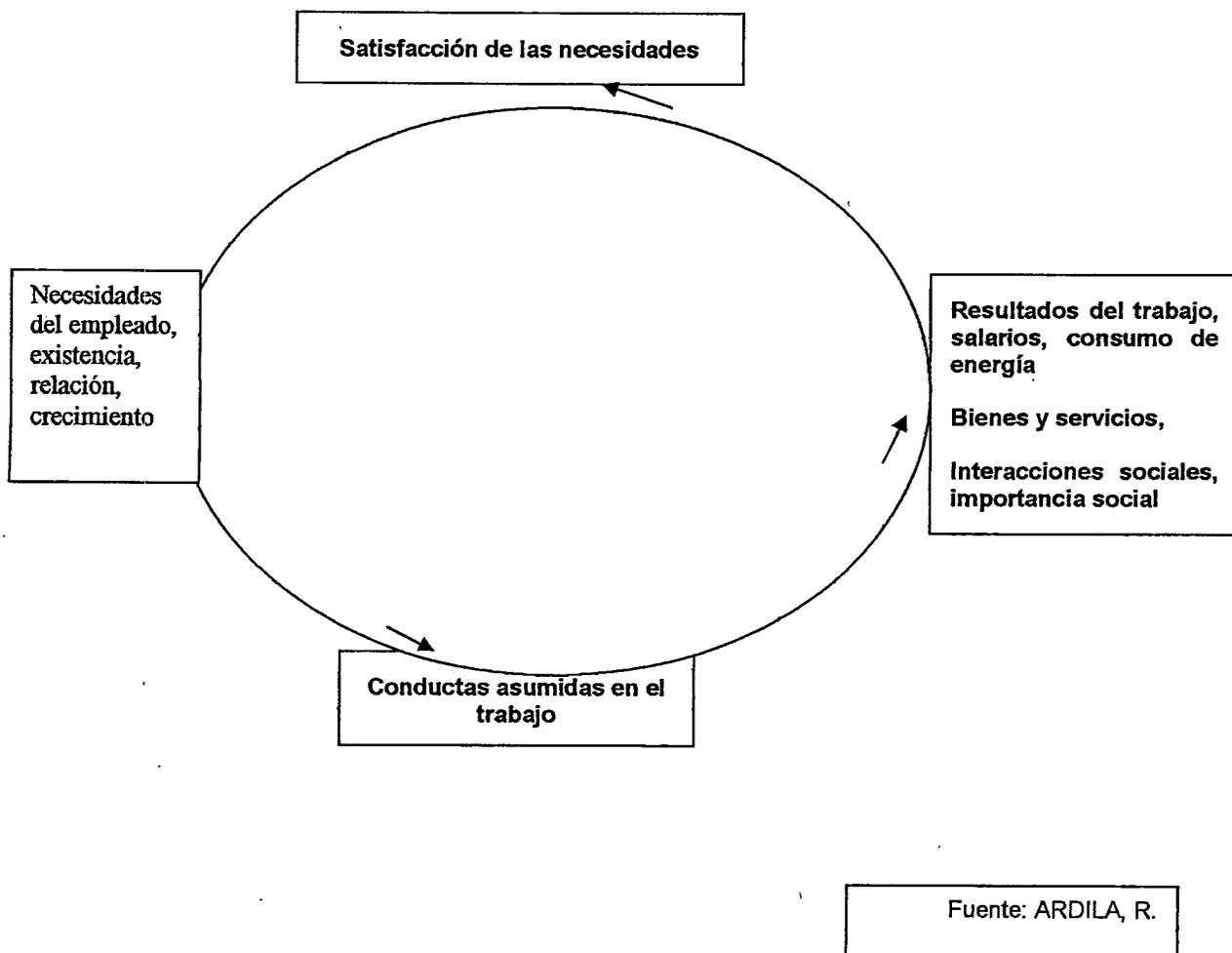


Fig. 2.4 LOS RESULTADOS DEL TRABAJO

Puede considerarse que los resultados obtenidos por los empleados al asumir ciertas conductas en el trabajo son las razones por las cuales trabajan, ya que estos determinan la satisfacción de ciertas necesidades.

De acuerdo a los hallazgos, investigaciones y conocimientos acumulados (Robbins, 1999) se consideran que los principales factores que determinan la satisfacción laboral son: (Robbins SP., 1999).

- Reto del trabajo
- Sistema de recompensas justas
- Condiciones favorables de trabajo
- Colegas que brinden apoyo

Adicionalmente:

- Compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo.

(Vroom, 1964) enumera cinco circunstancias que merecen estudiarse con cierto detalle. Según él, el trabajo asalariado estaría determinado por las siguientes circunstancias:

1. Provee al trabajador con un salario por sus servicios.: el dinero cumple el papel de ser un instrumento para obtener resultados deseados. El dinero en sí o por sí mismo no es importante, ya que adquiere importancia como medio para la satisfacción de necesidades.
2. Permite el empleo de la energía física o mental del trabajador.: Este consumo de energía llena el tiempo del empleado e inhibe la aparición del ocio y del aburrimiento. El valor de consumo de tiempo depende de dos condiciones:
 - a. Al valor fijado al consumo de energía depende del estado de privación del individuo
 - b. Las primeras experiencias de socialización pueden conducir a la valoración del consumo de energía.

3. Le da oportunidad de contribuir a la producción de bienes y servicios.: esta función productiva puede constituir una razón fundamental para trabajar. Como son todas las personas que están trabajando para producir una mercancía valorada.
4. Da al trabajador ocasión de entrar en contacto social con otras personas: El trabajo es social. La importancia de los aspectos sociales del trabajo está en función de diversos factores, además del estado de necesidades del empleado. La importancia de los motivos sociales para trabajar parece variar en función de la fuerza de las necesidades en relación del empleado, la correspondencia entre personalidad del empleado y las personalidades de los compañeros de trabajo y las interacciones permitidas y requeridas por el trabajo.
5. Define, al menos parcialmente, el estatus social del trabajador.: Varios factores ayudan a determinar el estatus de un trabajo. Los determinantes del estatus del trabajo son:
 - a. Las habilidades o conocimientos requeridos para desempeñar el trabajo.
 - b. La categoría o posición jerárquica dentro de la organización.
 - c. Salarios.
 - d. Antigüedad.
 - e. Estatus de los asociados.

El dinero es un reforzador universal, probablemente uno de los pocos que tiene ese carácter de universalidad; con él se pueden adquirir diversos tipos de refuerzos, se puede acumular previendo necesidades futuras o usarse para producir más dinero. La gente no trabaja por el dinero en sí mismo, que es un papel sin valor intrínseco; trabaja porque el dinero es un medio para obtener cosas.

Sin embargo el dinero no es la única fuente de motivación en el trabajo, como se ha comprobado por medio de diferentes estudios Morse y Weiss (1955) llevaron a cabo

en los E.E.U.U. un muestreo de escala nacional y encontraron que el 80% de los trabajadores afirmaron que seguían trabajando a pesar que sus necesidades económicas estuvieran completamente satisfechas. Como dato importante, los autores encontraron una correlación positiva entre la cantidad de adiestramiento que se requiere en una ocupación dada y el deseo de seguir trabajando sin el refuerzo monetario; en todo caso, entre los trabajadores no calificados el 58% seguiría trabajando, aunque sus necesidades económicas fueran solucionadas de antemano; en profesiones calificadas el porcentaje era mucho más alto.

Es importante comprobar que entre los trabajadores no calificados el porcentaje que seguiría trabajando es menor que el porcentaje total. Tal vez a nivel de obrero no calificado el dinero juega un papel más importante como factor motivacional que a nivel profesional. En esto Maslow tendría razón.

Las personas con ocupaciones de nivel más alto tienden a tener una mayor satisfacción con su trabajo. Por lo general disfrutan de mayores ingresos y condiciones de trabajo de, más alta calidad.

El dinero no es el único estímulo para el trabajo aunque si muy importante, la alegría, el deseo y el placer tienen diversas dimensiones y si pretendemos cambiar las actitudes de la gente hacia el trabajo debemos entender los impulsos primarios básicos (Ishihava Kaivin., 1986).

Las remuneraciones tienen importancia sin duda alguna para el profesional, pero hay numerosos trabajos de investigación que demuestran que aquellas no son el incentivo principal que los impulsa a llegar a su mejor actuación. La tarea genuina de la gerencia en relación con las retribuciones es administrarlas de manera que los empleados profesionales las acepten como equitativas, a fin de evitar descontentos y soslayar preocupaciones que interfieran con su trabajo. Si están deficientemente administrados, los emolumentos pueden reducir la productividad de los profesionales a

un nivel inferior al mínimo que sería de desear; no parecen tener estas asignaciones valor suficiente para elevar ese nivel.

Los complejos factores que mueven a un individuo a trabajar no pueden ser reducidos a una motivación puramente económica. Las motivaciones que llevan al hombre a trabajar abarcan recompensas sociales como la interacción social, el respeto, la aprobación, el estatus y el sentimiento de utilidad. Si la motivación fuera simplemente económica bastaría con subir los sueldos para motivar a los empleados a subir su productividad, pero la experiencia no muestra que sea así. El trabajo proporciona una manera de satisfacer muchas necesidades y sentir un sentido de importancia frente a los ojos propios como frente a los demás.

Se sabe que la gente trabaja para ejercitar sus músculos su capacidad verbal o sus habilidades intelectuales. Parece que el esfuerzo físico y mental que se requiere para ejercer una tarea no tiene las implicaciones negativas que les da el hombre de la calle, sino que se considera positivo y deseable. La inactividad continuada parece ser más negativa y desagradable que el trabajo intenso.

Friedmann y Havighurst (1954) encontraron que gran cantidad de trabajadores gustan de su trabajo porque los mantiene ocupados y activos; les disgustaría no trabajar porque no sabrían que hacer con su tiempo libre. El hombre busca sentido en todo lo que hace, y esto se relaciona en forma compleja con la manera de utilizar las energías vitales.

El hecho de trabajar se asocia en nuestra cultura con una valoración positiva y el no trabajar con una valoración negativa. Se reprueban a las personas que no trabajan a menos que tengan fuertes razones para no hacerlo, tales como edad o enfermedad. La opinión que el individuo tiene de sí mismo, es en muchos casos función del trabajo, de la excelencia de su ejecución y de la forma como reconozca la sociedad la importancia de esa labor que está desempeñando.

La producción puede entenderse en sentido económico o de un punto de vista más amplio relacionado con la actualización de las necesidades del hombre.

En el mundo anterior a la revolución industrial el individuo podía enorgullecerse del producto de su trabajo era capaz de elaborar un objeto completo. Ahora en la época industrial el individuo hace una parte mínima del proceso de producción, siempre la misma parte y no disfruta del producto de sus esfuerzos (es trabajo alienado según Marx).

Wilensky (1961) encontró tres grupos de variables que se relacionan con la auto-estimación:

1. Libertad relativa para actuar en el trabajo.
2. Relativa autoridad y responsabilidad.
3. Oportunidad de interacción social.

Los hombres trabajan porque se sienten bien con sus compañeros de trabajo, con los supervisores y los jefes. El grupo de trabajo, que comienza siendo un medio para un fin, se convierte con el paso del tiempo en un fin en sí mismo; la persona va a trabajar porque es importante estar en una compañía de sus colegas, haciendo lo mismo que ellos hacen, disfrutando de su mismo estatus, teniendo sus mismos intereses, actitudes y obligaciones.

El trabajo tiene un carácter social. En la mayor parte de los casos el trabajo se realiza en presencia e otras personas, sean compañeros o supervisores; inclusive los trabajos profesionales se tiene en cuenta al cliente, la reacción de la sociedad como un todo, y la reacción del grupo profesional, con el cual uno se identifica.

Se ha encontrado que el principal factor en el trabajo es el aspecto social, término utilizado para referirse a los contactos realizados entre los trabajadores a causa de sus actividades e trabajo, el segundo factor importante fue la relación del trabajador

con su supervisor inmediato. Es importante señalar que la satisfacción en el trabajo no proviene del contacto social en abstracto, sino de aquellas clases de contacto social, que están de acuerdo con los factores de personalidad de cada trabajador; para unos será la oportunidad de tener relaciones afectivas de carácter íntimo; para otros será la posibilidad de influir en las demás personas; para unos terceros, el gozar de la protección de los superiores.

El prestigio de un individuo es muchas veces consecuencias de su ocupación. En casi todos los casos al identificarse el individuo por medio de su ocupación, los demás se forman una serie de expectativas y de estereotipos relacionados con la profesión en cuestión, sin tener en cuenta las diferencias individuales dentro de la misma.

El prestigio de una profesión es uno de los factores motivacionales que atraen al individuo a participar en ella. Una ocupación posee mayor estatus que otras y la persona en busca de posesión se identifica más fácilmente con las de mayor estatus. Dentro de una misma ocupación, la motivación para trabajar puede estar determinada por el lugar que ocupa en la jerarquía.

La noción de prestigio de una ocupación está claramente relacionada con la cultura a la cual pertenece el individuo y con la subcultura del trabajo. Está relacionada igualmente con las diferentes subculturas que existen dentro de una cultura. En un grupo determinado las profesiones técnicas tienen todo el prestigio, en otro grupo lo tienen las artes y un tercero puede tener inactividad completa.

El estatus social probablemente desempeña un papel al facilitar la satisfacción de necesidades de relación y de crecimiento.

El trabajo en sí mismo afecta a la satisfacción debido al diseño que se dé al puesto que desempeña el empleado.

Los puestos con riqueza en elementos conductuales, como la autonomía, la variedad, la significación de la tarea y la retroalimentación recibida contribuyen a la satisfacción del empleado, porque la aceptación del empleado en su grupo de trabajo inmediato y en la organización es importante y en la organización es importante para el logro de niveles altos de satisfacción. La función de personal se relaciona de manera esencial con la satisfacción laboral. El departamento de personal verifica con frecuencia el nivel de satisfacción laboral, porque afecta la rotación de personal, el ausentismo, el potencial de conflicto y otras áreas esenciales. En muchas organizaciones existen especialistas que periódicamente llevan a cabo estudios de comprobación del clima que impera en la empresa.

White.R, (1959) propone un nuevo enfoque de la motivación con base en el concepto de eficacia es decir en la sensación que resulta del trabajo bien hecho. Este sería un mecanismo innato, en el sentido de no adquirirse por reducción de impulsos primarios. Este factor tendría una importancia central, en los trabajos que requieren un alto grado de habilidad y entrenamiento.

Satisfacción con el trabajo en si – Reto del trabajo. Dentro de estos factores, podemos resaltar, según estudios, dentro de las características del puesto, la importancia de la naturaleza del trabajo mismo como un determinante principal de la satisfacción del puesto. (Douglas McGregor., 1974).

Hackman y Oldham (1975) Identificaron las siguientes cinco "dimensiones centrales":

Variedad de habilidades, el grado en el cual un puesto requiere de una variedad de diferentes actividades para ejecutar el trabajo, lo que representa el uso de diferentes habilidades y talentos por parte del empleado.

Identidad de la tarea, el grado en el cual el puesto requiere ejecutar una tarea o proceso desde el principio hasta el final con un resultado visible.

Significación de la tarea, el grado en que el puesto tiene un impacto sobre las vidas o el trabajo de otras personas en la organización inmediata o en el ambiente externo.

Autonomía, el grado en el cual el puesto proporciona libertad, independencia y discreción sustanciales al empleado en la programación de su trabajo y la utilización de las herramientas necesarias para ello.

Retroalimentación del puesto mismo, el grado en el cual el desempeño de las actividades de trabajo requeridas por el puesto produce que el empleado obtenga información clara y directa acerca de la efectividad de su actuación.

Cada una de estas dimensiones incluye contenidos del puesto que pueden afectar la satisfacción del empleado en el trabajo.

Robbins (1999) junta estas dimensiones bajo el enunciado reto del trabajo.

Los empleados tienden a preferir trabajos que les den oportunidad de usar sus habilidades, que ofrezcan una variedad de tareas, libertad y retroalimentación de cómo se están desempeñando, de tal manera que un reto moderado causa placer y satisfacción. Es por eso que el enriquecimiento del puesto a través de la expansión vertical del mismo puede elevar la satisfacción laboral ya que se incrementa la libertad, independencia, variedad de tareas y retroalimentación de su propia actuación.

Se debe tomar en cuenta que el reto debe ser moderado, ya que un reto demasiado grande crearía frustración y sensaciones de fracaso en el empleado, disminuyendo la satisfacción.

Tienen para el profesional mucha mayor relevancia –siempre que su retribución sea equitativa –aspectos y valores como los siguientes:

Utilización plena de su talento y preparación, lo cual significa atención crítica a la naturaleza de su trabajo, organización de las funciones en que toma parte, el reto de su trabajo, y libertad de supervisión minuciosa.

Categoría y prestigio, no sólo dentro de la organización, sino fuera de ella respecto a su profesión. Nuestra tendencia a considerar las funciones *staff*, a cuyo campo pertenecen la mayor parte de los profesionales, como "cargas" sobre la producción es una de las diversas maneras con que impedimos que satisfagan sus necesidades de categoría y prestigio.

Además, a pesar de algunas concesiones más bien de carácter paternal, como el permiso para asistir a las reuniones de sociedades profesionales, la gerencia tiende a atar al profesional a la empresa de forma que reduce al mínimo su oportunidad para ganarse el renombre y reconocimiento de sus colegas en su campo de actividad. Para él la participación pública y conocida en los asuntos de las sociedades profesionales constituye una fuente mucho más importante de reputación que la mera asistencia a sus reuniones. Sin embargo, aun cuando no se ventilen secretos competitivos, tales actividades son consideradas con frecuencia como distracciones indeseables de las responsabilidades primordiales del profesional respecto a su empresa. La realidad es que contribuyen a su valor, al mismo tiempo que le proporcionan satisfacción y prestigio.

Sus oportunidades de progreso dentro de su carrera profesional. Nuestros elaborados programas de desarrollo de la gerencia deparan muy escasas oportunidades hoy en día al adelanto en la carrera de los especialistas profesionales.

Las normas y prácticas convencionales respecto a ascensos castigan al individuo que no aspira a un empleo ejecutivo o gerencial, obligándole a cambiar de función y asumir responsabilidades diferentes. La promoción significa para el profesional un premio y reconocimiento por realizar mejor lo que ya está haciendo. La gerencia ha prestado hasta ahora escasa atención a estos valores del hombre profesional, y tampoco se ha fijado mucho en sus consecuencias normativas y prácticas. Las aspiraciones a largo plazo del profesional tienen una trascendencia fundamental para

él. En la práctica privada o en las instituciones académicas está habituado a elegir entre diversas oportunidades en función de estos valores. En cambio, la gerencia industrial está acostumbrada a ejercer un volumen considerable de "autoridad de carrera" sobre sus empleados ejecutivos de todos los niveles. Se los evalúa, asciende, traslada y hace desempeñar funciones diversas según sean las necesidades de la organización, sin tener casi para nada en cuenta los estímulos y motivaciones de su carrera personal. Estos puntos de vista incompatibles tienen forzosamente que entrar en conflicto al ir siendo más numerosos e indispensables para la industria los empleados profesionales.

Esta contradicción, debemos hacerlo notar, tiene consecuencias políticas de cierta trascendencia. Una de las características peculiares de nuestra sociedad democrática occidental, lo decimos con orgullo, es que el individuo no es servidor del Estado. No deja de ser curioso e interesante que la institución más vasta y poderosa de esta sociedad occidental- la industria- administre casi siempre sus normas de promoción (que afectan profundamente a la carrera de sus empleados para toda la vida), haciendo resaltar casi de un modo exclusivo "las necesidades de la organización".

Sólo la libertad de abandonar su empleo --libertad muchas veces demasiado costosa, cuando el individuo ya ha adquirido derechos de consideración en los planes de beneficio de su empresa—le libra de ser en realidad "un servidor de la corporación" de esta manera genuina y básica. (Hackman y Oldham, 1975)

En una clasificación reciente Peiro y Prieto (1996) destacan:

Las características y el diseño del puesto.

Se dispone de abundante evidencia empírica de que las personas que desempeñan tareas repetitivas y pobres sienten un mayor aburrimiento, infrautilización de sus habilidades e insatisfacción general (Spector, 1992) el enriquecimiento de las tareas era uno de los principales objetivos de la formación profesional en la empresa y en parte, ahí residía su carácter motivador. La satisfacción que se puede obtener ante el cambio y la innovación tecnológica, depende asimismo de los contenidos del puesto

(variedad, esfuerzos intelectuales, identidad, cualificación) y del nivel de participación de los empleados. (Korunga, Weiss, Huemer y Kareta, 1995).

Otro aspecto relacionado sería la percepción de control sobre el trabajo que tienen los propios empleados. Este control está relacionado con la motivación y la satisfacción, aquellos sujetos motivados por el trabajo pero que no tienen margen de acción en su proceso laboral, manifiestan un mayor grado de insatisfacción.

Las características organizacionales

Entre las más importantes destacaríamos el sistema de dirección, la división del trabajo, la comunicación organizacional (recuérdese su importancia como factor motivador y formativo). En este sentido, el liderazgo también sería especialmente interesante en cuanto a distribuidor de recompensas y reconocimientos laborales. Otro factor comentado anteriormente sería la participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y está asociada a la satisfacción percibida. (Wagner, 1994).

Como Peiro y Prieto (1996) concluyen los determinantes de la satisfacción laboral combinan características de diferente tipo: del ambiente, del puesto, de personalidad y de motivación. Subrayando la importancia de la formación, destacaríamos las características del puesto que en un sentido negativo asociaría la insatisfacción con la rutinización y la arbitrariedad en la distribución de recompensas.

La congruencia de los intereses del trabajador y los objetivos de la empresa también es una importante fuente de satisfacción. Entre los intereses más importantes del trabajador encontraríamos su elección vocacional, las expectativas previas, el progreso laboral, el enriquecimiento del puesto, el aprendizaje y ejecución de nuevas habilidades. Tampoco deberíamos descartar la influencia de otras variables como la satisfacción vital y el significado del trabajo en el individuo.

Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser".

Generalmente las tres clases de características del empleado que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) son:

- a. Las necesidades
- b. Los valores
- c. Rasgos personales.

Los tres aspectos de la situación de empleo que afectan las percepciones del "debería ser" son:

- a. Las comparaciones sociales con otros empleados
- b. Las características de empleos anteriores
- c. Los grupos de referencia.

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son:

1. Retribución
2. Condiciones de trabajo
3. Supervisión
4. Compañeros
5. Contenido del puesto
6. Seguridad en el empleo
7. Oportunidades de progreso.

Al igual que la motivación, la satisfacción laboral también es afectada por el sistema ambiental.

Cada elemento del sistema del ambiente puede contribuir a la satisfacción laboral o actuar en su detrimento. (Werther WB., 1988)

El nivel de satisfacción se ve afectado por la forma en que se administran las actividades de personal.

Los departamentos de personal burocratizados y orientados al cumplimiento mecánico de las reglas han sido responsables de un porcentaje muy importante de descontento en el pasado. Por el contrario, los departamentos de personal ágiles y flexibles, con orientación humana y filosofía activa contribuyen a la motivación, el crecimiento y la satisfacción de los integrantes de la organización

La motivación para lograr metas personales y de la organización es un tema muy complejo. Sin embargo, el profesional se siente orgulloso de sus logros. (Craig y Lester, 1985).

Para la mayoría de los empleados de Estados Unidos las necesidades fisiológicas de alimentos, habitación, vestido, están bien satisfechas. Tienen también certeza de que las necesidades de seguridad continuarán satisfaciéndose. La motivación que se utiliza para satisfacer estos bajos niveles básicos es muy intensa, pero una vez satisfechas esas necesidades, se dirige a niveles más altos de satisfacción psicológica, reconocimiento, autosatisfacción, y la autorrealización que se siente al crear y contribuir a la solución de problemas y a la obtención de metas. (Craig y Lester, 1985).

Diversos autores han presentado teorías sobre la satisfacción en el trabajo, las cuales se pueden agrupar en tres grandes enfoques sobre satisfacción en el trabajo.

Un primer enfoque, basado en el modelo de las expectativas, plantea que la satisfacción en el trabajo está en función de las discrepancias percibidas por el individuo entre lo que él cree debe darle el trabajo y lo que realmente obtiene como producto o gratificación.

Un segundo enfoque teórico, plantea que la satisfacción en el trabajo es producto de la comparación entre los aportes que hace el individuo al trabajo y el producto o resultado obtenido. Esta misma tendencia llamada equidad plantea también que esta satisfacción o insatisfacción es un concepto relativo y depende de las comparaciones

que haga el individuo en términos de aporte y los resultados obtenidos por otros individuos en su medio de trabajo o marco de referencia.

Por último, la teoría de los dos factores plantea que existen dos tipos de factores motivacionales; un primer grupo, extrínsecos al trabajo mismo, denominados "de higiene o mantención", entre los que podrán enumerarse: el tipo de supervisión, las remuneraciones, las relaciones humanas y las condiciones físicas de trabajo y un segundo grupo, intrínsecos al trabajo, denominados "motivadores", entre los que se distinguen: posibilidades de logro personal, promoción, reconocimiento y trabajo interesante. Los primeros son factores que producen efectos negativos en el trabajo si no son satisfechos, pero su satisfacción no asegura que el trabajador modifique su comportamiento. En cambio, los segundos son factores cuya satisfacción si motivan trabajar a desplegar un mayor esfuerzo.

Estos tres enfoques son complementarios y se pueden resumir diciendo que "la satisfacción en el trabajo nos muestra las discrepancias entre lo que un individuo espera obtener en su trabajo en relación a los que invierten en él y los miembros de su grupo de referencia, y lo que realmente obtiene él, con comparación a los compañeros, siendo diferentes las actitudes si se trata de factores extrínsecos o intrínsecos al trabajo mismo.

Muchos trabajadores citan diferencias entre lo que hace su trabajo más agradable y que los motiva a trabajar más intensamente, la falta de presión (stress), localización conveniente y buenos beneficios adicionales, potencial para trabajar, trabajo que plantea un desafío y la oportunidad de desarrollar sus capacidades hacen que la gente tienda a trabajar más intensamente. El reconocimiento por un buen desempeño y en particular las recompensas acordes con el desempeño son otros factores motivadores importantes. (Kenneth .1984).

Los factores que determinan la satisfacción laboral son: un trabajo mental interesante, la equidad de los premios, las condiciones propias del trabajo y colegas adecuados. Los resultados de las encuestas de opinión se ajustan a modelos motivadores y de higiene. (Chiavenato I., 1991)

En relación a lo poco escrito de satisfacción laboral en el personal de salud encontramos algunos estudios, de los cuales se comentaran los siguientes:

En 1989 se realizó una investigación para evaluar la satisfacción en los prestadores y usuarios de unidades de primer nivel de operación. El hallazgo más importante fue que el grupo de médicos encuestados refirió no estar satisfecho con el grado de conocimientos normativos que poseían, con la disponibilidad de los recursos y la cantidad de trabajo. (IMSS, 1990)

En 1990 se investigó la satisfacción de médicos de unidades hospitalarias y se encontró baja satisfacción laboral en relación al salario percibido, área físicas inadecuadas y pocas expectativas de superación. (Aguirre GH., 1990)

En 1992 un análisis realizado por Mira se reportó que el ausentismo es mayor en grupos de personas insatisfechas con las oportunidades disponibles, las responsabilidades y expectativas de desarrollo en su trabajo. (Mira J., 1992).

En 1994, Flores, Valdivieso y Cols. Estudiaron 5 dimensiones de la satisfacción laboral. Cantidad de trabajo, autonomía, disponibilidad de recursos, relaciones profesionales y recompensas. La variable que reportó satisfacción laboral más baja fue la disponibilidad de recursos, la que obtuvo mayor porcentaje de satisfacción alta fue las relaciones profesionales. (Flores, Valdivieso, 1994).

En 1994 hicieron un estudio con enfoque multidimensional, donde se midió la percepción y opinión del usuario, del trabajador y del cuerpo directivo, así como la satisfacción laboral. Se encontró que la satisfacción laboral tiene relación con algunos aspectos del desempleo y, principalmente, con el clima organizacional. Se encontró que los médicos presentan calificaciones homogéneas y satisfactorias en casi todas las variables que midieron con excepción de: clima intragrupo, resistencia al cambio y reconocimiento. (Salinas- Oviedo et al, 1994).

En 1996 Chávez, Álvarez y Cols. efectuaron un estudio en médicos y enfermeras analizando cinco dimensiones: relaciones profesionales, personal, recursos materiales, cargas de trabajo, autonomía y recompensas psicológicas y materiales. La calificación

global de satisfacción alta fue de 16%, satisfacción media 66% y el 18% baja. La autonomía fue la de más alta satisfacción, la de relaciones profesionales, recompensas y cantidad de trabajo obtuvieron el mayor porcentaje de baja satisfacción. (Chávez Álvarez, 1996).

En un estudio de la satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid, el cuestionario aplicado a profesionales sanitarios y no sanitarios, encontraron que los profesionales se encuentran medianamente satisfechos, comparando este estudio con el realizado en 1992, la tensión laboral, la promoción profesional siguen siendo las peor valoradas. (Fernández MI, et al., 1997.)

En un estudio realizado en el National Primary Care Research and development Centre, Williamson, Building, Universidad de Manchester, Oxford Road, se observó una disminución en la satisfacción laboral de 1987 a 1998 y que tiene relación con el stress laboral. (<http://www.senfyc.htm>).

En un estudio de en trabajadores de servicios oncológicos realizado en Ontario, de en un análisis del stress en el trabajo y la satisfacción en el trabajo encontraron de 122 médicos el 57.7% tenía alta satisfacción laboral con 41.7% de nivel de stress laboral. A diferencia de 498 personajes de la atención de la salud donde era menor el porcentaje de Stress y de satisfacción laboral. (Grunfeld E. 2000)

2.10 LA EMPRESA Y MOTIVACIÓN DE LOS TRABAJADORES

El concepto de empresa trasciende del lugar físico donde se trabaja. El trabajo es un valor social cambiante pero que sigue manteniendo su papel de estructurador del tiempo, principal fuente de ingresos y realización personal. En este sentido, la empresa se entiende como un entorno psicológicamente significativo. En la percepción de un clima social empresarial favorable al desempeño, intervienen una serie de dimensiones psicológicas como la motivación, las necesidades, las satisfacciones y la consecución de unos objetivos.

La cultura de una compañía es ese conjunto de tradiciones, formas de comportamiento, actitudes, esperanzas compartidas que hacen de cada compañía algo diferente que la convierte en algo único. (Kenneth, 1984).

La satisfacción laboral está relacionada al clima organizacional de la empresa y al desempeño laboral.

Los principales factores que influyen en la construcción de un clima apropiado son, según Peiro, 1983.

La propia organización, dirección competente, tareas bien definidas, recursos adecuados, sistemas de incentivos.

La definición de los puestos de trabajo y de las tareas, teniendo especialmente en cuenta la importancia de la formación constante en el mismo, puesto que hoy se demanda desde la organización una cierta polivalencia en la ejecución de las tareas.

Esferas propias de responsabilidad asociada a la cualificación del trabajador.

Las percepciones individuales de la existencia de estas características ambientales.

Un juicio emitido por el individuo, del grado en que una determinada característica psicológica está presente en la organización (ejem. comunicación fluida con los cuadros superiores).

El resultado de la consideración de estas premisas nos lleva al concepto de "*self involvement*", en el que el trabajador se siente identificado y partícipe de la institución. Sentimiento que no es equivalente al de "prestigio social" que implica el pertenecer a una organización con salarios elevados y ventajas contractuales. Como defiende Sarries (1993), este sentimiento lleva a una fuerte integración con la empresa, identificación que en Japón se ha conseguido gracias a factores culturales y que en nuestra sociedad debería ser consecuencia de un cambio de actitudes por parte de empresarios, dirigentes y trabajadores. (Sarries, 1993).

Cada organización tiene un conjunto de elementos que influyen en el comportamiento de la gente en el trabajo y que forman parte de los factores sociales, tales como su cultura, que al igual que los procesos de interacción, patrones, redes informales y características individuales tales como creencias, actitudes y habilidad conductual describen el aspecto humano e informal de las organizaciones y son el aspecto más difícil de cambiar en la organización. (Fernández MI, et al., 1992).

Mediante el estudio de la satisfacción, los directivos de la empresa podrían saber los efectos que producen las políticas, normas, procedimientos y disposiciones generales de la organización en el personal. Así se podrían mantener, suprimir, corregir o reforzar las políticas de la empresa, según sean los resultados que ellos están obteniendo.

La eliminación de las fuentes de insatisfacción conlleva en cierta medida a un mejor rendimiento del trabajador, reflejado en una actitud positiva frente a la organización.

Como plantean Peiro y Prieto en 1996. "Uno de los objetivos básicos en el estudio de la motivación laboral debería ser su aplicación directa al Desarrollo Organizacional.

Así, ante determinadas problemáticas en las organizaciones se podrían utilizar las teorías y los modelos como instrumentos válidos en la intervención. En este sentido, algunas teorías y modelos sobre la motivación laboral pueden ser útiles para la implantación de planes y programas de formación en las organizaciones, la gestión eficaz de la toma de decisiones y la evaluación del desempeño y del rendimiento laboral, entre otros. Entre estas estrategias motivacionales cabe destacar los sistemas de compensaciones, el diseño de puestos, tareas y roles, el sistema normativo y disciplinario, los estilos de dirección y de liderazgo y la participación en el trabajo y en las organizaciones. (Hontangas, et al., 1995).

2.11 LA FORMACIÓN PROFESIONAL CONTINUA

Disponemos de numerosos criterios de clasificación de los factores que actúan interrelacionados en la motivación, formación y satisfacción laboral. A modo de ejemplo señalamos dos sistemas en los que se contemplan variables comunes Según Korman, 1978:

Variables ambientales de las que depende:

Nivel profesional, a más elevado más satisfacción.

Contenido del puesto, aumenta con la variación.

Tipo de liderazgo participativo.

Salario y promoción ambas interrelacionadas.

Grupos de trabajo, aceptación por los miembros del grupo y reconocimiento.

La adaptación es imprescindible en las organizaciones, ya que sus estructuras cada vez requieren mayor flexibilidad y una adecuación de los perfiles que la integran. En la formación profesional continua, las empresas disponen de una herramienta indispensable que facilita esta adaptación. (Torre, 1997)

Las funciones que esta formación puede asumir dentro de la organización son múltiples:

Transmisión de conocimientos, aptitudes y habilidades, tiene como finalidad no sólo la viabilidad y permanencia de la organización, sino incluso dotarle de sentido y de estructura.

El medio y el contenido de la cultura organizativa. (Mintzberg, 1984).

Una función de cohesión interna (Garmendía, 1994) dentro de la organización y ajuste a las demandas del entorno.

Establecimiento de contenidos de identificación y procedimientos propios de comunicación (Lucas, 1997).

La cultura del aprendizaje supone la apertura a la crítica, buena disposición para reexaminar con frecuencia las competencias básicas, una valoración permanente de los resultados y sobre todo, compromiso de todos los miembros de la organización en la reflexión, en la comunicación y en el mutuo intercambio. Y esto es resultado de la implicación singular de las personas en función de sus motivaciones (Senge, 1996).

La educación continua habilitará al trabajador para enfrentarse al desafío de la complejidad de los sistemas, proyectos, mercado y del consumidor. El profesional verdaderamente feliz y psicológicamente sano es aquel que produce en la profesión que ha elegido, contribuye a la obtención de los fines de la organización y obtiene reconocimiento, por esa contribución, por parte de la compañía y sus colegas profesionales. La educación continuada es una fuerza muy importante en la preparación de personal para lograr lo que la compañía espera de ellos. (Craig y Lester, 1985).

La satisfacción individual que se obtiene por el desarrollo personal y por la educación continua es saludable para el trabajador y ayuda a motivar el logro de niveles más altos de desempeño y productividad. Este es tanto un beneficio para la compañía como para el empleado. (Craig y Lester, 1985).

2.12 EL PAPEL DEL DIRECTIVO EN LA MOTIVACIÓN FORMATIVA

En un entorno de cambios, el asumir riesgos y atreverse a modificar situaciones anquilosadas, debe ser una tarea asumible desde los equipos directivos de las organizaciones. Los líderes pueden ser pioneros del cambio, si están dispuestos a asumir riesgos, a innovar y a buscar nuevas y mejores maneras de hacer las cosas. Aquí entra el aprendizaje, en el proceso de intercambio y comunicación que se produce entre el líder y sus colaboradores. (Kaufmann, 1997)

Como plantean Peiro y Prieto (1996), una de las funciones propias del líder, estriba en gestionar las estrategias que dispone la empresa para motivar: planificación, coordinación, control, inspección, etc. tienen siempre consecuencias relativas a la motivación: coordinar las actividades del grupo, establecer, comunicar y evaluar objetivos de trabajo, administrar los sistemas de recompensas, aplicar la disciplina y castigo, servir de arbitro, ejemplo, símbolo, atender al mantenimiento de las relaciones sociales.

Los mecanismos por los que se produce esta interacción entre motivación y formación del líder, se deben a que según Kaufmann, 1997.

Un buen directivo:

- Reconoce la necesidad de cambio.
- Crea una nueva visión.
- Institucionaliza el cambio - gestión de transición llevada a cabo a través de la formación continua, planificando e implicando a sus seguidores no manipulando con castigos y recompensas.

2.13 COMPROMISO ORGANIZACIONAL

Es el grado en el cual un empleado se identifica con una organización en particular, con sus metas y desea mantenerse en ella como uno de sus miembros.

Según Robbins, el compromiso organizacional es un mejor pronosticador de la satisfacción en el trabajo, ya que un empleado podría estar insatisfecho con su trabajo en particular y creer que es una condición pasajera y no estar insatisfecho con la organización.

La mayor parte de la investigación en Comportamiento Organizacional se ha interesado en tres actitudes (S. Robbins, 1999): compromiso con el trabajo, satisfacción laboral y compromiso organizacional.

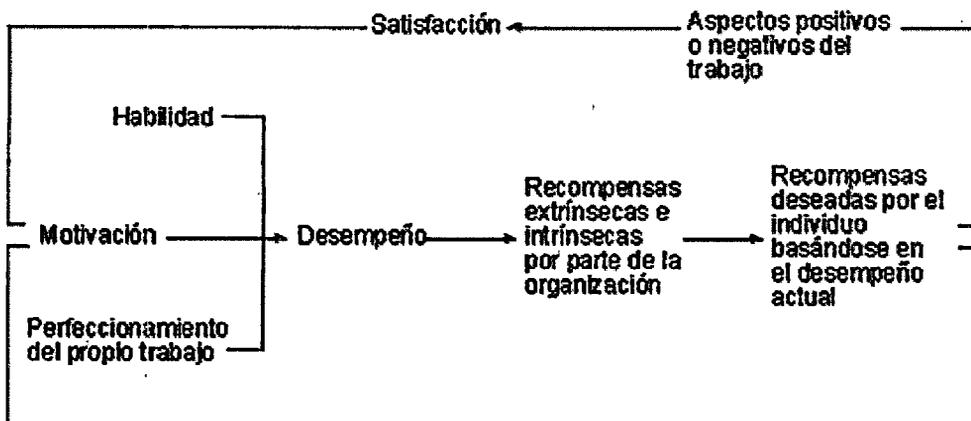
Compromiso con el trabajo: Puede definirse como el grado en el cual una persona se identifica con su trabajo, participa activamente en él y considera su desempeño importante para la valoración propia.

2.14 SATISFACCIÓN LABORAL Y DESEMPEÑO

Porter y Lawler (en Hodgetts y Altman, 1991) plantean que la satisfacción es el resultado de la motivación con el desempeño del trabajo (grado en que las recompensas satisfacen las expectativas individuales) y de la forma en que el individuo percibe la relación entre esfuerzo y recompensa.

El modelo plantea que los factores que inciden directamente sobre la satisfacción son las recompensas intrínsecas (relaciones interpersonales, autorrealización, etc.); y el nivel de recompensa que el individuo cree que debe recibir. Los tres factores antes mencionados son resultado del desempeño o realización en el trabajo.

Los determinantes del desempeño y la realización en el trabajo, no se reducen sólo a la motivación del individuo hacia éste, sino que incluyen las habilidades y rasgos del individuo y el tipo de esfuerzo que la persona cree esencial para realizar un trabajo eficaz.



Fuente: Porter y Lawler

FIG. 2.5 LOS DETERMINANTES DEL DESEMPEÑO Y LA REALIZACIÓN EN EL TRABAJO

Un modelo más integrador plantea que la habilidad, la motivación y percepción personal del trabajo de una persona se combinan para generar un desempeño o rendimiento. A su vez, este último genera recompensas que si el individuo las juzga como equitativas, originarán la satisfacción y el buen desempeño subsecuentes. Esta satisfacción y el nivel de semejanza entre las recompensas recibidas y deseadas, influirán en la motivación del individuo, de modo que se conforma un sistema que se retroalimenta constantemente.

Modelo de motivación del empleado y desempeño del trabajo.

El nivel de desempeño de un empleado está determinado por el nivel de esfuerzo ejercido y este último está en función de la motivación. Luego del desempeño, ciertos resultados del trabajo pueden ocurrir (aumento de sueldo o un ascenso). Estos resultados del trabajo, pueden servir para satisfacer las necesidades de los empleados. Finalmente, el nivel de satisfacción de la necesidad influye en la motivación.

Es necesario entregar la definición de 3 conceptos:

- **Expectativas:** Es la percepción de una asociación entre esfuerzo y desempeño. Expectativas es la estimación del empleado con respecto a su capacidad de obtener algún resultado específico de desempeño. Es importante notar que tanto la expectativa como la valencia y la instrumentalidad están basadas en las percepciones del empleado.
- **Valencia:** Sentimiento del empleado con respecto a un particular resultado del empleado. La valencia puede ser considerada como el nivel de satisfacción o insatisfacción un empleado espera experimentar después de lograr un particular resultado del trabajo y por este puede ser medida en términos de la fuerza del deseo o aversión de un empleado relativa a un resultado dado.
- **Instrumentalidad:** Percepción de la asociación entre desempeño y resultado. Entre mayor sea ésta, más importancia se dará a la valencia del resultado y, por lo tanto, mayor la motivación; es decir, los empleados están más motivados cuando perciben que su desempeño los conducirá a resultados de trabajo deseables.

La motivación está en función de la expectativa multiplicada por la suma de las valencias de todos los resultados potenciales del trabajo, cada uno valorado por su correspondiente instrumentalidad. Para aumentar la motivación del empleado el gerente debería incrementar el vínculo entre esfuerzo y desempeño (expectativas); la serie de resultados que el empleado puede esperar como satisfactorios (valencias) y las

asociaciones entre desempeño y resultado (instrumentalidad). Este modelo ha sido llamado teoría de la expectativa o instrumentalidad de la motivación del empleado.

[Expectativa x Suma (Valencia x Instrumentalidad)] =Esfuerzo.

Fuentes específicas de la motivación del empleado:

Los investigadores han descrito dos tipos de motivación de acuerdo a la fuente del refuerzo para el trabajo: motivación extrínseca e intrínseca. En la motivación extrínseca, el empleado señala conductas de trabajo atribuibles a resultados derivados de fuentes diferentes del trabajo mismo (compañeros de trabajo, supervisor del empleado o la organización misma). En un estado de motivación intrínseca, el empleado muestra comportamientos de trabajo atribuibles a resultados derivados del trabajo mismo. En general, se asocia a la necesidad de completar las propias potencialidades, el deseo de las personas por investigar, explorar y dominar su entorno y la importancia para el individuo de triunfar en tareas desafiantes y en asumir responsabilidades. Además, las teorías de la motivación intrínseca asumen que las personas atribuyen la causa de sus acciones a fuentes internas o externas. Las personas dicen estar más intrínsecamente motivadas cuando se perciben a sí mismas como la fuente de su comportamiento.

Los investigadores han discutido sobre si las recompensas externas e internas tienen un efecto aditivo o si la recompensa externa tiene un efecto negativo sobre la motivación intrínseca. Las primeras recomendaciones giraban en torno al hecho de no entregar recompensas según desempeño en aquellos trabajos complejos o que implicaban tomar decisiones, ya que la recompensa externa disminuiría el efecto de la motivación intrínseca provocada por las características del propio trabajo. De esta manera, se recomendaba entregar sueldos igualitarios y centrarse en aplicar técnicas de motivación intrínseca para aumentar el desempeño.

Los posteriores estudios demostraron resultados más complejos. Pareciera que no importa sólo que la recompensa sea contingente, sino el tipo de información que esta entrega. Si el incentivo es percibido como una forma de control, disminuye la motivación intrínseca; en cambio, si el incentivo es percibido como entrega información

sobre la competencia del sujeto, aumenta la motivación intrínseca. Los estudios hechos para demostrar esta teoría presentaron resultados contradictorios.

Sistemas de recompensas justas

Este punto se refiere al sistema de salarios y políticas de ascensos que se tiene en la organización. Este sistema debe ser percibido como justo por parte de los empleados para que se sientan satisfechos con el mismo, no debe permitir ambigüedades y debe estar acorde con sus expectativas. En la percepción de justicia influyen la comparación social, las demandas del trabajo en sí y las habilidades del individuo y los estándares de salario de la comunidad.

Satisfacción con el salario.

Los sueldos o salarios, incentivos y gratificaciones son la compensación que los empleados reciben a cambio de su labor.

La administración del departamento de personal a través de esta actividad vital garantiza la satisfacción de los empleados, lo que a su vez ayuda a la organización a obtener, mantener y retener una fuerza de trabajo productiva.

Varios estudios han demostrado que la compensación es la característica que probablemente sea la mayor causa de insatisfacción de los empleados. Las comparaciones sociales corrientes dentro y fuera de la organización son los principales factores que permiten al empleado establecer lo que "debería ser" con respecto a su salario versus lo que percibe. Es muy importante recalcar que es la percepción de justicia por parte del empleado la que favorecerá su satisfacción.

Satisfacción con el sistema de promociones y ascensos.

Las promociones o ascensos dan la oportunidad para el crecimiento personal, mayor responsabilidad e incrementan el estatus social de la persona. En este rubro también es importante la percepción de justicia que se tenga con respecto a la política que sigue la organización. Tener una percepción de que la política seguida es clara, justa y libre de ambigüedades favorecerá la satisfacción.

Los resultados de la falta de satisfacción pueden afectar la productividad de la organización y producir un deterioro en la calidad del entorno laboral. Puede disminuir el desempeño, incrementar el nivel de quejas, el ausentismo o el cambio de empleo.

Condiciones favorables de trabajo.

A los empleados les interesa su ambiente de trabajo. Se interesan en que su ambiente de trabajo les permita el bienestar personal y les facilite el hacer un buen trabajo. Un ambiente físico cómodo y un adecuado diseño del lugar permitirá un mejor desempeño y favorecerá la satisfacción del empleado.

Otro aspecto a considerar es la cultura organizacional de la empresa, todo ese sistema de valores, metas que es percibido por el trabajador y expresado a través del clima organizacional también contribuye a proporcionar condiciones favorables de trabajo, siempre que consideremos que las metas organizacionales y las personales no son opuestas. En esta influyen más factores como el que tratamos en el siguiente punto.

Colegas que brinden apoyo – satisfacción con la supervisión

El trabajo también cubre necesidades de interacción social. El comportamiento del jefe es uno de los principales determinantes de la satisfacción.

Si bien la relación no es simple, según estudios, se ha llegado a la conclusión de que los empleados con líderes más tolerantes y considerados están más satisfechos que con líderes indiferentes, autoritarios u hostiles hacia los subordinados. Cabe

resaltar sin embargo que los individuos difieren algo entre sí en sus preferencias respecto a la consideración del líder. Es probable que tener un líder que sea considerado y tolerante sea más importante para empleados con baja autoestima o que tengan puestos poco agradables para ellos o frustrantes (House y Mitchell, 1974).

En lo que concierne a la conducta de orientación a la tarea por parte del líder formal, tampoco hay una única respuesta, por ejemplo cuando los papeles son ambiguos los trabajadores desean un supervisor o jefe que les calare los requerimientos de su papel, y cuando por el contrario las tareas están claramente definidas y se puede actuar competentemente sin guía e instrucción frecuente, se preferirá un líder que no ejerza una supervisión estrecha. También cabe resaltar que cuando los trabajadores no están muy motivados y encuentran su trabajo desagradable prefieren un líder que no los presiones para mantener estándares altos de ejecución y/o desempeño.

De manera general un jefe comprensivo, que brinda retroalimentación positiva, escucha las opiniones de los empleados y demuestra interés permitirá una mayor satisfacción.

Compatibilidad entre la personalidad y el puesto.

Holland ha trabajado e investigado en este aspecto y sus resultados apuntan a la conclusión de que un alto acuerdo entre personalidad y ocupación da como resultado más satisfacción, ya que las personas poseerían talentos adecuados y habilidades para cumplir con las demandas de sus trabajos. Esto es muy probable apoyándonos en que las personas que tengan talentos adecuados podrán lograr mejores desempeños en el puesto, ser más exitosos en su trabajo y esto les generará mayor satisfacción (influyen el reconocimiento formal, la retroalimentación y demás factores contingentes).

Es el rendimiento el que influye en la satisfacción y no viceversa como lo señala inicialmente el modelo de Lawler-Porter.

La insatisfacción produce una baja en la eficiencia organizacional, puede expresarse además a través de las conductas de expresión, lealtad, negligencia,

agresión o retiro. La frustración que siente un empleado insatisfecho puede conducirle a una conducta agresiva, la cual puede manifestarse por sabotaje, maledicencia o agresión directa. Finalmente podemos señalar que las conductas generadas por la insatisfacción laboral pueden enmarcarse en dos ejes principales: activo – pasivo, destructivo – constructivo de acuerdo a su orientación.

En el pasado se consideró siempre que los empleados más satisfechos se desempeñan mejor. Con frecuencia se descubren nexos de relación positiva entre los niveles altos de satisfacción y los niveles altos de desempeño, pero la mayor parte de estos nexos no son muy significativos. . La razón para la aparente falta de vinculación clara entre desempeño y satisfacción es la función que cumplen los incentivos y esto depende de que si los incentivos corresponden a las expectativas necesidades y deseos que experimentan los empleados. Existen muchos empleados satisfechos que no efectúan contribuciones extraordinarias, y que optan por desempeñarse al nivel del promedio. En sí misma la satisfacción laboral no actúa como un motivador poderoso, pero puede mantener a los empleados en un estado de receptividad para un estímulo de motivación, cuando éste se proporciona.

Cuando el desempeño de mayor calidad conduce a mejores incentivos y si estos se consideran justos y bien equilibrados, se alcanzan mejores niveles de satisfacción. Esto ocurre así porque los empleados tienden a deducir que están recibiendo incentivos directamente proporcionales a sus desempeños si los incentivos establecidos se consideran pobres o inadecuados tiende a surgir la insatisfacción. (Werther, 1988).

Una cuestión básica es determinar si un nivel alto de satisfacción conduce a un desempeño mejor, o si por el contrario, un mejor nivel de desempeño genera satisfacción laboral más alta. La relación entre satisfacción y motivación no es tan clara como algunos desearían.

La ausencia de una vinculación de causa-efecto en un solo sentido no es tan extraña como podría parecer a primera vista. El hecho de que un empleado se

encuentre satisfecho no significa que esté motivado. Por ejemplo, el empleado puede encontrarse satisfecho porque no debe trabajar muy intensamente. Asimismo, es posible que un empleado trabaje de modo muy arduo, aunque sin experimentar satisfacción.

Si el desempeño de mayor calidad conduce a mejores incentivos y si estos consideran justos y bien equilibrados, se alcanzan mejores niveles de satisfacción. Esto ocurre así porque los empleados tienden a deducir que están recibiendo incentivos directamente proporcionales a sus desempeños si los incentivos establecidos se consideran pobres o inadecuados tiende a surgir la insatisfacción. (Werther, 1988).

Por otra parte, si los incentivos establecidos para cierto nivel de desempeño se consideran pobres o inadecuados, tiende a surgir la insatisfacción. En ambos casos, el nivel de satisfacción se convierte en retroalimentación que puede afectar positiva o negativamente la autoimagen y la motivación.

El total de la relación desempeño-satisfacción es un sistema continuo, que hace difícil evaluar el efecto de la satisfacción sobre la motivación y el desempeño, y viceversa.

Con frecuencia la vinculación existente entre presupuestos y estrategias es mala, resulta inadecuada la comunicación de la dirección sobre las expectativas del desempeño de los individuos, carece de vínculo con los presupuestos o simplemente no existe; o el proceso de evaluación del desempeño provoca indiferencia y, por ello no se usa como es debido. Todas estas deficiencias disminuyen el posible efecto motivacional que estos excelentes instrumentos podrían tener y por lo mismo limitan la capacidad de la dirección para instrumentar exitosamente sus planes. (Kenneth., 1984).

Si la organización cambia aspectos de si misma y los miembros no cambian su comportamiento básico en relación con su trabajo definitivamente no habrá ningún cambio organizacional positivo a largo plazo. Muchos factores influyen en el desempeño

de una organización, pero tal vez el más importante y el más difícil de alterar es el comportamiento de cada miembro individual.

Si los comportamientos individuales mejoran, igualmente el sistema tenderá a mejorar su desempeño.

Los resultados de la organización no pueden modificarse directamente más bien son el resultado principal de los cambios que ocurren, que en sí mismos, dan consecuencias de los esfuerzos de cambio que se dan en el sistema.

Cada organización tiene un conjunto de valores que influyen en el comportamiento de la gente en el trabajo y que forma parte de los factores sociales, tales como su cultura, que al igual que los procesos de interacción, patrones redes de información y características individuales tales como creencias, actitudes, y habilidad conductual describen el aspecto humano e informal de las organizaciones son el aspecto más difícil de cambiar de la organización. (Porras, 1988).

Existen diferencias individuales significativas en la motivación y el desempeño, que deben ser reconocidas en cualquier circunstancia de una organización. (Kast 1988).

Las organizaciones generan resultados, las relacionadas con el bienestar de sus miembros. La participación dentro de la organización afecta intelectualmente y psicológicamente a las personas en ellas adquieren conocimientos y desarrollan habilidades para enfrentar diversas labores. (Porras., 1988).

El trabajo en si mismo afecta la satisfacción debido al diseño que se de al puesto que desempeña el empleado. Los puestos con riqueza en elementos conductuales, como la autonomía, la variedad, la significación de la tarea y la tarea y la retroalimentación recibida contribuyen a la satisfacción del empleado, la aceptación del

empleado en su grupo de trabajo inmediato y en la organización es importante para el logro de niveles altos de satisfacción.

En su trabajo se hace un uso más amplio de sus habilidades que se acerca más al ideal de emplear todo su potencial. (Werther., 1988).

Tanto la teoría del comportamiento como el sentido común nos dice que por lo general, los ejecutivos trabajan en mayor ahínco para obtener premios en efectivo y para evitar su despido o degradación. También es importante que los ejecutivos sientan que sus acciones van a ayudar en forma importante al cumplimiento de las metas que ellos mismos aceptaron. (Kenneth., 1984).

La motivación por el logro varía en grados de acuerdo con el individuo. Existen diferentes formas de indicadores del logro y no siempre son buscadas en sí mismos, simplemente proporciona una indicación para el individuo, la organización o la sociedad de que el desempeño ha sido bueno, que ha sido reconocido como tal y ha sido recompensado proporcionalmente. (Kast, 1988).

2.15 NIVEL DE OCUPACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL

El hecho de que las personas con ocupaciones de nivel más alto tienden a tener una mayor satisfacción con su trabajo. Por lo general, disfrutan de mayores ingresos y condiciones de trabajo de más alta calidad. En su trabajo se hace un uso más amplio de sus habilidades, que se acerca más al ideal de emplear todo su potencial. Los empleados de nivel profesional tienden a expresar mejor nivel de satisfacción que los de niveles inferiores, en una relación mucho más notable que respecto a la edad.

2.16 TAMAÑO DE LA ORGANIZACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL

Las dimensiones de la organización tienden a guardar una relación inversa con respecto al nivel de satisfacción.

A medida que crecen las organizaciones tiende a declinar moderadamente la satisfacción, a menos que se tomen medidas correctivas con oportunidad. Sin acción correctiva, las organizaciones muy grandes tienden a abrumar a su personal y a interrumpir los procesos tales como la comunicación, la coordinación y la participación. Los empleados tienden a considerar que a medida que la organización crece pierden control sobre los acontecimientos que los afectan, debido a que los centros de toma de decisiones se encuentran cada vez más alejados. El ambiente de trabajo pierde también elementos de vínculos personales, amistad y trabajo en grupos pequeños, que son importantes para la satisfacción de muchos individuos.

La satisfacción es más difícil de proporcionar en las organizaciones grandes, porque el personal no considera que la presencia de cada individuo sea tan significativa como en las organizaciones pequeñas. (Werther. Keith., 1988).

Existen diferentes formas de indicadores del logro y no siempre son buscadas en sí mismos, simplemente proporciona una indicación para el individuo, la organización o la sociedad de que el desempeño ha sido bueno, que ha sido reconocido como tal y ha sido recompensado proporcionalmente. (Kast., 1988).

El identificar los factores que intervienen en la satisfacción de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y reconocer aquellos que influyen como motivadores, puede traducirse en una atención con calidad a los usuarios externos.

III. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis

La satisfacción laboral global en base a las dimensiones de logro, reconocimiento y capacitación en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social se incrementa en 25% a través del tiempo

Hipótesis Alternas (Ha)

La satisfacción laboral en base a la dimensión de logro en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social se incrementa en 10 % a través del tiempo.

La satisfacción laboral en base a la dimensión de reconocimiento en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social se incrementa en un 20% a través del tiempo.

La satisfacción laboral en base a la dimensión de capacitación en los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social se incrementa en un 25% a través del tiempo.

3.2 Metodología:

Se diseñó un estudio longitudinal comparativo, el cual se llevó a cabo en tres fases: un cuestionario aplicado a 85 médicos en 1992, 72 en 1998 y 160 en 2005. En los estudios se incluyeron a médicos familiares y no familiares tanto de base y confianza de las Unidades de Medicina Familiar número 2, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16 y el Hospital General Regional, en la segunda fase entrevistó a médicos de la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas de la Delegación Querétaro.

Se consideraron como criterios de inclusión la antigüedad mayor de 4 años y estar contratado como personal de base, se excluyeron los médicos que se encontraban en periodo vacacional o permiso y se eliminaron los que no entregaron y no contestaron en forma completa el cuestionario.

El tamaño de la muestra se estimó utilizando la fórmula para población finita.

$$N = \frac{(Z \text{ Alpha})^2 (P) (Q)}{(d)^2} = \frac{(3.8416)^2 (.55) (1-.55)}{.01} = \frac{(3.8416)^2 (.55) (.45)}{.01} = 95$$

Q = 1-p

P = % de prevalencia de satisfacción de la población 55%

Z = 1.96

d = Error que se puede cometer 10%

nivel de confianza = 95%

Siendo el tamaño = 95

Mas 10 por pérdidas = 105

Para la selección de la muestra en los dos primeros trabajos se utilizó una tabla de números aleatorios tomando como base el listado de médicos adscritos a las

Unidades Médicas participantes tomando un número proporcional a cada una de ellas. En el 2005 se entregó el cuestionario a todos los médicos de las Unidades de medicina familiar y el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social del municipio de Querétaro que estaban trabajando durante el tiempo del estudio.

Se aplicó la encuesta ciega al investigador, anónima y autoadministrada.

Para evaluar el grado de satisfacción laboral se utilizó un cuestionario tipo Likert con 12 reactivos de tipo ordinal, (1=totalmente en desacuerdo, 2=desacuerdo, 3=indeciso, 4=acuerdo, 5=totalmente de acuerdo) cuatro reactivos para cada dimensión: logro, reconocimiento y capacitación. Anexo IV.

El mismo Instrumento se utilizó en las tres fases.

Previamente el instrumento fue validado. Inicialmente se elaboró una encuesta de 25 preguntas tipo likert y 5 abiertas sobre satisfacción y motivación y se aplicó a 265 trabajadores de diferentes ramas, 72 médicos, 56 asistentes médicas de consultorio, 27 enfermeras y 77 administrativos, y 22 de categoría no conocida, de ahí se seleccionaron las preguntas que nos eran útiles para evaluar a los médicos, y eliminado las preguntas que no llenaron los criterios de validez y de confiabilidad a las dimensiones exploradas, haciendo los cambios adecuados a las preguntas para conformar las dimensiones que se quería investigar, que en este caso eran las tres dimensiones Dimensión de logro, Dimensión de reconocimiento, Dimensión de capacitación.

Posteriormente se aplicó nuevamente el instrumento a 72 médicos, para hacer la validación del instrumento, se acudió con maestros en instrumentos de tipo likert para validar el constructo, así como en personajes que estudian motivación para la validación conceptual se sometió a una prueba piloto. Se calculó el poder discriminativo con la prueba t de Student y el método de mitades por la prueba r de Pearson, obteniendo una confiabilidad de 0.66 y corregida con la prueba de Spearman Brown, el cuestionario obtuvo una confiabilidad de 0.79.

La evaluación de la satisfacción por dimensiones se estableció en el rango de 4 a 20 puntos, se formaron 5 niveles: muy bajo (4 a 7 puntos), bajo (8 a 10), intermedia (11 a 13), alta (14 a 16) y muy alta (17 a 20).

Para la satisfacción global la puntuación máxima fue de 60 y 12 la mínima, se consideraron las cinco categorías señaladas anteriormente: muy baja (12 a 21 puntos), baja (22 a 31), intermedia (32 a 40), alta (41 a 50) y muy alta (51 a 60).

Estas cinco categorías se agruparon en 3: las categorías muy alta y alta corresponderán a satisfacción alta; baja y muy baja a satisfacción baja; y el grupo intermedio no se modifica.

Se midió el incremento porcentual en el grupo de satisfacción alta y en el de satisfacción baja, asumiendo que este cambio se presenta a expensas de los indecisos.

El plan de análisis incluyó determinación de porcentajes para satisfacción laboral alta y baja, por dimensión y global, así como comparación de porcentajes para dos poblaciones con $p = 0.05$.

Se plantearon dos escenarios, suponiendo que el cambio correspondía a un crecimiento lineal por año, se proyectó a lo largo del tiempo el escenario 1 en donde el cambio fuera a la satisfacción alta y el escenario 2 donde el cambio fuera a la satisfacción baja y se proyectó con los datos de 1992 al 2005 en todas las variables analizadas.

El plan de análisis incluyó la determinación de porcentajes para satisfacción laboral por pregunta, por dimensión y global, utilización de la prueba de Comparación de porcentajes de tres muestras en epi info versión 6 y proyección de la satisfacción laboral.

IV. RESULTADOS

Se encuestaron 85 médicos en 1992, 72 en 1998 y 160 en el 2005, En 1992 el 68 correspondió a médicos familiares, el 32% a médicos no familiares el 72% eran de base y el 27% eran de confianza, en 1998 el 65% eran médicos familiares el 35% eran médicos no familiares, el 71% eran de base y el 29% eran de confianza.

En el 2005 el 56% era médicos familiares, el 44% eran médicos no familiares, el 88 eran médicos de base y el 12% de confianza. Cuadro 6.

La antigüedad promedio se modificó de 13.99 (ds 4.8) en 1992 a 17.17 (ds 4.79) en 1998 y a 13.91 (ds 6.85) en el 2005 y la edad de 41.6 (ds 5.99) en 1992 a 45.03 (ds 5.11) en 1998 y a 44.06 (ds 66) en el 2005, En el 2005 se eliminaron 21 encuestas por cubrir con los criterios de inclusión.

Cuadro 6. CARACTERISTICAS DEL PERSONAL MÉDICO

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA RELATIVA		
		n= 85 %	n=72 %	n = 160 %
CATEGORIA	Médico Familiar	68	65	56
	Médico no Familiar	32	35	44
CONTRATACIÓN	Base	72	71	88
	Confianza	27	29	12
ÁREA DE TRABAJO	H.G.R. # 1	32	21	43
	UMFs	68	71	57
	Jefatura Delegacional	0	8	1.3

En relación a la satisfacción general en todos los médicos sumando las posibilidades alto y muy alto, bajo y muy bajo, y dejando los indecisos como intermedia

encontramos: una satisfacción alta general similar en 1992 y 1998 de 55.3% y 55.6% mientras que en el 2005 disminuyó a 53.1%. Cuadro 7.

Cuadro 7. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL Y POR DIMENSIÓN EN TRES CATEGORÍAS 1992 1998 - 2005

	Logro			Reconocimiento			Capacitación			Global		
	1992	1998	2005	1992	1998	2005	1992	1998	2005	1992	1998	2005
Alto	80.0	86.1	76.3	38.8	40.3	43.8	44.7	45.8	41.9	55.3	55.6	53.1
Intermedio	10.6	9.7	15.6	35.3	18.1	25.6***	22.4	22.2	18.8	30.6	27.8	26.3
Bajo	9.4	4.2	8.1	25.9	41.7	30.6	32.9	31.9	39.4	14.1	16.7	20

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

n 2005 = 160

***p > 0.05

En relación a las dimensiones existen en la satisfacción alta de logro un decremento de 10.2 décimas con respecto a 1998 y 3.7 décimas con respecto a 1992 (80%), 86.1% en 1998 a 76.3% en el 2005, en la dimensión de reconocimiento paulatinamente a través del tiempo a aumentado la satisfacción un incremento en el 2005 en relación de 1998 de 3.5 décimas (40.3) y 5 décimas en relación de 1992, (38.3%) a 43.8% en el 2005, y la capacitación tuvo un decremento de 3.9 décimas de 45.8% en 1998 a 41.9% en el 2005 y un decremento de 2.8 décimas con respecto de 1992 que fue de 44.7%. Fig. 4.1

Haciendo el análisis en los 5 niveles: la satisfacción muy alta se incrementó de 11.8 % en 1992 a 16.7% (4.9) en 1998 a 20.6% en el 2005, 3.9 décimas con respecto a 1998 y 8.8 décimas con respecto a la de 1992, mientras que la alta disminuyó de 43.5% en 1992 a 38.9% (6.1 décimas) en 1998 y a 32.5% en el 2005 (11 décimas con respecto a la primera y 4.6 décimas con la segunda , la satisfacción baja aumento en 7 décimas de 1992 a 1998 11.8% a 12.5% y en 2005 de 20% se incremento 8.2 décimas con respecto a 1992 y 7.5 con respecto a 1998 y la muy baja se incrementó de 2.4% a 4.2%. disminuyó 1.8 décimas en relación a 1992 y 3.6 en relación a 1998 siendo de 0.6% en el 2005 , los intermedio han ido disminuyendo paulatinamente quedando en 26.3% en el 2005. Fig. 4.2 y Cuadro 8.

Cuadro 8. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL 1992-1998-2005

Nivel de Satisfacción	<u>Satisfacción laboral global</u>		
	1992	1998	2005
Muy alta	11.8	16.7	20.6
Alta	43.5	38.9	32.5
Intermedio	30.6	27.8	26.3
Baja	11.8	12.5	20
Muy baja	2.4	4.2	0.6

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

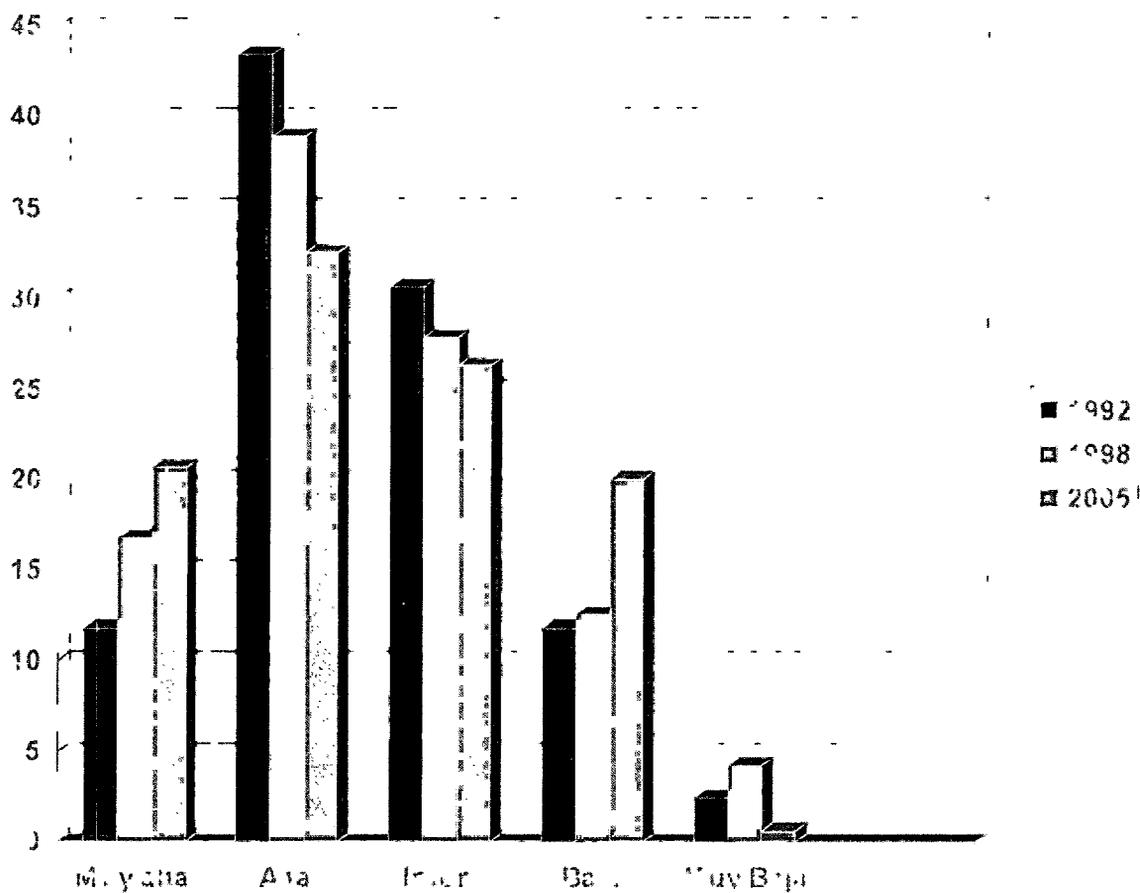
n 1998 = 72

n 2005 = 160

***p > 0.05

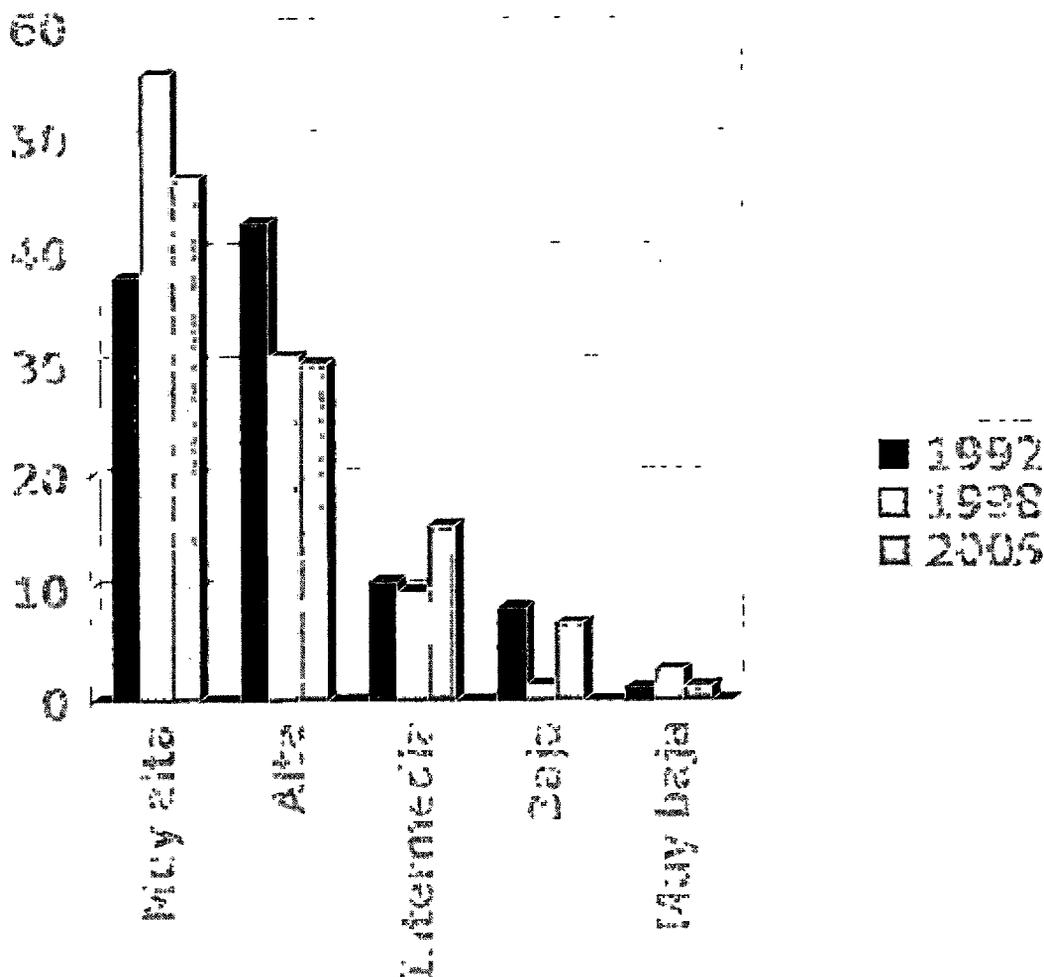
FIGURA 4.2 SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN EL PERSONAL MÉDICO

1992 - 1998 - 2005



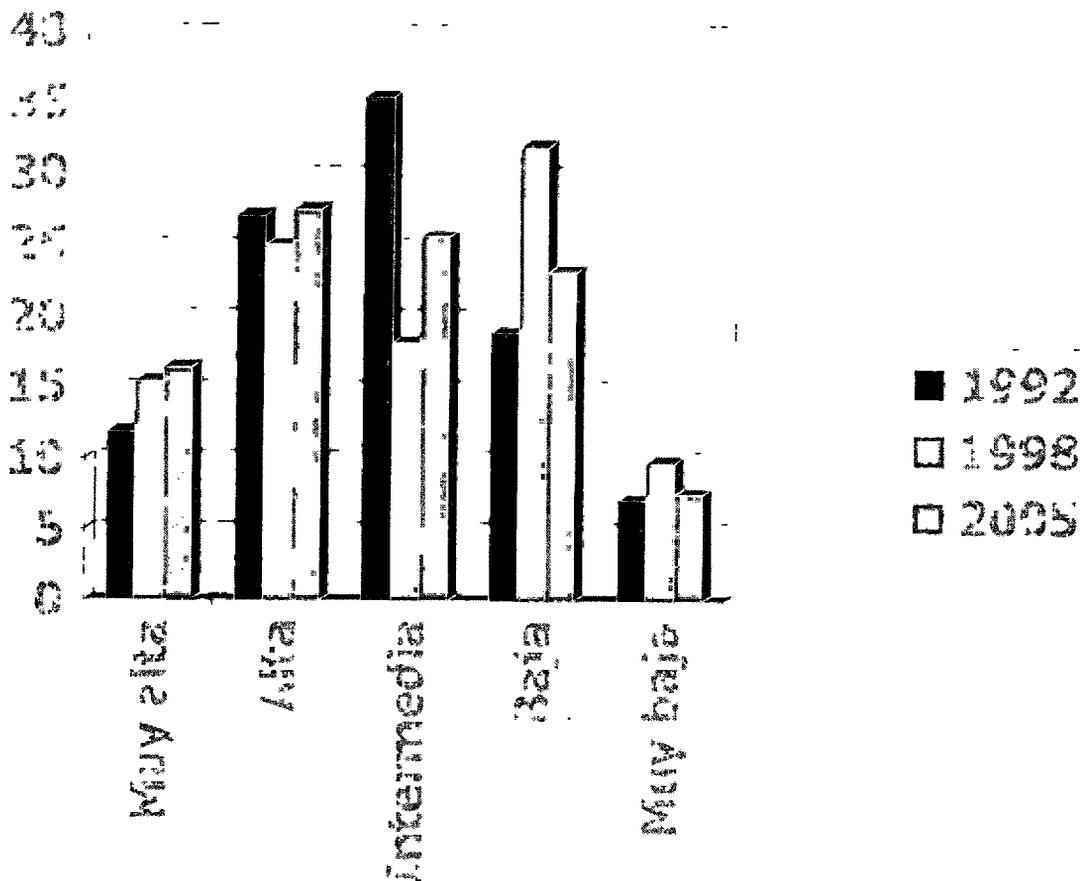
En relación a la satisfacción en la dimensión de logro el nivel muy alto se elevó de 37.6% a 55.6% en 18 décimas de 1992 a 1998 pero disminuyó en el 2005 en relación a 1998 en 9.3 décimas a 46.3% y, el nivel alto disminuyó de 42.2% a 30.6% en 1998 en 11.8 décimas, y en el 2005 se mantuvo prácticamente igual a 1998 disminuyó 6 décimas. La satisfacción baja en el 2005 de 6.9% se incremento 5.5 décimas en relación a 1998 de 8.2% y disminuyó 1.3 décimas en relación a 1992, (1.4%) y la muy baja disminuyó en 2005 a 1.3% (1.5 décimas en relación 1998 y se mantuvo prácticamente igual con 1992. Fig. 4.3

FIGURA 4.3 COMPARACION PORCENTUAL DE LA SATISFACCION LABORAL EN MEDICOS POR LOGRO 1992- 1998 – 2005



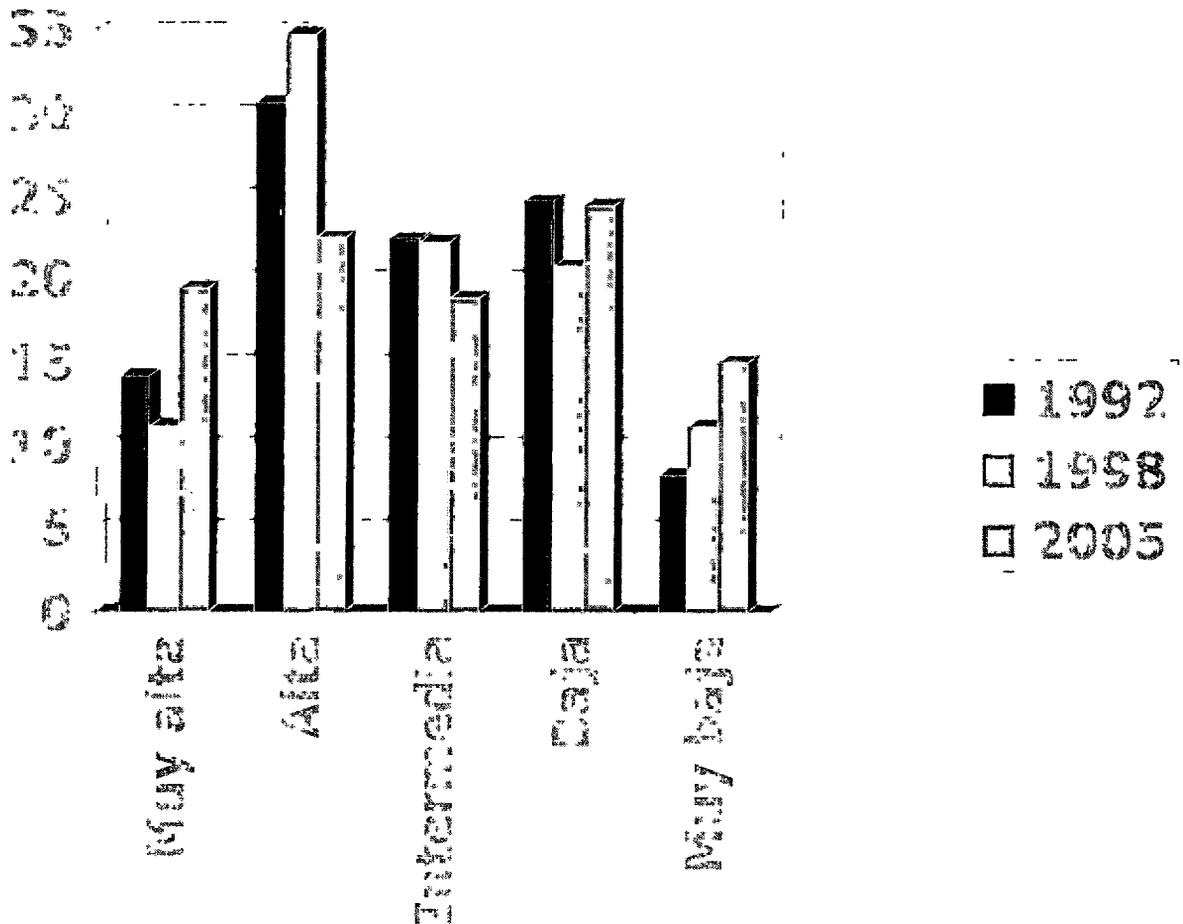
En el reconocimiento la satisfacción muy alta se incrementó en el 2005 a 16.3% 4.5 décimas en relación a 1992 y 1 décima con relación a 1998, 11.5% a 15.3% respectivamente y la alta también se incrementó en el 2005, 27.5% en 2.5 décimas en relación a 1998 y .4 décimas en relación a 1992, de 25% respectivamente, la satisfacción baja disminuyó con relación a 1998 de 8.8 décimas de 31.9% en 1998 a 23.1% en el 2005 y se incrementó en relación a 1992 18.8% 4.3 décimas, y la muy baja de 9.7% disminuyó a 7.5% (2.2) en el 2005 y en relación a 1992 solo se incremento en .4 décimas. Fig. 4.4

FIGURA 4.4 COMPARACION PORCENTUAL DE LA SATISFACCION LABORAL POR RECONOCIMIENTO EN MEDICOS 1992 - 1998 - 2005



En la Dimensión de capacitación la satisfacción muy alta se incrementó en 8.3 décimas a 19.4% de 11.1% en 1998 y de 14.1 en 1992 (5.3), la satisfacción alta en 2005 de 22.5% disminuyó en relación a 1992 y 1998 30.6% (8.1) y 34.7% (12.2) respectivamente, la baja de 24.4% en el 2005 se incrementó (3.6) en contraste a 1998 y en relación a 1992 solo disminuyó .3 décimas, la muy baja 15% se incrementó (6.8) de 8.2% en 1992. .9 décimas en 1998 los intermedios se quedaron en 24.4% casi igual que en 1992 y se incrementaron en 3.6 respecto a 1998 %. Fig. 4.5 y Cuadro 9.

FIGURA 4.5 COMPARACION PORCENTUAL DE LA SATISFACCION LABORAL POR CAPACITACIÓN EN MEDICOS 1992 - 1998 - 2005



Cuadro 9. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL SATISFACCIÓN LABORAL Y DIMENSIÓN 1992-1998 - 2005

Nivel de Satisfacción	Satisfacción laboral según dimensiones								
	Logro			Reconocimiento			Capacitación		
	1992	1998	2005	1992	1998	2005	1992	1998	2005
Muy alta	37.6	55.6	46.3	11.8	15.3	16.3	14.1	11.1	19.4
Alta	42.4	30.6	30	27.1	25.0	27.5	30.6	34.7	22.5
Intermedia	10.6	9.7	15.6	35.3	18.1	25.6	22.4	22.2	18.8
Baja	8.2	1.4	6.9	18.8	31.9	23.1	24.7	20.8	24.4
Muy baja	1.2	2.8	1.3	7.1	9.7	7.5	8.2	11.1	15

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

n 2005 = 160

***p > 0.05

Al hacer el análisis de las 5 opciones se observa en la dimensión de logro una disminución en la satisfacción muy alta y alta incrementándose la intermedia y la baja.

El reconocimiento se incrementó paulatinamente en forma muy discreta tanto en la muy alta y alta mientras que disminuyó en relación a 1998 en la baja y muy baja.

En la capacitación se incrementó en la muy alta y la baja y muy baja disminuyendo en la intermedia y la alta.

En relación a la satisfacción global, la muy alta y baja se ha ido incrementando a través del tiempo y la alta disminuyendo al igual que la intermedia y muy baja. Cuadro 8 y 9.

En relación a las preguntas la satisfacción en logro estuvieron de acuerdo con la pregunta 2.- En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas el 90% y la 3.- Me siento a gusto de pertenecer al IMSS en 83% y la de más bajo acuerdo fue 1.- En mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme 64.7%

En las preguntas de la dimensión de reconocimiento la de más alto acuerdo fue la 6.- El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio con un 84.7% y las de menor acuerdo fue la 7.- En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador 36.5% y la 8.-El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores 31.8%.

En la dimensión de capacitación la de mayor acuerdo fue la 12.-. El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades 55.3% y las demás están en menor acuerdo pero similares.

En relación a las preguntas dimensión de logro: 1.-. En mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme en el 2005 hubo un decremento de 18.9 décimas en relación a 1998 (76.4%) y 7.2 décimas con respecto en 1992 (64.7%) de los que estuvieron en acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras que en la integración del totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, en relación al tiempo se observa un aumento en 2005 de 11.1 con respecto a 1998 mientras que con respecto de 1992 casi fue similar.

Al hacer el análisis en las 5 dimensiones podemos observar una diferencia en el totalmente de acuerdo que disminuye de 33.3% a 25.6% en 1998 (7.7) y se incremento en 6.8 décimas con respecto a 1992 y; 14.5 décimas, el acuerdo disminuye 11.2 décimas quedando de 43.1% en 31.9%, el desacuerdo se incrementa en 8.6 décimas

de 13.9% a 22.5% y totalmente desacuerdo se incrementa en 2.5 décimas siendo en el 2005 de 8.1%.

2.- En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas. El 78.8% Considero estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en el 2005 disminuyendo en 11.5 décimas en relación a 1998 (90.3%) y 10.6 décimas en relación a 1993 (89.4% y el desacuerdo y totalmente en desacuerdo se incrementa de 5.9% en 1992 a 8.4% en 1998 y 11.9% en el 2005 (6) y (3.5) décimas respectivamente.

Efectuando el análisis en las cinco categorías hay un decremento en relación de los dos años estudiados anteriormente 6.8 décimas en relación a 1992 y 12.8 con respecto de 1998 siendo de 34.4% en el 2005 y en el acuerdo disminuye de 48.2% en 1992 a 44.4% y con respecto 1998 tiene un ligero incremento de 1.3 décimas 43.1%, los indecisos se incrementa a 9.4% en el 2005 de 1.4% en el 98 y se incrementa los que están en desacuerdo en 5.8 décimas de 4.2% en 1998 a 10% los totalmente en desacuerdo casi queda igual.

3.- Me siento a gusto de pertenecer al IMSS. 83.8% estuvo totalmente de acuerdo o en acuerdo en 2005 disminuyendo 6.5 décimas en relación a 1998 (90.3%) y casi quedo similar con respecto 1992 (82.3%) y totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en el 2005 se observa un incremento en relación a ambos años 2.7 décimas con relación a 1992 y 2.1 décimas en relación a 1998 existiendo un incremento en las dos opciones por separado en relación a 1998.

En el análisis de las 5 opciones en la muy alta se observa una disminución 1.2 décimas en relación a 1998 (61.1%) y un incremento de 19.3 décimas en relación a 1992 (37.6%) en los de acuerdo ha existido una disminución paulatina de 44.7% en 1992 a 29.2% en 1998 y 26.9% en el 2005 17.8 décimas y 2.3 décimas) y los desacuerdo se han ido incrementando paulatinamente de 2.4% en 1992 a 2.8% en 1998 y 5% en el 2005.

La pregunta 4-. Yo me realizo como trabajador en el IMSS. Sumando acuerdos y totalmente de acuerdo hubo una disminución en relación de 1998 (79.5%) de 2.1 décimas y un incremento de 7.4 décimas en 1992 (69.5%) y a través del tiempo ha existido una disminución en los desacuerdo de 1992 con 16.5%, a 15.3% en 1998 y 14.4% en el 2005 con una diferencia de la primera encuesta de 2.1 décimas.

En el análisis por las cinco opciones el totalmente de acuerdo se han ido incremento paulatinamente a través del tiempo de 27.1% a 40.3 %y 45% en el 2005 con una diferencia respecto a la primera encuesta de 17.9 décimas y un decremento de 42.4% a 38.9% (3.5) y a 31.9% , una diferencia de 10.5 en relación a 1992 y 7 décimas en relación a 1998 en estar de acuerdo, y los desacuerdo 11.8% a 11.1% y en el 2005 12.5% quedaron prácticamente igual en relación al tiempo, los totalmente en desacuerdo 4.7% a 4.2% y 1.9% en el 2005.

En la dimensión de Reconocimiento la pregunta 5.- Cuando desarrollo bien mi trabajo mi jefe y compañeros me lo reconocen. En el 2005 el 35.7% estuvo de acuerdo y totalmente de acuerdo disminuyendo en 11.3 décimas en relación de 1992 (47%) y 0.4 décimas en relación a 1998 (36.1%) en los desacuerdo y totalmente desacuerdos hubo una disminución de 11.2 décimas en relación a 1998 (55.6%) y un incremento en relación a 1992 (38.8%) de 5.6 décimas.

En las 5 opciones con el tiempo en muy de acuerdo disminuyó a 8.8% en el 2005 en relación a los anteriores 12.9% en 1992 y 13.9% 1998 mientras que el nivel de acuerdo disminuyó de 34.1% en 1992 a 26.9% (7.2) en el 2005 y aumento 4.7 décimas en relación de 1998 (22.2%), los indecisos aumentaron en 11.7 décimas y los que están en desacuerdo disminuyeron de 24.7% en 1992 y 30.6% en 1998 a 20.6% en el 2005 4.1 y 10 décimas respectivamente y los que están totalmente en desacuerdo se incrementaron (9.7 décimas) en relación a 1992 de 14.1% a 23.8% y disminuyendo 1.2 décimas en relación a 1998.

En la Pregunta 6-. El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio. Se observa en los totalmente de acuerdo una disminución de 50% en 1998 a 41.9% 8.1 décimas y un aumento con respecto a 1992 (37.6%) de 4.3 décimas, en los acuerdos en el 2005 33.8% una disminución de 9.5 décimas en 1992 (47.1%) y un aumento de 4.6 décimas en 1998 (29.2%), en los que están en desacuerdo se observan en el 2005 6.9% una disminución de 1.4 décimas en relación a 1998 y un incremento de 2.2 con respecto a 1993, en los totalmente en desacuerdo 3.8% una disminución con respecto a 1998 de 3.1 décimas y un incremento de 2.6 con respecto a 1992.

Al sumar los acuerdos y muy de acuerdo se observa una disminución paulatina en 1993 84.7% en 1998 79.2% y en el 2005 75.7% una diferencia de 9 y 3.5 décimas respectivamente. En los desacuerdo y muy en desacuerdo 10.7% en el 2005 se observa una disminución de 4.5 décimas en relación a 1998 (15.2%) y un incremento de 4.8 décimas con respecto a 1992 (5.9%).

La pregunta 7 de la dimensión de reconocimiento: En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador. Integrando los acuerdos y totalmente de acuerdo en 2005 42.5% existe una discreta disminución en relación a 1998 (43.1%) 0.6 décimas y un incremento de 6 décimas en relación a 1992 (36.5%) y en los desacuerdo y totalmente desacuerdo una disminución de 45.9% en 1992 a 43.1% en 1998 y a 33.1% en el 2005, 12.5 y 10 décimas respectivamente

Si los analizamos en las cinco posibilidades encontramos en el muy de acuerdo 12.5% existiendo una disminución en relación a 1998 de 2.8 décimas y un incremento en relación a 1992 (7.1%) de 5.4 los de acuerdo 30% se incrementan en relación a los dos años de 29.4 y 27.8% respectivamente y con respecto a los desacuerdos se observa una disminución paulatina de 31.8% en 1992 a 26.4% 1998 y 17.5% en el 2005 y en los totalmente en desacuerdo 15.6% en el 2005 con un incremento de 1.5 en relación a 1992 y una disminución de 1.1 en relación a 1998.

En relación a la pregunta 8.- El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores.

Uniendo los totalmente de acuerdo con los acuerdos encontramos 33.3% un aumento de 9.7 en relación a 1998 (23.6%) y 1.5 décimas en 1992 (31.8%) y en los totalmente en desacuerdo con los desacuerdos 41.3% una disminución en relación a los dos años 1992 de 56% a 65.3%, 1998 14.7 y 24 décimas respectivamente analizando en las cinco categorías se observa que los de totalmente en acuerdo se observa un aumento a 9.4% de 7.1% en 1992 y 6.9% en 1998, mientras que los de acuerdo de 23.9 disminuyen de 24.7 en 1992 y aumentan 7.2 décimas en relación de 1998 (16.7%).

En relación a la dimensión de Capacitación.

La pregunta 9 La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo. encontramos que los de acuerdo y totalmente de acuerdo unidos 48.2% tiene una disminución de 3.2 décimas con respecto a 1998 a 51.4% y un incremento de 3.5 en relación a 1992 de 44.7% y en los totalmente en desacuerdos y desacuerdo 40% en 2005 existe un incremento de 38.8% en 1992 y 36.1% en 1998.

En el análisis por separado los totalmente de acuerdo aumentaron de 10.6% en 1992 a 12.5% y a 13.8% en el 2005 los acuerdo 34.4% disminuyeron en relación a 1998 (38.9%), y quedó prácticamente igual con 1992 34.1% en los desacuerdos disminuyo paulatinamente 28.2% a 26.4% y en el 2005 a 20%, los de muy en desacuerdo se incrementaron en el 2005 a 20% 9.4 décimas con respecto a 1992 (10.6%) y 10.3 décimas en relación a 1998 a 9.7%. los indecisos disminuyeron a 11.9%

En la pregunta 10-. Cuando me han dado capacitación siempre lo ha hecho la persona que más sabe. Al integrar los acuerdos con los totalmente de acuerdo 47.6% en el 2005 disminuyendo 4.2 en relación a 1992 (51.8) y aumentando 7.4 en relación a 1998 (40.2%) y los desacuerdo y totalmente en desacuerdo incrementaron discretamente a 36.2% en el 2005 de 36.1% en 1998 y 4.4 décimas en relación a 1992 (31.8%).

Separándolos por categorías los de totalmente de acuerdo aumentaron a través del tiempo a 13.8% en el 2005 mientras tenían 6.9% en 1998 y 10.6 en 1992. los de acuerdo 33.8% en el 2005 disminuyeron 7.4 décimas en 1992 (41.2%) y 33.3%1998. mientras que los de desacuerdo 23.1% aumentaron de 21.2% en 1992 y disminuyeron en relación a 1998 25.0% y de los de totalmente en desacuerdo han aumentado paulatinamente 10.6% a 11.1% y en el 2005 a 13.1%.

La pregunta 11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrecen para mi mejor desempeño.

Incluyendo al grupo de totalmente de acuerdo y acuerdo se observa una disminución en el tiempo de 50.6% a 44.4% y 38.8% en el 2005 una diferencia de 11.8 y 5.6 décimas respectivamente de los desacuerdos y totalmente desacuerdo un discreto aumento a 44.4% de 40% en 1992 y 36.1% en 1998, 4.4 y 8.3 décimas respectivamente, incrementándose los indecisos de 9.4% 1992 (7.5 décimas) a 16.9% en el 2005 y disminuyendo en relación a 1998 a19.4% (2.5décimas).

Por separado los que están totalmente de acuerdo aumentaron a 16.3% de 15.3% en 1992 y 12.5%1998 1 y 3.8 décimas respectivamente y los de acuerdo disminuyeron a través del tiempo de 35.3% en 1992% a 31.9% en 1998 y 22.5% en 2005, 12.5 y 9.4 décimas respectivamente al igual que los desacuerdos de 30.6% a 23.6%, y 23.8% en el 2004, mientras que los muy en desacuerdo se incrementaron a través del tiempo 9.4% a 12.5% y 18.1% 8.7 y 5.6 décimas respectivamente.

La pregunta 12-. El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades. Integrándolos en tres grupos, los de acuerdos y totalmente de acuerdo se observa una disminución en 2005 a 46.9% de 55.3% en 1992 y 56.7% en 1998 8.4 y 9.8 décimas respectivamente, los desacuerdos y totalmente en desacuerdo tienen un incremento, los primeros de 27% en 1992 a 27.8% en 1998 y 37.5% en el 2005 Cuadros 10, 11, 12.

Cuadro 10. COMPARACIÓN PORCENTUAL POR PREGUNTAS POR NIVELES EN 1992 Y 1998.

Preg.	1992					1998				
	Muy de acuerdo	Acuerdo	Indeciso	desacuerdo	Muy desacuerdo	Muy de acuerdo	Acuerdo	Indeciso	desacuerdo	Muy desacuerdo
Dimensión Logro										
1	18.8	45.9	5.9	22.4	7.1	33.3	43.1	4.2	13.9	5.6
2	41.2	48.2	4.7	1.2	4.7	47.2	43.1	1.4	4.2	4.2
3	37.6	44.7	12.9	2.4	2.4	61.1	29.2	5.6	2.8	1.4
4	27.1	42.4	14.1	11.8	4.7	40.3	38.9	5.6	11.1	4.2
Dimensión Reconocimiento										
5	12.9	34.1	14.1	24.7	14.1	13.9	22.2	8.3	30.6	25
6	37.6	47.1	9.4	4.7	1.2	50	29.2	5.6	8.3	6.9
7	7.1	29.4	17.6	31.8	14.1	15.3	27.8	13.9	26.4	16.7
8	7.1	24.7	11.8	32.9	23.5	6.9	16.7	11.1	36.1	29.2
Dimensión Capacitación										
9	10.6	34.1	16.5	28.2	10.6	12.5	38.9	12.5	26.4	9.7
10	10.6	41.2	16.5	21.2	10.6	6.9	33.3	23.6	25.0	11.1
11	15.3	35.3	9.4	30.6	9.4	12.5	31.9	19.4	23.6	12.5
12	11.8	43.5	17.6	17.6	9.4	13.9	45.8	12.5	16.7	11.1

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1992 = 85

n 1998 = 72

*** p < 0.05

Cuadro 11. COMPARACIÓN PORCENTUAL POR PREGUNTAS POR NIVELES EN 1998 Y 2005.

Preg	1998					2005				
	Muy de acuerdo	Acuerdo	Indeciso	desacuerdo	Muy desacuerdo	Muy de acuerdo	Acuerdo	Indeciso	desacuerdo	Muy desacuerdo
Dimensión Logro										
1	33.3	43.1	4.2	13.9	5.6	25.6	31.9	11.9	22.5	8.1
2	47.2	43.1	1.4	4.2	4.2	34.4	44.4	9.4	10***	1.9
3	61.1	29.2	5.6	2.8	1.4	56.9***	26.9***	9.4	5***	1.9
4	40.3	38.9	5.6	11.1	4.2	45***	31.9	8.8	12.5	1.9
Dimensión Reconocimiento										
5	13.9	22.2	8.3	30.6	25	8.8	26.9	20	20.6	23.8
6	50	29.2	5.6	8.3	6.9	41.9	33.8***	13.8	6.9	3.8
7	15.3	27.8	13.9	26.4	16.7	12.5	30	24.4	17.5***	15.6
8	6.9	16.7	11.1	36.1	29.2	9.4	23.9	25.6	21.9***	19.4
Dimensión Capacitación										
9	12.5	38.9	12.5	26.4	9.7	13.8	34.4	11.9	20	20***
10	6.9	33.3	23.6	25.0	11.1	13.8	33.8	16.3	23.1	13.1
11	12.5	31.9	19.4	23.6	12.5	16.3	22.5	16.9	23.8	20.6***
12	13.9	45.8	12.5	16.7	11.1	15.6	31.3***	15.6	19.4	18.1

Las cantidades se expresan en porcentajes

n 1998 = 72

n 2005 = 106

*** p < 0.05

**Cuadro 12. COMPARACIÓN PORCENTUAL POR PREGUNTAS SUMANDO MUY DE ACUERDO Y ACUERDO POR DIMENSIÓN
1992 -1998 – 2005**

Preguntas	1992 %	1998 %	2005 %
LOGRO			
1	64.7	76.4	57.5
2	89	90.3	78.8
3	82.3	90.3	83.8*
4	69.5	79.2	76.9
RECONOCIMIENTO			
5	47	36.1	35.7
6	84.7	79.2	75.7*
7	36.5	43.1	42.5
8	31.8	23.6	33.3
CAPACITACIÓN			
9	44.7	50.9	48.2
10	51.8	40.2	47.6
11	50.6	44.4	35.8
12	55.3	59.7	46.9*

En relación a la agrupación de satisfacción alta, intermedia y baja.

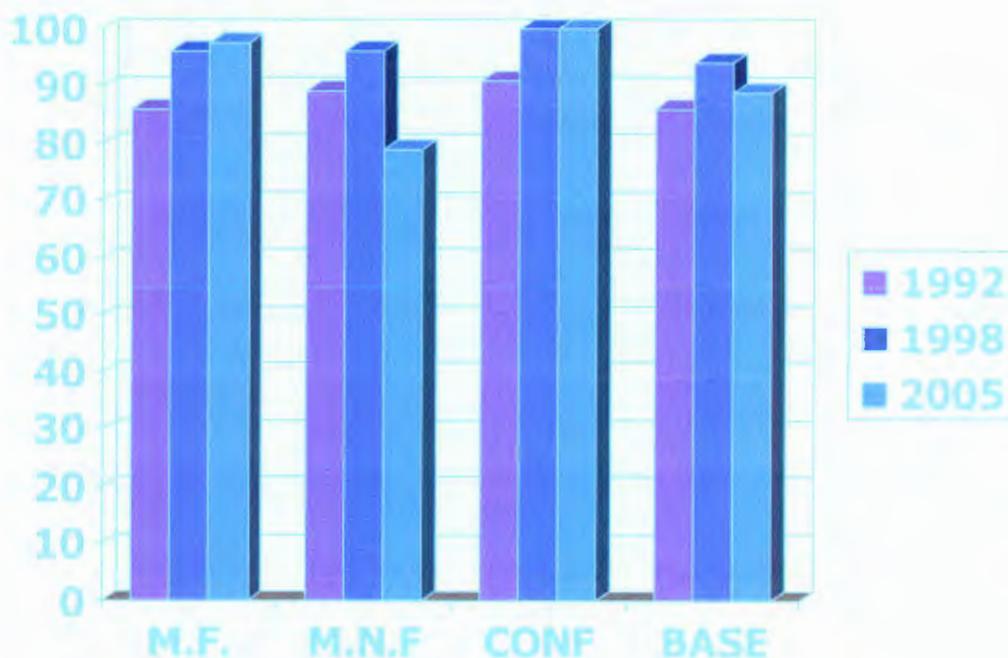
La dimensión con porcentajes más altos fue la de logro (76.3%) sin embargo a través del tiempo primero se incrementó a 86.1% y en esta última encuesta se disminuyó a 76.3% en relación a las dos anteriores.

La dimensión de reconocimiento se ha ido incrementándose la satisfacción alta de 38.8% a 43.8% en el tiempo.

A diferencia la dimensión de capacitación disminuyó la satisfacción alta (41.9%) y aumentó la baja (39.4%).

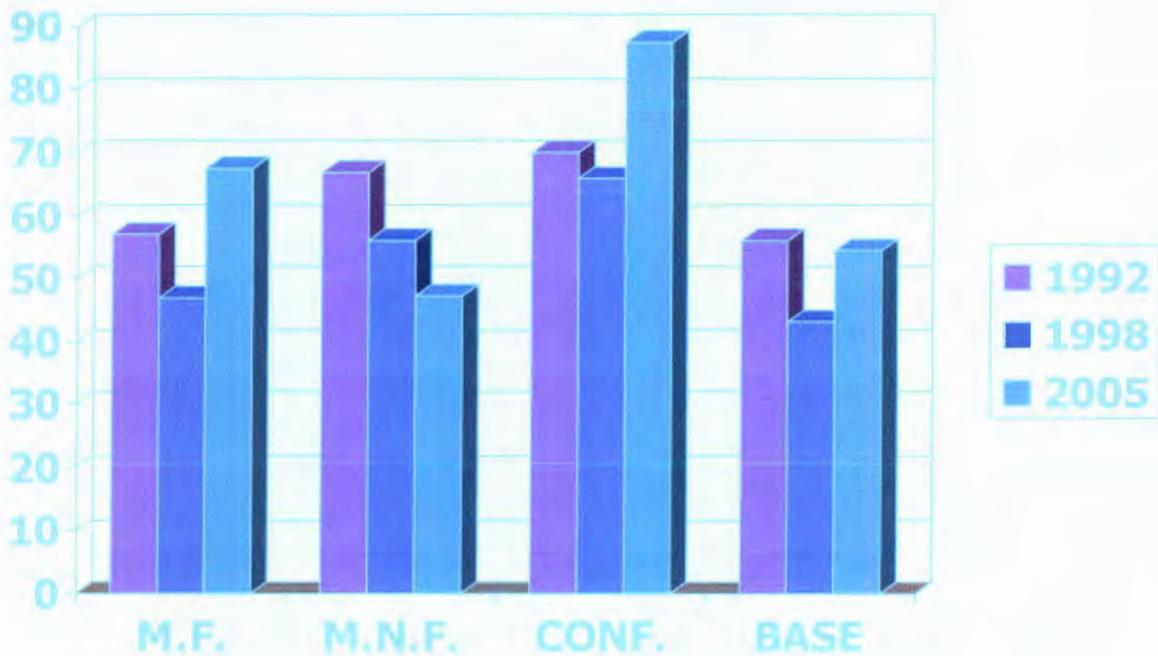
En el análisis por categoría y contratación; la dimensión de logro en las 3 fases del estudio se refiere como la de mayor satisfacción sin embargo muestra un discreto aumento en los médicos familiares 2.6 décimas y un decremento importante de 17.2 décimas a través del tiempo en los médicos no familiares, los médicos de confianza persisten en 100% y los de base tienen un decremento de 5.2 décimas. Fig. 4.6.

FIGURA 4.6 SATISFACCIÓN LABORAL DE LOGRO POR CATEGORÍA Y CONTRATACIÓN 1992 -1998 - 2005



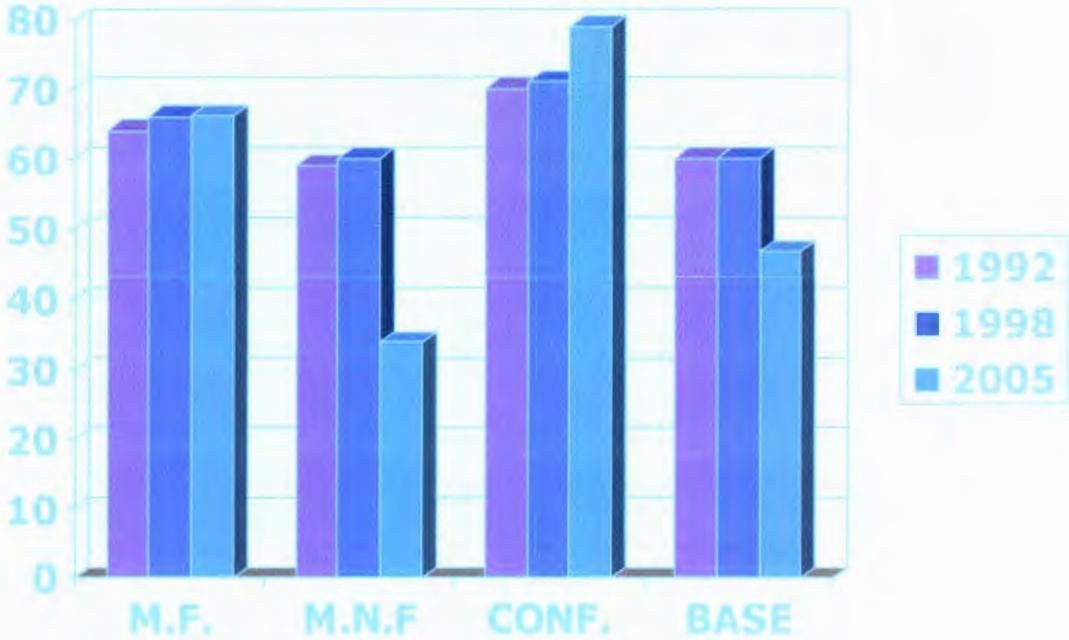
El reconocimiento al actuar médico se incremento la satisfacción alta en casi 20 décimas en relación a 1998 y en 10 décimas en relación de 1992, pero los médicos no familiares han ido disminuyendo paulatinamente en casi 20 décimas y 10 respectivamente. Fig. 4.7.

**FIGURA 4.7 SATISFACCIÓN LABORAL DE RECONOCIMIENTO POR CATEGORÍA Y CONTRATACIÓN
1992 -1998 - 2005**



En cuanto a la capacitación tanto de categoría como por tipo de contratación el nivel de satisfacción se manifestaba alrededor del 60% , sin embargo los médicos no familiares disminuyeron en 26.1 décimas, los médicos familiares y los de confianza quedaron prácticamente igual y los de base disminuyeron en 14.2 décimas probablemente a expensas de los médicos no familiares. Esta dimensión mide específicamente el tipo de capacitación y las facilidades proporcionadas por el Instituto. Fig. 4.8.

FIGURA 4.8 SATISFACCIÓN LABORAL DE CAPACITACIÓN POR CATEGORÍA Y CONTRATACIÓN 1992 -1998 - 2005



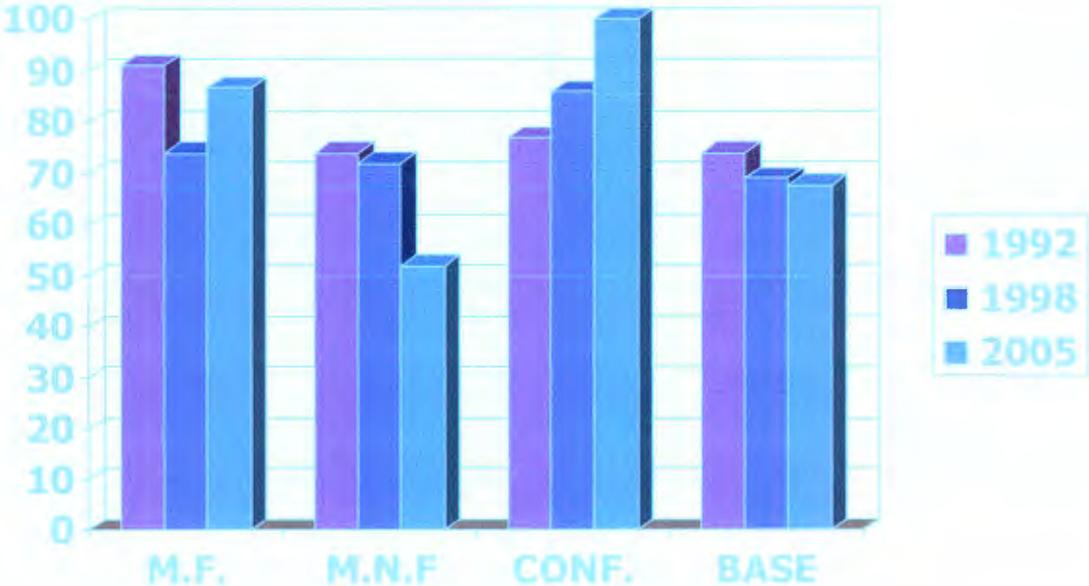
En la satisfacción global en médicos familiares hubo un incremento de 12.8% en relación a 1998 y un decremento de 4.2 décimas en relación de 1992.

Los médicos no familiares disminuyeron a través del tiempo en 22 décimas en relación a 1992 y 20 en relación a 1998 de 74% a 72% y a 52% en el 2005.

Los médicos de confianza han ido incrementando su satisfacción laboral a través del tiempo 77% en 1992 a 86% 17.5 décimas en 1998 y 21 décimas en el 2005 siendo los de más alta satisfacción con el 100%.

Los médicos de base disminuyeron la satisfacción global de 74% a 69% y en el 2005 a 67.7% probablemente a expensas de los médicos no familiares. Fig. 4.9. y Cuadro 13,

FIGURA 4.9 SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL POR CATEGORÍA Y CONTRATACIÓN 1992 -1998 - 2005



Cuadro 13. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL Y POR DIMENSIÓN SEGÚN CATEGORÍA Y TIPO DE CONTRATACIÓN 1992-1998 – 2005

	SATISFACCION LABORAL											
	LOGRO			RECONOCIMIENTO			CAPACITACION			TOTAL**		
	1992	1998	2005	1992	1998	2005	1992	1998	2005	1992	1998	2005
CATEGORÍA	%			%			%			%		
Medico Familiar	86	96	97.6	57	47	67.6	64	66	66.2	91	74	86.8
Medico No Familiar	89	96	78.8	67	56	47.1	59	60	33.9	74	72	52
CONTRATACIÓN												
Confianza	91	100	100	70	66	87.5	70	71	78.9	77	86	100
Base	86	94	88.8	56	43	54.4	60	61	46.8	74	69	67.7

**** SATISFACCIÓN LABORAL TOTAL, ES RESULTADO DE LAS DIMENSIONES ESTUDIADAS**

n 1992 = 85
n 1998 = 72
n 2005 = 160

En relación a las preguntas por categoría y contratación los médicos familiares en la dimensión de logro presentaron un incremento en el acuerdo en las preguntas 2, 3, y 4 siendo las 3.- El sentirse a gusto de pertenecer al IMSS la más alta con 96.7% y la más baja la 1.- en mi trabajo me brindan oportunidad de superarme con 72%, al igual que los médicos no familiares pero con porcentajes más bajos 67.6% y 39.5% respectivamente, y en ellos todas las preguntas disminuyeron en relación al tiempo, mientras que los médicos de confianza todas se incrementaron, la preguntas 2 y 3, tuvieron un 100% de acuerdo y la 1 fue la de menor acuerdo. Los médicos de base también disminuyeron en 1, 2, 3, siendo la 3 la más alta y la 1 la de menor acuerdo.

En la dimensión de reconocimiento en los médicos familiares los médicos de confianza todas se incrementaron, en los médicos de base en la pregunta 6.- El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio que disminuyó mientras que los médicos no familiares todas disminuyeron excepto la pregunta 8.- El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores.

En todas las categorías la pregunta 6 fue la de mayor acuerdo, los médicos familiares con 86.5%, los de confianza con 84.2%, los de base con 74.5% y los médicos no familiares con 62% y la de menor acuerdo en los médicos familiares fue la pregunta 8 con 34.9% en los médicos no familiares la pregunta 5 -. Cuando desarrollo bien mi trabajo mi jefe y compañeros me lo reconocen. Con 29.5%, los médicos de confianza la pregunta 8 con 47.4% y los de base con 31.2% respectivamente.

En la dimensión de capacitación los médicos familiares, los de confianza y los médicos de base incrementaron en la pregunta 9, 10 y 11 y disminuyeron en la 12.- El IMSS ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades. Mientras los médicos no familiares disminuyeron en todas.

Los médicos familiares en las 4 preguntas se mantuvieron entre 50 y 60%, los médicos no familiares en promedio tuvieron un 30% excepto la preg. 11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrece para mi mejor desempeño, que tuvo 23.9%, los médicos de confianza en promedio estuvieron entre 73 y 84% excepto en la pregunta 12 que tuvo 68.4%. Y en los médicos de base en promedio tuvieron un 43% excepto la 11 que tuvo un 34.2% Cuadro 14 y 15.

Cuadro 14. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL ALTA POR DIMENSIÓN Y POR PREGUNTAS 1992, 1998 Y 2005
SEGÚN CATEGORÍA

Pregunta	Médicos Familiares			Médicos No Familiares		
	1992	1998	2005	1992	1998	2005
Dimensión Logro						
1	64	82	72	63	57	39.5
2	78	89	92.1	85	90	61.9
3	80	87	96.7	89	90	67.6
4	62	77	89.9	81	81	60.6
Dimensión Reconocimiento						
5	45	30	40.4	33	33	29.5
6	60	77	86.5	76	76	62
7	38	34	48.4	43	43	35.2
8	28	18	34.9	29	29	31
Dimensión Capacitación						
9	31	48	59.5	48	52	33.8
10	45	43	59.6	60	33	32.4
11	52	34	50.6	26	57	23.9
12	48	59	58.5	67	62	32.4

Cuadro 15. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE MÉDICOS POR NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL ALTA POR DIMENSIÓN Y POR PREGUNTA 1992, 1998 Y 2005
SEGÚN CONTRATACION

Pregunta	Médicos de confianza			Médicos de Base		
	1992	1998	2005	1992	1998	2005
Dimensión Logro						
1	70	80	89.5	63	72	53.2
2	87	93	100	87	88	75.9
3	87	100	100	79	86	81.6
4	83	93	94.8	65	74	74.5
Dimensión Reconocimiento						
5	52	33	63.1	45	30	31.9
6	83	73	84.2	84	78	74.5
7	43	40	79	34	36	37.6
8	21	20	47.4	27	22	31.2
Dimensión Capacitación						
9	57	73	84.2	40	42	43.2
10	35	47	79	47	38	43.3
11	35	40	73.7	47	42	34.2
12	35	73	68.4	53	56	44

Las cantidades se expresan en porcentajes

- $P < 0.05$

La satisfacción laboral global y las satisfacción por dimensiones no reportaron modificaciones significativas, solo en la satisfacción evaluada en las agrupaciones en muy alto y alto, bajo y muy bajo y la intermedia, el reconocimiento tuvo significancia en relación al tiempo ($\chi^2 = 6.07$; $p = 0.047977$).

De las preguntas tuvieron significancia estadística la preg. 2.-En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas. En satisfacción baja.

Pregunta. 3.-Me siento a gusto de pertenecer al IMSS. En satisfacción baja, alta, y muy alta.

Pregunta. 4.-Yo me realizo como trabajador en el IMSS. En muy alta.

Pregunta 7 En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador. En baja

Pregunta. 8 El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores en baja. Pregunta 9 La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo en muy baja.

Pregunta 11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrece para mi mejor desempeño en muy baja

Pregunta 12.- El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades en alta. Cuadro 16.

Cuadro 16. DIMENSIONES Y PREGUNTAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN
 MEDICOS ASOCIADAS AL TIEMPO.
 1992 – 1998 – 2005
 ESTADISTICOS

TUVIERON SIGNIFICANCIA	chi ²	Grados de libertad	p
Reconocimiento intermedio en 3 opciones	6.07;	2	0.047977
Pregunta. 2.-En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas. En satisfacción baja.	8.03	2	0.018001
Pregunta. 3.-Me siento a gusto de pertenecer al IMSS. En satisfacción baja	8.47	2	0.014451
Pregunta. 3.-Me siento a gusto de pertenecer al IMSS. En satisfacción alta.	8.47	2	0.014451
Pregunta. 3.-Me siento a gusto de pertenecer al IMSS. En satisfacción muy alta.	10.89	2	0.004321
Pregunta. 4.-Yo me realizo como trabajador en el IMSS. En muy alta.	7.56	2	0.022876
Pregunta 7.- En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador. En baja	6.79	2	0.033459
Pregunta. 8.- El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores. En baja.	6.35	2	0.041896
Pregunta. 9.- La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo. En muy baja,	5.96	2	0.050882
Pregunta 11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrece para mi mejor desempeño en muy baja	6.00	2	0.049665
Pregunta 12.- El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades. En alta	6.08	2	0.047866

En relación a la proyección que se efectuó en 1998, se observa que la satisfacción alta disminuyó 2.76 en relación al proyectado pero la satisfacción baja quedo a .33 décimas de lo previsto. Cuadro 17.

Cuadro 17. Proyección de la satisfacción laboral 1992 - 1998.

Año	Escenario 1	Intermedia	Escenario 2
	Satisfacción Alta		Satisfacción Baja
1992	55.30	30.60	14.1
1998	55.56	27.78	16.67
Incremento Total	0.26		2.57
Promedio Anual	0.04		0.43
1999	55.60	27.31	17.10
2000	55.65	26.84	17.53
2001	55.69	26.37	17.96
2002	55.73	25.90	18.38
2003	55.78	25.43	18.81
2004	55.82	24.96	19.24
2005	55.86	24.49	19.67
2006	55.91	24.02	20.10
2007	55.95	23.55	20.53
2008	55.99	23.08	20.95
2009	56.04	22.61	21.38
2010	56.08	22.14	21.81
2011	56.12	21.67	22.24
2012	56.17	21.20	22.67
2013	56.21	20.73	23.10
2014	56.25	20.26	23.52
2015	56.30	19.79	23.95
2016	56.34	19.32	24.38
2017	56.38	18.85	24.81
2018	56.43	18.38	25.24
2019	56.47	17.91	25.67
2020	56.51	17.44	26.09
2021	56.56	16.97	26.52
2022	56.60	16.50	26.95
2023	56.64	16.03	27.38
2024	56.69	15.56	27.81
2025	56.73	15.09	28.24

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En relación a la proyección que se efectuó en 2005, se observa que la satisfacción alta se incrementará en 0.7 décimas a 53.8% a partir del 2057

manteniéndose así en los siguientes años mientras que la satisfacción baja disminuirá en 2 décimas a 18%. Cuadro 18.

Cuadro 18. Proyección de la satisfacción laboral Global 1992 – 2005

Año	Escenario 1 Satisfacción Alta	Intermedia	Escenario 2 Satisfacción Baja
1992	55.3	30.6	14.1
2005	53.1	26.3	20
Incremento Total	-2.2	-4.3	5.0
Promedio Anual	0.2	0.35	0.42
2018	54.2	28.5	17.1
2031	53.7	27.4	18.5
2044	53.9	27.9	17.8
2057	53.8	27.6	18.2
2070	53.9	27.8	18
2083	53.8	27.7	18.1
2096	53.8	27.7	18
2109	53.8	27.7	18
2122	53.8	27.7	18

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

El logro incrementará en 1.7 décimas y la satisfacción baja aumentaría 0.4 décimas

Cuadro 19. Proyección de la satisfacción: Logro

Año	Escenario 1 Satisfacción Alta	Intermedia	Escenario 2 Satisfacción Baja
1992	80	10.6	9.4
2005	76.3	15.6	8.1
Incremento Total	-3.4	5	-1.3
Promedio Anual	0.24	0.4	0.09
2018	78.2	13.1	8.8
2031	77.2	14.4	8.4
2044	77.7	13.7	8.6
2057	77.5	14.0	8.5
2070	77.6	13.9	8.5
2083	77.5	14.0	8.5
2096	77.5	13.9	8.5
2109	77.5	13.9	8.5
2122	77.5	13.9	8.5

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En la satisfacción alta en reconocimiento disminuirá en 1.7 décimas y la satisfacción baja disminuirá en 0.4 décimas

Cuadro 20. Proyección de la satisfacción. Reconocimiento.

Año	Escenario 1	Intermedia	Escenario 2
	Satisfacción Alta		Satisfacción Baja
1992	38.8	35.3	25.9
2005	43.8	25.6	30.6
Incremento Total	5	-9.7	4.7
Promedio Anual	0.4	0.7	0.3
2018	41.3	30.5	28.3
2031	42.6	28.0	29.4
2044	41.9	29.2	28.8
2057	42.2	28.6	29.1
2070	42.1	28.9	29
2083	42.2	28.8	29.1
2096	42.1	28.9	29
2109	42.1	28.8	29
2122	42.1	28.8	29

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En capacitación la satisfacción alta se incrementará en 0.9 décimas y la satisfacción baja disminuirá 2.2 décimas

Cuadro 21. Proyección de la satisfacción: Capacitación

Año	Escenario 1	Intermedia	Escenario 2
	Satisfacción Alta		Satisfacción Baja
1992	44.7	22.4	32.9
2005	41.9	18.8	39.4
Incremento Total	-2.8	-3.6	6.5
Promedio Anual	0.2	0.25	0.5
2018	43.3	20.6	36.2
2031	42.6	19.7	37.8
2044	43.0	20.2	37.0
2057	42.8	19.9	37.4
2070	42.9	20.0	37.2
2083	42.8	20.0	37.3
2096	42.8	20.0	37.2
2109	42.8	20.0	37.2
2122	42.8	20.0	37.2

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En la satisfacción global de los médicos familiares se incrementará en 1.4 décimas y en los médicos no familiares 7.3 décimas.

Cuadro 22. Proyección de la satisfacción global de Médicos por categoría

Año	Médicos familiares	Médicos no familiares
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	91	74
2005	86.8	52
Incremento Total	-4.2	-22
Promedio Anual	0.3	1.6
2018	88.9	63
2031	87.9	57
2044	88.4	60.3
2057	88.1	58.9
2070	88.2	59.6
2083	88.2	59.2
2096	88.2	59.4
2109	88.2	59.3
2122	88.2	59.3

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

El logro disminuirá 4 décimas en los médicos familiares y se incrementará en los médicos no familiares 3.4 décimas.

Cuadro 23. Proyección de la satisfacción logro de Médicos por categoría.

Año	Médicos familiares	Médicos no familiares
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	86	89
2005	97.6	78.8
Incremento Total	11.6	-10.2
Promedio Anual	0.8	.7
2018	91.8	83.9
2031	94.7	81.4
2044	93.3	82.6
2057	94	82
2070	93.6	82.3
2083	93.8	82.1
2096	93.7	82.2
2109	93.7	82.2
2122	93.7	82.2

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En el reconocimiento los médicos familiares disminuirán su satisfacción en 3.5 décimas y los médicos familiares la incrementarán 6.6 décimas.

Cuadro 24. Proyección de la satisfacción reconocimiento de Médicos por categoría

Año	Médicos familiares	Médicos no familiares
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	57	67
2005	67.6	47.1
Incremento Total	10.7	-19.9
Promedio Anual	.8	1.42
2018	62.3	57.1
2031	65	52.1
2044	63.6	54.6
2057	64.3	53.3
2070	64	53.9
2083	64.1	53.6
2096	64	53.8
2109	64.1	53.7
2122	64.1	53.7

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En la capacitación los médicos familiares disminuirán en 0.7 y los médicos no familiares incrementarán en 8.4 décimas

Cuadro 25. Proyección de la satisfacción capacitación de Médicos por categoría

Año	Médicos familiares	Médicos no familiares
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	64	59
2005	66.2	33.9
Incremento Total	2.2	-25.1
Promedio Anual	0.15	1.79
2018	65.1	46.5
2031	65.7	40.2
2044	65.4	43.3
2057	65.5	41.7
2070	65.4	42.5
2083	65.5	42.1
2096	65.5	42.3
2109	65.5	42.2
2122	65.5	42.3

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

Los médicos de confianza disminuirán a través del tiempo su satisfacción global en 7.7 décimas y los médicos de base incrementaran 2.1 décimas

Cuadro 26. Proyección de la satisfacción global de Médicos por contratación.

Año	Médicos de confianza	Médicos de base
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	77	74
2005	100	67.7
Incremento Total	23	-6.3
Promedio Anual	1.6	0.5
2018	88.5	70.9
2031	94.3	69.3
2044	91.4	70.1
2057	92.8	69.7
2070	92.1	69.8
2083	92.5	69.8
2096	92.3	69.8
2109	92.4	69.8
2122	92.3	69.8

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En el logro los médicos de confianza disminuirían la satisfacción en tres décimas y los de base 0.9 décimas

Cuadro 27. Proyección de la satisfacción de logro de Médicos por contratación.

Año	Médicos de confianza	Médicos de base
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	91	86
2005	100	88.8
Incremento Total	9	2.8
Promedio Anual	0.6	0.2
2018	95.5	87.4
2031	97.8	88.1
2044	96.6	87.8
2057	97.2	87.9
2070	96.9	87.8
2083	97	87.9
2096	97	87.9
2109	97	87.9
2122	97	87.9

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

En el reconocimiento los médicos de confianza disminuirían en 5.8 y los de base incrementarían su satisfacción en 6.6 décimas

**Cuadro 28. Proyección de la satisfacción en reconocimiento
Médicos por contratación**

Año	Médicos de confianza	Médicos de base
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	70	67
2005	87.5	47.1
Incremento Total	17.5	-19.9
Promedio Anual	1.25	1.4
2018	78.8	57.1
2031	83.1	52.1
2044	80.9	54.6
2057	82	53.3
2070	81.5	53.9
2083	81.8	53.6
2096	81.6	53.8
2109	81.7	53.7
2122	81.7	53.7

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

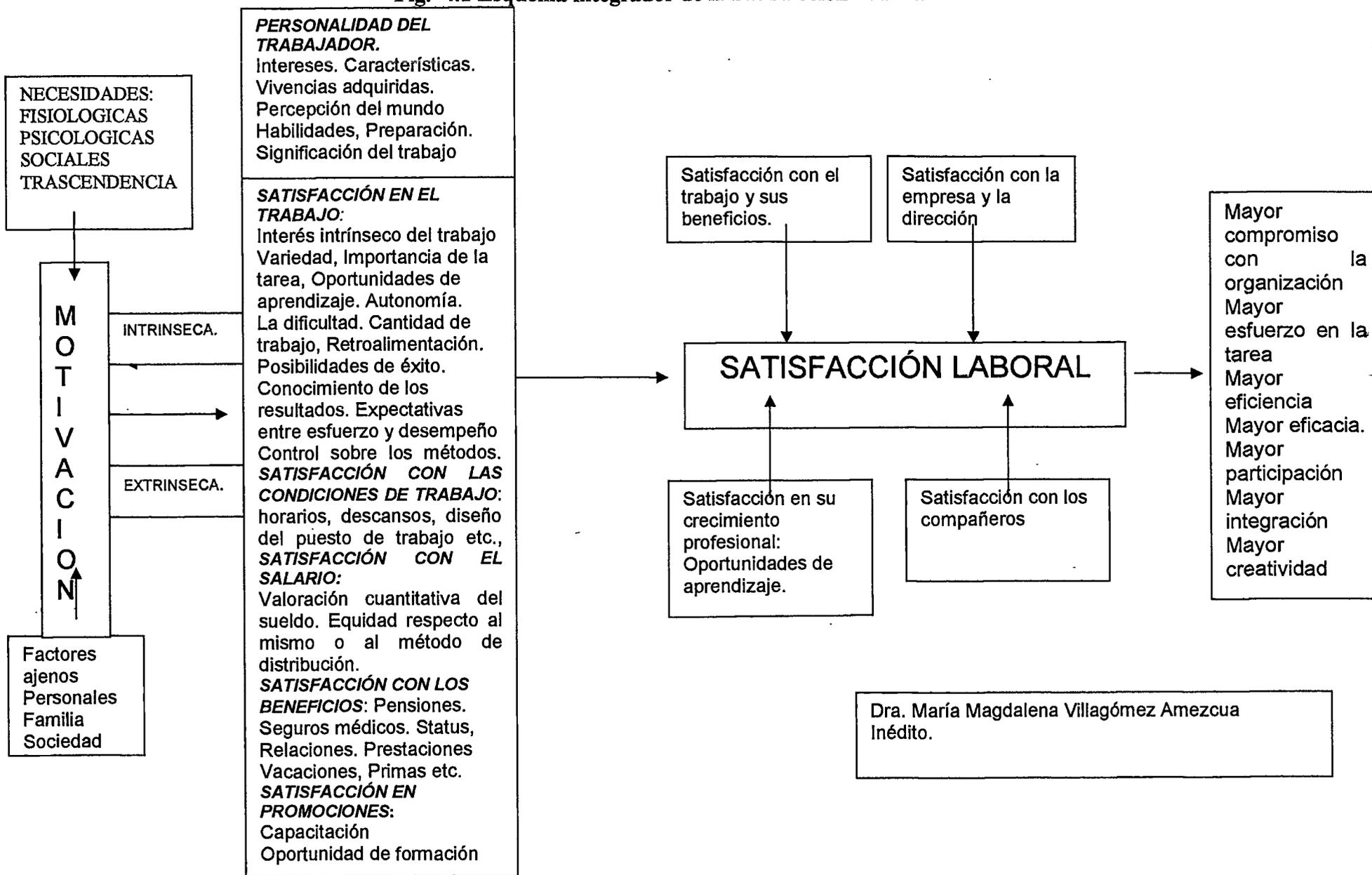
En capacitación los médicos de confianza disminuirían en 0.7 y los de base incrementarían en 8.4 décimas

**Cuadro 29. Proyección de la satisfacción en capacitación.
Médicos por contratación**

Año	Médicos de confianza	Médicos de base
	Satisfacción Alta	Satisfacción alta
1992	64	59
2005	66.2	33.9
Incremento Total	2.2	25.1
Promedio Anual	0.1	1.8
2018	65.1	46.5
2031	65.7	40.2
2044	65.4	43.3
2057	65.5	41.7
2070	65.4	42.5
2083	65.5	42.1
2096	65.5	42.3
2109	65.5	42.2
2122	65.5	42.3

Las cifras se expresan en porcentaje y esta calculada en relación a la población de médicos.

Fig. 4.1 Esquema integrador de la Satisfacción Laboral



4.2 DISCUSIÓN

La discusión de este trabajo será realizada en dos vertientes, la metodológica y la de resultados.

En relación a la primera es conveniente mencionar que este es un trabajo que mide la modificación del nivel de satisfacción en médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en tres años diferentes 1992, 1998 y 2005 , en relación a ellos se le podría cuestionar que no fue la misma población encuestada en los dos momentos, pero en descargo de ellos, es conveniente mencionar que se trata de la misma Institución, en consecuencia se puede asumir que se esta haciendo la evaluación de ésta utilizando para ello al personal médico, no se pretendía evaluar individuos aislados de su contexto, pero sí integrados a este considerando los estímulos negativos y positivos existentes.

Haber optado por establecer cinco opciones para que los encuestados evaluaran el grado de satisfacción, se acompaña de una mayor variación de las respuestas, en consecuencia, permite ampliar las posibilidades de análisis. Este mismo razonamiento es el adoptado cuando se establecieron las categorías para medir satisfacción, en este caso lo cuestionable son los puntos de corte utilizados, así por ejemplo, se consideró conveniente asignar un punto más a las categorías ubicadas en los extremos (muy baja y muy alta). Una opción hubiera sido utilizar decimales en cada punto de corte, pero se consideró que esto no se encontraba apegado a la realidad.

Finalmente el reagrupar las categorías muy baja y baja en una sola, así como las categorías alta y muy alta, fue la base para realizar una proyección en el tiempo.

En relación a los resultados obtenidos se puede comentar que la diferencia en la antigüedad y la edad promedio en el antes y después, es un dato que permite suponer que se trata de la misma población aunque en el 2005 se observa un aumento de gente joven, o cuando menos se trata de una población que ha laborado en la institución a lo largo del tiempo y como una debilidad del trabajo que se puede comentar es que en 1998 se agregó el grupo de médicos de la Coordinación Delegacional que sus consecuencias se comentarán más adelante.

En el presente trabajo aunque no se apreciaron cambios estadísticamente significativos a través del tiempo en la satisfacción global en base a las dimensiones de logro, reconocimiento y capacitación, se observa a través del tiempo que el grado de satisfacción global en base a las 5 opciones aunque se incrementa en los médicos encuestados la satisfacción muy alta se incrementó a través del tiempo aunque es sólo del 20.6%, mientras que el 32.5% tienen satisfacción alta la cual disminuyen en forma importante a través del tiempo, incrementándose los que tienen satisfacción baja a 20%, cuando uno revisa el cuadro que se suma los muy altos y altos en una categoría se observa también una disminución a través del tiempo siendo que el 53.1% están satisfechos en relación a las tres dimensiones estudiadas y los bajos y muy bajos en otra categoría se incrementa a 20%.

Una observación crítica del trabajo es que en 1998 se tomaron como parte de la muestra a médicos de confianza del nivel delegacional el cual movió los resultados hacia mayor satisfacción en algunas de las dimensiones principalmente en reconocimiento y la global ya que en su mayoría son médicos familiares que han aceptado la confianza lo que les da cierto poder, lo que ocasionó un sesgo en los resultados comparando los tres años encuestados hacia la satisfacción alta, lo que también nos hace pensar que es diferente la satisfacción en el personal de confianza dependiendo del nivel de liderazgo que ejerzan, el salario, el reconocimiento y todas las circunstancias que los envuelven.

El análisis en cuanto a las variables estudiadas, se observa que el logro es la dimensión donde existe mayor satisfacción del 80% cuando se analiza en tres categorías, la cual se incrementa en 1998 cuando se les aplica al cuestionario a personal de la Coordinación Delegacional, y sin embargo disminuye en relación a 1992 cuando la población nuevamente tiene la misma conformación.

En relación al reconocimiento sorprende que esta se va incrementando paulatinamente a través del tiempo aunque solo sea del 43.7%.

Mientras que la capacitación se incrementó en 1998, y en el 2005, disminuyó en relación a 1992 a 41.9%.

Cuando se analiza en las 5 categorías, se observa que la satisfacción muy alta en logro se incrementa en relación a 1992 sin embargo disminuye en relación 1998 a 46.3%, y la satisfacción alta disminuye paulatinamente a 30%,

Mientras que el reconocimiento se incrementa paulatinamente en la muy alta a 15.3% y la alta se queda igual prácticamente que en 1992 en 27.5%. la capacitación en muy alta aumenta a 19.4 y disminuye en la alta a 22.5% a través del tiempo.

En 1996 Chávez, Álvarez y Cols. Efectuaron un estudio en médicos y enfermeras analizando cinco dimensiones: relaciones profesionales, personal, recursos materiales, cargas de trabajo, autonomía y recompensas psicológicas y materiales. La calificación global de satisfacción alta fue de 16%, satisfacción media 66% y el 18% baja. La autonomía fue la de más alta satisfacción, la de relaciones profesionales, recompensas y cantidad de trabajo obtuvieron el mayor porcentaje de baja satisfacción. En relación a los resultados de la evaluación global de la satisfacción se puede señalar que los resultados aquí obtenidos discrepan con los señalados pero se debe de mencionar que las dimensiones medidas en cada uno de ellos son diferentes, esto obliga a cuestionar que dimensiones son las que se deben de incluir cuando se evalúe satisfacción, o si esta evaluación debe ser en función de las políticas que cada institución de salud

tenga, o del tipo y características de personal y sus actividades lo cual probablemente sea lo mas lógico.

En un estudio de la satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid, el cuestionario aplicado a profesionales sanitarios y no sanitarios, encontraron que los profesionales se encuentran medianamente satisfechos, comparando este estudio con el realizado en 1992, la tensión laboral, la promoción profesional siguen siendo las peor valoradas. (Fernández MI, et al., 1992).

En un estudio realizado en el National Primary Care Research and development Centre, Williamson, Building, Universidad de Manchester, Oxford Road, se observó una disminución en la satisfacción laboral de 1987 a 1998 y que tiene relación con el stress laboral. (<http://www.senfyc.htm>).

Es indudable que la satisfacción laboral global se ve influida por todas las dimensiones analizadas, el entorno afecta en forma indiscutible a esta percepción, es necesario evaluar otras dimensiones en estudios posteriores para ir desarrollando posibles alternativas de acción para elevar la satisfacción del médico dentro de la organización.

Siempre se deberá de tener presente que la satisfacción laboral es resultado del cambio cultural que se da en las organizaciones, de ahí la importancia de tener una visión clara de lo que es necesario hacer, de líderes transformadores y sobre todo una cultura que combine un gran interés por los resultados y por el individuo. (Hanna, 1990).

En el presente trabajo aunque no se encontraron cambios significativos en la dimensión logro, se puede apreciar al analizar el cuadro. 7 de integración de

satisfacción alta y muy alta en una sola, que es la mas alta, casi dobla a la satisfacción en relación a la dimensión de capacitación y reconocimiento sin embargo hubo una disminución en relación al tiempo, y aunque en 1998 muestra un incremento podríamos deducir que esta fue debido al ingreso a los médicos de familiares de confianza de la Coordinación Delegacional como lo muestra el cuadro 13, que se mantuvieron en un 100% tanto en 1998 y 2005, sin embargo al no contemplar a esta grupo en el 2005 disminuye el porcentaje final de logro con respecto 1992 y parecería que este decremento es mas bien atribuible a el personal de base y prácticamente a los médicos no familiares que disminuyeron en mas de 17 décimas a diferencia de los médicos familiares y los de confianza que incrementaron a través del tiempo.

Al revisar por categoría y por contratación se observa que en los médicos de confianza se fue incrementando la satisfacción global en base a las tres dimensiones estudiadas a través del tiempo hasta llegar a un 100%, mientras que los médicos de base fueron disminuyendo paulatinamente hasta llegar a casi el 68%, los médicos familiares también disminuyeron pero en menor proporción a 87% y sólo el 52% de los médicos no familiares se encontraron satisfechos teniendo una disminución importante a través del tiempo.

Al analizar la dimensión de logro se observa que los médicos de confianza se incrementaron su satisfacción a un 100%, al igual que los médicos familiares casi en un 98% , y los médicos de base discretamente se incrementó a 89% y los médicos no familiares disminuyeron en un punto porcentual a 79%.

El aumento de la satisfacción en la dimensión de logro en la categoría de confianza, puede apoyar las teorías de la motivación que se refieren al reto en el trabajo. El trabajo en si mismo afecta la satisfacción debido al diseño que se de al puesto que desempeña el empleado. Los puestos con riqueza en elementos conductuales, como la autonomía, la variedad, la significación de la tarea y la tarea y la retroalimentación recibida contribuyen a la satisfacción del empleado, la

aceptación del empleado en su grupo de trabajo inmediato y en la organización es importante para el logro de niveles altos de satisfacción.

En estos dos últimos años se inició el programa de sistema integral de medicina familiar en el cual se han llevado otro tipo de actividades que el médico familiar debe desarrollar, utilización de el expediente electrónico, nuevos modelos de capacitación, Tienen una mayor participación en las actividades de salud de la familia. Que aunque esta en su inicio ha desarrollado ciertas nuevas habilidades en el médico Familiar, nuevas tecnologías, como el expediente electrónico, nuevos retos, esto también puede ser un factor para que en el medico familiar también hay existido aunque pequeño un incremento en la dimensión de logro.

Aunque persisten las carencias de material y medicamentos, el exceso de pacientes, falta de personal y actividades de llenado de formato.

Dado que esta dimensión valora el crecimiento de la propia potencialidad del individuo, la cual es considerada como un motivador intrínseco, y a pesar de que existan diferencias individuales significativas en la motivación y el desempeño, estas deben ser reconocidas en cualquier circunstancia de una organización para incrementar la realización de sus trabajadores. (Kast, 1988).

De no prestar mayor atención en esta dimensión por parte de la institución, se corre el riesgo de que exista un pobre compromiso de los trabajadores para con la empresa.

Esto apoya la teoría de que Peiro y Prieto (1996) quienes concluyen que los determinantes de la satisfacción laboral combinan características de diferente tipo: del ambiente, del puesto, de personalidad y de motivación. Subrayando la importancia de la formación, destacaríamos las características del puesto que en un sentido negativo asociaría la insatisfacción con la rutinización y la arbitrariedad en la distribución de recompensas.

La congruencia de los intereses del trabajador y los objetivos de la empresa también es una importante fuente de satisfacción. Entre los intereses más importantes del trabajador encontraríamos su elección vocacional, las expectativas previas, el progreso laboral, el enriquecimiento del puesto, el aprendizaje y ejecución de nuevas habilidades. Tampoco deberíamos descartar la influencia de otras variables como la satisfacción vital y el significado del trabajo en el individuo.

Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser".

Generalmente las tres clases de características del empleado que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) son: Las necesidades, Los valores, Rasgos personales.

Los tres aspectos de la situación de empleo que afectan las percepciones del "debería ser" son: Las comparaciones sociales con otros empleados, las características de empleos anteriores, los grupos de referencia.

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son: Retribución, Condiciones de trabajo, Supervisión, Compañeros, Contenido del puesto, Seguridad en el empleo, Oportunidades de progreso.

Al igual que la motivación, la satisfacción laboral también es afectada por el sistema ambiental.

Cada elemento del sistema del ambiente puede contribuir a la satisfacción laboral o actuar en su detrimento. (Werther WB, 1988)

Analizando las preguntas de logro, la pregunta 1 fue la más baja en todos los grupos y se refiere a "que en mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme".

En el Instituto por el escalafón los médicos no pueden ascender a un puesto mayor a menos que pasen a ser contratados de confianza, adquiriendo o perdiendo algunas responsabilidades y derechos, entre ellas pierden ciertos privilegios sindicales, se tiene mayor responsabilidad, pérdida de un horario prefijado, mayor carga de trabajo, se gana mayor sueldo, mayor status y ciertas oportunidades de la toma de decisión dependiendo del puesto. Lo que si es muy frecuente es que el médico tienen consulta particular y en ocasiones la mayor parte de sus ingresos proviene de esta y el Instituto en la confianza es muy absorbente y requiere casi de 24 hrs. de atención a lá misma, lo que hace que se decidan a no cambiar y por otro lado los muchos problemas en la operación que tiene el Hospital y en algunas Unidades de Medicina Familiar no lo hace atractivo.

En los médicos no familiares llama la atención una gran disminución a través del tiempo de la pregunta 2.- En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas, valdría investigar cuales son las expectativas o porque solo el 50% esta de acuerdo. Siendo que las características de su profesión y perfil del puesto permiten la autocapacitación y autorrealización, y la Institución les da la posibilidad de tener mayor número de pacientes que a su vez permite contar mayores posibilidades diagnósticas para su desarrollo profesional por concentrar gran parte de la población. Quizás tuviera que ver con factores higiénicos como tiempo para dedicarles a los pacientes o a su preparación.

La dimensión de logro fue la dimensión de mayor satisfacción laboral sin embargo disminuyo en 3 de cada 4 médicos están satisfechos en el 2005. La categoría satisfacción muy alta tuvo un decremento de 9.3 puntos sin ser estadísticamente significativo.

Este motivador intrínseco es muy valioso para lograr profundidad y calidad en el actuar.

Entre más fuertes sean estos motivos mayor será el compromiso generado hacia la Institución.

Miñana y cols, 2001 ha señalado que los motivos trascendentes consiguen la realización del individuo en su trabajo y conducen al desarrollo de sus capacidades y habilidades, así como una sensación de seguridad y de satisfacción interna. Entre más fuertes sean estos motivos, mayor será el compromiso generado con la institución y en consecuencia mayor posibilidad para lograr profundidad y calidad en el actuar.

La motivación intrínseca se define como el interés y el disfrute en una actividad por sí misma. Las sensaciones de dominio, eficacia y autonomía son inherentes al interés intrínseco de la tarea (Miñana, 2001 y Deci 1985).

El logro valora la oportunidad de superarse, desarrollarse y aprender cosas nuevas así como la identificación y pertenencia con la Institución y fue la dimensión que más aumentó el acuerdo con los enunciados.

Turner y Lawrence encuentran que los índices de los atributos percibidos se relacionan directamente con los grados de los índices objetivos de los atributos de la tarea. Encuentran igualmente una estrecha relación, por una parte, entre los índices de los atributos, y por otra parte, la satisfacción de los empleados y la asistencia al trabajo. Sin embargo, existen diferencias entre los empleados de empresas localizadas en las grandes ciudades y los empleados de empresas localizadas en ciudades pequeñas. Los resultados de este estudio sugieren que los empleados pueden reaccionar de diferentes maneras ante ciertas características de su trabajo en función de algunas variables sociológicas.

En 1971, Hackman y Lawler analizaron las reacciones de los empleados ante los atributos de su tarea. Se examinaron los siguientes atributos: variedad, autonomía, integridad de la tarea, retroalimentación, interacción con otros y

posibilidad de entablar amistades. Resultó que, en general, cuanto mayor es la variedad, la autonomía, la integridad de la tarea y la retroalimentación, cuanto más motivados y satisfechos están los empleados, su rendimiento es mayor y faltan menos al trabajo.

Esto lo demuestra nuestro estudio mas adelante al analizar los resultados por categoría y contratación, ya que el medico de confianza en general tiene una mayor variedad pues tienen labores de tipo operativas, administrativas, técnicas, de liderazgo y tienen mayor toma de decisión, un poco mas de autonomía, reciben mayor retroalimentación y tienen mayor interacción con todo el personal, además de que su tarea se ve desde un enfoque mas integral identifican el significado de su tarea y se analizan los resultados y los impactos agregándole que tienen un mayor sueldo aunque tienen mayor responsabilidad y le dedican mayor tiempo a la organización .

La teoría de Hackman y Oldham postula que la motivación interna en el trabajo depende de tres estados psicológicos críticos: el significado del trabajo, la responsabilidad en los resultados del trabajo y el conocimiento de los resultados efectivos del trabajo. Una cuarta característica, la autonomía, está relacionada con la responsabilidad en los resultados obtenidos, mientras que la última característica, la retroalimentación del trabajo, está relacionada con el conocimiento de los resultados efectivos. (Hackman y Oldham, 1980, Paquin 1993 y Vroom 1999).

Una persona, para ser motivada en el trabajo, debe encontrar su trabajo significativo, es decir, considerarlo como algo importante en función de su sistema de valores. Esta persona debe sentirse responsable de los resultados de ese trabajo, y así creer que a ella personalmente se le deberán atribuir los resultados. Y esta persona debe conocer los resultados de su trabajo; de lo contrario, no tendrá ninguna base para sentirse bien en caso de éxito, o para sentirse mal en caso de malos resultados. Como la manera de organizar el trabajo puede tener

repercusiones en el significado del trabajo, en la responsabilidad del empleado y en el conocimiento de los resultados, se deduce que la motivación en el trabajo puede estar más relacionada con la manera en que las tareas se distribuyen y dirigen que con la disposición individual de las personas que las llevan a cabo.

Los tres estados psicológicos críticos son internos en los individuos y no son manipulables directamente. Están, sin embargo, relacionados con las características de las tareas, las cuales sí pueden ser manipuladas.

El nivel de satisfacción se ve afectado por la forma en que se administran las actividades de personal

Según la teoría de las características de las tareas, el potencial de motivación se incrementará a condición de que se incremente al menos una de las características que afectan al significado del trabajo y que, al mismo tiempo, se incremente la autonomía y la retroalimentación

También se podrían plantear tres enfoques para explicar. El modelo de las expectativas, plantea que la satisfacción en el trabajo está en función de las discrepancias percibidas por el individuo entre lo que él cree debe darle el trabajo y lo que realmente obtiene como producto o gratificación.

Esto podría explicar la menor satisfacción de los médicos no familiares quienes, probablemente tienen cierta disociación en las expectativas personales y lo que Institución les provee.

Un segundo enfoque teórico, plantea que la satisfacción en el trabajo es producto de la comparación entre los aportes que hace el individuo al trabajo y el

producto o resultado obtenido. Esta misma tendencia llamada equidad plantea también que esta satisfacción o insatisfacción es un concepto relativo y depende de las comparaciones que haga el individuo en términos de aporte y los resultados obtenidos por otros individuos en su medio de trabajo o marco de referencia.

Por último, la teoría de los dos factores plantea que existen dos tipos de factores motivacionales; un primer grupo, extrínsecos al trabajo mismo, denominados "de higiene o manutención", entre los que podrán enumerarse: el tipo de supervisión, las remuneraciones, las relaciones humanas y las condiciones físicas de trabajo y un segundo grupo, intrínsecos al trabajo, denominados "motivadores", entre los que se distinguen: posibilidades de logro personal, promoción, reconocimiento y trabajo interesante. Los primeros son factores que producen efectos negativos en el trabajo si no son satisfechos, pero su satisfacción no asegura que el trabajador modifique su comportamiento. En cambio, los segundos son factores cuya satisfacción si motivan trabajar a desplegar un mayor esfuerzo. Que sería la teoría de Herzberg.

Estos tres enfoques son complementarios y se pueden resumir diciendo que "la satisfacción en el trabajo nos muestra las discrepancias entre lo que un individuo espera obtener en su trabajo en relación a los que invierten en él y los miembros de su grupo de referencia, y lo que realmente obtiene él, con comparación a los compañeros, siendo diferentes las actitudes si se trata de factores extrínsecos o intrínsecos al trabajo mismo.

Los factores que también determinan la satisfacción laboral son: un trabajo mental interesante, la equidad de los premios, las condiciones propias del trabajo y colegas adecuados. Los resultados de las encuestas de opinión se ajustan a modelos motivadores y de higiene. (Chiavenato I., 1991).

En 1994, Flores, Valdivieso y cols. Estudiaron 5 dimensiones de la satisfacción laboral. Cantidad de trabajo, autonomía, disponibilidad de recursos, relaciones profesionales y recompensas. La variable que reportó satisfacción laboral mas baja fue la disponibilidad de recursos, la que obtuvo mayor porcentaje de satisfacción alta fueron las relaciones profesionales mencionan una satisfacción alta de 13%, 78% con satisfacción intermedia y un 9% con satisfacción baja, lo que difieren en un grado menor a los resultados en nuestro estudio, y esto es probable, por las dimensiones estudiadas y las escalas utilizadas. (Flores, Valdivieso y Cols. 1994).

En relación a la dimensión de reconocimiento fue la única dimensión que se incrementó a través del tiempo a pesar de ser baja 43.8% en el 2005 en tres categorías cuadro 7, y al análisis de cinco categorías cuadro 9 se observa también un incremento a través del tiempo en la muy alta a 16.3% y la alta se queda igual en 27.5% y solo tuvo significancia estadística en la evaluación de agrupación en intermedia a pesar de ser la de mas baja satisfacción. Casi 4 de cada 10 médicos se sienten satisfechos con esta dimensión.

En relación a el cuadro 13 de contratación y categoría. Los médicos de confianza son los mas altos casi 9 de cada 10 están satisfechos con la dimensión de reconocimiento y tuvo un incremento a través del tiempo, al igual que los médicos familiares, casi 7 de cada 10 están satisfechos mientras que los médicos no familiares han tenido un decremento paulatino a través del tiempo y menos de la mitad están satisfechos con esta dimensión.

La pregunta en la que están mas de acuerdo es la 6.- El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio con 83.8%, al hacer el análisis por categoría y contratación se observa que los de confianza son los mas satisfechos con 87.5% y después los médicos familiares con 67.6% en quienes todas las preguntas de esta

dimensión se incrementaron, mientras que los médicos de base tuvieron un incremento a 54.4% y los médicos no familiares una disminución a 47% en quienes todas disminuyeron exceptuando la pregunta 6. En todas las categorías se sienten poco reconocidos, y consideran que no se premia su esfuerzo (preg. 8) estando solo una tercera parte de acuerdo, excepto los médicos de confianza que alcanzaron a estar de acuerdo en la pregunta en 47.4%.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha hecho intentos de hacer un reconocimiento al personal, principalmente al médico, se cuenta con reconocimientos de tipo contractual como los de asistencia, puntualidad, asiduidad, antigüedad, sin embargo también se han diseñado otro tipo de reconocimientos tales como el reconocimiento al actuar médico o al desempeño, que ha ido evolucionando desde 1993 que se instituyó a partir de estos trabajos gracias al Dr. José Narro Robles, se han ido modificando porque siempre ha existido desencanto y molestias entre algunos de los médicos, en su inicio solo se tomaba en cuenta el currículum y sus consistencia en el tarjetón, esto generaba que los premiados generalmente fueran los mismo pues son los que acuden puntual y los que acuden a cursos generalmente son los mismos, posteriormente se diseñaron otros puntos de vista o criterios para evaluar como la evaluación del jefe superior directo, la evaluación de pares que tiene que ver con que los médicos o personal de la misma categoría que ellos los evalúen en función de una encuesta, y últimamente en el caso de los médicos existe también una evaluación del desempeño que evalúa a través del expediente clínico sus capacidades, habilidades en la atención de la salud de las principales causas de atención en medicina familiar bajo criterios bien definidos de las guías terapéuticas de atención médica, aun así persiste descontento, cuando se dan los resultados, muchos refieren que no conocen a los compañeros para evaluarlos, otros los califican en la de pares en función de su relación personal etc. Existiendo aún un gran descontento. Eso es cuanto se refiere al descontento del reconocimiento de la organización, sin embargo también se dan en algunas unidades u hospitales a

través de la implementación de la Gestión de calidad del Premio IMSS reconocimientos internos, que son implementados por las mismas unidades de atención a través de sus cuerpos de gobierno o sus comités de calidad pero que no son lo cotidiano ni lo frecuente, solo aquellas que ya han avanzado por el camino de la calidad. Existen reconocimientos informales de los líderes de cada unidad de forma verbal, pero tampoco es lo frecuente generalmente se busca llamar la atención cuando no se efectuó adecuadamente alguna labor, y no se reconoce cuando se laboro adecuadamente.

Existe el reconocimiento de los compañeros que en unidades donde hay clima organizacional adecuado y se conoce es mas frecuente que se de pero debido a el exceso de trabajo cada vez es menor la integración de grupos al café o a los recesos esto también ha disminuido esta interacción.

Y por ultimo el reconocimiento del médico de los pacientes cada vez es menor, pues antes se veía al medico como un líder de la comunidad sin embargo la institución hace que este líder se disuelva en una empresa donde muchos son responsables de la salud, la responsabilidades se diluyen al igual que lo logros, la percepción de la atención del médico se ve como una obligación y cada vez mas se demanda en lugar de reconocer, debido a la información que existe en los medios de comunicación, y si algún paciente llega a reconocer a algún médico generalmente esto es personal, pocas veces se hace en forma pública.

Muchos trabajadores citan diferencias entre lo que hace su trabajo más agradable y que los motiva a trabajar más intensamente, la falta de presión (stress), localización conveniente y buenos beneficios adicionales, potencial para trabajar, trabajo que plantea un desafío y la oportunidad de desarrollar sus capacidades hacen que la gente tienda a trabajar más intensamente. El

reconocimiento por un buen desempeño y en particular las recompensas acordes con el desempeño son otros factores motivadores importantes. (Kenneth, 1984).

Con relación al reconocimiento, Fernández y col. (1997) han señalado que los profesionales de la salud se encuentran medianamente satisfechos, estos datos de alguna manera coinciden con los encontrados en el presente estudio. Comparando este estudio la tensión laboral, la promoción profesional siguen siendo las peor valoradas.

(Salinas, 1994) Los médicos perciben que su trabajo no es valorado por la Institución, el personal directivo, los compañeros, ni aun por la población en general. Esta dimensión se considera un motivo extrínseco, pero muy importante en la estructura motivacional, y si pensamos que son fuerzas que tiran en una determinada dirección, la resultante de todas constituiría la motivación total. (Kast, 1988 y Stamps, 1978).

Al respecto ya se ha señalado que los médicos perciben que su trabajo no es valorado por la Institución, el personal directivo, los compañeros, ni aún por la población en general, lo cual repercute en el nivel de satisfacción. (Kast, 1988 y Fernández, 1997)

Valdría la pena reflexionar en esta dimensión ya que la percepción del trabajador en su participación dentro de la organización lo afecta intelectualmente y psicológicamente en el desarrollo de sus actividades, la autonomía, el significado de la tarea y la tarea en sí. La retroalimentación recibida contribuye a la satisfacción y cada elemento del sistema, del ambiente puede contribuir a la satisfacción laboral. (Porrás J., 1988, Kast, 1988)

Los valores de la organización quedan recogidos en el sistema formal, es decir en el sistema retributivo y las políticas operativas e institucionales. Pero el uso y aplicación del sistema formal dependen del estilo de dirección de los

componentes de la estructura directiva de la organización y de sus respectivas estructuras motivacionales. En realidad son los diversos niveles directivos los que traducen la filosofía, políticas y los objetivos reales de la organización en decisiones concretas con consecuencias reales para los empleados. (Miñana, 2001)

Debiera analizarse la comunicación que se recibe de los directivos, cuerpo de gobierno, jefes inmediatos, compañeros, y aún de la población en general, así como la retroalimentación que se efectúa, la evaluación del desempeño, la evaluación operativa o del trabajo individual de cada médico, y los indicadores utilizados, así como las expectativas de la organización, de la dirección, del trabajador, y del usuario de los servicios.

Es necesario crear instrumentos de evaluación del desempeño laboral integrales, donde evalúen todos los actores de la organización, el usuario, los compañeros del proceso de atención médica y la dirección. También es necesario que la capacitación real se mida a través de evaluaciones periódicas de conocimientos donde se certifique el grado de conocimiento, se utilice instrumentos que evalúen la actitud laboral, el desempeño en la organización y que sobre la base de ello se otorguen incentivos y reconocimientos que vinculen claramente el desempeño y la satisfacción laboral con una retribución equitativa y justa al trabajo realizado.

Asimismo que estos incentivos correspondan a las expectativas, necesidades y deseos que experimentan los médicos. (Chiavenato, 1991 y Kast, 1988).

Salinas-Oviedo y cols en un estudio con enfoque multidimensional, que midió la percepción y opinión del usuario, del trabajador y del cuerpo directivo, así como la satisfacción laboral, encontraron también baja calificación en el rubro de reconocimiento. Señalan que los médicos presentan calificaciones homogéneas y

satisfactorias en casi todas las variables que midieron con excepción del clima intragrupo, resistencia al cambio y reconocimiento. (Salinas, 1994)

En 1990 se investigó la satisfacción de médicos de unidades hospitalarias y se encontró baja satisfacción laboral en relación al salario percibido, áreas físicas inadecuadas y pocas expectativas de superación. (Aguirre GH., 1990)

En 1994 hicieron un estudio con enfoque multidimensional, donde se midió la percepción y opinión del usuario, del trabajador y del cuerpo directivo, así como la satisfacción laboral. Se encontró que la satisfacción laboral tiene relación con algunos aspectos del desempleo y, principalmente, con el clima organizacional. Se encontró que los médicos presentan calificaciones homogéneas y satisfactorias en casi todas las variables que midieron con excepción de: clima intragrupo, resistencia al cambio y reconocimiento. (Salinas- Oviedo et al, 1994).

En relación a la dimensión de capacitación se observa cuadro 7 una disminución a través del tiempo al sumar alto y muy alto a 41.9 %, al revisar las 5 categorías cuadro 9 la satisfacción muy alta sube a 19.4% y la alta disminuye a 22.5% al analizar por categoría y contratación cuadro 13 los médicos familiares incrementan discretamente a 66%, mientras que en los médicos no familiares disminuye importantemente a 33.9% en los de confianza se incrementa discretamente a través del tiempo a 78.9% y en los de base disminuye en forma importante a 46.8%. Estando todas las preguntas en promedio de 35% la que mas disminuye es la pregunta 12. El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades y la de satisfacción mas baja es la 11.- En el IMSS siempre me dan las facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrecen para mi mejor desempeño.

Haber encontrado una diferencia e incremento en algunos aspectos relacionados con la capacitación, puede interpretarse como interés por parte de la institución para mantener actualizados a sus trabajadores, principalmente en los cambios que se están dando en la Institución como es el Sistema integral de Medicina Familiar que ha existido todo el apoyo para la capacitación de los médicos familiares en las principales causas de consulta, a través de visita de profesor, y por otro lado los médicos de confianza se están capacitando en Gestión de Calidad. Aunque esto no significa que se este alcanzando dicha meta, Ya que existen muchos problemas para la capacitación debido a que no existe personal que cubra las becas, no se otorgan las mismas, se observan cursos sin alumnos, y la gran demanda de atención por parte de los pacientes en las consulta no permite que acudan a la capacitación continua de las Unidades.

Lo anterior obliga a la empresa a replantear las políticas de capacitación en busca de evitar una desactualización de su personal. Aunque al realizar el análisis de esta dimensión se deberá tener en cuenta por un lado, la crisis de recursos por la que atraviesan todas las Instituciones de salud. Pero al mismo tiempo no deberá de olvidarse que la capacitación es el eje fundamental para el desarrollo de las organizaciones, y de la necesidad de crear una cultura de capacitación y auto-desarrollo para poder evolucionar hacia la Calidad.

Esta dimensión mide específicamente el tipo de capacitación y facilidades proporcionadas por el Instituto. La capacitación es el eje fundamental para el desarrollo de las organizaciones, es indispensable crear una cultura de capacitación y autodesarrollo para que se pueda favorecer la evolución de la Institución a la Calidad.

Existe una tendencia al desinterés a participar activamente en las diferentes modalidades de capacitación que se programan en las unidades médicas, que en ocasiones se ve influida por la carga de trabajo que el médico percibe en su actividad diaria.

La falta de presupuesto, becas, coberturas y las dificultades logísticas para los cursos es un común denominador, sin embargo, también es importante resaltar la poca presencia del personal en los cursos que no requieren becas, (longitudinales o abiertos), así como el pobre compromiso del médico a la auto-capacitación y a comprometerse con la docencia. Sería conveniente incentivar la docencia, la capacitación, y la investigación, y de la mano de ello las facilidades para la asistencia a cursos así como la generación de nuevas opciones didácticas. Paralelamente a lo anterior el desarrollar la carrera profesional que repercuta en esquemas de incentivos o para la retabulación de salarios, teniendo en claro que la capacitación no deja de ser unas de las inversiones mas benéficas para el individuo y para la institución.

En 1989 se realizó una investigación para evaluar la satisfacción en los prestadores y usuarios de unidades de primer nivel de operación. El hallazgo más importante fue que el grupo de médicos encuestados refirió no estar satisfecho con el grado de conocimientos normativos que poseían, con la disponibilidad de los recursos y la cantidad de trabajo. (IMSS, 1990)

Si consideramos la satisfacción laboral como el conjunto de actitudes, tendremos que analizar las dimensiones específicas de las que depende. En este sentido, Locke fue uno de los primeros autores que intentó identificar varias de estas características, clasificándolas a su vez en dos categorías.(Locke, E. A,1976).

Eventos o condiciones de satisfacción laboral: Satisfacción en el trabajo: interés intrínseco del trabajo, la variedad, las oportunidades de aprendizaje, la dificultad, la cantidad de trabajo, las posibilidades de éxito o el control sobre los métodos.

Satisfacción con el salario: valoración con el aspecto cuantitativo del sueldo, la equidad respecto al mismo o al método de distribución.

Satisfacción con las promociones: oportunidades de formación o la base a partir de la que se produce la promoción.

Satisfacción con el reconocimiento: que incluye los elogios por la realización del trabajo, las críticas, la congruencia con la propia percepción.

Satisfacción con los beneficios: tales como pensiones, seguros médicos, vacaciones, primas.

Satisfacción con las condiciones de trabajo: como el horario, los descansos, el diseño del puesto de trabajo, la temperatura.

Agentes de satisfacción que hacen posible la ocurrencia de estos eventos:

Satisfacción con la supervisión: referida al estilo de supervisión o las habilidades técnicas, de relaciones humanas o administrativas.

Satisfacción con los compañeros: que incluye la competencia de estos, su apoyo, comunicación, amistad.

Satisfacción con la compañía y la dirección: aspectos como la política de beneficios y salarios dentro de la organización.

Con respecto a los factores que determinan la motivación laboral, podemos distinguir los factores propios del trabajo y los que le son ajenos: Factores del trabajo en sí: Las actividades y sentimientos que los trabajadores desarrollan en y hacia su trabajo son parte en la determinación de la motivación. Factores ajenos a la situación de trabajo: Es indudable que factores del hogar y otras actividades del trabajador tienen efectos importantes en su motivación. Este tipo de factores como el estado de ánimo, conflictos, etc.; son muy importantes y se deben considerar al

motivar al trabajador, ya que cualquier esfuerzo que haga la organización para aumentar la motivación del trabajador puede que no tenga mayor eficacia si tiene problemas externos a la situación de trabajo, ya sean de tipo familiares o con sus relaciones sociales.

Y también podría tener que asociarse a la teoría de Frederick Herzberg de motivación e higiene la cual dice que tanto la satisfacción como la insatisfacción laboral derivan de dos series diferentes de factores. Por un lado tenemos a los factores higiénicos o de insatisfacción, y por el otro lado a los motivantes o satisfactores. Los factores intrínsecos, tales como logro, reconocimiento, el trabajo mismo, responsabilidad, avance y crecimiento parecen estar relacionados con la satisfacción en el trabajador. Y los factores de higiene o factores extrínsecos: a política y administración de la compañía, Supervisión, relación con el supervisor, condiciones de trabajo, salario, relación de compañeros y subordinados, status y seguridad. Y cuando estos factores son adecuados, las personas no estarán insatisfechas, sin embargo tampoco están satisfechas. Si queremos motivar a las personas en su trabajo Herzberg propone enfatizar los motivadores como el logro, el trabajo mismo, el reconocimiento, la responsabilidad el crecimiento. Estas son las características que la gente encuentra intrínsecamente recompensantes. (Robbins SP, 1999), (Chiavenato I.,1991), (Robbins SP., 1984).

La satisfacción laboral es resultado del cambio cultural que se da en las organizaciones y es de suma importancia que se tenga una visión clara de lo que es necesario hacer, líderes transformadores y sobre todo una cultura que combine un gran interés por los resultados con gran interés por el individuo. (Hanna, 1990).

La satisfacción laboral global se ve influida por todas las dimensiones analizadas, el entorno afecta en forma indiscutible a esta percepción, es necesario evaluar otras dimensiones en estudios posteriores para ir desarrollando posibles alternativas de acción para elevar la satisfacción del médico dentro de la organización.

V. CONCLUSIONES

Es indudable que la satisfacción laboral esta influida por todas las dimensiones aquí analizadas y muchas otras más; el entorno afecta en forma muy importante. Las necesidades fisiológicas, psicológicas sociales y de trascendencia son motores importantes en la motivación que se ven afectados por factores ajenos, personales, de la familia y sociales. La motivación intrínseca y extrínseca del trabajador, promueve la búsqueda de la satisfacción laboral y personal y esta depende de: La personalidad del trabajador: Intereses, características, vivencias adquiridas, percepción del mundo, habilidades, preparación, significación del trabajo, de la satisfacción en el trabajo: el interés intrínseco en el trabajo, la variedad, la importancia de la tarea, las oportunidades de aprendizaje, la autonomía, la dificultad, la cantidad de trabajo, la retroalimentación, la posibilidad de éxito, el conocimiento de los resultados, las expectativas entre el esfuerzo y desempeño, el control sobre los métodos. Las condiciones del trabajo: horarios, diseño del puesto, descansos, recursos, la supervisión. La satisfacción con el salario: la valoración cuantitativa del sueldo, equidad respecto al mismo o al método de distribución, La Satisfacción con los beneficios: como pensiones, seguros, status, relaciones, prestaciones vacaciones, primas. La satisfacción con las promociones: la capacitación, oportunidad de formación.

La satisfacción en su crecimiento profesional y las oportunidades de aprendizaje,, así como el trabajo mismo sus beneficios y condiciones, la satisfacción con la empresa y la dirección así como el clima de la organización, los compañeros condicionarán la satisfacción laboral y esto generará mayor compromiso con la organización, mayor esfuerzo en la tarea, mayor eficiencia, mayor eficacia, mayor participación, mayor integridad y mayor creatividad, en beneficio de la empresa y en este caso muy particular de los derechohabientes.

En este estudio solo se encontró significancia estadística a través del tiempo en la categoría de satisfacción intermedia en reconocimiento.

La satisfacción en base a la dimensión de logro es la mas alta en general pero ha ido disminuyendo al través del tiempo.

La satisfacción respecto al el reconocimiento es mucho mas baja sin embargo a través del tiempo se ha ido incrementando discretamente y paulatinamente.

La capacitación ha disminuido a través del tiempo.

La satisfacción global en base a estas dimensiones en base a las 5 opciones se ha ido incrementando en la muy alta siendo en el 2005 de 20%, la satisfacción alta ha ido disminuyendo a 32.5%, la satisfacción baja se ha ido incrementando, mientras la muy baja disminuyendo.

Cuando se unen la muy alta y alta, se observa una satisfacción laboral de 53% disminuyendo con relación al tiempo.

Se observa que los médicos de confianza están satisfechos en un 100% en relación al tiempo hubo un incremento, los médicos familiares disminuyeron en relación a 1992 estando en un 87%, los médicos de base y los médicos no familiares también disminuyeron a 67.7% y 52% respectivamente a través del tiempo

Es importante mencionar que existe diferencias importantes entre categoría y contratación y esto probablemente tenga que ver con las características de la Institución, las características de los perfiles, del puesto, las características del tipo de contratación las expectativas de los trabajadores, de la personalidad de los trabajadores así como de las condiciones de trabajo y de la dirección de la diferentes unidades y hospitales. Sería importante investigar también la comunicación y el liderazgo.

Es necesario estudiar y evaluar otras dimensiones en estudios posteriores para desarrollar posibilidades de acción que eleven la satisfacción del médico dentro de la organización. Es imprescindible que se busquen acciones eficaces para lograr el cambio de la Institución, no solo la modernización tecnológica y estructural, sino una revitalización del ser humano, factor indispensable en esta organización, buscando la raíz del problema y dando soluciones eficientes y reales a los problemas que se detectan.

5.1 PROPUESTAS

Una vez concluido este estudio se analizó y de ahí derivan las siguientes propuestas para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

POLITICAS DE SALUD

1. Que el personal directivo desarrolle habilidades gerenciales para reconocer y fomentar las habilidades del personal, tales como el liderazgo participativo, se fomente la creatividad, la innovación, se fomente el reconocimiento.
2. Involucrar al personal médico en los procesos de mejora continua y el trabajo en equipo, para que reconozcan ellos mismos la importancia de su trabajo y a su vez trasmitirlo a los usuarios internos y externos del IMSS.
3. Revisión de los indicadores de reconocimiento institucional y elaboración de programas y planes de incentivos y reconocimiento a su desempeño.
4. Generar formas alternas de autocapacitación y facilitar la administración de la capacitación institucional.

DE INVESTIGACIÓN

1. Analizar el impacto de la insatisfacción salarial del prestador de servicios en la calidad de la atención del usuario externo y su repercusión en la productividad.
2. Evaluar diferentes propuestas de reconocimiento al desempeño y su impacto en el área laboral.
3. Analizar otros factores laborales que influyen en la satisfacción laboral del trabajador.

PROPUESTA TEORICA:

Se propone un esquema integrador para la satisfacción laboral que nos puede permitir tener una visión mas integral del proceso de la motivación y de los diferentes satisfactores o factores que intervienen en la satisfacción del empleado o servidor y así mismo nos permite desarrollar estrategias para buscar la satisfacción del personal a través de la aplicación de las estrategias diseñadas en cada organización de acuerdo a sus características de los diversos factores que intervienen en este modelo. (Pag183.)

BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, R. 1986. Psicología del Trabajo. Cap. 8. La motivación. Santiago, Chile Editorial Universitaria.
- Bennis W. 1973. Desarrollo Organizacional su naturaleza, sus orígenes y perspectivas. Editorial Fondo educativo Iberoamericano México pp39. 1973.
- Ceitlin J. 1982. ¿Qué es la Medicina Familiar?, Fepafem - Kellog. Primera edición. Buenos Aires 1982, p. 47-63.
- Cerda A O. 1986. Metodología del abordaje integral de la salud familiar. XVI Simposium Nacional De Medicina Familiar, ANREMFA MEMORIAS. México agosto 1986:41.
- Contrato Colectivo de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social 2003 2005.
- Craig R. L., Lester B. R. 1985. Manual de Entrenamiento y desarrollo de personal, 9ª impresión editorial Diana México pp523, 1985.
- Curry Hb, Grant Sw. 1975. Papel del Médico Familiar en: Conn Hf, Rakel Re, Johnson Tw. Medicina Familiar. Teoría y Práctica Ed. Interamericana México, 1975: 39-50.
- Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 3ª Edición. Colombia: Editorial Mc Graw Hill, 1989; 128- 179, 405-454, 455 - 519. David C Mc Clelland. 1975. The Achieving Society New York: Van .
- Nostrand Reinhold, 1961); John W. Atkinson and Joel o Raynor, Motivation and achievement (Washington, D.c.: Winston, 1974; and Mc Clelland, Power: The Inner experience. New York; Irvington, 1975.
- Deci E, Ryan M. 1985. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York. Plenum, 1985.
- DiCaprio, Nicholas S. 1989. *Teorías de la personalidad* . México D.F.: Mc Graw- Hill.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Reimpresión, 1991. México: Prensa Médica Mexicana 1991:34.
- Douglas McGregor. 1974. Mando y Motivación. Editorial Diana. 1974.

- Dunham Pb. Smith Fj. 1989: Salud Organizacional, análisis y diagnósticos internos. México, DF: Editorial Trillas.1989; 322-341.
- Fry J. 1987. La Contribución de la Investigación al Mejoramiento de la práctica familiar. En: Medicina Familiar. Principios y práctica. (MEDAILE JM). Ed. Limusa. México 1987:325-37.
- Garmendia, J.A. Y Parra, F. 1993. Sociología industrial y de los recursos humanos. Madrid. Taurus.1993.
- Garmendia, J.A. (1994): Tres culturas. Madrid. Esic.
- Hackman, J. R. Y Oldham, G. R. 1975. "Development of the job diagnostic survey", Journal of Applied Psychology, 1975, num. 60 págs 159 – 170.
- Hanna D. 1990. Diseño de Organizaciones para la excelencia en el desempeño. 1ª Edición. México: Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, 1990; 175-198.
- Hennen Bk. 1980. Continuidad en la atención. En: SHIRES DB, HENNEN BK.Medicina Familiar. Guía práctica. Ed. Mc Graw Hill. México 1980:3-7.
- Hontangas, P.M.; Peiró, J.M.; Salanova, M. Y Prieto, F. 1995. "Person -job fit and well-being, two alternatives methodological approaches". Trabajo presentado en el 7th West European Congress on Work and Organizational Psychology. Györ. Hungria.
- Ishihava Kaivin. 1986. ¿Que es el control de calidad? Editorial Norma Colombia pp23 - 25, 1986.
- Johnson Tw. 1975. Medicina Familiar. Teoría y Práctica Ed. Interamericana México 1975: 39-50.
- Kast Fe, Rosenzweig Je. 1988. Administración de las organizaciones. 4a Edición. México: Editorial Mc Graw-Hill, 1988; 290-318.
- Kenneth J. Alberth. 1984. Manual de administración estratégica edit. Mc. Graw Hill. México 171-13.1984.
- Koontz Harold; Weinrich, Heinz. 1999. Administración, una perspectiva global 11ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México, 1999. Pág. 501.
- Korman, L. 1978. Psicología de la industria y de las organizaciones. Madrid. Marova, 1978.

- Korunga, C.; Weiss, A.; Huemer, K. Y Karetta, B. 1995. The effect of new Technologies on job satisfaction and psychosomatic complaints. *Applied Psychology. An International Review*, nº 44, pp. 265-285.
- Lawler, E. E. 1975. *Manual de Psicología de la Organización*. Herder. Barcelona. (1975).
- Locke, E. A. 1976. The nature and causes of job satisfaction.
- Lucas, A. 1997. *La comunicación en la empresa y en las organizaciones*. Barcelona. Bosch, 1977.
- Luthans F. Kreitner R. 1988. *Modificación de la conducta organizacional*. 1ª edición 8ª reimpresión. México: Editorial Trillas, 1988; 17- 34.
- McQuaig Jh. *Como motivar a la gente*. 1990. 1ª Edición 8ª impresión. México: Editorial Diana, 1990; 19-28.
- Medaile Jm. 1987. Dimensiones de la Medicina y la Práctica Familiares. En: *Medicina Familiar. Principios y Práctica*. Ed. Limusa. México 1987:23-41.
- Michel Paquin. 1993. *El trabajo pag.* 33 – 49 Editorial Trillas. 1993.
- Minzberg, H. 1984. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona. Ariel.
- Morales, J. F. 1994. *Psicología Social*. Madrid. 1994. Mc Graw Hill.
- Newstron, J. W. Y Davis, K. 1993. *Organizational behavior. Human Behavior at work*. Londres. Mc Graw-Hill.
- Peiro J.M. Y F. Prieto. 1996. *Tratado de Psicología del trabajo. La actividad Laboral en su contexto*. Madrid. 1996. Síntesis Psicología.
- Peiro, J. M. 1983 . *Psicología de la Organización*. Madrid. UNED (vol. 2). 1983.
- Peiro, J. M. Y Prieto, F. 1996. *Tratado de Psicología del trabajo. La actividad laboral en su contexto*. Madrid. Síntesis Psicología: Spector, P.E. (1992): A consideration of the validity and meaning of self report measures of job conditions.
- Porras J.1988. *Análisis de flujos*. 1ª edición. México: Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, 1988; 34-86.

- Riding A. 1987. Vecinos Distantes. Un retrato de los mexicanos. Ed. Joaquín Mortiz. Primera Edición. México 1987: 286-304.
- Robbins SP. 1999. Comportamiento organizacional. 8ª Edición. México: Editorial Prentice- Hall, 1999; 130 – 233.
- Robbins SP. Comportamiento organizacional. 3ª Edición. México D: F: Editorial Prentice- Hall, 1987; 300-324.
- Robbins Sp. 1984. Administración, Teoría y Practica 1ª Edición México pp. 301-324. Editorial Prentice Hall. 1984.
- Sarries, L. 1993. Sociología de las relaciones industriales en la sociedad posmoderna. Zaragoza. 1993. Mira Editores.
- Senge, P.M. 1996. La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Guernica. 1996. Barcelona.
- Solana, Ricardo F. 1993. Administración de Organizaciones. Ediciones interoceánicas. S. A. Buenos Aires, 1993. Pág. 208.
- Stokes J líi. 1975. Schneiderman Lj., Phillips Tj., Rock Rc., Baidson C R. Medicina preventiva. En: Conn Hf., Rekel Re., Johnson Tw. Medicina Familiar. Teoría y práctica. Ed. Interamericana. México 1975:52-87.
- Stoner, James A. F. 1996. Freeman, R. Edward Y Gilbert, Daniel R. Administración 6ª Edición. Editorial Pearson. México, 1996. Pág. 484, Pág. 502.
- Torre, Y. 1997: La formación y las organizaciones. Revista Española de Investigaciones sociológicas. nº 77-78, pp. 15-33. 1977.
- Vroom H. V. 1964. Works and motivation, Wiley, 1964.
- Vroom H. V. Deci E. L. Motivación y la alta dirección. Trillas. México. 1999.
- Wagner, J.A. 1994. Participation's effects on performance and satisfaction. A reconsideration of research evidence.
- Weinert, A. B. 1985. Motivation in work organizations. Monterrey. Books.
- Werther W., Davis K. 1988. Administración de personal y recursos humanos. México D. F. : 2a Edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1988:185-205, 257-279.

Wilson McTeer. 1978. El Ámbito de la Motivación Ambiental. Fisiológica, Mental y Social. Editorial El Manual Moderno México 1978.

REVISTAS

Aguirre GH. 1990. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública México 1990; 32:170-181.

Banco Mundial. 1987. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dic. 1987 Vol. 103, N°. 6. Pp. 695 - 709.

Cárdenas P E. 1974. La Medicina Familiar en México. IMSS 1974.

Clark, A., Oswald, A. Warr, P (1996). Is job satisfaction U-shaped in age. Journal of occupational and organizational psychology, 69, 57-81.

Fernández Mi, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez Jm Et Al. 1997. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. Revista Española de Salud Pública 1997; 1-7.

Chávez M, Álvarez M, García M, Villa S. 1996. Satisfacción laboral en médicos y enfermeras, Revista Médica del IMSS.1996; 3:253-256.

Flores H. Valdivieso, Peña, Villa. 1994. Satisfacción laboral en médicos del Primer nivel de operación. Revista Medica del IMSS 1994; 6: 549-552.

Frenck J., Hernandez-Llamas H., Alvarez-Klein L. 1980. El Mercado de Trabajo Médico II. Evolución histórica en México. Gaceta Médica de México 1980:116; N°6; 265-84.

Grunfel, Eva; Whelan Timothy J. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction CMAJ . JAMC vol. 163(2) 25 de Julio 2000 pp 166 – 169.

Horwitz A., Frenk J., Tejada Rd., Ordoñez Pa., Miranda Gg. 1987. Comentarios del Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dic. 1987 Vol. 10. N°. 6 Pp 710-42.

- Instituto Mexicano Del Seguro Social. CFP. 1992. Motivación. Apuntes del Curso de Formación de Profesores en Medicina Instituto Mexicano del Seguro Social México D. F. Abril – Agosto 1992.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. COPLAMAR. 1985. Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas para el Año 2000. Tomo 4. Salud. Siglo XXI Ed. Segunda edición, México 1985: 119.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social.: 1990. Coordinación General de Delegaciones, 1990. Encuesta nacional sobre calidez entre usuarios y prestadores de servicios médicos del IMSS.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social.. 1982 .Estadísticas para una sociología del primer nivel de Atención Médica en el IMSS. Dpto. de Sociología de la Salud de la Jefatura de Supervisión y control del área Médica. México. 1982.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social.. GONZALEZ MF. 1974. Organización de la Medicina familiar. Sistema Médico Familiar. En: Evolución de los Servicios Médicos del IMSS 1944-74. Ed. IMSS México 1974:19.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. JASSO GL., VELAZCO OR., ALATORRE HF. 1972. Desarrollo Profesional y papel actual del egresado del Curso de Especialización en Medicina Familiar. En: Suma documental I. IMSS. Primera Ed. México 1 MANUAL DEL SISTEMA MEDICO FAMILIAR. 1972.988. P. 69-70.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. Velazco Or. 1988. La Medicina Familiar y las Políticas de Salud. En: Suma Documental I. Subdirección General Médica. IMSS. Primera edición México 1988: 139-40.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. Subdirección General Medica. Jefatura De Los Servicios De Medicina Familiar. 1972. Manual de actividades del Médico Familiar. 1972.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. 1994. Modelo de Atención a la Salud. Revista Médica del IMSS. México. Vol. 32, supl. 1, 1994. 1.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. Dr. Santiago Levy. 2005. Informe Institucional 2005, Informe de Servicios Personales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Instituto Mexicano Del Seguro Social. 2005. Programa de reconocimiento a la actuación destacada, para personal médico, cirujano maxilofacial y estomatólogo, enfermería, nutrición de base y de confianza. 2005.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. 2005. Modelo de Administración por Calidad Total "Premio IMSS de Calidad 2005".
- Kaufmann, A. E. 1997. Liderazgo transformador y formación continua. Revista Española de Investigaciones sociológicas. nº 77-78, pp. 163-184.
- Laurell Ac. 1982. La salud enfermedad como proceso social. Rev. Lat. de Salud. Ed. Nueva Imagen México abril 1982: 7 - 25.
- Miñana Js, Chinchilla A N. 2001. Motivación y médicos de familia. Aten Primaria 2001, 28 (7); 484-490.
- Mira J. 1992. El ausentismo como un síntoma de mala salud ocupacional en hospitales y su repercusión en la garantía de la calidad. Qual Azur Health Care 1992; 4:273-287.
- OMS. 1978. Atención Primaria de Salud. 1978:8.
- Salinas- Oviedo C, Laguna - Calderón J, Mendoza - Martínez Mr. 1994. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1994; 36: No 1, 22-29.
- Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. Gp. 2000. Job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? Fam Pract 2000; 17:364-371.
- Siordia Ra, Mejía Jm, Martínez Bs, Ribera Jc, Sánchez Ce, Silva MT. Satisfacción laboral en un hospital de tercer nivel. Rev. Med. IMSS 2000; 38:119-123.
- Soberón Ag., Valdez Oc. 1986. Informe de México 1982 - 1986. El Sistema Nacional de Salud en México, orígenes, definiciones y avances. Salud Pública de México, Mex. 1986; 28 (6) Pp. 655-63.
- Stamps P. 1978. Measurement of work satisfaction among health professionals. Med care 1978; 16:337 - 352.
- Villagómez A. Ma. Magdalena "La motivación en el Trabajo". 1991. Trabajo presentado para el "Premio García Téllez" en el Instituto Mexicano del Seguro Social Octubre 1991 (documento inédito).

Villagómez A. Ma. Magdalena Et Al. 2003. Satisfacción laboral en médicos del IMSS a 6 años de distancia Rev. Med. IMSS 2003; 41(5):399 - 405.

White.R. 1959. "Motivation reconsidered: a concept of competence", Psicol. Rev., vol. 66, 1959, pag. 297 – 333.

CITAS ELECTRONICAS

Levy Santiago, Informe de la Dirección General (XCV asamblea General Ordinaria Septiembre 2005).
www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_inf/2005.

Historia del IMSS. Internet Página del IMSS. www.imss.gob.mx

Medidas de Motivación e Incentivación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, <http://www.senfyc.es> htm.

Fernández SM, Moneilo A. Revista Española de Salud Pública. Satisfacción Laboral de los profesionales del área 10 de Insalud de Madrid. 1998.
www.msc.es/salud/epidemiología/resp/200002/satisfacción.html

ENCICLOPEDIAS

Diccionario Enciclopédico Salvat Universal. 1984. Salvat Ed. Barcelona Tomo I 1984: 224

Diccionario Enciclopédico Salvat Universal. 1984. Tomo 14. Salvat editores. Barcelona 1984: 228.

Enciclopedia De México. 1975. Tomo III México 1975: 875-79 y 1047-50.

6.- LO QUE MÁS ME MOTIVA EN EL I. M. S. S. SON LOS AMIGOS QUE TENGO

1 2 3 4 5

7.- CUANDO DESARROLLO BIEN MI TRABAJO MI JEFE Y MIS COMPAÑEROS ME LO RECONOCEN.

1 2 3 4 5

8.- EN MI TRABAJO SE ME BRINDA LA OPORTUNIDAD PARA SUPERARME

1 2 3 4 5

9.- ME SIENTO ÚTIL EN EL TRABAJO

1 2 3 4 5

10.- EL HACER BIEN MI TRABAJO ME PROPORCIONA PRESTIGIO

1 2 3 4 5

11.- EL PODER QUE PUEDO ADQUIRIR ES LO QUE ME GUSTA DEL TRABAJO QUE TENGO.

1 2 3 4 5

12.- EN MI TRABAJO TENGO OPORTUNIDAD DE APRENDER COSAS NUEVAS O ADQUIRIR NUEVOS CONOCIMIENTOS.

1 2 3 4 5

13.- ME SIENTO AGUSTO DE PERTENECER AL I. M. S. S.

1 2 3 4 5

14.- EN EL I. M. S. S. RECONOCEN LA CAPACIDAD QUE TENGO COMO TRABAJADOR.

1 2 3 4 5

15.- EL I. M. S. S. PREMIA EL ESFUERZO DE LOS TRABAJADORES

1 2 3 4 5

16.- A MI JEFE LO PUSIERON EN ESA POSICIÓN PORQUE ES EL QUE MEJOR SABE HACER LAS COSAS.

1 2 3 4 5

17.- MI JEFE LLEGÓ AL PUESTO QUE TIENE POR SU CONOCIMIENTO

1 2 3 4 5

18.- LA EMPRESA ME CAPACITA CONSTANTEMENTE PARA HACER BIEN MI TRABAJO.

1 2 3 4 5

19.- SI QUIEREN QUE TRABAJE MEJOR ME DEBEN PAGAR MÁS

1 2 3 4 5

20.- SI HUBIERA OTRA TRABAJO QUE ME OFRECIERA MEJORES OPORTUNIDADES LO ACEPTARÍA.

1 2 3 4 5

21.- YO ME REALIZO COMO TRABAJADOR EN EL I. M. S. S.

1 2 3 4 5

22.- MI JEFE ME TIENE CONFIANZA

1 2 3 4 5

23.- CUANDO ME HAN DADO CAPACITACIONES SIEMPRE LO HA HECHO LA PERSONA QUE MÁS SABE.

1 2 3 4 5

24.- SI OTRA ORGANIZACIÓN ME OFRECIERA EL MISMO TRABAJO NO ME IRIA CON ELLA.

1 2 3 4 5

25.- EL INSTITUTO SIEMPRE HA SABIDO COMO MOTIVAR DE UNA MEJOR MANERA MI TRABAJO.

1 2 3 4 5

26.- ¿QUÉ ES LO QUE ME DISGUSTA DEL I. M. S. S.?

27.- ¿QUÉ ES LO QUE ME DISGUSTA DE MI TRABAJO?

28.- ¿QUÉ ES LO QUE MÁS ME GUSTA DE MI TRABAJO?

29.- ¿QUÉ ES LO QUE MÁS ME GUSTA DEL I. M. S. S.?

30.- ¿QUÉ COSAS O ACCIONES ME MOTIVAN A DAR MEJOR ATENCIÓN O CALIDEZ EN MI TRABAJO.

**ANEXO II. RESULTADOS DE LA ENCUESTA "LA MOTIVACION EN EL
IMSS" PARA CONCURSAR EN EL PREMIO GARCIA TELLEZ 1991**

PREG.	RESP	ADMVOS		ENFERM.		ASIST. C.		MÉDICOS		DESC		TOTAL	
		77		27		56		72		33		265	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	1	3	3.89	2	7.40	3	5.35	32	44.44	7	21.21	47	17.73
	2	9	11.68	5	18.51	6	10.71	18	25	2	6.06	40	15.09
	3	3	3.89	3	11.11	5	8.92	4	5.55	2	6.06	17	6.41
	4	24	31.16	13	48.14	25	44.64	10	13.88	14	42.42	86	32.45
	5	38	49.35	4	14.81	17	30.35	8	11.11	8	24.24	75	28.30
2	1	5	6.49	5	18.51	2	3.57	17	23.61	5	15.15	34	12.83
	2	10	12.98	5	18.51	13	23.21	22	30.55	6	18.18	56	21.13
	3	13	16.88	4	14.81	10	17.85	8	11.11	4	12.12	39	14.71
	4	32	41.55	10	37.03	18	32.14	21	29.16	13	39.39	94	35.47
	5	17	22.07	3	11.11	13	13.21	4	5.55	5	15.15	42	15.84
3	1	11	14.28	5	18.51	4	7.14	14	19.44	9	27.27	43	16.22
	2	18	23.37	4	14.81	17	30.35	14	19.44	9	27.27	62	23.39
	3	8	10.38	1	3.70	3	5.35	6	8.33	2	6.06	20	7.54
	4	13	16.88	10	37.03	19	33.92	10	13.88	7	21.21	59	22.26
	5	27	35.06	7	25.92	13	23.21	28	38.88	6	18.18	81	30.56
4	1	4	5.19	4	14.81	3	5.35	02	2.77	5	15.15	18	6.79
	2	18	23.37	6	22.22	11	19.64	19	26.38	9	27.27	63	23.77
	3	15	19.48	5	18.51	5	8.92	13	18.05	6	18.18	44	16.60
	4	27	35.06	11	40.74	26	46.42	27	37.5	9	27.27	100	37.73
	5	13	16.88	1	3.70	11	19.64	11	15.27	4	12.12	40	15.09
5	1	8	10.38	2	7.40	1	1.78	19	26.38	8	24.24	38	14.33
	2	19	24.67	8	29.62	15	26.78	17	23.61	9	27.27	68	25.66
	3	6	7.79	3	11.11	7	12.5	4	5.55	2	6.06	22	8.30
	4	22	28.57	7	25.92	20	35.71	24	33.33	9	27.27	82	30.94
	5	22	28.57	7	25.92	13	23.21	8	11.11	5	15.15	55	20.75

PREG.	RESP	ADMVOS		ENFERM.		ASIST. C.		MÉDICOS		DESC		TOTAL	
		77		27		56		72		33		265	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6	1	16	20.77	10	37.03	14	25	29	40.27	13	39.39	82	30.94
	2	29	37.66	6	22.22	23	41.07	28	38.88	12	36.36	98	36.98
	3	7	9.06	4	14.81	5	8.92	6	8.33	0	0	22	8.30
	4	22	28.57	4	14.81	10	17.85	7	9.72	3	9.09	46	17.35
	5	3	3.89	3	11.11	4	7.14	2	2.77	5	15.15	17	6.41
7	1	14	18.18	7	25.92	15	26.78	28	38.88	14	42.12	78	29.43
	2	17	22.07	8	29.62	17	30.35	23	31.94	4	12.12	69	26.03
	3	15	19.48	4	14.81	11	19.54	8	11.11	4	12.12	42	15.84
	4	17	22.07	6	22.22	10	17.85	13	18.05	7	21.21	53	20
	5	14	18.18	2	7.40	3	5.35	0	0	4	12.12	23	8.67
8	1	11	14.28	2	7.40	7	12.5	7	9.72	6	18.18	33	12.45
	2	11	14.28	1	3.70	6	10.71	15	20.83	5	15.15	38	14.33
	3	6	7.79	5	18.51	6	10.71	10	13.88	4	12.12	31	11.69
	4	28	36.36	14	51.85	27	48.21	29	40.27	13	39.39	111	41.88
	5	21	27.27	5	18.51	10	17.85	11	15.27	5	15.15	52	19.62
9	1	4	5.19	0	0	4	7.14	1	1.38	2	6.06	11	4.15
	2	1	1.29	1	3.70	2	3.57	1	1.38	2	6.06	7	2.64
	3	2	2.59	0	0	2	3.57	2	2.77	1	3.03	7	2.64
	4	23	29.87	11	40.74	20	35.71	30	41.66	11	33.33	95	35.84
	5	47	61.03	15	55.55	28	50	38	52.77	17	51.51	145	54.71
10	1	1	1.29	1	3.70	4	7.14	3	4.16	3	9.09	12	4.52
	2	5	6.49	2	7.40	6	10.71	6	8.33	1	3.03	20	7.54
	3	8	10.38	3	11.11	5	8.92	2	2.77	2	6.06	20	7.54
	4	30	38.96	8	29.62	19	33.92	34	47.22	13	39.39	104	39.24
	5	33	42.85	13	48.81	22	39.28	27	37.5	14	42.42	109	41.3

PREG.	RESP	ADMVOS		ENFERM.		ASIST. C.		MÉDICOS		DESC		TOTAL	
		77		27		56		72		33		265	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
11	1	18	23.37	10	37.03	21	37.5	36	50	11	33.33	96	36.22
	2	32	41.55	6	22.22	15	26.78	27	37.5	11	33.33	91	34.33
	3	17	22.07	6	22.22	9	16.07	7	9.72	6	18.18	45	16.98
	4	6	7.79	4	14.81	9	16.07	1	1.38	3	9.09	23	8.67
	5	4	5.19	1	3.70	2	3.57	1	1.38	2	6.06	10	3.77
12	1	2	2.59	0	0	4	7.14	1	1.38	4	12.12	11	4.15
	2	3	3.89	5	18.51	3	5.35	1	1.38	1	3.03	13	4.90
	3	4	5.19	2	7.40	1	1.78	4	5.55	0	0	11	4.15
	4	31	40.25	7	25.92	24	42.85	35	48.61	19	57.57	116	43.77
	5	37	48.05	13	48.14	24	42.85	31	43.05	9	27.27	114	43.01
13	1	2	2.59	1	3.70	3	5.35	0	0	1	3.03	7	2.64
	2	3	3.89	1	3.70	1	1.78	7	9.72	1	3.03	13	4.90
	3	9	11.68	4	14.81	7	12.5	16	22.22	5	15.15	41	15.47
	4	29	37.66	12	44.44	20	35.71	32	44.44	19	57.57	112	42.26
	5	34	44.15	9	33.33	25	44.64	17	23.61	7	21.21	92	34.71
14	1	14	18.18	2	7.40	11	19.54	17	23.61	5	15.15	49	18.49
	2	22	28.57	11	40.74	10	17.85	27	37.5	7	21.21	77	29.05
	3	14	18.18	7	25.92	19	33.92	12	16.66	10	30.30	62	23.39
	4	19	24.67	5	18.51	13	23.21	15	20.83	10	30.30	62	23.39
	5	8	10.38	2	7.40	3	5.35	1	1.38	1	3.03	15	5.66
15	1	14	18.18	9	33.33	15	26.78	32	44.44	10	30.30	80	30.18
	2	27	35.06	11	40.74	12	21.42	14	19.44	10	30.30	74	27.92
	3	16	20.77	3	11.11	9	16.07	15	20.83	4	12.12	47	17.73
	4	15	19.48	4	14.81	14	25	7	9.72	7	21.21	47	17.73
	5	5	6.49	0	0	6	10.71	4	5.55	2	6.06	17	6.41

PREG.	RESP	ADMVOS		ENFERM.		ASIST. C.		MÉDICOS		DESC		TOTAL	
		77		27		56		72		33		265	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
16	1	12	15.58	6	22.22	4	7.14	18	25	8	24.24	48	18.11
	2	11	14.28	8	29.62	7	12.5	21	29.16	7	21.21	54	20.37
	3	13	16.88	6	22.22	11	19.54	9	12.5	9	27.27	48	18.11
	4	22	28.57	5	18.51	20	35.71	21	29.16	5	15.15	73	27.54
	5	19	24.67	2	7.40	14	25	3	4.16	4	12.12	42	15.84
17	1	12	15.58	4	14.81	2	3.57	20	27.77	5	15.15	43	16.22
	2	7	9.09	4	14.81	3	5.35	15	20.83	5	15.15	34	12.83
	3	9	11.68	7	25.92	11	19.54	13	18.05	5	15.15	45	16.98
	4	27	35.06	8	29.62	21	37.5	21	29.16	13	39.39	90	33.96
	5	22	28.57	4	14.81	19	33.92	3	4.16	5	15.15	53	20.00
18	1	16	20.77	6	22.22	6	10.71	12	16.66	11	33.33	51	19.24
	2	23	29.87	11	40.74	10	17.85	21	29.16	7	21.21	72	27.16
	3	12	15.58	4	14.81	8	14.28	14	19.44	8	24.24	46	17.35
	4	19	24.67	4	14.81	22	39.28	25	34.72	6	18.18	76	28.67
	5	7	9.09	2	7.40	10	17.85	0	0	1	3.03	20	7.54
19	1	9	11.68	2	7.40	6	10.71	7	9.72	4	12.12	28	10.56
	2	28	36.36	7	25.92	14	25	18	25	13	39.39	80	30.18
	3	12	15.58	5	18.51	12	21.42	7	9.72	8	24.24	44	16.60
	4	12	15.58	6	22.22	16	28.57	13	18.05	4	12.12	55	19.24
	5	16	20.77	7	25.92	8	14.28	27	37.5	4	12.12	62	23.39
20	1	3	3.89	2	7.40	3	5.35	2	2.77	0	0	10	3.73
	2	6	7.79	2	7.40	6	10.71	4	5.55	5	15.15	23	8.67
	3	12	15.58	4	14.81	11	19.54	10	13.88	6	18.18	43	16.22
	4	20	25.97	6	22.22	11	19.54	10	13.88	11	33.33	58	21.88
	5	36	46.75	13	48.14	25	44.64	46	63.88	11	33.33	131	49.43

PREG.	RESP	ADMVOS		ENFERM.		ASIST. C.		MÉDICOS		DESC		TOTAL	
		77		27		56		72		33		265	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
21	1	2	2.59	2	7.40	4	7.14	7	9.72	3	9.09	18	6.79
	2	6	7.79	4	14.81	4	7.14	11	15.27	5	15.15	30	11.32
	3	15	19.48	3	11.11	11	19.54	17	23.61	7	21.21	53	20
	4	36	46.75	14	51.85	22	39.28	29	40.27	15	45.45	116	43.77
	5	18	23.37	4	14.81	15	26.78	8	11.11	3	9.09	48	18.11
22	1	6	7.79	1	3.70	1	1.78	10	13.88	4	12.12	22	8.30
	2	6	7.79	1	3.70	4	7.14	6	8.33	3	9.09	20	7.54
	3	15	19.48	6	22.22	14	25	16	22.22	9	27.27	60	22.64
	4	30	38.96	12	44.44	26	46.42	30	41.66	13	39.39	111	41.88
	5	20	25.97	7	25.92	11	19.54	10	13.88	4	12.12	52	19.62
23	1	7	9.09	5	18.21	5	8.92	10	13.88	6	18.18	33	12.45
	2	10	12.98	4	14.81	6	10.71	17	23.61	7	21.21	44	16.60
	3	21	27.27	10	37.03	17	30.35	15	20.83	10	30.30	73	27.54
	4	28	36.36	6	22.22	17	30.35	24	33.33	8	24.24	83	31.32
	5	11	14.28	2	7.40	11	19.54	6	8.33	2	6.06	32	12.07
24	1	8	10.38	1	3.70	14	25	12	16.66	4	12.12	39	14.71
	2	13	16.88	4	14.81	5	8.92	12	16.66	9	27.27	43	16.98
	3	30	38.96	13	49.79	19	33.92	22	30.55	15	45.45	99	37.35
	4	13	16.88	6	22.22	12	21.42	15	20.83	4	12.12	50	18.86
	5	13	16.88	3	11.11	6	10.71	11	15.27	1	3.03	34	12.83
25	1	19	24.67	8	29.62	8	14.28	24	33.33	11	33.33	70	26.41
	2	25	32.46	12	44.44	15	35.71	29	40.27	14	42.42	100	37.73
	3	18	23.37	3	11.11	20	26.78	9	12.5	3	9.09	48	18.11
	4	10	12.98	3	11.11	13	23.21	8	11.11	4	12.12	38	14.33
	5	5	6.49	1	3.70	0	0	2	2.77	1	3.03	9	3.39

ANEXO III

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

1.- LO QUE ME IMPULSA A CONTINUAR TRABAJANDO, ES LLEGAR A OBTENER MEJORES PUESTOS.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	69.44	5.55	24.99
ADMINISTRATIVOS	15.57	3.89	80.51
ASISTENTES	16.06	8.92	74.99
ENFERMERAS	25.91	11.11	62.95
DESCON.	27.27	6.06	66.66

2.- EN EL I. M. S. S. TENGO SEGURO EL TRABAJO.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	54.16	11.11	34.71
ADMINISTRATIVOS	19.47	16.81	63.62
ASISTENTES	26.78	17.81	45.35
ENFERMERAS	37.02	14.81	48.14
DESCON.	33.33	12.12	54.54

3.- SI ME PAGARÁN MÁS HARÍA MEJOR MI TRABAJO.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	38.88	8.33	52.76
ADMINISTRATIVOS	37.65	10.38	51.94
ASISTENTES	37.49	5.35	57.13
ENFERMERAS	33.32	3.70	62.95
DESCON.	54.54	6.06	39.39

4.- EN EL TRABAJO TENGO LA OPORTUNIDAD DE SER SIEMPRE ESCUCHADO POR MIS COMPAÑEROS.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	29.15	18.05	52.77
ADMINISTRATIVOS	28.56	19.48	51.99
ASISTENTES	24.99	8.92	66.06
ENFERMERAS	37.03	18.51	44.44
DESCON.	42.42	18.18	39.39

5.- EL TENER BUENOS AMIGOS DENTRO DEL I. M. S. S. HACE QUE HAGA UN ESFUERZO POR SER MEJOR TRABAJADOR.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	49.99	5.55	44.44
ADMINISTRATIVOS	35.05	7.79	57.36
ASISTENTES	28.56	12.5	58.92
ENFERMERAS	37.02	11.11	51.84
DESCON.	39.99	8.30	51.68

6.- LO QUE MÁS ME MOTIVA EN EL I. M. S. S., SON LOS AMIGOS QUE TENGO

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	79.88	8.33	12.49
ADMINISTRATIVOS	58.43	9.06	32.46
ASISTENTES	66.07	8.92	24.99
ENFERMERAS	59.25	14.81	25.92
DESCON.	75.75	0	24.24

7.- CUANDO DESARROLLO BIEN MI TRABAJO MI JEFE Y MIS COMPAÑEROS ME LO RECONOCEN.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	70.82	11.11	18.05
ADMINISTRATIVOS	40.25	19.48	40.25
ASISTENTES	57.13	19.54	23.20
ENFERMERAS	55.54	14.81	29.40
DESCON.	54.24	12.12	33.33

8.- EN MI TRABAJO ME BRINDAN LA OPORTUNIDAD DE SUPERARME

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	30.55	13.88	55.54
ADMINISTRATIVOS	28.56	7.79	63.63
ASISTENTES	23.21	10.71	66.06
ENFERMERAS	11.1	18.51	70.36
DESCON.	33.33	12.12	54.54

9.- ME SIENTO ÚTIL EN MI TRABAJO

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	2.76	2.77	94.43
ADMINISTRATIVOS	6.48	2.59	90.9
ASISTENTES	10.71	3.57	85.71
ENFERMERAS	3.70	0	96.29
DESCON.	12.12	3.03	84.84

10.- EL HACER BIEN MI TRABAJO ME PROPORCIONA PRESTIGIO

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	12.49	2.72	84.72
ADMINISTRATIVOS	7.78	10.38	81.81
ASISTENTES	17.85	8.92	73.2
ENFERMERAS	11.1	11.11	78.43
DESCON.	12.12	6.06	81.81

11.- EL PODER QUE PUEDO ADQUIRIR ES LO QUE ME GUSTA DEL TRABAJO QUE TENGO

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	87.37	9.72	2.76
ADMINISTRATIVOS	64.92	22.07	12.98
ASISTENTES	64.28	16.07	19.64
ENFERMERAS	59.25	22.22	18.51
DESCON.	60.66	12.12	27.27

12.- EN MI TRABAJO TENGO LA OPORTUNIDAD DE APRENDER COSAS NUEVAS O ADQUIRIR NUEVOS CONOCIMIENTOS.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	2.76	5.55	91.66
ADMINISTRATIVOS	6.48	5.19	88.3
ASISTENTES	12.49	1.78	85.7
ENFERMERAS	18.51	7.40	74.06
DESCON.	15.15	0	84.84

13.- ME SIENTO AGUSTO DE PERTENECER AL I. M. S. S.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	9.72	22.22	68.05
ADMINISTRATIVOS	6.48	11.68	81.81
ASISTENTES	7.13	12.5	80.35
ENFERMERAS	7.4	14.81	77.77
DESCON.	6.06	15.15	78.78

14.- EN EL I. M. S. S. RECONOCEN LA CAPACIDAD QUE TENGO COMO TRABAJADOR

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	61.11	16.66	22.21
ADMINISTRATIVOS	46.75	18.88	35.05
ASISTENTES	37.39	33.92	28.56
ENFERMERAS	48.14	25.92	25.91
DESCON.	36.36	30.30	33.33

15.- EL I. M. S. S. PREMIA EL ESFUERZO DE LOS TRABAJADORES.

	1-2	3	4-5
MÉDICOS	63.60	12.12	27.27
ADMINISTRATIVOS	53.24	20.77	25.97
ASISTENTES	48.2	16.07	35.71
ENFERMERAS	74.07	11.11	14.81
DESCON.	60.60	12.12	27.27

16.- A MI JEFE LO PUSIERON EN ESE PUESTO PORQUE ES EL QUE MEJOR SABE HACER LAS COSAS RELACIONADAS CON MI TRABAJO.

	1-2	3	4-5
MÉDICOS	54.16	12.5	33.32
ADMINISTRATIVOS	29.86	16.88	53.24
ASISTENTES	19.64	19.54	60.71
ENFERMERAS	51.84	22.22	25.91
DESCON.	45.45	27.27	27.27

17.- MI JEFE LLEGÓ AL PUESTO QUE TIENE POR SU CONOCIMIENTO.

	1-2	3	4-5
MÉDICOS	48.6	18.05	33.32
ADMINISTRATIVOS	24.67	11.68	63.63
ASISTENTES	8.92	19.54	71.42
ENFERMERAS	29.62	25.92	44.43
DESCON.	30.30	15.15	59.54

18.- LA EMPRESA ME CAPACITA CONSTANTEMENTE PARA HACER BIEN MI TRABAJO.

	1-2	3	4-5
MÉDICOS	45.82	19.44	34.72
ADMINISTRATIVOS	50.64	15.58	33.76
ASISTENTES	28.56	14.28	57.13
ENFERMERAS	62.96	14.81	22.21
DESCON.	54.54	24.24	21.21

19.- SI QUIEREN QUE TRABAJE MEJOR, ME DEBEN DE PAGAR MÁS

	1-2	3	4-5
MÉDICOS	34.72	9.72	55.55
ADMINISTRATIVOS	47.76	15.58	36.35
ASISTENTES	35.71	21.42	43.14
ENFERMERAS	33.32	18.51	48.14
DESCON.	51.51	24.24	24.24

20.- SI HUBIERA OTRO TRABAJO QUE ME OFRECIERA MEJORES OPORTUNIDADES LO ACEPTARÍA.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	8.32	13.88	77.76
ADMINISTRATIVOS	11.68	15.58	72.72
ASISTENTES	16.06	19.54	64.18
ENFERMERAS	14.81	14.81	70.36
DESCON.	15.15	18.18	66.66

21.- YO ME REALIZO, COMO TRABAJADOR EN EL I. M. S. S.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	24.27	23.61	51.11
ADMINISTRATIVOS	10.38	19.48	70.12
ASISTENTES	14.28	19.54	66.06
ENFERMERAS	22.21	11.11	66.66
DESCON.	24.24	21.21	54.54

22.- MI JEFE ME TIENE CONFIANZA.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	22.21	22.22	55.54
ADMINISTRATIVOS	15.58	19.48	64.93
ASISTENTES	8.92	25	65.96
ENFERMERAS	7.4	22.22	70.36
DESCON.	21.21	27.27	51.51

23.- CUANDO ME HAN DADO CAPACITACIÓN SIEMPRE LO HA HECHO LA PERSONA QUE MÁS SABE.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	37.61	20.83	41.66
ADMINISTRATIVOS	22.98	27.27	50.72
ASISTENTES	19.63	30.35	49.54
ENFERMERAS	30.02	37.03	29.62
DESCON.	39.39	30.30	30.30

24.- SI OTRA ORGANIZACIÓN ME OFRECIERA EL MISMO TRABAJO, NO ME IRÍA.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	33.32	30.55	36.1
ADMINISTRATIVOS	27.26	38.96	33.76
ASISTENTES	39.92	33.92	33.13
ENFERMERAS	18.51	49.79	33.33
DESCON.	39.39	45.45	15.15

25.- EL INSTITUTO SIEMPRE HA SABIDO COMO MOTIVARME PARA DESARROLLAR DE UNA MEJOR MANERA MI TRABAJO.

	1- 2	3	4 - 5
MÉDICOS	73.6	12.5	13.88
ADMINISTRATIVOS	57	27.37	19.47
ASISTENTES	49.99	26.78	23.21
ENFERMERAS	74.06	11.11	14.81
DESCON.	75.75	9.09	15.15

ANALISIS DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

26.- ¿QUÉ ES LO QUE ME DISGUSTA DEL I. M. S. S.?

	MÉDICOS 72		ADMVOS. 77		ASIST. CONS 56		ENF. 27		DESC. 33		TOTAL 265	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1.- BAJO SALARIO	25	34.72	7	9.09	6	10.71	4	14.81	2	6.06	44	16.60
2.- BUROCRATISMO	17	23.61	12	15.58	6	10.71	5	18.51	5	15.15	45	16.98
3.- LOS JEFES	9	12.5	16	20.77	5	8.92	2	7.40	5	15.15	37	13.96
4.- FALTO RECONOCIMIENTO INST.	11	15.27	6	7.79	10	17.85	5	18.51	0	0	32	12
5.- SOBRESATURACIÓN DE SERVICIO	10	13.88	4	5.19	3	5.35	8	27.62	0	0	25	9.43
6.- SISTEMA	12	16.66	6	7.79	1	1.78	1	3.70	2	6.06	22	8.30
7.- FALTA DE RECURSOS MATS. Y HUMANOS	3	4.16	4	5.19	4	7.14	8	27.62	0	0	19	7.16
8.- FALTA DE MOTIVACIÓN	5	6.94	4	5.19	3	5.35	1	3.70	1	3.03	14	5.28
9.- DESORGANIZACIÓN SERVS.	5	6.94	5	6.49	2	3.57	0	0	0	0	12	4.52
10.- FALTA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN	0	0	4	5.19	1	1.78	1	3.70	4	12.12	10	3.77
11.- SOBREPOTECCIÓN A LOS PACIENTES	6	8.33	1	1.29	2	3.57	0	0	0	0	9	3.39
12.- AMBIENTE LABORAL	0	0	5	6.49	1	1.78	0	0	2	6.06	8	3.01
13.- PREFERENCIA DE COMPAÑERO	0	0	1	1.29	2	3.57	3	11.11	1	3.03	7	2.64
14.- SUJECIÓN AL CUADRO BÁSICO	3	4.16	0	0	1	1.78	0	0	1	3.03	5	1.88
15.- ÁREA DE TRABAJO	2	2.77	1	1.29	1	1.78	0	0	1	3.03	5	1.88
16.- DESPRESTIGIO DEL I. M. S. S.	2	2.77	1	1.29	1	1.78	0	0	1	3.03	5	1.88
17.- FALTA DE CAPACITACIÓN	2	2.77	2	2.59	0	0	0	0	0	0	4	1.50
18.- MALA COMUNICACIÓN	1	1.38	3	3.89	0	0	0	0	0	0	4	1.50
19.- NO RESPETAR EL CONTRATO COLECTIVO	0	0	2	2.59	2	3.57	0	0	0	0	4	1.50
20.- EXCESO DE PAPELERÍA	2	2.77	0	0	1	1.78	0	0	0	0	3	1.13
21.- EXCESO DE PRESIÓN	1	1.38	1	1.29	0	0	0	0	1	3.03	3	1.13
22.- DESVIRTUD DE LA FILOSOFÍA	3	4.16	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.13
23.- DEFICIENTE HIGIENE INSTITUCIONAL	0	0	2	2.59	0	0	0	0	0	0	2	.75
24.- CHECAR TARJETA	0	0	1	1.29	0	0	0	0	0	0	1	.37

27.- ¿QUÉ ES LO QUE ME DISGUSTA DE MI TRABAJO?

	MÉDICOS 72		ADMVOS. 77		ASIST. CONS 56		ENF. 27		DESC. 33		TOTAL 265	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EXCESO DE CONSULTA O TRABAJO	23	31.94	6	7.79	2	3.57	8	29.62	3	9.09	42	15.84
FALTA DE RECURSOS	10	13.88	8	10.38	3	5.35	10	37.03	3	9.09	34	12.83
CLIMA LABORAL O AMBIENTE ORG.	2	2.77	10	12.98	5	8.92	4	14.81	3	9.09	24	9.05
DESORGANIZACIÓN	1	1.38	10	12.98	5	8.92	4	14.81	3	9.09	23	8.67
FALTA DE RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL	9	12.5	6	7.79	6	10.71	1	3.70	0	0	22	8.30
FALTA DE APOYO	4	5.55	7	9.09	3	5.35	1	3.70	5	15.15	20	7.54
MALOS TRATOS INJUSTIFICADOS POR PARTE DE LOS DERECHOHABIENTES	0	0	0	0	14	25	0	0	1	3.03	15	5.66
EL CUMPLIR CON METAS Y NO CON CALIDAD	4	5.55	2	2.59	0	0	8	29.62	0	0	14	5.28
EXCESO DE REGISTROS O PAPELEO	9	12.5	0	0	3	5.35	0	0	0	0	12	4.52
ABUSO DE AUTORIDAD DE JEFES	0	0	4	5.19	4	7.14	1	3.70	2	6.06	11	4.15
AREA DE TRABAJO INADECUADO	5	6.94	1	1.29	0	0	2	7.40	1	3.03	9	3.39
FALTA DE CAPACITACIÓN	2	2.77	4	5.19	0	0	0	0	2	6.06	8	3.01
FALTA DE INCENTIVOS	2	2.77	4	5.19	0	0	0	0	2	6.06	8	3.01
PRESIÓN O ESTRESS ALTO	3	4.16	1	1.29	0	0	1	3.03	3	9.09	8	3.01
NORMAS FLEXIBLES	5	6.94	0	0	1	1.78	0	0	0	0	6	2.26
SALARIO BAJO	5	6.94	0	0	0	0	0	0	1	3.03	6	2.26
IRRESPONSABILIDAD DE COMPAÑEROS	0	0	3	3.89	2	3.57	0	0	0	0	5	1.88
MAL COMUNICACIÓN CON EL JEFE	1	1.38	3	3.89	0	0	0	0	0	0	4	1.50
TRABAJO RUTINARIO	2	2.77	0	0	0	0	1	3.70	1	3.03	4	1.50
FALTA DE LIBERTAD CREADORA	2	2.77	1	1.29	0	0	0	0	0	0	3	1.13
CHECAR LA TARJETA EN EL RELOJ	1	1.38	1	1.29	1	1.78	0	0	0	0	3	1.13
DESPRESTIGIOS DEL PERSONAL DE CONFIANZA	2	2.77	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.75
DEPENDER DE OTRAS AREAS	0	0	2	2.59	0	0	0	0	0	0	2	0.75
BUROCRATISMO	0	0	2	2.59	0	0	0	0	0	0	2	0.75
CUADRO BÁSICO LIMITADO	2	2.77	0	0	0	0	0	0	2	6.06	2	0.75
FALTA DE SUPERVISIÓN A TIEMPO	0	0	1	1.29	0	0	0	0	0	0	1	0.37
FALTA DE CONFIANZA	0	0	1	1.29	0	0	0	0	0	0	1	0.37

28.- ¿QUÉ ES LO QUE ME GUSTA DE MI TRABAJO?

	MÉDICOS 72		ADMVOS. 77		ASIST. CONS 56		ENF. 27		DESC. 33		TOTAL 265	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
QUE AYUDO O SOY ÚTIL	37	51.38	17	22.07	21	37.5	13	23.21	4	12.12	92	34.71
EL TRATO O CONOCER GENTE	10	13.88	10	12.98	12	21.42	4	14.81	4	12.12	40	15.04
MI PROFESIÓN O MI TRABAJO	18	25	8	10.38	4	7.14	4	14.81	3	9.09	37	13.96
EL AMBIENTE LABORAL	4	5.55	10	12.98	4	7.14	5	18.51	5	15.15	28	10.56
TODO	2	2.77	8	10.38	3	5.35	1	3.70	5	15.15	19	7.16
QUE ME DESARROLLO Y SUPERO	3	4.16	8	10.38	4	7.14	2	7.40	0	0	17	6.41
LIBERTAD PARA EJERCER	1	1.38	1	1.29	0	0	1	3.70	6	18.18	9	3.39
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE	3	4.16	3	3.89	0	0	2	7.40	0	0	8	3.01
HORARIO	2	2.77	4	5.19	0	0	0	0	0	0	6	2.26
APOYO DE OTRAS	4	5.55	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.50
LO INTERESANTE Y DIVERSO	1	1.30	2	2.59	0	0	0	0	1	3.03	4	1.50
QUINCENAS Y AGUINALDOS	1	1.38	0	0	2	3.57	1	3.70	0	0	4	1.50
EL AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE	0	0	0	0	1	1.78	2	7.40	0	0	3	1.13
LA HORA DEL LUNCH	0	0	1	1.29	1	1.78	0	0	0	0	2	.75
PAUSA A LA SALUD	1	1.38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.37

29.- ¿QUÉ ES LO QUE MÁS ME GUSTA DEL I. M. S. S. ?

	MÉDICOS 72		ADMVOS. 77		ASIST. CONS 56		ENF. 27		DESC. 33		TOTAL 265	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRESTACIONES	7	9.72	10	12.98	9	16.07	5	10.5	3	9.09	34	12.83
LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL	12	16.66	10	12.98	6	10.71	2	7.40	3	9.09	33	12.45
EL POTENCIAL QUE TIENE	7	9.72	10	12.98	9		1	3.70	0	0	27	10.18
OPORTUNIDAD DE DESARROLLO PROF.	10	13.88	7	9.09	7	12.5	1	3.70	0	0	25	9.43
EL AMBIENTE LABORAL	0	0	4	5.19	5	8.92	5	18.51	1	3.03	15	5.66
LA ORGANIZACIÓN	8	11.11	5	6.49	0	0	0	0	0	0	13	4.90
EL HORARIO	1	1.38	6	7.79	2	3.57	0	0	4	12.12	12	4.52
SEGURIDAD DE TRABAJO	3	4.16	3	3.89	3	5.35	0	0	0	0	9	3.39
OPORTUNIDAD DE SENTIRME ÚTIL	0	0	5	6.49	4	7.14	0	0	0	0	9	3.39
N A D A	4	5.55	2	2.59	1	1.78	1	3.70	0	0	8	3.01
LAS INSTALACIONES	3	4.16	2	2.59	0	0	1	3.70	1	3.03	7	2.64
SU TECNOLOGÍA MODERNA	0	0	2	2.59	1	1.78	2	7.40	2	6.06	7	2.64
LOS SERVICIOS QUE TIENE	0	0	6	7.79	0	0	0	0	1	3.03	7	2.64
QUE CUENTA CON TODOS LOS RECURSOS	2	2.77	1	1.29	2	3.57	0	0	0	0	5	1.88
VACACIONES Y AGUINALDOS	1	1.38	2	2.59	1	1.78	0	0	1	3.03	5	1.88
T O D O	1	1.38	1	1.29	1	1.78	0	0	0	0	3	1.13
DÍAS DE QUINCENA	0	0	2	2.59	1	1.78	0	0	0	0	3	1.13
QUE SE LE TOMA EN CUENTA	0	0	2	2.59	0	0	0	0	0	0	2	.75
EL PRESTIGIO QUE TUVO	1	1.38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.37
OPORTUNIDAD DE ASCENDER	0	0	0	0	1	1.78	0	0	0	0	1	.37

30.- ¿QUÉ COSAS Ó ACCIONES ME MOTIVAN A DAR MEJOR ATENCIÓN Ó CALIDEZ EN MI TRABAJO?

	MÉDICOS 72		ADMVOS. 77		ASIST. CONS 56		ENF. 27		DESC. 33		TOTAL 265	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SERVIR Y AYUDAR	21	29.16	17	22.07	10	17.85	4	14.81	8	24.24	60	22.64
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE	14	19.44	13	16.88	14	25	5	18.51	5	15.15	51	19.24
RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL	9	12.5	15	19.48	10	17.85	8	29.62	5	15.15	47	17.73
AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE	13	18.05	7	9.09	12	21.42	11	40.74	2	6.06	45	16.98
ESTIMULO Y APOYO DEL JEFE	2	2.77	9	11.68	7	12.5	11	40.74	1	3.03	30	11.32
DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL	11	15.27	5	6.49	2	3.57	4	14.81	3	9.09	25	9.43
MEJOR SALARIO	8	11.11	5	6.49	1	1.78	2	7.40	2	6.06	18	6.79
SENTIRSE BIEN CONSIGO MISMO	5	6.94	9	11.68	3	5.35	0	0	0	0	17	6.41
EL TRABAJO EN SÍ MISMO	4	5.55	3	3.89	5	8.92	4	14.81	0	0	16	6.03
LAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS	1	1.38	10	12.98	2	3.57	1	3.70	1	3.03	15	5.66
LOS INCENTIVOS	6	6.94	4	5.19	2	3.57	2	7.40	0	0	13	4.90
ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PROPIA	5	6.94	4	5.19	1	1.78	0	0	2	6.06	12	4.52
BUEN EQUIPO Y RECURSOS SUFICIENTES	2	2.77	6	7.79	0	0	2	7.40	1	3.03	11	4.15
DISMINUIR EL EXCESO DE CONSULTA	4	5.55	1	1.29	1	1.78	3	11.11	1	3.03	9	3.39
LA CONFIANZA DE JEFES Y COMPAÑEROS	0	0	4	5.19	1	1.78	3	11.11	0	0	8	3.01
CURSOS DE CAPACITACIÓN	4	5.55	2	2.59	0	0	0	0	1	3.03	7	2.64
LIBERTAD, SIN PRESIÓN	2	2.77	3	3.89	0	0	1	3.70	0	0	6	2.26
MEJORAR A SU FAMILIA	4	5.55	1	1.29	0	0	1	3.70	0	0	6	2.26
ASCENSO A PUESTOS	0	0	4	5.19	1	1.78	0	0	0	0	5	1.88
RELACIONARSE CON DERECHOHABIENTES	2	2.77	1	1.29	0	0	1	3.70	0	0	4	1.50
MEJORAR LA COMUNICACIÓN	1	1.38	3	3.89	0	0	0	0	0	0	4	1.50
EL PRESTIGIO DEL I.M.S.S.	0	0	3	3.89	0	0	0	0	0	0	3	.75
RECIBIR OPORTUNIDADES	0	0	1	1.29	1	1.78	0	0	0	0	2	.75
LA SEGURIDAD DE EMPLEO	0	0	0	0	1	1.78	1	3.70	0	0	2	.75
NADA	0	0	1	1.29	0	0	0	0	0	0	0	.37

ANEXO IV.

Encuesta de satisfacción laboral en médicos 1992-1998 – 2005

Dimensión Logro

- 1.- En mi trabajo me brindan la oportunidad de superarme.
 - 2.-En mi trabajo tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas.
 - 3.-Me siento a gusto de pertenecer al IMSS.
 - 4.-Yo me realizo como trabajador en el IMSS.
-

Dimensión Reconocimiento

- 5.-Cuando desarrollo bien mi trabajo mi jefe y compañeros me lo reconocen.
 - 6.- El hacer bien mi trabajo me proporciona prestigio
 - 7.- En el IMSS reconocen la capacidad que tengo como trabajador.
 - 8.- El IMSS premia el esfuerzo de los trabajadores.
-

Dimensión Capacitación

- 9.- La empresa me capacita constantemente para hacer bien mi trabajo.
 - 10.- Cuando me han dado capacitación siempre lo ha hecho la persona que más sabe
 - 11.- En el IMSS siempre me dan facilidades para que acuda a los cursos de capacitación que se ofrece para mi mejor desempeño.
 - 12.- El IMSS me ofrece cursos de capacitación adecuados a mis necesidades.
-