



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

FRANCISCO ALVES GUIMARÃES

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL
DE LOS MÉDICOS DEL PROGRAMA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA
EN LA CIUDAD DE CONTAGEM - MINAS GERAIS – BRASIL – AÑO 2019.**

BUENOS AIRES – ARGENTINA

Abril 2023

FRANCISCO ALVES GUIMARÃES

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL
DE LOS MÉDICOS DEL PROGRAMA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA
EN LA CIUDAD DE CONTAGEM - MINAS GERAIS – BRASIL – AÑO 2019.**

Trabajo de Postgrado presentado al Programa de doctorado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Económicas y Sociales como requisito parcial para obtención del grado de doctor en Salud Pública.

Directora: Prof. Dra. Mónica Cristina Padró

Co-Directora: Prof. Dra. Isabela Farnezi Veloso

BUENOS AIRES – ARGENTINA

2023

FRANCISCO ALVES GUIMARÃES

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL
DE LOS MÉDICOS DEL PROGRAMA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA
EN LA CIUDAD DE CONTAGEM**

MINAS GERAIS – BRASIL. AÑO 2019.

Trabajo de Postgrado presentado al Programa de doctorado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales como requisito parcial para obtención del grado de doctor en Salud Pública.

Directora: Profa. Dra. Mónica Cristina Padró

1ºJurado – Prof. Dr. Phd Silvia Elena Vouillat

2ºJurado – Prof. Dr. Juan Carlos Pince Corral

3ºJurado – Prof. Dr. Marcuce Antônio Miranda dos Santos

Abril 2023

DEDICATORIA

A mis colegas de la Secretaría de Salud, por su cooperación en la respuesta a las consultas.

A mi padre y a mi madre, que siempre me apoyaron en mi deseo de superación.

A mi esposa Miriam y mi hijo Guilherme, por sus amores y paciencias.

A mis compañeros de doctorado, por darme la oportunidad de aprender más cada día.

A mis profesores e orientadores en esta caminata.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios, sobre todo, por darme la oportunidad de crecer como persona y como profesional.

A mi Directora, la profesora Dra. Mónica Cristina Padró por su apoyo, paciencia y ayuda en la realización de esta tesis y por las lecciones añadidas a mi formación como doctor en salud pública.

A mi Co-directora y amiga Dra. Isabela Farnezi Veloso por su gran ayuda en la elaboración del marco metodológico y de este trabajo.

A mis profesores de la honorable Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales por su conocimiento compartido y su paciencia durante el proceso de mi aprendizaje.

Mis compañeros de Postgrado, por su amabilidad y por darme la oportunidad de compartir experiencias y conocimientos.

Al maestro Jorge Reboredo, que descansa en paz.

Y a todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron al logro de este objetivo.

Un ideal es un punto y un momento entre los infinitos posibles que pueblan el espacio y el tiempo.

José Ingenieros – El hombre mediocre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	22
Parte Primera – Fundamentación Teórica.....	22
INTRODUCCIÓN.....	22
ACTUALIDAD DEL TEMA.....	22
SISTEMA ÚNICO DE SALUD E LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE CONTAGEM	26
1. El concepto de salud	26
2. Salud como beneficio para todos.....	30
3. La Atención Primaria a la Salud - APS	35
4. El Sistema Único de Salud – SUS	39
CAPÍTULO II.....	40
Familia como Núcleo del Atendimento a la Salud	40
1. El concepto de Familia	40
2. La Salud de la Familia.....	42
3. Programa Salud de la Familia (PSF)	46
4. La Estrategia Salud de la Familia – ESF	49
CAPITULO III	53
¿Que es el Trabajo?.....	53
1. El Trabajo.....	53
2. El Trabajo en su moderna concepción.....	55
3. El Trabajo en la visión del IBGE.....	62
4. Cambios en el sentido del Trabajo.....	66
5. Dimensiones del Trabajo	69
6. El Trabajo y la nueva concepción de Trabajador.....	73
7. El Trabajo en los aspectos Técnico, Fisiológico, Psicológico, Social y Económico	75
8. El Trabajo Médico.....	76

CAPÍTULO IV	78
Satisfacción en el Trabajo	78
1. Definiciones	78
2. Teorías y Modelos para explicar la satisfacción en el Trabajo.....	81
3. Variables determinantes en Satisfacción en el Trabajo	81
CAPITULO V	88
Fundamento Metodológico	88
1. El Campo Aplicación – La ciudad de Contagem y su Estrategia Salud de la Familia	899
2. Mediciones de Satisfacción en el Trabajo.....	93
3. Objetivos e Hipótesis.....	95
4. Variables de la Investigación	96
5. La Muestra	97
6. Tratamiento Estadístico de los datos.....	98
7. Los Instrumentos para recolección de la Información	99
LOS CUESTIONARIOS	99
8. La Satisfacción	99
8.1 Cuestionario de evaluación de Satisfacción Laboral.....	100
8.2 La Personalidad en la Satisfacción.....	109
8.3 Cuestionario de la Prueba de Personalidad de Eysenck - EPI	113
8.4 La Prueba de Eysenck	114
CAPITULO VI.....	117
9. RESULTADOS	117
9.1 Características sociodemográficas.....	118
9.2 Dimensiones de Satisfacción - ordenación e importancia.....	123
9.3 Las dimensiones de la Personalidad evaluadas por la EPQ-RS de Eysenck.....	123

9.4 Análisis de perfiles de los Profesionales Médicos participantes en la investigación.....	136
Introvertidos/Extrovertidos.....	137
Introvertidos.....	141
9.5 Intenciones comportamentales.....	154
9.6 Pruebas de las Hipótesis.....	165
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	192
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	201
LA PROPUESTA.....	206
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	216
ANEXOS.....	230

RESUMEN

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS DEL PROGRAMA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA CIUDAD DE CONTAGEM MINAS GERAIS – BRASIL. AÑO 2019. FRANCISCO ALVES GUIMARÃES

El presente trabajo se realizó con el propósito de evaluar el grado de Satisfacción Laboral de los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Contagem, Estado de Minas Gerais, en Brasil, en el año 2019. La población de muestra estuvo conformada por 111 personas, lo que representa el 85,38% de la población compuesto por 130 médicos que laboran en el sistema médico de la Estructura de Salud de la Familia, al momento del análisis. Se aplicó la Encuesta de Satisfacción Laboral de Graça, adaptada, con confiabilidad y validez para su aplicación mundial; de las cuales se tomaron 48 preguntas cerradas y se adaptaron al presente estudio con 10 alternativas de respuesta. Los resultados mostraron que en la mayoría de los aspectos investigados (entorno y condiciones laborales, retribución, incentivos o recompensas, calidad de la atención al paciente, recursos y personal disponible, seguridad laboral, posibilidad de mejora y desarrollo profesional y asistencia médica) el grupo de los médicos sujetos a este estudio no estaban satisfechos; sin embargo, se sienten contentos personalmente con su trabajo, así como con el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con superiores y compañeros, pero acreditan que las condiciones de realización del trabajo médico está muy lejos de las condiciones adecuadas a un trabajo médico eficiente y eficaz. Estos resultados nos permiten afirmar que deben existir estrategias que tanto a nivel gerencial como a nivel personal mejoren el grado de Satisfacción Laboral de este grupo de médicos en la Estrategia de Salud, lo que influiría positivamente en la actitud del empleado hacia la tarea asignada, asegurando de esta manera una prestación de servicio de alta calidad y mejorando la productividad y eficiencia organizacional.

Palabras Claves: Satisfacción en el trabajo; eficiencia; estrategia de salud familiar

ABSTRACT

EVALUATION OF THE DEGREE OF JOB SATISFACTION OF THE PHYSICIANS OF THE STRATEGIC FAMILY PROGRAM IN THE CITY OF CONTAGEM MINAS GERAIS - BRAZIL. YEAR 2019. FRANCISCO ALVES GUIMARÃES

The present work was carried out with the purpose of evaluating the degree of Job Satisfaction of the doctors of the Family Health Strategy of the city of Contagem, State of Minas Gerais, in Brazil, in 2019. The population and sample were made up of 111 people, which represents 85,38% of the population made up of 130 doctors who work in the medical system of the Family Health Structure, at the time of the analysis. The Graça Job Satisfaction Survey was applied, adapted, with reliability and validity for its worldwide application; of which 48 closed questions will be taken and adapted to the present study with 10 answer alternatives. The results showed that in most of the aspects investigated (environment and working conditions, remuneration, incentives or rewards, quality of patient care, resources and available personnel, job security, possibility of improvement and professional development and medical assistance) the group of the physicians subject to this study were not satisfied; however, they feel personally satisfied with their work, as well as with teamwork and interpersonal relationships with superiors and colleagues, but they credit that the conditions for carrying out medical work are far from adequate for its effective performance. These results allow us to affirm that there must be strategies that both at the managerial and personal levels improve the degree of Job Satisfaction of this group of doctors in the Health Strategy, which would positively influence the attitude of the employee towards the assigned task, thus ensuring a high quality service provision and improving organizational productivity and efficiency.

Keywords: Job satisfaction; efficiency; family health strategy

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS	NOMBRE
ACS	Agente Comunitario de Salud
APS	Atención Primaria a la Salud
AIS	Acciones Integradas en Salud
CNDSS	Consejo Nacional sobre Determinantes Sociales en Salud
ESF	Estrategia en Salud de la Familia
NASF	Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia
NOAS	Norma Operativa de Atención a la Salud
NSF	Núcleo de Salud de la Familia
OMS	Organización Mundial de Salud
PACS	Programa de Agentes Comunitarios de Salud
PROVAB	Programa de Valoración del Profesional de Atención Básica
PSF	Programa de Salud de la Familia
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SIAB	Sistema de Información de la Atención Básica
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidad Básica de Salud

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Resumen de dimensiones – artículos – número de artículos y resultados de la consistencia interna de los elementos relacionados con la dimensiones x expectativas, realidades y satisfacción (Sat = Exp – Rea)	108
Tabla 2	Datos estadísticos de la edad de los profesionales médicos	118
Tabla 3	Frecuencia e porcentuales en rangos etarios de los profesionales médicos(as) e género	119
Tabla 4	Estado Civil frecuencia e porcentual	120
Tabla 5	Formación académica frecuencia e porcentual	120
Tabla 6	Tiempo en meses en la ESF	120
Tabla 7	Los tiempos e frecuencia de actuación en el ESF, en meses	121
Tabla 8	Estadística del tiempo de formado, en años	122
Tabla 9	Los tiempos de graduados de los profesionales médicos(as)	122
Tabla 10	Suma, media, desviación estándar por dimensión de satisfacción profesional y su importancia motivacional	123
Tabla 11	Distribución de la sub escala Extroversión para EPQ-RS de Eysenck	124
Tabla 12	Distribución de la sub escala Neuroticismo (N) para EPQ-RS de Eysenck	125
Tabla 13	Distribución de la sub escala Psicoticismo (P) para EPQ-RS de Eysenck	126
Tabla 14	Distribución de la sub escala Sinceridad / Mentira (L) para EPQ-RS de Eysenck	127
Tabla 15	Numero e porcentajes de Hombres /Mujeres x Dimensiones Psicológicas	136
Tabla 16	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 1 y porcentuales	138
Tabla 17	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 2 y porcentuales	139
Tabla 18	Puntuación y satisfacción del Profesional del grupo psicológico 3 y porcentuales	140
Tabla 19	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 4 y porcentuales	141
Tabla 20	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 5 y porcentuales	142
Tabla 21	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 6 y porcentuales	144

Tabla 22	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 7 y porcentuales	145
Tabla 23	Puntuación y satisfacción de la Profesional del grupo psicológico 8 y porcentuales	146
Tabla 24	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 9 y porcentuales	148
Tabla 25	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 10 y porcentuales	149
Tabla 26	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 11 y porcentuales	150
Tabla 27	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 12 y porcentuales	151
Tabla 28	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 13 y porcentuales	152
Tabla 29	Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 14 y porcentuales	153
Tabla 30	Puntuación y satisfacción del Profesional del grupo psicológico 15 y porcentual	154
Tabla 31	Opciones de elección improbables y probables para trabajar en el hospital integradas en el sector de la salud pública	155
Tabla 32	Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en el hospital público, integrándose al sector salud	156
Tabla 33	Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en otro hospital público, integrándose al sector salud	156
Tabla 34	Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en otro hospital público, integrándose al sector salud	157
Tabla 35	Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector salud pública	157
Tabla 36	Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector salud pública	158
Tabla 37	Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en otra unidad de ESF, integrado con el sector salud pública	158
Tabla 38	Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en otra unidad de ESF, integrado con el sector salud pública	159
Tabla 39	Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en un hospital privado	159
Tabla 40	Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en un	160

hospital privado

Tabla 41	Opciones de elecciones improbables y probables, continuar la formación para integrar la carrea docente	160
Tabla 42	Opciones de elecciones indeseables y deseables, continuar la formación para integrar la carrea docente	161
Tabla 43	Opciones de elecciones improbables y probables, emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista)	161
Tabla 44	Opciones de elecciones indeseables y deseables, emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista)	162
Tabla 45	Valores das puntuaciones de las dimensiones e medías	164
Tabla 46	Comparación de la satisfacción laboral de los profesionales médicos(as) por género	165
Tabla 47	Correlación de la satisfacción de los profesionales de los médicos(as) con la edad	166
Tabla 48	Satisfacción del Profesional médico(a) y Estado Civil	167
Tabla 49	Comparación de la satisfacción profesional de los profesionales médicos en función de la formación académica	168
Tabla 50	Pruebas de Normalidad de distribución dos dados da pesquisa en relación a las dimensiones	169
Tabla 51	Pruebas de Normalidad considerando a opción de la hipótesis la misma profesión o carrera (por ex.: médico)	170
Tabla 52	Homogeneidad de variancias das dimensiones de satisfacción en el estudio	171
Tabla 53	Pruebas robustas de igualdad de media para opción la misma profesión o carrera	172
Tabla 54	Comparaciones múltiples considerando a opción de la hipótesis la misma profesión o carrera (por ej.: médico)	172
Tabla 55	Datos estadísticos para opción la misma profesión o carrera (por ej. Médico)	174
Tabla 56	Resultados entre las opciones de elección para la misma profesión o carrera (por ej. Médico)	174
Tabla 57	Pruebas de Normalidad da distribución relativa a la misma carrera (por ex. medicina da familia)	Anexo 6

Tabla 58	Teste de Homogeneidad de variancias considerando a hipótesis de elección La misma carrera (por ej.: medicina da familia)	Anexo 6
Tabla 59	Pruebas Robustas de igualdad de medias considerando a hipótesis de elección La misma carrera (por ex.: medicina da familia)	Anexo 6
Tabla 60	Comparaciones múltiples considerando a opción da hipótesis la misma carrera (por ej.: medicina da Familia)	Anexo 6
Tabla 61	Datos estadísticos de la opción la misma carrera (por ej. Medicina da la familia)	Anexo 6
Tabla 62	Pruebas de Normalidad de distribución considerando la hipótesis La unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 6
Tabla 63	Pruebas de Normalidad de distribución para a opción da hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador	Anexo 7
Tabla 64	Pruebas de Homogeneidad de variancias considerando a opción da hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador	Anexo 7
Tabla 65	Pruebas Robustas de Igualdad de Medias considerando como opción la hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador	Anexo 7
Tabla 66	Comparaciones múltiples considerando como opción la hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador	Anexo 7
Tabla 67	Resultado de la elección de opción la unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 7
Tabla 68	Resultados de las opciones de elección del Sistema Único de Salud	Anexo 7
Tabla 69	Pruebas de Normalidad de distribución da amuestra considerando a hipótesis O sector privado (o social) da salud como principal empleador	Anexo 8
Tabla 70	Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis El sector privado (o social) de la salud como principal empleador	Anexo 8
Tabla 71	Pruebas Robustas de Igualdad de medias considerando la hipótesis El sector privado (o social) de la salud como principal empleador	Anexo 8
Tabla 72	Comparaciones múltiples de las respuestas considerando la hipótesis Lo sector privado (o social) de la salud como principal empleador	Anexo 8
Tabla 73	Datos estadísticos relativos a la opción del sector privado (o social) de la salud como principal empleador	Anexo 8
Tabla 74	Resultados de la elección del sector privado (o social) de la salud como principal empleador	Anexo

Tabla 75	Pruebas de Normalidad de distribución para la hipótesis Exclusivamente la actividad independiente o liberal	Anexo 9
Tabla 76	Pruebas de Homogeneidad de Varianzas analizando segundo la hipótesis de elección Exclusivamente la actividad independiente o liberal	Anexo 9
Tabla 77	Pruebas Robustas de igualdad de medias considerando la hipótesis de opción de elección de Exclusivamente la actividad independiente o liberal	Anexo 9
Tabla 78	Datos estadísticos de la opción lo mismo distrito regional de salud	Anexo 9
Tabla 79	Datos estadísticos relativos a opción de escolla exclusivamente la actividad independiente o liberal	Anexo 9
Tabla 80	Resultados da elección de opción exclusivamente la actividad independiente o liberal	Anexo 9
Tabla 81	Pruebas de Normalidad de distribución de la amuestra considerando la hipótesis El hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 82	Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis O hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 83	Pruebas robustas de igualdad de medias considerando la hipótesis O hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 84	Comparaciones múltiples entre las opciones relacionadas con la hipótesis O hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 85	Datos estadísticos relativos a opción El hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 86	Resultados de la elección de la opción El hospital como local de trabajo principal	Anexo 10
Tabla 87	Pruebas de Normalidad de distribución considerando la hipótesis La unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 11
Tabla 88	Prueba de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis la unidad de ESF donde trabaja	Anexo 11
Tabla 89	Pruebas de Igualdad de medias considerando la hipótesis la unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 11
Tabla 90	Comparaciones múltiples considerando la hipótesis La unidad de ESF	Anexo

	donde hoy trabaja	11
Tabla 91	Datos estadísticos de la opción la unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 11
Tabla 92	Resultado de la elección de opción la unidad de ESF donde hoy trabaja	Anexo 11
Tabla 93	Pruebas de Normalidad considerando la hipótesis de elección da misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 94	Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando a hipótesis de elección de la misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 95	Pruebas robustas de igualdad de medias considerando la misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 96	Comparaciones múltiples entre las respuestas presentadas para la opción La misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 97	Datos estadísticos relativos a opción la misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 98	Resultado de la elección de la opción la misma equipo de ESF donde trabaja	Anexo 12
Tabla 99	Pruebas de Normalidad de distribución para opción lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 100	Pruebas de Homogeneidad de Varianzas considerando lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 101	Pruebas Robustas de igualdad de las medias considerando lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 102	Comparaciones múltiples considerando como hipótesis la elección lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 103	Datos estadísticos de la opción lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 104	Resultados de la elección de la opción lo mismo distrito regional de salud	Anexo 13
Tabla 105	Comparación da Satisfacción Profesional según lo profesional médico(a) ha pensado o no en renunciar (cambio de carrera)	182
Tabla 106	Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de especialidad)	183

Tabla 107	Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de profesión)	184
Tabla 108	Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar el traslado a otra unidad de la ESF	185
Tabla 109	Comparación de satisfacción profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar la rescisión del contrato (cambiar de carrera, p. Ej.: dejar la medicina familiar)	186
Tabla 110	Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar licencia sin goce de sueldo	186
Tabla 111	Comparación de Satisfacción Profesional según el profesional médico (a) Nunca se le ocurrió ninguna de las hipótesis / No sabe o no recuerda	187

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	Dimensiones del sentido del trabajo	70
Cuadro 2	Distritos Sanitarios x Equipos de ESF x Población Atendida – resumen	93
Cuadro 3	Dimensiones de la satisfacción profesional y los respectivos ítems presentados en la escala de satisfacción profesional para ordenar	100
Cuadro 4	Escala de las 47 preguntas del cuestionario de Graça	102
Cuadro 5	Dimensiones de la satisfacción profesional y los respectivos ítems presentados en la escala de satisfacción profesional	106
Cuadro 6	Rango de valores para la coherencia de los datos internos	109
Cuadro 7	Items do Eysenck Personality Questionnaire Revised Scale - EPQ-RS	116
Cuadro 8	Valores de T en función de las puntuaciones de las encuestas x perfil	128
Cuadro 9	Resumen de la Matriz DOFA	207
Cuadro 10	Cruce de la Matriz DOFA	209

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1	Número de profesionales x Rangos de edad	119
Grafico 2	Extroversión – E – Masculino (Hombres)	129
Gráfico 3	Neuroticismo – N – Masculino (Hombres)	130
Gráfico 4	Psicoticismo – P – Masculino (Hombres)	130
Gráfico 5	Sinceridad / Mentira – L – Masculino (Hombres)	131
Grafico 6	Extroversión – E – Femenino (Mujeres)	131
Grafico 7	Neuroticismo – N – Femenino (Mujeres)	132
Grafico 8	Psicoticismo – P – Femenino (Mujeres)	132
Grafico 9	Sinceridad / Mentira – L – Femenino	133
Grafico 10	Extroversión – E – General	133
Grafico 11	Neuroticismo – N – General	134
Grafico 12	Psicoticismo – P – General	134
Grafico 13	Sinceridad / Mentira – L – General	135
Grafico 14	Valores de las dimensiones Psicológicas – P/MB/B/P – Grupo 1	137
Grafico 15	Valores de las dimensiones Psicológicas – B/MB/P/B – Grupo 2	138
Gráfico 16	Valores de las dimensiones Psicológicas P/B/B/MB – Grupo 3	140
Gráfico 17	Valores de las dimensiones Psicológicas P/MB/MB/P – Grupo 4	141
Gráfico 18	Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/MB/B – Grupo 5	142
Gráfico 19	Valores de las dimensiones Psicológicas B/MB/B/B – Grupo 6	143
Gráfico 20	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/B/B/B – Grupo 7	145
Gráfico 21	Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/P/P – Grupo 8	146
Gráfico 22	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/B/P – Grupo 9	147
Gráfico 23	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/P/P – Grupo 10	148
Gráfico 24	Valores de las dimensiones Psicológicas B/MB/MB/B – Grupo 11	149
Gráfico 25	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/B/MB/P – Grupo 12	150
Gráfico 26	Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/B/B – Grupo 13	151
Gráfico 27	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/MB/P – Grupo 14	152
Gráfico 28	Valores de las dimensiones Psicológicas MB/P/B/MB – Grupo 15	153
Gráfico 29	Puntuaciones medias de las percepciones de los médicos de acuerdo con las Dimensiones.	164

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	División Distritos Sanitarios de la ciudad de Contagem	92
Figura 2	Diagrama de Flujo de la investigación	95
Figura 3	Correspondencia entre las puntuaciones directas y T según su ubicación en la curva normal	128

LISTA DE ANEXOS

Anexo 0	Aprobación del consejo de ética	230
Anexo 1	Autorización de la Secretaria de Salud de Contagem	231
Anexo 2	Questionário de Satisfação Profissional de Graça	232
Anexo 3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	242
Anexo 4	Questionário de Eysenck – EPQ – RS	243
Anexo 5	Distritos x Equipos x Población	244
Anexo 6	Tabla 57 – Pruebas relativas a la misma carrera (por ex. medicina da familia)	250
Anexo 7	Cuadro 63 – Pruebas para a opción da hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador	254
Anexo 8	Cuadro 69 – Pruebas considerando a hipótesis O sector privado (o social) da salud como principal empleador	258
Anexo 9	Tabla 75 – Pruebas para la hipótesis Exclusivamente la actividad independiente o liberal	262
Anexo 10	Tabla 81 – Pruebas considerando la hipótesis El hospital como local de trabajo principal	266
Anexo 11	Tabla 87 – Pruebas considerando la hipótesis La unidad de ESF donde hoy trabaja	270
Anexo 12	Tabla 93 – Pruebas considerando la hipótesis de elección da misma equipe de ESF donde trabaja	274
Anexo 13	Tabla 99 – Pruebas para opción lo mismo distrito regional de salud	278
Anexo 14	Cuadro 80 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de especialidad)	282
Anexo 15	Cuadro 81 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de profesión)	283
Anexo 16	Cuadro 82 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar el traslado a otra unidad de la ESF)	284
Anexo 17	Cuadro 83 – Comparación de satisfacción profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar la rescisión del contrato (cambiar de carrera, p. Ej.: dejar la medicina familiar)	285
Anexo 18	Cuadro 84 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar licencia sin goce de sueldo	286
Anexo 19	Cuadro 85 – Comparación de Satisfacción Profesional según el profesional médico (a) Nunca se le ocurrió ninguna de las hipótesis / No sabe o no recuerda	287
Anexo 20	Baremo de Conversión a Puntaje “T”	288
Anexo 21	Observaciones, comentarios, sugerencias o críticas que desee hacer, de acuerdo con los grupos de perfil psicológico – Respuestas Cuestiones Abiertas	289

CAPÍTULO 1

Parte Primera – Fundamentación Teórica

INTRODUCCIÓN

En el Departamento Municipal de Salud de Contagem, ciudad de la región metropolitana de Belo Horizonte, capital del estado de Minas Gerais, lugar en que trabajo como profesional sanitario desde el año 2000, se observa que hay muchos problemas relacionados con la atención médica en la red pública, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia - ESF, plan de salud del Gobierno Federal de Brasil, programa que cuenta con numerosos estudios sobre la satisfacción del público atendido por los profesionales médicos de la salud.

Investigando sobre las evaluaciones de satisfacción de los profesionales médicos se presenta la oportunidad de observar que los estudios sobre la satisfacción de los profesionales de la salud son escasos y en su gran mayoría están enfocados a las actividades de enfermería.

Sin embargo, la situación de los profesionales médicos es muy crítica y muchos de estos profesionales padecen situaciones de estrés, angustia, tensión y otros males de la sociedad moderna, producidos por las exigencias de demostrar competencia y capacidad en su cuidado, que se espera que sean más eficientes y eficaces.

Con la intención de contribuir a reducir esta brecha, se realizó una investigación con médicos de la Estrategia de Salud de la Familia de la Secretaria Municipal de Salud de la ciudad de Contagem, con el objetivo de comprender el grado de satisfacción en el trabajo de estos médicos en este servicio, considerando, como una de las principales preguntas, entender si la satisfacción es el resultado de las interacciones que se establecen entre el médico, con su personalidad e historia de vida, o si se deben a la naturaleza del trabajo en sí, con las variables inherentes al profesional.

ACTUALIDAD DEL TEMA

La satisfacción, en las palabras de Sousa y Lyumbomirsky (2001), es una expresión del juicio de un individuo sobre la discrepancia entre sus condiciones reales y las condiciones ideales que él mismo diseñó.

La satisfacción con la vida implica una satisfacción o aceptación por parte del individuo de las condiciones de su existencia y está asociada a la forma en que percibe el cumplimiento o no de lo que quiere o necesita.

Así, la satisfacción sería una medida subjetiva de la calidad de vida de un individuo, evaluada por la diferencia entre “lo que tienes” y “lo que quieres” y la satisfacción laboral, por lo tanto, representaría el juicio del individuo sobre su trabajo real en relación con una ocupación idealizada, al considerar varios factores como la duración de la jornada, las condiciones para realizarla y la relación con los compañeros, conforme complementa Ommen et al. (2009).

La satisfacción en el trabajo ha sido una cuestión de búsqueda de respuestas y de creciente interés por dar respuesta a las preocupaciones sobre la calidad de vida en el trabajo y, como consecuencia, la mejora de la calidad del trabajo del profesional en su actividad, considerando también que la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar debe ser un derecho de todos.

Satisfacción laboral, según Chevarría-Islas et. al. (2009), es el resultado de una serie de relaciones entre el esfuerzo individual, los ingresos obtenidos, las recompensas y el éxito en la consecución de las metas individuales. Si bien cualquier trabajador es susceptible al desánimo y a la pérdida del entusiasmo por su trabajo, quienes corren mayores riesgos son los profesionales que mantienen un contacto directo con la ciudadanía, especialmente en el ámbito social, educativo y sanitario.

Existen muchos estudios sobre el tema, pero los resultados aún no son muy concluyentes en cuanto a la efectividad de estos trabajadores y su satisfacción, destacando, sin embargo, la importancia o relevancia de estas encuestas tanto para la institución como para el trabajador.

Si bien desde los años 30 el interés por investigar la satisfacción profesional se ha incrementado rápidamente, el conocimiento de sus causas dista mucho de ser un esclarecimiento y sistematización incuestionable, y hoy existe la intención de comprender si los determinantes residen en la naturaleza del trabajo en sí, las variables inherentes a la profesión o si, por otro lado, es el resultado de las interacciones que se establecen entre el ciudadano activo (respectiva historia de vida y personalidad) y las especificidades del contexto de su trabajo.

La revisión de la literatura permite encontrar estudios tanto descriptivos como correlacionales, todos ellos de carácter no experimental.

Satisface, del latín *satis*, suficiente o bastante y *facere*, hacer, significa dar contentamiento, agradar. La satisfacción es alegría, placer, gusto. Es el cumplimiento de un deseo o una necesidad. Estar satisfecho es estar contento, complacido, según Bonadeo, M. A. et. al. (2005).

Dentro del campo médico, existen estudios que relacionan el estrés como causa de la insatisfacción laboral, mencionando cómo los tiempos actuales juegan un papel importante en la insatisfacción laboral, incluyendo a Lazarus y Folkman (1984), que en sus estudios, afirman que esta patología será el cáncer de este siglo.

Los estudios realizados por diferentes profesionales como Escribá-Aguir, Artacoz y Perez - Hoyos, en 2008, se basaron en evaluaciones desarrolladas por Robert Hoppock, en 1935, con su trabajo denominado “Satisfacción laboral”, según describe en tres estudios realizados por él como parte de su investigación para una tesis: una primera, iniciada en el verano de 1932, mediante entrevistas semi-estructuradas, para evaluar la satisfacción entre 40 adultos ocupados y 40 desempleados, conteniendo preguntas a las que deberían responder, en función de sus últimos puestos de trabajo / empleos, arrojaron resultados que permitieron identificar muchas posibles causas de satisfacción laboral como la autonomía laboral, las relaciones interpersonales con la gerencia del servicio o sus supervisores y con los compañeros de trabajo; en el 2do, continuó la investigación ampliando el universo con la aplicación de cuestionarios a 500 docentes empleados en 51 comunidades del Noreste de los Estados Unidos de América, identificando a los 100 más insatisfechos y 100 más satisfechos, clasificando el resto a partir de la comparación entre las características de los grupos. En este segundo estudio, demostró que los más satisfechos fueron los más ancianos, quienes aún mostraban un mayor nivel general de ajuste emocional y reportaron tener un estatus social más alto, bajo nivel de monotonía en el trabajo y mejores relaciones interpersonales con la gestión del servicio / supervisión y compañeros. El 3er estudio, para finalizar el ciclo, se realizó a partir de entrevistas / cuestionarios aplicados a residentes de la ciudad de New Hope, Pensilvania, EE. UU., seleccionados por él por considerarla como una típica pequeña ciudad estadounidense. En este universo relativamente restringido, consideró a los residentes mayores de 18 años y, excluyendo a los que solo llevaban seis meses o menos ocupados, así como los trabajos no remunerados, como los de ama de casa, obtuvo el 88% de las respuestas

(309 en 351 elegible), en el que se constató que el 15% de los participantes estaban descontentos con su trabajo, pero había, sin embargo, una diferencia sustancial en los niveles de satisfacción según el tipo de ocupación / trabajo.

Barrasco, Barraza y Arreola, en estudios realizados en 2013, afirman que en el discurso político del modelo neoliberal en salud se ha hecho creer a la sociedad en su conjunto, a muchos de los trabajadores y a los empleados de las instituciones de salud, que la calidad de la salud depende de procesos de certificación que evalúen aspectos periféricos de la práctica de salud real que se desarrolla en sus instituciones.

La satisfacción de los trabajadores de la salud, según Soto, Macías y Corral (2013) es un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención brindada, incluso si se cubre la relación directa sobre la calidad de la atención al cliente externo, nadie argumenta que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y sus servicios internos.

Se puede describir, según López López (2007), que la satisfacción en el trabajo básicamente designa un conjunto de actitudes hacia el trabajo, una disposición psicológica del sujeto frente a su trabajo (lo que piensa), y presupone un conjunto de actitudes y sentimientos. De ahí que la satisfacción con el trabajo dependa de numerosos factores, como el entorno físico desde el que se trabaja, el hecho de que el jefe pueda llamarte por tu nombre y lo trate bien, la sensación de fracaso o realización que produce el trabajo, la posibilidad de aplicar sus conocimientos, que el empleo le permita desarrollar nuevos conocimientos y aceptar propuestas innovadoras.

De esta forma, se puede concluir, según Silva (2010), que en la actividad médica, así como en otras profesiones, la percepción de logro, expectativas, autoestima, con variables objetivas o contexto (clima organizacional, condiciones de trabajo, sistemas de incentivos), producen una interacción que conduce a una determinada representación de la profesión médica, cada vez más desarrollada por una bipolaridad a veces difícil de manejar.

SISTEMA ÚNICO DE SALUD E LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE CONTAGEM

1. El concepto de salud

Conceptuar salud es un problema, visto que su definición va más allá de una simple definición, ya que pasa por entendimientos diversificados, de acuerdo con la visión de quien la está definiendo.

Minayo, en su obra “El desafío del conocimiento: pesquisa cualitativa en salud”, explica que:

“La salud es un bien simbólico, fruto de una construcción histórica y social, de las vivencias propias de cada persona, constituyendo en las relaciones sociales del cotidiano diferentes concepciones de lo que es salud y enfermedad, de lo que es un vivir saludable, a partir de las condiciones de vida de su grupo social. Expresa también representaciones de las instituciones y del modo de organización de la sociedad” (Minayo, 2004, p.189).

Diferente de enfermedad, en que hay varios estudios y pesquisas, la salud esta relegada a un segundo plano y hay pocos estudios que la expliquen en su forma más objetiva, se asiste más comúnmente a la visión de la salud como ausencia de enfermedad y, en la visión de Batistella (2007), el concepto de salud siempre ha sido vinculado a la idea de ausencia de enfermedad o no enfermedad, considerando que la enfermedad era una parcela “natural” del ambiente.

De acuerdo con la visión de Czeresnia (2003), el discurso médico científico no contempla la significación más amplia de salud y del enfermar, una vez que la salud no es un objeto que se puede delimitar, ni se traduce en concepto científico, de la misma forma que el sufrimiento que caracteriza el enfermar.

Sin embargo, la misma autora, aun considerando las dificultades para producir una definición más amplia, debido al reduccionismo y las limitaciones que impone el rigor científico, considera que éste no debe ser un factor limitador, ya que:

‘Sí por un lado, lo vital es más complejo que los conceptos que intentan explicarlo; por otro, es a través de conceptos que son viabilizadas las intervenciones operativas’. “No hay como producir formas alternativas en atención a la salud que no busquen hacer operativos los conceptos de salud y enfermedad”. (Czeresnia, 1999, p. 39)

Czeresnia todavía lo hace una cita de salud acreditada a Nietzsche, que adopta lo vital como punto de vista básico, relaciona la medicina y la filosofía, mostrando la dimensión de amplitud que el término salud evoca:

“Sigo esperando un médico filosófico, en el sentido excepcional de la palabra – un médico que piense y considere, para cuidar, la salud general de las personas, observando las características de la raza, los tiempos, las edades, en fin, sus humanidades -, que tengan el coraje de llevar mi sospecha al límite más alto y aventurarse a contradecir mi proposición: en todo filosofar hasta ahora, nunca se ha tratado realmente de la salud de las personas, sino de algo más que se puede llamar futuro, crecimiento, potencia, vida e incluso salud. (Nietzsche, 1983: 190)”
(Czeresnia, D., Freitas, C. M. (org.), 2003, p. 2)

En el informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986, fue publicado lo que pasó a ser conocido como el concepto ampliado de la salud, fruto de una intensa movilización social:

“En su sentido más amplio, la Salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, salario/renta, medio-ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso y posesión de la tierra y a servicios de salud. Es decir, sobre todo, el resultado de las formas de organización social de la producción, que pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida”.

“La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de una sociedad dada en un momento dado de su desarrollo, y debe ser conquistada por la población en sus luchas diarias”.

“El derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones de vida dignas y acceso universal e igualitario a acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud, en todos los niveles, para todos los habitantes del territorio nacional, conducentes al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad”.

Con esa denominación se produjo un avance significativo en la comprensión de la noción de salud, tanto en su plano teórico cuanto en el campo de las prácticas, pero trajo un nuevo problema, pues al considerarse la salud en su concepto pleno, se trata de algo tan amplio como la propia noción de vida.

Czeresnia (1999) complementa diciendo que promover la vida en sus múltiples dimensiones implica, por un lado, acciones con un alcance global del Estado y, por otro, la singularidad y autonomía de los sujetos, lo que no puede atribuirse como responsabilidad de un área del conocimiento y sus prácticas.

Mendes (1999), a su vez, se expande al decir que las concepciones modernas de la salud implican considerarlas en su positividad, por lo tanto, mucho más allá de sus consecuencias inmediatas, señaladas negativamente como enfermedad, dolencia o muerte. La Salud es, entonces, resultado de un proceso de producción social que expresa la calidad de vida de una población, entendiendo la calidad de vida como una condición de existencia de los hombres en su vida diaria, una vida sin trabas, una forma de vivir placentera, ya sea individual o colectivamente.

La Constitución Federal del país (Brasil), de 1988, en su artículo 196, evita discutir el concepto de salud, pero dice que: “ la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de dolencias u otras enfermedades y el acceso universal y equitativo a acciones y servicios de promoción, protección y recuperación”, siendo el principio que guía el SUS – Sistema Único de Salud y que está colaborando para devolver la dignidad a los brasileños, como ciudadanos y como seres humanos, en palabras de Scliar (Scliar, 2007, p.37).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, organismo de La Organización de las Naciones Unidas, a pesar de varias controversias, definió la salud, a partir del siete de abril de 1948, como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de molestia o enfermedades”.

Mientras tanto, para Laurell (1997), la salud se ve como una necesidad humana cuya satisfacción se asocia inmediatamente a un conjunto de condiciones, bienes y servicios que permiten el desarrollo individual y colectivo de capacidades y potencialidades, de acuerdo con el nivel de recursos sociales existentes y los estándares culturales de cada contexto específico.

Batistella (2007), en sus estudios resume los planteamientos que varios estudiosos han realizado sobre el tema de la salud:

“El enfoque eco sistémico de Minayo (2002), establecido como una de las alternativas teórico-metodológicas que surgió en la década de 1970 para enfrentar lo concepto negativo y restringido de salud, busca revisar la perspectiva antropocéntrica de dominación de los espacios ambientales, cuyo carácter depredador ha sido responsable de la destrucción de proyectos de vida saludable. Al inicio del capítulo “enfoque eco sistémico de la salud y la calidad de vida”, en el libro Salud y Medio Ambiente Sostenible fortaleciendo lazos, considera el enfoque eco sistémico de la salud como una de las posibilidades de construcción teórico-práctica de la relación

entre salud y ambiente en los micro niveles sociales, articulados dialécticamente con una visión ampliada de ambos componentes (Minayo, 2002, p. 173)”.

“El modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud considera que hay algunos grupos de la población que son más saludables que otros y que se pongan a un lado las desigualdades de enfermedad, de acuerdo con las franjas etarias y las diferencias ocasionadas por las enfermedades específicas de cada sexo, y se observe con más atención al cruzamiento y relacionamiento de las informaciones, estarán evidenciadas las desigualdades decurrentes de las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, y que, al contrario de otras causas, tales desigualdades son injustas e inaceptables y, por tanto, denominadas inequidades, conforme la Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud – CNDSS”.

“El modelo de Complejidad y proceso salud-enfermedad reúne una serie de otros enfoques que también integran determinantes sociales en sus explicaciones del proceso salud-enfermedad, pero lo hacen con el debido cuidado para no recaer en determinismos que nuevamente debilitarían el proceso de análisis en cuestión”.

A diferencia de conceptos bien establecidos, delimitados por límites que explican sus condiciones, hacen que Sabrosa et. al. (1990) plantean que el concepto de salud debe inscribirse entre conceptos imprecisos, que se definen a partir de temas centrales o atractivos, y sus interacciones con otros conceptos con los que se relacionan, siempre desde perspectivas definidas en un período histórico determinado.

El funcionamiento de un concepto amplio, una vez evaluado el concepto ampliado de la salud, presenta otro dilema a los trabajadores de salud, especialmente a los que atienden directamente a la población: ¿Cómo hacer operativo este concepto de salud?, ¿Cómo hacer que sus premisas ganen concreción y expresión en la práctica diaria de los servicios, ya que se percibe que la afectación de algunas enfermedades es normal, pero la imposibilidad de acceder a los medios adecuados para hacer frente a esta enfermedad no debería serlo?

Lo que nos lleva a darnos cuenta de lo difícil que es establecer una definición única de lo que puede ser la salud, dadas sus diversas facetas e interpretaciones.

2. Salud como beneficio para todos

La idea de que la salud debe ser un beneficio para todos surgió a mediados del siglo XX, con las teorías de Maynard Keynes (1982), quien propuso un Estado de bienestar o también llamado de Estado Social, “*welfare estate*”, o Estado Providencia, que se caracteriza por la intervención del Estado en la economía y la sociedad, con el objetivo de asegurar la mejora del nivel de vida de la población a través de la provisión gratuita y subsidiada de ingresos, vivienda, salud, alimentación, educación, elementos garantizados como derechos de ciudadanía.

Esta forma de Estado fue proporcionada por la expansión de la ciudadanía a los segmentos más pobres de la población, quienes comenzaron a exigir al gobierno medidas para paliar su situación de pobreza y exclusión de la vida social.

Esta nueva forma de pensar sobre la salud, que fue impulsada por Naciones Unidas – ONU, se centra en la salud pensada en términos biopsicosociales, preocupándose principalmente por las poblaciones que sufrieran las guerras; con los Estados Unidos de América, que asumió la hegemonía mundial al final de la guerra, convirtiéndose en transmisor de concepciones prácticas en salud, así como en otras prácticas y temas del orden mundial, según Bravo.

Esta época dorada, que comenzó justo después de la Segunda guerra mundial de 1945, con la economía de mercado tomando formas más civilizadas y humanas, como propone Keynes, al menos en los países centrales, no perduró por mucho tiempo, pues luego el Estado, obligado por las fuerzas del mercado, se retira de esta política con vistas a la contención de gastos; generando, como consecuencias, grandes impactos para los sistemas de protección social y en particular para la salud.

En la década de los años 50, justo en sus inicios, la situación de la salud cambia y las causas de muerte son diferentes; son las degenerativas, como las del corazón, ACV – Accidentes Cardiovasculares y neoplasias malignas, con el peso de esas dolencias aumentando debido a la elevación de la edad media de las poblaciones, la reducción de las tasas de mortalidad por molestias infecciosas y con una reducción de las tasas de fecundidad también.

Como señala Behring (1998), a fines de la década de los 60, la continuidad del éxito de la estrategia keynesiana ha encontrado límites, ya que la búsqueda de superbeneficios, asociada a una revolución tecnológica permanente (y su generalización), la ampliación de la capacidad de resistencia, y también la intensificación del proceso de monopolización del capital, fueron elementos que se sustentaron en el inicio de un nuevo período representativo, planteando que los gastos con el mantenimiento y regulación del mercado pusieron en crisis la política social, porque el costo del seguro social era alto.

Paralelamente, se pueden considerar las investigaciones y descubrimientos de Koch y Pasteur de que los agentes bacteriológicos son los motivos y causas de las enfermedades, llevados a cabo a principios de siglo, y determinarán una nueva forma de ver la salud y sus efectos en la población, ya que los problemas de salud se pueden explicar como de origen único, a través del modelo causal, destacando que la causa de las enfermedades es básicamente individual y la respuesta terapéutica debe enfocarse únicamente en el individuo.

Esta causalidad única de las enfermedades, sin embargo, se vuelve ineficaz para las prácticas médicas, ya que no puede explicar una serie de daños a la salud, según Mendes (1999), habiendo sido complementada y ampliada con una propuesta incorporada al tema ecológico, de donde surge la propuesta de un concepto de causalidad múltiple en el proceso salud-enfermedad, en que los factores biológicos del agente están en relación con los huéspedes en un ambiente determinado.

El propio Mendes (1999) continúa elaborando su tesis, diciendo que el afrontamiento de los problemas obedece a un desajuste lógico previo, explicándose en un corte entre causas y efectos, con fuerte connotación médica, ya sea preventiva o curativa-rehabilitadora.

La salud se entiende o representa como la ausencia de enfermedad, y la organización de los servicios se define médicamente y tiene como objetivo brindar servicios preventivos y curativos-rehabilitadores accesibles, de acuerdo con los elementos ideológicos del flexinerianismo (basado en el informe Flexner, publicado en 1910 por la Fundación Carnegie, donde existe un paradigma coherente con el concepto de salud como ausencia de enfermedad, expresándose a través de un conjunto de elementos que conviven, complementan y potencian entre sí y son: lo biológico, el individualismo, la especialización, la tecnificación y el proceso curativo).

Un poco después, la Organización Mundial de la Salud celebró una asamblea en la que comenzó a concebir un nuevo concepto: la salud es un completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, pasando a la elaboración de un Plan de acción en salud denominado Salud para Todos en el año 2000 (SPT 2000), en el cual los respectivos países miembros tenían como meta, hasta ese año, alcanzar un nivel de salud que permitiera a sus ciudadanos desarrollar una vida social y económicamente productiva.

Según Bravo (1998), los países centrales comenzaron a institucionalizar los servicios de salud, al mismo tiempo que se producía el surgimiento de enfermedades crónicas, con medidas dirigidas al entorno físico y los estilos de vida, que se empezaron a valorar, modificando sustancialmente la práctica médica con la introducción de la industria de la medicina y el equipo médico.

Luego, según Mendes (1999), una extensión de los servicios basada en la tecnología y la especialización, con el incremento en los costos de los actos médicos, con actividades enfocadas más en los hospitales, surgiendo un fuerte proceso de medicalización y, en consecuencia, en un alto costo para las acciones de salud; y como respuesta a estas acciones de este complejo médico-industrial, se sugiere la racionalización administrativa, que incluye la racionalización de gastos y la optimización y maximización de recursos.

En palabras de Barros (2014), la propuesta de racionalización vino con la propuesta de Medicina Integral, Medicina Preventiva, que prácticamente se enfoca en el acto médico, con el objetivo de cambiar prácticas médicas fragmentadas, para mejorar el desempeño de la medicina ante las necesidades sociales y, en consecuencia, la reducción de costos, sin cambiar el contexto sociopolítico de la salud.

Barros (2014) continúa su exposición diciendo que los desarrollos en los años 60 y 70 siguieron, con el movimiento de la Medicina Familiar ("*Family Medicine*"), que en Estados Unidos se estructura a partir del año 1966, con la preparación de documentos para una política federal y estatal para el financiamiento de médicos de familia en cursos de posgrado, financiados por la Asociación Médica Americana y otras entidades, y en Medicina Comunitaria, también con origen en los Estados Unidos, como propuesta para el desarrollo de Programas de Desarrollo Comunitario, definido como un proceso a través del cual los esfuerzos de la ciudadanía se unen a los esfuerzos de las autoridades gubernamentales, con el fin de mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la comunidad en la vida nacional y el empoderamiento para contribuir plenamente al progreso del país.

En la concepción de Bravo (2014), esta propuesta tuvo más repercusiones en los países pobres debido a la política exterior de Estados Unidos, que creó y financió, ante el redimensionamiento de la dominación en las relaciones exteriores, un programa de asistencia técnica a países pobres de América Latina: “Alianza para el Progreso”.

El propósito de este programa era promover el control social y evitar que el comunismo se afianzara en estos países, proponiendo atacar el subdesarrollo con una pluralidad de proyectos económicos y sociales que contarán con la participación de trabajadores sociales, médicos y otros profesionales, con el objetivo implícito de aliviar las contradicciones de las sociedades capitalistas periféricas y eliminar las amenazas a una posible inestabilidad de Estados Unidos de América como centro hegemónico.

En su intervención, Bravo (2014) también pondera que la Medicina Comunitaria se presenta como una nueva forma de “hacer salud”, junto a la forma que predominaba en ese momento, la medicalización; Sin embargo, lo que se reveló como una alternativa tiene un carácter contradictorio, ya que sirvió como instrumento para la reproducción de la fuerza de trabajo, favoreciendo la acumulación capitalista y permitiendo dislocar el problema de la salud de la instancia estructural al ámbito individual (como responsable de los problemas de salud y atraso cultural, la falta de recursos y la falta de higiene), a pesar de la importante intervención social en los grupos marginados.

Según Paim (1986), es necesario hablar de este movimiento internacional, a partir de la publicación del Informe de formación clínica para la práctica familiar - *Training of the physician for family practice*”, que ha generado las propuestas: Medicina comunitaria y Medicina familiar, que se interpretó “como un movimiento ideológico más orientado a dar respuesta a impasses y cuestionamientos sobre el modelo dominante de atención médica, especialmente en lo que respecta a los altos costos, la sofisticación tecnológica y la sobre especialización de la atención”.

En los orígenes de este movimiento, parece que se ocultó la lógica capitalista que guía el complejo médico-industrial, se ocultó la ideología dominante que fragmenta el conocimiento médico y se oscurecieron los determinantes de la producción de enfermedades.

En respuesta a esta crisis, varios países comenzaron a implementar profundas reformas en sus sistemas de salud, y con una nueva agenda de servicios de salud se intentó reformular

la de los años ochenta, centrada en un cambio de paradigma y en la intervención estatal en el campo social.

Según los autores Carvalho y Cordani (2001), en el campo de la salud, en relación a la atención médica, esta retórica ideológica estimuló la formulación de un diagnóstico sectorial común a todos los países que apuntaba a la necesidad de ciertos cambios, difundidos, generalizados y estimulados por organizaciones internacionales, como el Banco Mundial, con E.E. U.U. como agente controlador en dirección de la formulación de esta nueva agenda de salud posterior al “*welfare*”.

La reforma se basó en el paradigma de la economía de la salud preconizado por el BM - Banco Mundial- y el FMI - Fondo Monetario Internacional-, constituyendo una liberación creciente del sector público con atención a la salud de la población en procedimientos selectivos de inclusión, en ajustes entre el sector público / privado, en el foco de la acción pública en los sectores de riesgo social, a través de paquetes básicos, en subsidios y atención de bajo costo y alto impacto.

Breith y Granado (1986) escribieron que se trazaría un nuevo paradigma con la intención de revertir este marco, considerando la enfermedad-salud como su determinación histórica y social; en el que el proceso salud-enfermedad es un proceso social caracterizado por las relaciones de los hombres con la naturaleza (espacio, medio ambiente, territorio) y con otros hombres (a través del trabajo y las relaciones sociales, políticas y culturales) en un espacio geográfico y un tiempo histórico específicos.

Los autores, continúan, diciendo que la salud y la enfermedad no son estados aislados y separados, de causa aleatoria, la salud no es por casualidad, no es un proceso con determinación permanente, sino un proceso causal en el que se identifica con la forma de organizar la sociedad y, por tanto, una cuestión a ser pensada y trabajada por la sociedad en su conjunto.

Por otro lado, la forma de pensar la salud colectiva se lleva a cabo con miras a salvaguardar los intereses económicos, ya que los trabajadores sanos tienen mejores condiciones de productividad y, en consecuencia, mayores ganancias.

3. La Atención Primaria a la Salud (APS)

En la constitución nacional de Brasil, aprobada en 1988, en el artículo 196, dice que:

“La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedades y otras lesiones de riesgo y brindar acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.

En la ley 8080, del año 1990, modificada por la ley 12.864, del 24 de septiembre de 2013, en su artículo tercero también dice textualmente que:

“Los niveles de salud expresan la organización social y económica del país, teniendo como determinantes y condiciones, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, los ingresos, la educación, la actividad física, el transporte, el esparcimiento y el acceso a bienes de primera necesidad y servicios esenciales”.

Estas disposiciones legales están de acuerdo con los principios emanados y acordados en 1978, en la ciudad de Alma-Ata, (ex URSS) hoy capital del Kazajstán, a través de la Conferencia Internacional sobre Cuidados Fundamentales para la Salud que fue copatrocinada y organizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS y UNICEF, en la cual la Atención Primaria a la Salud se definió como:

“Atención de salud esencial basada en tecnología y métodos prácticos, científicamente probados y socialmente aceptables, universalmente accesibles a las personas y familias de la comunidad por medios aceptables y a un costo que tanto la comunidad como el país pueden soportar en cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Es una parte integral del sistema de salud del país, del cual es la función central, siendo el foco principal del desarrollo social y económico global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención de la salud lo más cercana posible del lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento de un proceso de atención continua de la salud.”

Atención Primaria en Salud - APS es reconocida como un componente clave de los sistemas de salud, siendo una estrategia que, en Brasil, recibió el nombre de Atención Básica, dentro de la filosofía de lo definido en Alma Ata, a través de un sistema de carácter universal y salud integrada de atención de salud, cuyos principios generales fueran establecidos por la Ordenanza GM / MS 2.488, del 21 de octubre de 2011, con el propósito de contrastar lo que entienden muchos países desarrollados y por organismos internacionales de desarrollo, como

el Banco Mundial, por ejemplo, como el servicio a través de acciones de baja complejidad, dirigidas a poblaciones de bajos ingresos, con el fin de minimizar la exclusión social y económica derivada de la expansión del capitalismo.

Esta Atención Básica, que pasó a ser la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) es el resultado de la experiencia acumulada por el conjunto de actores históricamente involucrados en el desarrollo y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), como los movimientos sociales, los usuarios, trabajadores y gerentes de las tres esferas de gobierno.

Esta Atención Básica se caracterizó por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que engloba la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantenimiento de la salud, con el objetivo de desarrollar una atención básica integral que impacte en la situación de salud y autonomía de las personas y en los determinantes y condiciones de salud de las comunidades (PNAB).

La explicación más amplia de esta forma de actuar es la Atención Primaria como estrategia, que se difundió en las Jornadas de Alma Ata, es que el enfoque de la salud de la familia se vuelve fundamental para los sistemas y servicios de salud basados en la Atención Primaria, convirtiéndose la familia en un factor significativo en la planificación y desarrollo de intervenciones terapéuticas, preventivas y de promoción de la salud.

Así, de acuerdo con el CONASS (2004), la atención básica a la salud debe considerar al sujeto en su singularidad, complejidad, integralidad e inserción socio cultural, y buscar la promoción de su salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades y la reducción de daños o sufrimientos que puedan comprometer su autonomía y sus posibilidades de vivir de modo saludable, con base y lineamientos según la Política Nacional de Atención Básica:

I - tener una responsabilidad territorial y sanitaria adjunta sobre el mismo, a fin de permitir la planificación, la programación descentralizada y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales con impacto sobre la situación, sobre las condiciones y determinantes de la salud de las comunidades que constituyen ese territorio, siempre en línea con los principios de equidad;

II - Permitir el acceso universal y continuo a servicios de salud de calidad y resolutivos, caracterizados por ser la puerta de entrada abierta y preferencial a la red de atención, acogiendo a los usuarios y promoviendo la vinculación y

corresponsabilidad para la satisfacción de sus necesidades de salud. El establecimiento de mecanismos que aseguren la accesibilidad y la recepción presupone una lógica de organización y funcionamiento del servicio de salud que parte del principio de que la unidad de salud debe recibir y escuchar a todas las personas que buscan sus servicios, de manera universal y sin diferenciaciones excluyentes. El servicio de salud debe organizarse para cumplir su función central, escuchar y ofrecer una respuesta positiva, capaz de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de la población y / o atenuar el daño y sufrimiento de la misma, incluyendo ser responsable de la respuesta, incluso si se ofrece en otros puntos de atención de la red. La proximidad y capacidad de acogida, vinculación, grado de responsabilidad y resolución son fundamentales para el desempeño de los cuidados básicos como puerta de contacto y entrada preferencial a la red asistencial;

III - Vincular a los usuarios y desarrollar relaciones de pertenencia y responsabilidad entre los equipos y la población adscrita, garantizando la continuidad de las acciones de salud y la prosecución de la atención. La asignación de usuarios es un proceso de vinculación de personas y /o familias y grupos a profesionales/equipos, con el objetivo de ser una referencia para su cuidado. El vínculo, a su vez, consiste en construir relaciones de afecto y confianza entre los usuarios y el trabajador de la salud, permitiendo profundizar el proceso de corresponsabilidad en salud, construido en el tiempo, mucho más allá de tener, en sí mismo, un potencial terapéutico. El cuidado continuado presupone la prosecución de la relación clínica, con la construcción de vínculo y responsabilidad entre profesionales y usuarios a largo plazo y de forma permanente, acompañando los efectos de las intervenciones en la salud y otros elementos en la vida de los usuarios, ajustando comportamientos cuando sea necesario, evitando la pérdida de referencia y reduciendo los riesgos de iatrogenias por desconocimiento de las historias de vida y la coordinación de los cuidados;

IV - Hacer efectiva la integralidad en varios aspectos, a saber: integración de acciones programáticas y demanda espontánea; articulación de acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia, tratamiento, rehabilitación y gestión de la salud en sus diversas tecnologías de atención y

gestión necesarias para estos fines y la ampliación de la autonomía de usuarios y colectivos; trabajar de forma multidisciplinar, interdisciplinar y en equipo, realizando la gestión de la atención integral al usuario y coordinándola dentro de la red de atención. La presencia de diferentes antecedentes profesionales, así como un alto grado de articulación entre los profesionales, es fundamental, para que las acciones no solo sean compartidas, pero también tengan un proceso interdisciplinario en el que los núcleos de competencias profesionales específicas enriquezcan progresivamente el campo común de competencias, ampliando así la capacidad asistencial de todo el equipo. Esta organización presupone el desarrollo, basado en un proceso de trabajo centrado en procedimientos profesionales, de un proceso centrado en el usuario, donde el cuidado del usuario es el imperativo ético-político que organiza la intervención tecno-científica; y

V - Fomentar la participación de los usuarios como vía para incrementar su autonomía en la construcción del cuidado de su salud y de las personas y comunidades del territorio, en el enfrentamiento de los determinantes y condiciones de salud, en la organización de los servicios de salud desde lógicas más centradas en el usuario y el ejercicio del control social.

La Política Nacional de Atención Básica considera los términos “Atención Básica” y “Atención Primaria a la Salud”, en conceptos actuales, como términos equivalentes, asociando ambos: los principios y lineamientos definidos en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB).

La misma ordenanza define la organización de Redes de Atención a la Salud (RAS) como una estrategia de atención integral y dirigida a las necesidades de salud de la población, constituyéndose en convenios organizativos formados por acciones y servicios de salud con distintas configuraciones tecnológicas y misiones asistenciales, articuladas de manera complementaria y con base territorial, y con varios atributos, entre los que se destaca: la atención básica estructurada como primer punto de atención y puerta de entrada principal del sistema, constituida por un equipo multidisciplinario que cubre toda la población, integrando, coordinando la atención y satisfaciendo sus necesidades de salud.

Starfield (2002) demostró las diferencias esenciales entre la APS y la Atención Médica convencional, en el sentido de que la primera revierte la priorización de las acciones de salud,

desde un enfoque curativo, sin integración y centrado en el rol hegemónico del médico, por un enfoque preventivo y promocional, integrado con otros niveles de atención y construido de manera colectiva con otros profesionales de la salud.

Esta Política Nacional de Atención Básica (PNAB) tuvo en el SUS - Sistema Único de Salud su estrategia prioritaria para la expansión y consolidación de la atención básica.

4. El Sistema Único de Salud – SUS

Se considera como un mérito de la constitución de 1988 el hecho de hacer de la asistencia a la salud de toda población obligatoria y gratuita, además de reconocer la salud como un derecho a ser asegurado por el Estado, garantizando y fortaleciendo la creación del SUS - Sistema Único de Salud, basado en los principios de universalidad, equidad, integralidad, organizándose de manera descentralizada, jerárquica y con participación comunitaria.

Según Santos (2008), citando a Mendes, en el contexto vivido se hace indispensable un cambio paradigmático que permita evolucionar el paradigma flexineriano, moldeado por el concepto de salud en su negatividad - ausencia de enfermedades, para el paradigma de producción social de la enfermedad, idealizado a través del concepto de salud en su positividad.

Continúa diciendo, en relación a este nuevo paradigma organizativo, que sería estratégico y descentralizado, debiendo su evolución ocurrir de acuerdo a los siguientes movimientos:

- de la desconcentración a la descentralización;
- de la decisión institucional a la decisión colegiada basada en la gestión de conflictos y la construcción de consensos;
- de planificación normativa a planificación estratégica;
- del control y evaluación de procesos al control de resultados y la calidad de la atención;
- del control burocrático al control social;
- de la estructura rígida a la estructura adaptativa;

- de la rigidez de los modelos de gestión a una gestión participativa con autonomía y cogestión;
- del modelo dual de atención médica y programas de salud pública a una organización orientada a la problemática y organizada territorialmente;
- desde el aislamiento institucional hacia las alianzas con diferentes actores gubernamentales;
- desde la focalización intestinal a la focalización en el ciudadano-cliente que se convierte en sujeto de la institución.

De la misma manera que existe una preocupación por la salud, la inquietud por el tema "Familia" viene ocurriendo desde la década de 1960, con discusión en todos los países sobre posibles soluciones al problema de salud vinculado a la familia, recurriendo a la formación específica de médicos para su atención exclusiva, a través de especializaciones en el médico de familia, lo que se convierte en un problema por la súper-especialización, que encarece las operaciones del médico y deteriora la relación médico-paciente, según la OMC - Organización Mundial de la Salud.

CAPÍTULO II

La Familia como principal Centro de Atención de la Salud

1. El concepto de Familia

La familia es el eje central de la sociedad y el lugar en el que el individuo se inserta más íntimamente, implantándose en ella desde el nacimiento a través de lazos sanguíneos o emocionales, y es justo decir que es a través de ella que se adquiere la personalidad y el carácter, según Locks (2012); y no solo esto, ya que es una institución anterior a la ley y al Estado, así como un elemento esencial y básico en la formación del individuo.

A lo largo de la historia la institución de la familia siempre ha estado en continuos cambios, como se puede ver que en la época romana se organizaba bajo la autoridad del hombre, el padre, que tenía el poder de vida y muerte sobre sus hijos, así como venderlos e incluso castigarlos con penas corporales; de igual manera esto se produjo en relación a la mujer, ya que ella no tenía los mismos derechos que los hombres, y estaba sumisa a la

autoridad del padre y, en consecuencia, del esposo, ya que ella servía para las tareas de la casa y la creación niños/ educación de los hijos, de acuerdo con las leyes y determinaciones del padre.

En esta perspectiva, el jefe de familia ejercía su autoridad sobre sus hijos, su esposa y también sus esclavos, sus negocios, sus tierras, es decir, su “feudo”, ya que la institución familiar funcionaba como una unidad económica, religiosa, política y jurisdiccional, según Santana (2015).

Santana (2015) continúa diciendo que en la Edad Media la familia se regía exclusivamente por la regla canónica, que regulaba la relación entre los hombres e incluso los mismos con el Estado, aunque se conocía el matrimonio religioso, y sin embargo la influencia de las normas romanas se ejercía en las relaciones patrimoniales entre los cónyuges en lo que se refiere al poder patrio.

Hoy, sin embargo, a pesar de los diversos cambios que se han producido a lo largo de la vida de la humanidad, en esta institución se han producido nuevas modificaciones que la han hecho reestructurarse en sus diversos aspectos y preceptos básicos que acompañan a este desarrollo, como se ve en la época moderna.

La constitución brasileña de 1988, conocida como constitución de ciudadanía, reconoce a la familia y la define en su artículo 226, cuando dice “La familia, base de la sociedad, tiene especial protección del Estado (...) § 8º El Estado asegurará la asistencia a la familia en la persona de cada uno de los que la integran, creando mecanismos para cohibir la violencia en el contexto de sus relaciones”.

De esta manera, el tema de la salud de la familia también está involucrado con la asistencia brindada por el Estado en su carta.

Por otro lado, la teoría general de sistemas, introducida por Von Bertalanffy en 1936, en palabras de Whight y Leahey (2002), ha sido utilizada por profesionales de la salud para conocer y comprender qué es la familia, toda vez que la familia funciona como un sistema abierto con fronteras, mecanismos de autorregulación, que interactúan con sistemas y subcomponentes más amplios.

Los autores definen los principales puntos de la teoría aplicable a la salud:

Un sistema familiar es parte de un supra sistema más grande y, a su vez, está compuesto por muchos subsistemas.

La familia, en su conjunto, es más grande que la suma de sus partes.

El cambio de un miembro de la familia afecta a todos los miembros de la familia.

La familia es capaz de crear un equilibrio entre cambio y estabilidad.

Los componentes, los miembros de la familia, se entienden mejor desde un punto de vista de causalidad circular en lugar del lineal.

Según Minuchin y Fishman, citado por Silva (2010), la interacción entre cada subsistema produce tareas, problemas y también puede constituir sistemas de apoyo para la familia, que puede verse como un sistema vivo, en el que períodos de desequilibrio se alternan con períodos de homeostasis.

En un estudio que comparó varias publicaciones del Ministerio de Salud con respecto a la familia, Silva (2010) no encontró una definición clara, ningún concepto de familia y las acciones que involucran a las familias son de orientación y vigilancia de la salud, sin acciones concretas para atender las necesidades de la misma como sistema o unidad de cuidado.

Silva (2010) agrega que la familia, de esta manera, es considerada un sistema complejo, formado por subsistemas como el sistema parental y el subsistema fraternal, además de ser un subsistema de supra sistemas como la comunidad y la sociedad como un todo.

De esta manera, la atención de la salud de la familia también se involucra en la asistencia que brinda el Estado en su Constitución.

2. La Salud de la Familia

Los profesionales de la salud han reconocido, durante siglos, la importancia de la familia en el proceso de atención de la salud, según Silva (2010), citando a Burns, porque la atención de la salud siempre perteneció al espacio de la familia y el domicilio, ya que antes de

la institucionalización de la salud, el cuidado de la salud se configuró como el “locus” de las prácticas de salud.

En la era industrial, la atención de la salud familiar se trasladó a las instituciones hospitalarias, con el objetivo de producir tratamientos a gran escala, para no faltar mano de obra para las industrias y sus procesos de producción también a gran escala, quedando a los médicos y enfermeras producir también servicios a gran escala, haciendo que las prácticas de atención de la salud familiar, junto con la atención en domicilio del paciente, se realicen a muy pequeña escala.

En opinión de Silva (2010), fue recién a fines de la década de 1970 y principios de la de 1980 que los profesionales de la salud comenzaron a desarrollar una atención sistemática a la familia, buscando la creación de prácticas que atiendan a la salud de la familia.

Silva (2010) plantea que la salud familiar también puede entenderse como un estado holístico, que se refiere al completo proceso de resolución y negociación de los eventos y crisis familiares cotidianos y la provisión de calidad de vida para sus integrantes, en un proceso que incluye los procesos biológicos, físicos, psicosociales, espirituales, culturales e interpersonales de la familia, además de las habilidades en la negociación y resolución de problemas, ambientes saludables, ocio, sexualidad y el establecimiento de rutinas saludables, por lo tanto, más que la ausencia de enfermedad entre los miembros de la familia o la ausencia de disfunción en la dinámica familiar.

Creada originalmente en los Estados Unidos de América, la especialización de médico de familia tuvo sus ideas extendidas a otros países como Canadá, México y algunos otros países de Europa, en la cual el médico se encargaba de toda la familia, como sucedía anteriormente en el pasado, cuando los hogares disponían de recursos económicos para hacer frente a los costes de dicha atención.

Según Paim (1986), este movimiento médico familiar surgió para combatir los desajustes de las prácticas médicas, a través de la reorientación de la formación profesional del médico sin, indudablemente, avanzar en la discusión sobre la reorganización de las instituciones de salud en su conjunto.

El sector salud, a juicio de Silva (2010), tiene hoy que dar respuesta a una pluralidad de necesidades, desde las demandas de intervenciones tecnológicas de alta complejidad hasta la actuación de los espacios donde las personas viven en su vida diaria, con el fin de brindar

una vida sana, porque solo la intervención y recuperación del cuerpo biológico no responde plenamente a las necesidades de salud, ya que se extienden a todos los aspectos de la vida humana, considerados en su totalidad, sus relaciones sociales, trabajos y proyectos futuros.

En el programa de salud de la familia, las funciones de todos los profesionales de la salud se describen como:

- conocer la realidad de las familias de las que son responsables, con énfasis en sus características sociales, económicas, culturales, demográficas y epidemiológicas;
- identificar los problemas de salud y situaciones de riesgo más comunes a las que está expuesta dicha población;
- desarrollar, con la participación de la comunidad, un plan local para enfrentar los problemas de salud y los factores que ponen en riesgo la salud;
- ejecutar, de acuerdo con la calificación de cada profesional, los procedimientos de vigilancia de la salud y vigilancia epidemiológica, en las diferentes etapas del ciclo de vida;
- valorar la relación con el usuario y la familia, con el fin de generar un vínculo de confianza, afecto y respeto;
- realizar visitas domiciliarias de acuerdo con la planificación;
- resolución de problemas de salud en el nivel de atención primaria;
- garantizar el acceso a la continuidad del tratamiento dentro de un sistema de derivación y contra referencia para casos de mayor complejidad o que requieran hospitalización;
- brindar asistencia integral a la población inscrita, respondiendo a la demanda de manera continua y racionalizada;
- coordinar, participar y/u organizar grupos de educación sanitaria;

- promover acciones intersectoriales y alianzas con organizaciones formales e informales existentes en la comunidad para enfrentar de manera conjunta los problemas identificados;
- fomentar la participación popular, discutiendo con la comunidad los conceptos de ciudadanía, el derecho a la salud y sus bases legales;
- fomentar la formación y/o participación activa de la comunidad en los Consejos Locales de Salud y el Consejo Municipal de Salud;
- asistir en la implantación de la Tarjeta Nacional Sanitaria.

Deberes específicos del médico;

I - realizar consultas clínicas a los usuarios en su área asignada;

II - realizar acciones de atención integral en todas las etapas del ciclo de vida: niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos;

III - realizar consultas y trámites en la USF y, cuando sea necesario, a domicilio;

IV - realizar las actividades clínicas correspondientes a las áreas prioritarias en la intervención en Atención Primaria, definidas en la Norma Operativa de Atención a la Salud - NOAS 2001;

V - combinar la práctica clínica con la práctica de salud colectiva;

VI - fomentar la creación de grupos de patologías específicas, como hipertensos, diabéticos, salud mental etc.;

VII - prestar atención médica inmediata en urgencias y emergencias;

VIII - remitir a servicios de mayor complejidad, cuando sea necesario, asegurando la continuidad del tratamiento en la USF, mediante un sistema de seguimiento y derivación y contra referencia;

IX - realizar cirugías ambulatorias menores;

X - indicar hospitalización;

XI - solicitar exámenes adicionales;

XII - comprobar y certificar la muerte”. (MS, 2002b, p. 75-76)

Para definir el perfil profesional adecuado de los médicos de la PSF es necesario, en primer lugar, verificar cuáles son sus funciones que, según la Guía práctica de la PSF (MS, 2002b), son las vistas más arriba como deberes del médico y, a partir de ahí, el médico de la PSF debe brindar una atención integral a las personas de diferentes grupos de edad, además de incorporar aspectos emocionales, familiares, sociales y preventivos en la atención, siendo el responsable del seguimiento del paciente. Pero más allá de las acciones asistenciales, se deben realizar otras acciones educativas, colectivas y comunitarias, junto con otros profesionales de la ESF, así como también debe participar en la planificación y organización del proceso de trabajo del equipo (Capozzolo, 2002).

Dentro de esta nueva óptica, como complementan Rocha y Almeida (2000), se ha perfilado un nuevo modelo asistencial con el foco de atención en la familia, considerando el medio ambiente, el estilo de vida y la promoción de la salud como sus fundamentos básicos.

3. Programa Salud de la Familia – PSF

Inicialmente, para hacer operativo la opción de Atención Básica, el Ministerio de Salud implementó el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), en 1991, y a posteriori el Programa de Salud de la Familia (PSF), en 1994, quienes proponen trabajar con base en los principios de integralidad, territorialización, equipos multidisciplinarios y registro de clientes, según Castro y Machado (2010), Viana y Dal Poz (1998).

El Programa Salud de la Familia – PSF, según el Ministerio de Salud, buscó priorizar las acciones de protección y promoción de la salud, con la atención brindada por un equipo multidisciplinario conformado por un médico, enfermero, auxiliar de enfermería y trabajadores comunitarios de salud, que son llevados, como equipo, a conocer la realidad de las familias de las que son responsables, mediante el registro e identificación de sus características, volviéndose más sensibles a sus necesidades; se recomienda que un equipo se haga responsable de un máximo de 4.500 personas, para que estos profesionales y la población monitoreada creen vínculos que faciliten la identificación y atención de los problemas de salud en la comunidad con mayor facilidad.

Las principales atribuciones de los Equipos de Salud de la Familia – ESF en este programa se definen como:

Conocer las realidades de las familias de las que son responsables, con énfasis en sus características sociales, demográficas y epidemiológicas;

Identificar los problemas de salud prevalentes y las situaciones de riesgo a las que está expuesta su población;

Desarrollar, con la participación de la comunidad, un plan para enfrentar los determinantes del proceso salud-enfermedad;

Brindar atención integral, respondiendo de manera continua y racional a la demanda espontánea u organizada, con énfasis en las acciones de promoción de la salud;

Resolver, mediante el uso adecuado del sistema de referencia y contra referencia, los principales problemas detectados;

Desarrollar procesos educativos para la salud, orientados a mejorar el autocuidado de las personas y promover acciones intersectoriales para abordar los problemas identificados.

Silva (2010), luego de analizar su trabajo de investigación, revela que los documentos del Ministerio de Salud refuerzan la necesidad de crear vínculos entre equipos de profesionales de la salud y las familias y comunidades, buscando establecer todavía más relaciones humanas, al proponer estrategias de acción dirigidas a colectivos específicos como mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, hipertensos y diabéticos.

En los mismos análisis de Silva (2010), se puede observar que en las introducciones a la formación inicial (temas del manual de capacitación), el documento recomienda que se discuta con los participantes las funciones de consejo, familia y las funciones familiares, pero no presenta estos conceptos y funciones, de la misma manera que se reconoce la influencia de la familia en el proceso de salud-enfermedad, pero no se describe esta influencia.

Según el Ministerio de la Salud, el PSF elige como punto central el establecimiento de estrategias y la creación de vínculos de compromiso y corresponsabilidad entre los profesionales de la salud y la población.

Machado, Lima y Viana (2008) corroboran esta idea al afirmar que la unidad de salud de la familia debe ser una puerta de entrada al primer nivel de atención, además de permanecer integrada en la red de servicios más compleja, considerando que la adopción de una ESF como elemento rector de la Atención Básica contribuyó a su expansión, a pesar de no haber logrado evitar la discrepancia entre el concepto de Atención Básica en el diseño / proyecto de la política nacional y su expresión en la realidad local.

Se desarrolla a través del ejercicio de prácticas de cuidado y gestión democráticas y participativas, en forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones en territorios definidos, para lo cual asumen la responsabilidad en salud, considerando las dinámicas existentes en el territorio en el que viven estas poblaciones.

Utiliza tecnologías de atenciones complejas y variadas que deben ayudar a gestionar las demandas y necesidades más frecuentes y relevantes para la salud en su territorio, observando criterios de riesgo, vulnerabilidad, elasticidad y el imperativo ético de que toda demanda, necesidad de salud tiene cara como sufrimiento y debe ser acogida.

Se presenta como el grado más alto de descentralización y capilaridad, cercano a la vida de las personas, y debe ser el contacto preferido de los usuarios, la principal puerta de enlace y centro de comunicación de la Red de Salud y guiado por los principios de universalidad, del vínculo, continuidad de atención, atención integral, forma de rendición de cuentas, humanización, equidad y participación social.

Giovanella et. al. (2007), señalan que el Programa Salud de la Familia (PSF) se presentó como una propuesta para cambiar el modelo de atención y adquirió centralidad en la agenda de gobierno, pasando de un programa de salud de la familia a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en 2006, y asumiendo la condición de política de atención básica.

Sin embargo, ante el desafío de la salud pública en la contemporaneidad, que consiste en proponer medidas intervencionistas de fácil acceso cultural y compatible con el contexto de la población objetivo, el Ministerio de la Salud (MS) presentó como propuesta viable la reestructuración de esta Atención Básica (AB) o Atención Primaria en Salud (APS), a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

En resumen, el enfoque de Salud de la Familia considera que los riesgos en la salud y la aparición de enfermedades, así como el logro del bienestar tienen uno de los factores

determinantes en el aspecto familiar, entendido en términos de sus concepciones estructurales y dinámicas.

Países como Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Inglaterra, entre otros, han adoptado sistemas y servicios de salud, con foco en la Salud de la Familia, que fueran implementándose en diferentes momentos, según las particularidades y oportunidades en cada país.

4. La Estrategia Salud de la Familia – ESF

Así, según Souza (2002), para dar seguimiento a esta nueva propuesta, la unidad de salud de la familia fue considerada una estrategia estructuradora de los sistemas municipales de salud, con la misión de imprimir una nueva dinámica en la organización de los servicios y acciones de salud.

La Estrategia Salud de la Familia - ESF es una de las propuestas del Ministerio de Salud de Brasil para la reorganización de la Atención Primaria, y podría considerarse una alternativa de acción para lograr los objetivos de universalización, equidad e integralidad propuestos por el SUS.

La ESF como elemento estructurador del Sistema Único de Salud (SUS), tiene como objetivo superar los importantes desafíos relacionados con el contenido de las políticas públicas, garantizando el acceso universal, igualitario, integral y equitativo, mediante el uso adecuado de los recursos, mayor eficiencia y mejor gestión de servicios.

La calificación de la Estrategia Salud de la Familia y otras estrategias de organización de la atención básica busca seguir los lineamientos de la atención básica y del SUS, configurando un proceso progresivo y único que considera e incluye las especificidades regionales locales.

En resumen, el enfoque de Salud de la Familia considera que los riesgos para la salud y la aparición de enfermedades, así como la consecución del bienestar tienen como uno de sus factores determinantes el aspecto familiar, entendido en sus concepciones estructurales y dinámicas.

Según el Ministerio de Salud de Brasil, con el apoyo de los gerentes de los consejos de salud estatales (Conass - Consejo Nacional de Secretarios de Salud del Estado) y municipales

(Conasems - Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud), la Estrategia de Salud de la Familia, siguiendo los principios del Sistema Único de Salud, es la estrategia de expansión, calificación y consolidación de la atención básica, ya que favorece una reorientación del proceso de trabajo con mayor potencial para profundizar los principios, lineamientos y fundamentos de la atención básica, para ampliar la capacidad de resolución e impacto sobre la situación de salud de las personas y las comunidades, además de brindar una importante relación costo-efectividad.

El ESF, antes llamado Programa Salud de la Familia – PSF surgió en 1994 y se consolidó como la estrategia organizativa de la Atención Primaria de Salud – APS, proponiendo cambios de modelo y contribuyendo a la mejora efectiva de las acciones de vida comunitaria.

La funcionalidad de la Estrategia de Salud de la Familia – ESF se basa en cuatro atributos centrales que son exclusivos de la Atención Primaria de Salud – APS (la atención primaria aborda los problemas más comunes en la comunidad, ofreciendo servicios de prevención, curación y rehabilitación para maximizar la salud y el bienestar, organizando y racionalizando el uso de todos los recursos, tanto básicos como especializados, destinados a promover, mantener y mejorar la salud):

- acceso y primer contacto, considerando que la APS es la puerta de entrada al SUS;
- integralidad, en el sentido de que hay continuidad del cuidado;
- coordinación, con el fin de satisfacer las necesidades, brindar los tratamientos necesarios, evitar la duplicación de acciones y la medicalización excesiva; y
- continuidad, que garantiza la existencia de una fuente de atención regular y su uso en el tiempo, independientemente de la presencia de problemas específicos relacionados con la salud o del tipo de problema;

y otros tres atributos derivados de esta funcionalidad, que son:

- orientación familiar;
- competencia cultural; y
- orientación comunitaria,

reconocidos como elementos estructurales del proceso asistencial.

En este sentido, los profesionales que integran el equipo de salud de la familia se enfrentan a diversas situaciones, entre ellas:

- crear un vínculo de corresponsabilidad con la población monitoreada, además de brindar cuidados de carácter asistencial;
- adaptarse a los estándares técnicos y organizativos establecidos;
- vivir con una sobrecarga de actividades funcionales;
- vivir con enfermedades y muertes evitables;
- responder a los deseos de la familia, los usuarios y la institución;

por lo tanto, en condiciones desfavorables a estos temas, conviviendo con la escasez de material, medios humanos, medicinas, análisis de laboratorio y consultas especializadas, necesarias para una adecuada asistencia.

Oliveira y Borges (2008) y Pavoni y Medeiros (2009), afirman que desde su creación la Estructura de Salud de la Familia (ESF) se propuso establecer vínculos y corresponsabilidades entre los profesionales y la población mediante el desarrollo de acciones de promoción y prevención, guiados por los principios de territorialización, participación social y seguimiento de las acciones programáticas, con foco en la unidad familiar y no solo en el individuo.

En esta situación, la atención del Equipo de Salud de Familia - ESF involucra aspectos éticos y morales en la comprensión de la relación profesional, el usuario, sus familiares, otros miembros del equipo de salud, en un proceso de elección y toma de decisiones basadas en valores, creencias y saberes que pueden constituirse en situaciones desafiantes, generando conflictos y dilemas, por las implicaciones éticas para la comunidad asistida, los profesionales del equipo, para ellos y para la propia sociedad.

La incuestionable expansión del acceso de la población brasileña a la APS se produjo simultáneamente con un proceso continuo de adaptación y perfeccionamiento de la propia ESF.

La perspectiva innovadora y la complejidad intrínseca del ESF imponen un gran desafío de cara a su funcionamiento efectivo, especialmente ante la necesidad de comprometer los recursos financieros públicos, la ampliación de la red de infraestructura física de la atención de la salud, el realineamiento de filosofías asistenciales, formación para gestores de educación permanente, profesionales de la salud y autoeducación e información para el usuario. (Andrade, Barreto y Bezerra, 2006).

La implantación de la ESF ocurre, por lo tanto, con el propósito de producir una situación orientada a cambiar los modelos de atención y gestión predominantes, sugiriendo nuevas configuraciones en el proceso de trabajo de los equipos y en la relación con los usuarios.

Esta perspectiva convierte a la familia en el centro de atención, pues la familia pasa a ser percibida desde el entorno en el que vive, un espacio en el que se construyen relaciones dentro y fuera de los hogares y donde se procesa la búsqueda de mejores condiciones de vida. Trabajar en este espacio tiene implicaciones, ya que es necesario traspasar los muros de las unidades de salud e ingresar al ámbito privado, donde las personas viven, interactúan y trabajan.

El municipio de Contagem se encuentra en un proceso de reorganización de Atención Básica, principal puerta de entrada y centro de comunicación de la Red de Atención a la Salud (RAS), y en este proceso la red de SUS se está adaptando al PNAB (Plan Nacional de Atención Básica) 2017 y buscando profundizar la salud como derecho de ciudadanía.

Con esto, el modelo tradicional, concebido en la década de 1970, que tiene algunos especialistas distribuidos de manera fragmentada y no integrados en las unidades de salud, está siendo reemplazado paulatinamente por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF).

El nuevo modelo trabaja desde una agenda compartida y organizada en red, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud, PNAB / 2017, que establece, en su artículo 2, que “La Atención Básica es el conjunto de acciones de salud individual, familiares y colectivos que involucran promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos y vigilancia de la salud, desarrollados a través de prácticas de atención integral y gestión calificada, realizadas con un equipo multidisciplinario y dirigidas a la población en territorio definido, sobre cuya base los equipos asumen la responsabilidad sanitaria. La Atención Básica se ofrecerá de forma integral y gratuita a todas

las personas, de acuerdo con sus necesidades y demandas del territorio, considerándolas determinantes y condiciones de salud”.

Uno de los objetivos de la directiva gubernamental es superar entendimientos simplistas sobre el proceso de salud-enfermedad y la dicotomía entre atención y promoción de la salud, ya que las mejores condiciones de salud de la población tienen múltiples características y condicionantes, y la intención de la directiva es abordar esta multiplicidad en el contexto alcance de la Atención Básica.

Además, la nueva legislación prohíbe cualquier exclusión basada en edad, género, raza/ color de piel, etnia, creencias, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, estado de salud, nivel socioeconómico, educación, limitaciones físicas, intelectuales, funcionales y otras, adoptando estrategias que permitan minimizar las desigualdades / injusticias, con el fin de evitar la exclusión social de colectivos que puedan sufrir estigmatización o discriminación, de forma que repercuta en la autonomía y en la situación de salud.

CAPITULO III

¿Qué es el Trabajo?

1. El Trabajo

Al hacer un relevamiento histórico del trabajo, queda claro que la idea de que es un requisito indispensable para la vida humana parte de la civilización judeocristiana, a la que se imputa al hombre, por su desobediencia y haber comido del árbol que Jehová-Dios le había prohibido, según Génesis 3:17 y 3:18, de la Santa Biblia:

“porque escuchaste la voz de tu esposa y comido del árbol a respecto de la cual a ti ha ordenado, que le dice: ‘no debes comer de ella’. Maldita es la tierra por tu culpa y con dolor comerás de sus productos todos los días de tu vida. Y ‘el hará brotar para ti espinos y abrojos’ y tendrás de comer la vegetación del campo”.

De esta manera, el trabajo pasó a representar un "castigo", algo desagradable, un embargo propio del hombre, por su comportamiento impropio cuando fue creado.

El Diccionario Larousse de la Lengua Portuguesa corrobora esta idea de sufrimiento, en su edición de 1992, que define el trabajo como: palabra derivada de “Tripalium” que en la lengua Latina significa instrumento de tortura compuesto por tres palos; sufrimiento; esfuerzo; lucha; actividad humana aplicada a la producción, la creación o al entretenimiento; producto de esa actividad; obra, actividad profesional regular y remunerada, ejercicio de una actividad profesional; hogar donde se realiza esta actividad.

Siguiendo la misma lógica, el diccionario Bueno dice que el significado de sufrimiento y castigo atravesó la historia de la civilización, relacionándose directamente con el significado del término que dio origen a la palabra *trabajo*. Proviene del latín vulgar *tripalium*, aunque a veces se asocia a *trabaculum*. *Tripalium* era un instrumento hecho de tres palos afilados, con una punta de hierro, en el que los antiguos agricultores golpeaban los cereales para procesarlos. Se asocia la palabra trabajo al verbo *tripaliare*, también del latín vulgar, que significaba "torturar en el *trepalium*", mencionado como un marco de tres troncos, es decir, tortura que reemplazó a la de la cruz, un instrumento de tortura en el mundo cristiano. Durante mucho tiempo, la palabra trabajo significó experiencia dolorosa, padecimiento, cautiverio, castigo.

En las palabras de Albornoz, los griegos utilizaban dos palabras para designar trabajo: *ponos*, que se refiere a esfuerzo y la pena, y *ergon*, que designa la creación, obra de arte. Esto marca la diferencia entre trabajar en el sentido de sufrimiento (*ponos*) y trabajar en el sentido de creación (*ergon*). Parece que la contradicción "trabajo-ponos" y "trabajo-ergon" sigue siendo fundamental para la concepción moderna del trabajo.

Se puede apreciar en diferentes idiomas, como el idioma griego, que el término trabajo tiene, en su raíz, dos significados: esfuerzo, sufrimiento o carga y creación, obra de arte o recreación, que fue la forma en que se distinguió el trabajo (latín – *labor/opus*, francés – *l'oeuvre/travailler*, alemán – *arbeit/werk*, ruso - *Работа / Работы*, italiano – *travaglio/fatiga*).

Estas palabras tienen etimología diferente para designar lo que hoy se considera la misma actividad.

El trabajo, además de la labor y la acción, es uno de los elementos de la vida activa.

El trabajo es la actividad que corresponde al proceso biológico del cuerpo humano. El trabajo es la actividad correspondiente a la artificialidad de la existencia humana, la acción corresponde a la condición humana.

Así, según Kurz (1997), en la antigüedad, el trabajo se entendía como la actividad de quienes habían perdido su libertad, confundándose su significado con el de sufrimiento o desgracia.

El hombre, en el ejercicio del trabajo, sufre cuando flaquea bajo una carga; una carga que puede ser invisible, ya que, en realidad, es la carga social de la falta de independencia y libertad.

2. El Trabajo en su moderna concepción

De esta manera, como resultado de este evento, el trabajo se incorporó a la naturaleza humana como hábito y necesidad, definiendo la acción humana en la sociedad y convirtiéndose en un fenómeno central en la vida de cada persona.

Los autores Davies y Shackleton (1977) definen el trabajo como una "actividad instrumental realizada por el ser humano, cuyo objetivo es preservar y mantener la vida, y que se orienta a una alteración planificada de determinadas características del entorno del ser humano", siendo que los autores hacen referencia a la definición de O'Toole de que "el trabajo es una actividad que produce algo de valor para otras personas".

Leplat y Cuny (1977) definen las condiciones de trabajo como "el conjunto de factores que determinan el comportamiento del trabajador"; sin embargo, estos factores están constituidos por las exigencias impuestas al trabajador: objetivo con criterios de evaluación (fabricar un determinado tipo de pieza con estas o aquellas tolerancias), condiciones de ejecución (medios técnicos utilizables, entornos físicos, normativa a respetar).

Según Russomano (2002), la importancia económica, social y ética del trabajo no pasó desapercibida para los legisladores antiguos, ya que en el Código Manu hay reglas sobre la empresa, en la forma rudimentaria en que se estableció.

Maranhão, Vianna e Sussekind (1994) enseñan, en su trabajo jurídico, que el hombre siempre ha trabajado; primero para obtener alimento, ya que no tenía otras necesidades, en vista del primitivismo de su vida, luego, cuando comenzó a sentir el imperativo de defenderse de animales feroces y otros hombres, comenzó a fabricar armas e instrumentos de defensa.

En las luchas que tuvo contra sus semejantes, pertenecientes a otras tribus y grupos, una vez finalizada la disputa, acababa de matar a sus oponentes que habían resultado heridos, ya sea para devorarlos o para deshacerse de las enfermedades que aún podían causar.

Del análisis de este comportamiento, encontró que en lugar de liquidar a los prisioneros, era más útil esclavizarlos para disfrutar de su trabajo, el trabajo esclavo.

En las palabras de Martins (1999), en su libro sobre derecho del trabajo, la esclavitud es la primera forma de trabajo, en la que se consideraba al esclavo como una sola cosa, sin ningún derecho, ya que al fin y al cabo no se le trataba como sujeto de derecho, sino como propiedad de su dueño.

Lo acompaña Russomano (2002), quien dice que en un segundo momento de la historia del trabajo, el régimen de esclavitud se transforma, en el plan histórico, en un sistema de servidumbre, en el que él, el trabajador, poco a poco, se acostumbra, personalizándose como persona.

En palabras de Vernant (1986), esto es diferente a lo que sucedió en el mundo cultural griego, donde no se reconocía la dignidad del trabajo, como en la antigua Grecia, en la que el poeta Hesíodo veía el trabajo como algo que sobrepasaba su estricto y utilitario significado que, en su opinión, tiene un valor redentor y, por otro lado, agrada a los dioses y, al crear riqueza, proporciona independencia y glorifica.

En esta nueva forma de pensar, el hombre debe dedicarse a la filosofía, a contemplar la belleza y a practicar la política, basando su vida en la razón, como buen ciudadano, que vive en la ciudad y cumple sus obligaciones y cumple su humanidad.

Según Furquim (2001), en su trabajo sobre cooperativas de trabajo, la dignificación del trabajo humano se hizo realidad con el cristianismo, ya que fue la palabra de Cristo la que le dio al trabajo un sentido de valoración, no teniendo consistencias las alegaciones de quienes afirman que Jesús condenó el trabajo material cuando declaró: "No te preocupas por tu vida por lo que vas a vestir. Mira cómo las aves del cielo no siembran ni cultivan, ni guardan el grano, y el Padre Celestial las alimenta".

En estas palabras de Cristo, hay otro significado: el de que las preocupaciones materiales no deben reemplazar las espirituales, que son indispensables para la conquista del reino de los cielos; esto es lo que se encuentra en el Evangelio de San Mateo: "¿De qué se

beneficiara un hombre de ganar el mundo entero, si pierde su propia alma?"; se puede deducir, entonces, que el trabajo se ha convertido en un medio: el de elevar al hombre a una posición de dignidad, diferenciándolo de los demás animales.

Continúa la misma autora, Furquim (2001), reflexionando que, además, dentro de la doctrina católica, San Agustín llegaría a mostrar que el trabajo no sólo sería un medio para evitar que la ociosidad genere un campo propicio para las adicciones, el demostraría que todo trabajo es útil, que no se debe reducirse al mínimo necesario para mantener la vida, y que incluso la acumulación de bienes no es un mal; el daño estaría en la aplicación de estos bienes para fines contrarios a los preceptos divinos, y el error derivaría, según San Cipriano, de la acumulación de riquezas sin la práctica de la limosna.

Y finaliza sus reflexiones diciendo que posteriormente, a finales del siglo XIX, la participación de la Iglesia Católica en la solución del problema social adquirió un sentido más directo con la *Encíclica Rerum Novarum*, del 15 de mayo de 1891, del Papa León XIII, al que se refiere al trabajo de la siguiente manera: "Que debe ser considerado, en la teoría y en la práctica, no como una mercancía sino como un modo de expresión directa de la persona humana. Para la gran mayoría de los hombres, el trabajo es la única fuente de los medios de subsistencia, por lo que su remuneración no puede quedar a merced de la licitación automática de las leyes del mercado; por el contrario, debe establecerse, de acuerdo con las normas de justicia y equidad, que de otra manera se verían extremadamente perjudicados, aun cuando el contrato de trabajo fue pactado libremente por ambas partes. Esta encíclica contribuyó a que el Estado rompiera con la ideología del "*laisse faire*" y comenzara a intervenir en las relaciones laborales, surgiendo tras la Revolución Industrial en defensa del principio de salario justo, teniendo en cuenta tres factores importantes: las necesidades del trabajador, la situación de la empresa y el bien común. Termina con la siguiente definición: trabajo, en sentido general, es cualquier esfuerzo físico o intelectual destinado a lograr algo.

Siguiendo en esta misma línea, la definición de Cesarino Júnior (1938) que conceptualiza el trabajo como la aplicación de la actividad humana a la producción de bienes y servicios en beneficio de otros, quienes los remuneran, y Méda (1999) que dice que el trabajo es toda actividad humana que permita expresar la individualidad de quien la realiza; pero también la misma individualidad, expresándose para el otro, y al mismo tiempo mostrando al otro, su unicidad así como su pertenencia a la raza humana.

Lima (1956) define: "trabajo es esfuerzo, es una fuerza que se hace para algo, es todo el esfuerzo habitual del ser humano ordenado a un fin".

Para Chiavenato (2000), "el trabajo es toda actividad humana encaminada a transformar la naturaleza para satisfacer una necesidad. Es uno de los factores de producción de los economistas, junto con la naturaleza y el capital".

Lafargue (1999) defiende en su tesis que, en la sociedad capitalista, el trabajo es la causa de toda degeneración intelectual, de toda deformación orgánica, y para ello se apoya en el refrán español que dice: "descansar es salud" y se aprovecha del discurso de Cristo en la montaña, en la que dijo a los discípulos "he aquí el crecimiento de los lirios de los campos, no tejen ni hilan, y sin duda os digo, Salomón en toda su gloria no se vistió más resplandecientemente. (Evangelio según San Mateos, cap. VI).

En su visión del trabajo, Habermas (1975) lo define como actuar racionalmente-con-respeto-por-propósitos, ya sea actuación instrumental, elección racional o una combinación de los dos. La actuación Instrumental se rige por reglas técnicas basadas en el conocimiento empírico. Implican, en cada caso, predicciones condicionales sobre eventos observables, físicos o sociales; estas predicciones pueden resultar correctas o falsas. La conducta de elección racional se rige por estrategias basadas en el conocimiento analítico, que implican derivaciones de reglas de preferencia (sistemas de valores) y de máximas universales; las proposiciones hechas a partir de ellos pueden ser derivaciones correctas o incorrectas. Actuar racionalmente con respeto a los fines logra objetivos en determinadas condiciones; sin embargo, mientras que la actuación instrumental organiza los medios adecuados o inadecuados según los criterios de un control efectivo de la realidad, la actuación estratégica sólo depende de una correcta valoración de las posibles alternativas de conducta, que resulta exclusivamente de una deducción realizada con la ayuda de valores y máximos.

Y en palabras de Grint (2002), el trabajo en sus características físicas y descripciones lingüísticas, se construye socialmente: no hay una cosa permanente u objetiva que se llame trabajo, hay aspectos de las actividades sociales que construye el ser humano.

Por la diversidad de entendimientos que plantea, la forma en que se presenta a los agentes según la ubicación de las personas en la estructura social, las evoluciones que ha sufrido a lo largo del tiempo, Freire (1997) dice que se configura como algo abstracto, fugitivo e ilusorio.

En palabras de Lallement (2007), el trabajo es una invención histórica, en la medida que es una actividad deliberadamente concebida por el ser humano, consistente en la producción de un bien, en la prestación de un servicio o en el ejercicio de una función, a través de dos tipos de mediaciones, una de carácter técnico y otra de carácter organizativo, con el fin de obtener resultados que tengan, al mismo tiempo, utilidad social y valor económico, acordes con los de Freire (1997).

Jean-Claude Colliard, citado por Martins (2008), enseña que el trabajo "es el derecho que todo hombre tiene a vivir, aportando, a través de su trabajo, los recursos necesarios".

Woleck (2002) dice que en la tradición cristiana, la Reforma Protestante hizo que el trabajo pasara a ser visto como un instrumento de salvación y como una forma de realizar la voluntad divina.

Lo mismo se puede ver en la tradición oriental, donde las religiones veían el trabajo como una actividad que armoniza al hombre con la naturaleza y desarrolla su carácter.

El autor Woleck (2002) prosigue su discurso diciendo que al final de la Edad Media, se expresaba el trabajo con el sentido positivo que pasó a incorporar: se veía como una acción auto creadora, y el hombre, en su trabajo, como señor de sí y de la naturaleza. Se realizó una valoración positiva del trabajo, considerado, entonces, como un espacio de aplicación de las capacidades humanas, acompañado de la noción de compromiso, que es el esfuerzo para alcanzar determinado objetivo.

En ese período, cambios significativos como la revolución agrícola, el auge de las ciudades y, sobre todo, la implantación de la sociedad patriarcal, con valores y conceptos que llegaron a dominar la sociedad occidental moderna, en la que el calvinismo transformó el trabajo en instrumento para la adquisición de riquezas, medida de éxito en el mundo terrenal, que permitiría al hombre sentirse protegido por Dios.

El mismo Woleck (2002) termina afirmando que el trabajo subordina al hombre a una ley extranjera y se presenta como un instrumento de acceso y posibilidad social: el trabajo apunta al hombre y crea un potencial de acceso a las necesidades que lo acosan cotidianamente.

Según Pinho y Nascimento (2000), el trabajo, en Marx y Engels, es algo que da valor a los bienes; ya que en la sociedad política socialista el trabajo y el trabajador constituyen las piezas principales.

En la sociedad capitalista, la valorización del trabajo es cada vez mayor, predicando la asociación, es decir, una integración efectiva en forma de asociación del trabajador y el capitalista, y el pluralismo a través del reconocimiento de tres clases de trabajadores: el servil / manual, el intelectual y trabajadores de capital, donde se puede observar desde el sentido negativo de la antigüedad clásica hasta una concepción del trabajo como valor.

Según Semeraro (2013), para Marx el trabajo no es una mera actividad productiva ni se realiza en vista de la manifestación del espíritu, sino que es la forma específica de praxis humana que engloba todo lo material, filosófico, económico, personal, vida social, política y cultural.

Según la visión de Hegel (1995), en su filosofía del derecho, el trabajo no solo no está ligado a la economía, como se suele ver y analizar, sino que además está imbuido de un aspecto filosófico, al establecer el trabajo como un constructor de conciencia, en la medida en que él es el mediador de las relaciones entre los individuos en una sociedad, ya que es a través de estas relaciones que se producen intercambios que satisfacen las necesidades de cada uno en este "trueque", no siempre solo material, sino que también abarca todo tipo de necesidades.

En su texto "El sistema ético de vida", Hegel presenta el trabajo como la actividad peculiar del ser humano que supera el instinto inmediato del deseo animal y es capaz de crear productos y herramientas, concibiendo el trabajo como una satisfacción dialéctica que se establece entre objeto y sujeto.

Según Marx (1983, p.149), en la traducción de Alves, "[...] el trabajo revela la forma en que el hombre se enfrenta a la naturaleza, el proceso de producción mediante el cual sostiene su vida y, por lo tanto, pone al descubierto el modo de producción/formación de sus relaciones sociales y de las ideas que fluyen de ellas".

Para el autor, el trabajo es el centro de actividades específicamente humanas y, desde esta perspectiva, los hombres se relacionan con la naturaleza por medio del trabajo, considerando, además, que "[...] al someterla a sus propios fines, el hombre realiza en este sentido, una humanización de la naturaleza" (p.150).

El trabajo es la categoría que fundamenta el desarrollo del mundo de los hombres como una esfera distinta de la naturaleza; no es sólo la relación de los hombres entre sí en el contexto de la reproducción social; su desarrollo exige el desarrollo concomitante de relaciones sociales.

En la concepción de Marx, "el trabajo es la condición de existencia del hombre", dependiendo de él para la reproducción de su propia existencia y, reconociendo, como Hegel, un propósito, una teleología en el trabajo del hombre que no solo afecta a la naturaleza, sino también a las relaciones humanas, convirtiéndose en la categoría ontológica central de la constitución del ser humano.

Blanch (2003) reflexiona que: "La aparición de un fenómeno universal del trabajo, ubicuo y eterno que invade y atraviesa todo, confiere al trabajo la connotación de fenómeno tan natural como la vida humana misma, al que cada cultura solo le da su toque distintivo".

El autor continúa diciendo que lo trabajo se puede caracterizar, en mayúsculas, como:

El lugar donde tiene hogar

El tiempo establecido

La compensación económica recibida

La aplicación de habilidades profesionales específicas

La dirección y el control de otra persona

El carácter obligatorio de la tarea

El grado de esfuerzo invertido

El beneficio obtenido por una tercera persona

La motivación económica de la actividad

El manejo de herramientas o máquinas

El contexto organizacional

El sometimiento a supervisión, control y evaluación

La fatiga resultante de ejecución

- La compra y venta de tiempo
- El nivel de placer experimentado
- La calidad del producto final
- El reconocimiento social que implica
- El propósito comercial de la tarea desarrollada
- La autorrealización personal percibida
- El sentido de un deber moral e social
- La explotación objetiva por alguien
- El cumplimiento de un contrato

El trabajo es, ante todo, un proceso entre hombre y naturaleza, un proceso en el que el hombre mide, regula y controla su intercambio material con aquella a través de su propia acción, en que él, el hombre, se enfrenta a la materia misma de la naturaleza como potencia natural, poniendo en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su cuerpo - brazos y piernas, cabeza y manos - para apropiarse de la materia de la naturaleza en una forma utilizable para su propia vida y, al actuar, mediante este movimiento, sobre esta condición fuera de él, transformándola y, simultáneamente, se transforma a sí mismo.

La pregunta que surge al respecto es: ¿trabajar significa lo mismo para todos y no importa en qué contexto?

3. El Trabajo en la visión del IBGE

Según el IBGE - Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (2000), las siguientes actividades fueron consideradas como actividad económica con el ejercicio de:

- A) Ocupación remunerada, en efectivo, productos, bienes o beneficios (vivienda, alimentación, ropa etc.) en la producción de bienes y servicios;
- B) Ocupación remunerada en efectivo o beneficio (vivienda, alimentación, ropa etc.) en el servicio doméstico;

C) Ocupación sin remuneración en la producción de bienes y servicios, desarrollada durante al menos una hora a la semana:

- En ayuda de un miembro del hogar que se desempeña como: Empleado en la producción de bienes primarios (que incluye las actividades de agricultura, silvicultura, ganadería, extracción plantas o minerales, caza, pesca y piscicultura), en su propio beneficio o como empleador;
- En ayuda de una institución religiosa, benéfica o de cooperativa;
- Como aprendiz o monitor.

D) Ocupación desarrollada durante al menos una hora a la semana:

- En la producción de bienes del sector que comprende las actividades de agricultura, silvicultura, ganadería, extracción de plantas, pesca y piscicultura, destinados al alimento mismo o para al menos un miembro de la unidad familiar;
- En la construcción de edificios, caminos, pozos y otras mejoras (excepto obras destinadas únicamente a jubilación) para su uso o, al menos, un miembro de la unidad familiar.

Por lo tanto, en el concepto de trabajo del IBGE se caracterizan las condiciones de:

- Trabajo remunerado (ítems A y B);
- Trabajo no remunerado (ítem C);
- Trabajo en la producción para el propio consumo o en la construcción para autoconsumo (ítem D).

La misma agencia de datos estadísticos aún considera las siguientes clasificaciones en relación al puesto en la ocupación, en las que se definirán ocho categorías de puesto en la ocupación:

Empleado - Persona que trabajaba para un empleador (persona física o jurídica), generalmente obligándose a cumplir una jornada laboral y recibiendo a cambio una remuneración en efectivo, bienes, productos o beneficios (vivienda, alimentación, ropa etc.). En esta categoría incluía a la persona que realiza el servicio militar obligatorio y

también al sacerdote, ministro de la iglesia, pastor, rabino, fraile, monja y otros clérigos;

Trabajador Doméstico - Persona que trabaja proporcionando servicio doméstico pagado en efectivo o beneficios, en un o más hogares;

Cuenta propia - Persona que trabajaba explotando su propio emprendimiento, solo o con un socio, sin tener un empleado y contando, o no, con la ayuda de un trabajador no remunerado;

Empleador - Persona que trabaja explotando su propio espíritu empresarial, con al menos un empleado;

Miembro trabajador no remunerado de la unidad del hogar - Persona que trabaja sin remuneración, al menos una hora a la semana, en ayuda a un miembro de la unidad del hogar, que está empleado en la producción de bienes primarios o en la minería, caza, pesca y piscicultura, por cuenta propia o del empleador;

Otro trabajador no remunerado – Persona que trabaja sin remuneración, al menos una hora a la semana, como aprendiz o estudiante o en ayuda de una institución religiosa, benéfico o de cooperativa;

Trabajador en producción para consumo propio - Persona que trabaja, al menos una hora a la semana, en la producción de bienes en el sector que incluye las actividades de agricultura, silvicultura, ganadería, extracción de hortalizas, pesca y piscicultura, para la alimentación de al menos un miembro del hogar; y los otros.

Trabajador de la construcción para su propio uso: Persona que trabaja, al menos una hora a la semana, en la construcción de edificios, caminos privados, pozos y otras mejoras (excepto trabajos destinados únicamente a la renovación) para el uso propio de al menos un miembro da la unidad del hogar.

Para efectos de divulgación, en todos los cuadros que presentan la clasificación por puesto en la ocupación, las categorías de trabajadores no remunerados, miembros del hogar y otros trabajadores no remunerados, se reunieron en una sola, que se denominó no remunerada.

En cuanto a las categorías laborales, los empleados se clasificaron en: con contrato laboral firmado; funcionarios militares y estatutarios; y otra.

La categoría de funcionarios militares y estatutarios estaba constituida por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea, incluidas las personas que estaban prestando el servicio militar obligatorio, y por los empleados regidos por el Estatuto del Funcionario Público (autoridades federales, estatales, municipales y autarquías).

Los trabajadores domésticos, como categoría de empleo se clasificaron en: con contrato laboral firmado y sin contrato laboral.

Sin embargo, como se puede deducir de las definiciones anteriores, lo que se define como trabajo es muy variado e se debe a la forma de visión de cada uno de los autores de estas:

“Una actividad humana, individual o colectiva, de naturaleza social, compleja, dinámica, cambiante e irreductible a una simple respuesta instintiva al imperativo biológico de supervivencia material, que se distingue de cualquier otro tipo de práctica animal por su forma reflexiva, consciente, proposicional, naturaleza estratégica, instrumental y moral”, dice Blanch (2003).

“Actividad deliberadamente concebida por el hombre, consistente en la producción de un bien material, la prestación de un servicio o el ejercicio de una función, con miras a obtener resultados que tengan tanto utilidad social como valor económico, a través de dos tipos de mediaciones necesarios, una técnica y otra organizativa ”, en palabras de Freire (1997).

“El punto común de todo trabajo no es la remuneración (hay formas históricas de trabajo, como la esclavitud antigua o el servilismo medieval, que no solo no se pagaban por ellas y que es difícil llamar ‘trabajo’), pero el propósito del trabajo es: transformación de la naturaleza en un sentido útil para el hombre, es decir, teniendo en cuenta la satisfacción de sus necesidades”, define Clement (1999).

“Es la ocupación diaria a la cual el hombre está condenado por la necesidad, y a la que debe al mismo tiempo su salud, su subsistencia, su serenidad, su buen juicio y quizás su virtud”, como ya la definían, en 1765, Diderot y D’Alembert.

4. Cambios en el sentido del Trabajo

El significado del trabajo para el hombre no siempre ha sido el mismo a lo largo de la historia y de las civilizaciones humanas, recibiendo diferentes connotaciones, más o menos importantes, según estos significados.

Históricamente, los primeros estudios sobre el significado del trabajo se atribuyen a Hackman y Oldhan (1975), dos psicólogos que relacionan la calidad de vida en el trabajo con el significado del trabajo. Según los autores, un trabajo que tiene sentido es importante, útil y legítimo para quien lo realiza y presenta tres características fundamentales:

- a - la variedad de tareas que permiten el uso de diversas competencias, de modo que el trabajador pueda identificarse con la ejecución;
- b - un trabajo no alienante, donde el trabajador puede identificar todo el proceso - desde su concepción hasta su finalización - y comprender su significado del trabajo, de manera que contribuya al entorno social, la autonomía, la libertad y la independencia para determinar el camino con el que llevará a cabo sus tareas, lo que aumenta su sentido de responsabilidad en relación con ellas;
- c - retroalimentación sobre su desempeño en las actividades realizadas, permitiendo al individuo realizar los ajustes necesarios para mejorar su desempeño.

Siguiendo la idea de estos autores, Morin (2001) define el significado del trabajo como una estructura efectiva formada por tres componentes: significado, orientación y coherencia. El significado se refiere a las representaciones que el sujeto tiene de su actividad, así como el valor que asigna. La orientación es su inclinación al trabajo, lo que busca y lo que guía sus acciones. Y la coherencia es la armonía o el equilibrio que espera de su relación con el trabajo.

Investigaciones realizadas por el grupo MOW, en 1987, e por Morin, en 1996, muestran que la mayoría de las personas, incluso si pudieron vivir el resto de su vida cómodamente, continuarían trabajando, porque el trabajo, mucho más allá de ser una fuente de ingresos, el sustento, es una forma de relacionarse con los demás, de sentirse parte integrante de un grupo o sociedad, de tener una ocupación, de tener una meta que alcanzar en la vida. Estos estudios también señalan que el trabajo puede representar tanto una condición

de neutralidad y centralidad en la identidad personal de los trabajadores, como en su identificación con la sociedad.

En estas encuestas, los investigadores del grupo MOW estructuraron los datos de la investigación empírica en tres dimensiones principales: la centralidad del trabajo, las normas sociales sobre el trabajo y los resultados valorados del trabajo / metas del trabajo, que se definen de la siguiente manera:

Centralidad del trabajo: entendido como el grado de importancia que tiene el trabajo en la vida de una persona en un momento dado, al estar formado por un constructo complejo compuesto por un componente de evaluación - la centralidad absoluta del trabajo -, que mide el valor que se le atribuye dentro del ámbito de vida del sujeto (¿Cuál es la importancia del trabajo en su vida?) e identifica hasta qué punto el trabajo es fundamental para la imagen de sí mismo; además de considerar otro componente, que es la relativa centralidad del trabajo, influenciado por los ciclos vitales del sujeto, y que mide la relación entre el trabajo y otros momentos importantes de su vida.

Normas sociales sobre el trabajo: considera las normas derivadas de los valores morales relacionados con el trabajo, como la ética del trabajo y la ética marxista, que actúan como antecedentes de los principios y conductas sociales asociadas a creencias sobre las obligaciones y derechos del trabajador. En los estudios del grupo MOW (1987), tales normas funcionan como estándares sociales que orientan las evaluaciones individuales de las recompensas obtenidas por el trabajo y consisten en una expresión general (percepción) de lo que serían intercambios equitativos entre lo que el individuo recibe de la situación laboral y las contribuciones que hace al proceso de trabajo; estos no son estables y dependen de las circunstancias que los rodean, sufriendo influencias de variables sociodemográficas y personales, en las que se pueden observar conjuntos antagónicos, tales como:

Deberes: quienes constituyen los estándares sociales del trabajo, que son considerados correctos por los individuos en su relación con la sociedad;

Derechos: que son obligaciones de la sociedad hacia el individuo, considerando que todo individuo tiene derecho a un trabajo interesante y significativo, y es deber del empleador capacitar al trabajador cuando este desactualizado, y este último, a su vez, debe participar en decisiones relacionadas con el trabajo;

Resultados valorados del trabajo: en los que los valores se relacionan con los propósitos que representan las actividades laborales para la persona, respondiendo a la pregunta sobre las razones que la llevan a trabajar; compuesto por variables que hacen referencia a diferentes valores del trabajo y motivaciones del constructo del significado del trabajo, albergando con esta variable el conjunto de productos básicos que los individuos buscan en el trabajo, las funciones que cumplen para ellos y las necesidades les permiten satisfacer. De esta manera, los valores del trabajo presentan diferencias y similitudes transculturales relacionadas con la importancia atribuida a las facetas del trabajo.

A partir de este constructo, se entiende el significado del trabajo como un componente de la realidad social construida y reproducida, que interactúa con diferentes variables personales y sociales e influye en las acciones de las personas y la naturaleza de la sociedad en un momento histórico determinado. Los valores relacionados con el trabajo se establecen a través de la educación en la infancia y la adolescencia y tienen un efecto duradero en la personalidad de las personas, pero cambian y se adaptan a diferentes etapas de la vida y en diferentes situaciones sociales. El significado del trabajo influye en las formas de actividad laboral, la flexibilidad y productividad de los trabajadores, y afecta las creencias sobre qué es legítimo y qué se puede tolerar del trabajo, según MOW (1987).

En este sentido, Borges (1997) utiliza estos conceptos y definiciones de significado del trabajo formulados por el grupo y busca profundizar en el análisis de la estructura factorial de las creencias sobre el trabajo, distinguiendo entre los atributos evaluativos y descriptivos del trabajo. Los atributos evaluativos se refieren a cómo debe ser el trabajo, estando relacionado con los valores inherentes al mismo.

Entre los atributos valorativos se destacan:

Requisitos sociales: la asignación de trabajo debe representar responsabilidad social.

Justicia en el trabajo: el trabajo que ofrece protección a la persona, ofreciendo asistencia en forma de seguridad física, higiene y comodidad en el lugar de trabajo, garantizando derechos, igualdad de esfuerzos y proporcionalidad entre los esfuerzos y recompensa, acogida interpersonal de compañeros y superiores y respeto por cada persona.

Esfuerzo corporal y deshumanización: el trabajo deriva de una carga que llevaría al desgaste corporal.

Realización personal: se relaciona con el trabajo que proporciona placer por múltiples causas y fuentes.

Supervivencia personal y familiar: permite garantizar el sustento del individuo y sus familiares.

Los atributos descriptivos, por otro lado, designan qué es el trabajo concretamente, es decir, lo que representa mental o abstractamente para la persona.

Entre los atributos descriptivos se identifican:

Éxito y realización personal: presenta el trabajo desde las ideas de crecimiento personal y desafío intelectual;

Justicia del trabajo: muestra el trabajo representado en términos del respeto brindado en el entorno organizacional, por el cumplimiento de las obligaciones por parte de la organización;

Supervivencia personal y familiar, independencia económica: función social del trabajo en relación con la familia y garantías individuales de supervivencia y recompensa económica;

Carga mental: describe el trabajo como esfuerzo mental, subordinación jerárquica, repetición, ejecución y exigencia de ritmo.

5. Dimensiones del Trabajo

Oliveira y otros, en 2004, elaboraron una clasificación con las dimensiones del trabajo (Cuadro1).

Cuadro 1 – Dimensiones del significado del trabajo

Dimensiones		Trabajo que hace sentido....	Trabajo que no hace sentido...
Dimensión individual	Coherencia	Permite la identificación con la identidad de la persona	Habr� choque con los valores de la persona
		La persona cree en el trabajo que hace.	La persona no cree en el trabajo que hace
	Alienaci3n	Está claro su objetivo; se sabe por qué lo hace	La persona no sabe por qué lo hace
	Valorizaci3n	Persona se siente valorada; es reconocido por medio del trabajo	La persona no es valorada ni reconocida
	Placer	Placentero, la persona gusta de hacer	La persona no se da cuenta de lo que ha hecho.
	Desarrollo	Permite el desarrollo y el crecimiento	No permite el desarrollo y el crecimiento
	Supervivencia e independencia	Garantiza la rentabilidad econ3mica y satisface las necesidades básicas	No citado
		Proporciona libertad financiera	No citado
Dimensi3n organizacional	Utilidad	Agrega valor y contribuci3n a la empresa	No alcanza los resultados / objetivos esperados
		Cumpliendo las expectativas de la empresa	Es improductivo
	Organizaci3n del trabajo	No es rutinario	Es rutinario
		Posibilita a autonomía	Preestablecido
		Permite pensar y crear	Es solo operativo
	Relaciones interpersonales	Es desafiante	No es desafiante ni estimulante
		Permite el contacto con las personas	No hay respecto ni apoyo de los colegas
	Se desarrolla en un ambiente agradable.	Tiene lugar en un entorno que no cambia	
Dimensi3n social	Utilidad	Contribuye a alguien y / o a la sociedad	Sin agregaci3n para otra persona o para la sociedad

Fuente: Oliveira *et al.* (2004)

En la dimensi3n individual, se destac3 que un trabajo que tiene sentido, que se puede identificar con los valores morales ( ticos) de la persona, es placentero, permite la apreciaci3n, el desarrollo y el crecimiento, la persona sabe cuál es el objetivo que se está

cumpliendo y cree en lo que hace. También se menciona el factor económico, pero con menor énfasis, considerándose solo como complementario y no imprescindible para que el trabajo tenga sentido. El foco principal es la libertad financiera. A cambio, se considera trabajo sin sentido el trabajo que va en contra de los valores personales, que no permite el crecimiento, ni es reconocido y valorado por las actividades que realiza el individuo en su puesto de trabajo.

En la dimensión organizacional se destacan aspectos relacionados con la utilidad, la organización del trabajo y las relaciones interpersonales en el entorno laboral. Para que un trabajo tenga sentido debe lograr resultados, valor para la empresa o para el grupo: ser útil. De lo contrario, se considera improductivo, una pérdida de tiempo y, por lo tanto, sin sentido. El trabajo que tiene sentido permite los trabajadores tener autonomía, ejercer su creatividad y pensar. La existencia de desafíos en el desarrollo de la actividad es otro factor relevante. Desde el momento en que la tarea se vuelve rutinaria, burocrática, operativa e incapaz de instigar a su ejecutor, influye directamente en la definición de un trabajo que tiene o no sentido para el sujeto. En la dimensión organizacional, el trabajo que tiene sentido se describe como el que se realiza en un ambiente agradable, donde las relaciones interpersonales son positivas, posibles y permiten relaciones constructivas. El simple hecho de poder trabajar con personas, entre ellas, confiere sentido al trabajo de las personas. Sin duda, desde el momento en que la persona no encuentra el apoyo y la consideración de sus compañeros, el trabajo se percibe como sin sentido.

En la dimensión social, para que el trabajo tenga tal sentido, debe poder aportar y ser útil a la sociedad, frente al aspecto de utilidad abordado en la dimensión organizacional. Pero en esta dimensión, se agranda, adquiere mayor amplitud: el trabajo contribuye no solo al desarrollo del individuo, sino también a la sociedad en general, lo cual fue muy destacado por todos, que sienten la necesidad de realizar una actividad que agregue valor tanto a ellos y la sociedad. Cuando el trabajo no aporta, no contribuye, no beneficia a nadie, deja de traer beneficios para alguien y / o a la sociedad, no tiene sentido.

Según Tolfo y Piccini (2007), si el hombre reconoce el trabajo solo como algo obligatorio y necesario para la supervivencia y las adquisiciones, no percibe este mismo trabajo como la categoría integradora, a través de la cual puede crearse y reconocerse como individuo y ser. El hombre, alienado, se convierte en productor y consumidor de capital, sin

buscar su identidad en las actividades que realiza. Pronto deja de atribuir significados y sentidos positivos a sus acciones.

Uno de los principales puntos destacados por Morin (2001) y Oliveira et al. (2004) es que el trabajo con sentido hace que el trabajador conozca y sea más consciente de su actividad y permite a la organización alcanzar la efectividad sin la preocupación de reforzar constantemente al trabajador con "programas motivación" que lo incentiven a generar un mejor desempeño. En realidad, el significado que las personas encuentran en su trabajo depende de factores como la autonomía, el reconocimiento, el desarrollo y el crecimiento, que no siempre ofrecen las organizaciones.

Según Dejours (1987), el trabajo debe tener sentido para el propio sujeto, para sus pares y para la sociedad, considerando que el significado del trabajo está formado por dos componentes: el contenido significativo en relación con el sujeto, en el que se identifican las dificultades prácticas del trabajo terminado en relación con una profesión (noción que contiene al mismo tiempo la idea de evolución personal y desarrollo profesional) y la posición social implícitamente ligada al puesto de trabajo dado; el contenido significativo en relación con el objeto, en el que se resalta textualmente:

“Al mismo tiempo que la actividad laboral tiene un significado narcisista, puede soportar inversiones simbólicas y materiales destinados a otros, es decir, al objeto. La tarea también puede transmitir un mensaje simbólico a alguien. La actividad del trabajo, por los gestos que implica, los instrumentos que mueve, el material tratado, por el ambiente en el que se desenvuelve, transmite un cierto número de símbolos. La naturaleza y la vinculación de estos símbolos dependen, al mismo tiempo, de la vida interior del sujeto, es decir, de lo que pone, de lo que introduce de significado simbólico en lo que le rodea y lo que hace”.

Existe, sin embargo, la conceptualización del trabajo que parte de las clasificaciones del trabajo como concreto, que lo considera como la característica o "carácter útil del trabajo, aquel que produce el valor de uso de los bienes y crea cosas útiles y necesarias", que es de acuerdo con la visión de D'Acri (2003), el conjunto de actividades corporales, intelectuales, creativas, afectivas y comunicativas inherentes al trabajador, actualmente valorada y demandadas como una imposición normalizadora de que el trabajador se convierta en sujeto activo del trabajo como condición indispensable para la producción. Y, finalmente, a juicio de Marx (1985), "el trabajo alienado es aquel que genera extrañeza para el trabajador, tanto en relación con todo el proceso de producción como con el producto final de su trabajo".

La evaluación de las definiciones del trabajo nos permite percibir que la comprensión del mismo ha variado con el tiempo y según las condiciones de la época, representando los distintos momentos históricos, y de esta forma se puede analizar históricamente los significados del trabajo.

Así, el trabajo puede verse hoy como un concepto económico en el que hay tres dimensiones:

- producción de riqueza para las naciones,
- aumento de capital para industrias y
- adquisición de bienes para particulares.

Este aspecto económico se configura a partir de la creación de salarios, con la formalización de puestos de trabajo y trabajo asalariado que comienzan a reemplazar la idea de trabajo, ya que es desde el empleo y el salario, lo que permite a las personas la posibilidad de elegir la forma de vida que más le guste, que más le conviene, con autonomía, acaso tenga poder económico y un bien social.

En esta visión del trabajo, según Schnapper (1987), el trabajo contratado sin plazos se valora más que el trabajo contratado por plazos determinados, fijos, debido a su perpetuidad.

6. El Trabajo y la nueva concepción de Trabajador

En los últimos años del siglo XX, el trabajo amplió su participación en la vida de las personas a cambio de un mayor consumo y, al mismo tiempo, de menos libertad, ya que las personas empezaron a vincularse mucho más a las empresas implicadas en la globalización económica en un mundo de comunicaciones más ágiles, a través de las tecnologías de la información.

Con este cambio en la concepción del trabajo y su redefinición, se establece una nueva visión del trabajo, con un carácter mucho más psicológica y social que la anterior, en la que factores externos al individuo fueron el principal foco de atención.

A partir de los estudios de Mayo (1993) se inicia un nuevo enfoque de las relaciones laborales, que revela la importancia del grupo en el desempeño individual, ya que los individuos, como seres sociales, sienten el trabajo como una actividad gregaria, colectiva y cooperativa, que Mayo ha denominado como el deseo de intimidad, coherencia e imaginación, en el que se inicia la concepción del trabajador emocional y relacional.

En los estudios e investigaciones de Maslow (1954) es clásico su interés por las relaciones humanas, en las que se refuerza la cuestión del factor humano en el trabajo, atribuyéndole, el trabajo, el camino u oportunidad de crecimiento, de realización, de expresión de potencialidades personales, de reconocimiento por los demás y relación social que permite la construcción de la individualidad.

Mientras tanto, esta nueva concepción ha creado un nivel de insatisfacción profesional, medido en países europeos, con estudios en la década de 2000, que revelan que aproximadamente 40 millones de personas en la Unión Europea están afectadas por estrés laboral, culminando en elevadas tasas de absentismo por enfermedad, que provocó la muerte de muchos trabajadores, alcanzando los resultados de una encuesta de la Unión Europea que revela que los gastos se estiman entre el 3 y el 4% del producto nacional bruto, o aproximadamente 265 millones de euros anuales, según Hupke y Kudas (2013).

Esta preocupante situación llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar, en estudios realizados desde el año 1987, que cerca del 90% de la población activa mundial se dedica a trabajos que no logran sus metas de vida, como lo expresó Levi en 1990 en su obra: *Estrés laboral, ¿(sal) condimento de la vida o beso de la muerte? (Occupational stress, spice of life or kiss of death?)*.

Lo que se percibe hoy, dice Silva (2004), en relación al trabajo y los trabajadores, es que se ha convertido en un factor de malestar, insatisfacción, desequilibrio, enfermedad, dolencias y empobrecimiento de la vida personal, familiar y social del trabajador, no convirtiéndose, como estaba previsto, en fuente de equilibrio, salud y calidad de vida.

7. El Trabajo en aspectos Técnico, Fisiológico, Psicológico, Social y Económico

En sus estudios sobre el trabajo, el sociólogo francés Gastón Friedmann (1970) afirmó que todo trabajo, entendido como un fenómeno humano global, puede describirse bajo cinco aspectos diferentes:

Técnico, configurado como puesto de trabajo, centrándose en las herramientas, máquinas o sistemas que el trabajador opera o monitoriza, como ingeniero, que busca ocupar el puesto de trabajo, de la mejor forma posible, con la persona más adecuada del puesto.

Fisiológico, en el que el trabajo realiza la relación entre el organismo humano y el entorno físico de trabajo, centrándose en las reacciones del organismo a las condiciones del trabajo, como la fatiga, siendo objeto de estudios en Medicina del Trabajo.

Psicológico, en el que se verifican las relaciones interpersonales, en el que las personas expresan sus características de personalidad a sus compañeros e imprimen su individualidad al entorno laboral, contribuyendo, con su presencia y participación, a la definición de grupos y la organización y consecución de la historia de su trabajo.

Social, en el que el trabajo representa la oportunidad de encuentro entre personas, marcado por los intercambios y la complicidad, siendo el lugar ideal para la expresión, el desarrollo y la realización personal, y

Económico, se relaciona con su característica de productor de riqueza y beneficio financiero que produce para el individuo, determinando su estatus económico y sirviendo como área de actividad para economistas y políticos.

Según Silva (2004), el trabajo no solo representa una función social, es más una actividad individual, constituye un entorno de vida, apoyado tanto en las representaciones más concretas (lugar y grupo de trabajo), como en las más abstractas, como el valor que cada persona le atribuye.

Así, la construcción de la personalidad puede darse con el crecimiento profesional en el trabajo, ya que, como dice Locke (1984), representa un desafío mental con el que el

trabajador vive y supera, lo que lo motiva, desarrolla y contribuye a la elevación de tu autoestima, no debiendo ser ni fatigante ni aburrido.

Friedmann y Nashville (1970) complementan cuando dicen que el trabajo se revela como un factor de equilibrio psicológico, de estructuración de la personalidad, de satisfacción y de felicidad.

Siguiendo este razonamiento, habrá personas en las que el trabajo producirá efectos positivos y agradables, como la satisfacción profesional en el desempeño de su actividad, o su crecimiento personal, aportándoles felicidad, alegría y placer, y otras en las que los efectos serán negativos y desagradables, como insatisfacción, malestar, desequilibrio, enfermedad y frustración, debido a su trabajo, que no los complementa.

Freire (1997) complementa la relación trabajo y personalidad al afirmar que el trabajo satisfactorio y pleno es aquel que verdaderamente permite su expresión y que ofrece al individuo la posibilidad de aprender todo el significado, como en la fascinación que representa el artista plástico o el artesano que supo conjugar la acción de las manos con el trabajo del cerebro, la razón y la sensibilidad, la habilidad y el entretenimiento, la familiaridad con la materia y el significado del trabajo.

Silva (2004) finaliza el tema del trabajo como formador de personalidad afirmando que el trabajo es, en definitiva, un elemento crucial en la personalidad, ya que permite la expresión y la realización de una personalidad en construcción y, a la vez, refuerza los elementos para su propia reinvención (el hombre transforma el mundo y se transforma a sí mismo, a través del trabajo).

De esta forma, se puede afirmar, concluyendo, que los estudios, investigaciones, diagnósticos, evaluaciones y demás datos relacionados con cómo se da la satisfacción en el trabajo en diferentes grados, pueden ayudar a comprender y mejorar procesos, resultados, relaciones interpersonales y calidad del trabajo realizado y el resultado final del proceso.

8. El Trabajo Médico

La actividad laboral caracterizada, en esencia, como productora de vida humana, inseparable de la realización de la condición de humanidad en el ser humano, asume al mismo

tiempo, en el capitalismo, carácter de actividad degradante de la vida humana, de la que el ser humano necesita ser libre para poder realizarse como tal.

Estas características del trabajo se revelan, en mayor o menor medida, en todos los ámbitos, para todos los trabajadores.

El médico, por un lado, en su actividad encaminada a producir los valores de uso referentes a la salud del paciente, utiliza sus capacidades físicas e intelectuales, buscando eliminar los límites que la naturaleza impone a la realización de la vida y el cuidado de la salud es, por tanto, el resultado del gasto de la fuerza humana y la psique en favor de un fin determinado, para el cual el médico planifica, busca los medios, realiza el proceso y, al final, se reconoce a sí mismo como el producto de su esfuerzo.

Por otro lado, como el resto de trabajadores, sufre las consecuencias de la alienación del trabajo, para la producción de plusvalía.

El trabajo del médico, en palabras de Schraiber (1992), se centra básicamente en el cuerpo humano y su composición anatómica, fisiológica y psicológica, sin embargo, tal cuerpo no debe ser visto solo como un conjunto de células, sino muy además, como organismo de la sociedad, invertido de valor.

Continúa explicando que en el caso de la medicina, los medios utilizados para interponer el objeto de trabajo pueden ser tanto objetos instrumentales, como bisturís y medicamentos, como medios subjetivos como el conocimiento clínico.

El objetivo del trabajo de las organizaciones hospitalarias, según Ferreira et. al. (2011), es promover la salud; sin embargo, en la mayoría de los casos estos profesionales son rehenes de un sistema que no brinda, bajo ciertas condiciones, ni siquiera los materiales adecuados y necesarios para el trabajo o un número suficiente de colaboradores para atender adecuadamente a sus pacientes, así como la carencia de una justa retribución y valorización del trabajador.

El Sistema Único de Salud (SUS), en Brasil, absorbe una gran parte de los médicos en la ESF, una puerta de entrada común al mercado laboral de los médicos, que aunque estos médicos son un elemento fundamental en los equipos de salud de la familia, no obstante existen algunas barreras para el desempeño de su trabajo, supuestamente basadas en la deficiencia curricular en salud colectiva, según Nogueira (2006).

El mismo autor afirma que la falta de aprecio y reconocimiento a los médicos de familia se identifican como factores que contribuyen a la alta rotación de los médicos de la ESF, y la falta de un plan de carrera para los médicos en Salud Pública contribuye a esta realidad.

Corroborando esta idea, Fuerwerker (2002) agrega que es necesario que él, el profesional médico, se una al equipo para que su rol sea proactivo: actuar en la prevención de enfermedades y promoción de la salud comunitaria a través de actividades comunicativas y las más diversas acciones técnicas.

Barbosa et. al. (2016) expresan el desafío de las dificultades para aplicar, en la práctica, lo enseñado en teoría a los médicos, lo que se puede atribuir a la falta de tiempo, infraestructura, organización de los servicios y exceso de demanda, por lo que necesitan adecuar sus actividades prácticas a lo que es posible, complementando que la complejidad del trabajo médico en la ESF puede estar relacionada con su responsabilidad en la solución de los problemas de salud en la comunidad, en los desafíos del trabajo en la APS (Atención Primaria en Salud) podría estar asociada con la discrepancia entre la teoría y la práctica, además de la falta de inversiones gubernamentales para la organización completa del servicio.

CAPÍTULO IV

Satisfacción en el Trabajo

1. Definiciones

A la hora de buscar conocer la satisfacción en el trabajo, es necesario comprender cómo se da esta satisfacción en la realidad de las actividades laborales y es claro que existen numerosas definiciones sobre este tema, las cuales pueden ser analizadas según diversos aspectos.

Autores como Locke (1984) que clasifican esta satisfacción como un estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas en relación al trabajo, que se centran en objetos específicos y originan una serie de valoraciones y reacciones corporales bien definidas; mientras que autores como Bravo, Peiró y Rodrigues (1996), proponen que la satisfacción en el trabajo se da como una actitud generalizada en relación al trabajo,

apareciendo las actitudes como asociaciones entre objetos y sus respectivas evaluaciones realizadas por los individuos.

Estas clasificaciones permiten realizar dos tipos de análisis en relación a la satisfacción laboral: un enfoque unidireccional, en el que la satisfacción laboral se ve como una actitud hacia el trabajo en general, no siendo el resultado de la suma de los múltiples aspectos que caracterizan el trabajo y si dependiendo de ellos; y otro multidireccional, en el que se considera que la satisfacción se deriva de un conjunto de factores asociados al trabajo, que permiten medir la satisfacción de las personas en relación con cada uno de estos factores.

En esta línea de acción multidireccional, Locke identificó, en 1976, las siguientes dimensiones, que se dividieron en dos seguimientos:

Eventos condicionantes

- a) Satisfacción con el trabajo, integrando el atractivo intrínseco del trabajo, la variedad del trabajo, las oportunidades de aprendizaje, la dificultad, la cantidad de trabajo, las posibilidades de éxito o control sobre los métodos;
- b) Satisfacción con el salario, que considera el componente cuantitativo de la remuneración y cómo se distribuye entre los empleados (equidad);
- c) Satisfacción con las promociones, incluidas las oportunidades de formación y otros aspectos básicos que apoyan la promoción;
- d) Satisfacción con el reconocimiento, incluyendo elogios o críticas al trabajo realizado;
- e) Satisfacción con beneficios, tales como pensiones, seguridad y vacaciones;
- f) Satisfacción con el jefe, que incluye el estilo de liderazgo y las habilidades técnicas y administrativas, así como cualidades en términos de relaciones interpersonales;

Asignado a la designación de agentes

- g) Satisfacción con los compañeros de trabajo, caracterizada por las habilidades de los compañeros, el apoyo que brindan, la amistad que muestran;
- h) Satisfacción con las condiciones laborales, tales como horarios, períodos de descanso, lugar de trabajo y aspectos económicos;
- i) Satisfacción con la organización y dirección, destacando las políticas de beneficios y salarios.

A su vez, Peiró (1994) estableció una serie de factores que conducen a la satisfacción en el trabajo:

Eventos condicionantes

- a) El carácter intrínseco del trabajo;
- b) La remuneración;
- c) La promoción;
- d) La seguridad del empleo
- e) Las condiciones de trabajo

Y otros asignados a la designación de agentes

- f) La propia persona;
- g) Los jefes;
- h) Los compañeros de trabajo;
- i) Los subordinados;
- j) Las características organizativas;

La satisfacción en el trabajo puede entenderse como el resultado de la evaluación que cada persona realiza a su manera y características, respecto al grado de realización de sus valores, necesidades, preferencias y expectativas profesionales; es decir, es una persona percibir o sentir que lo que recibe está de acuerdo con lo que esperaba obtener, siendo por tanto una actitud (afectiva, cognitiva y conductual), una emoción, un sentimiento que se puede verbalizar y medir (Graça, 2000).

En todo caso, es posible analizar la satisfacción tal como la entienden los segmentos: lo que se relaciona con las acciones del trabajo en sí y con él, y los reflejos de estas acciones sobre los agentes o pacientes del proceso.

2. Teorías y Modelos para explicar la satisfacción en el Trabajo

Existe una serie de teorías y modelos en busca de una explicación de cómo ocurre el proceso de satisfacción en el trabajo, que incluyen:

- 1) La teoría de los factores higiénicos y de las motivaciones;
- 2) El modelo de las características de la función;
- 3) La teoría de adaptación al trabajo;
- 4) La teoría de la discrepancia;
- 5) El modelo de la satisfacción de facetas;
- 6) La teoría del grupo de referencia social;
- 7) La teoría del procesamiento social de la información;
- 8) La teoría de los eventos en situaciones;
- 9) El modelo dinámico de la satisfacción en el trabajo y,
- 10) El modelo interactivo.

Entre estos diez modelos y teorías, ocho están involucrados en alguno de los aspectos de satisfacción laboral, o están directamente relacionados con el trabajo, o se derivan de las acciones reflejas del trabajo, mientras que los dos últimos buscan generar una interacción entre los dos campos: El modelo dinámico y el modelo interactivo, que buscan una conciliación entre las dos corrientes de análisis y, por lo tanto, son más adecuados para un análisis del tema de la satisfacción laboral.

3. Variables determinantes de Satisfacción en el Trabajo

Los autores de los varios estudios para la determinación de la satisfacción en el trabajo han observado que existe una serie de situaciones, a las que denominaran variables, que influyen, de forma directa o indirecta, en estos análisis y en la determinación de la satisfacción laboral.

Navarro, Llinares y Montaña (2010) establecieron que la satisfacción laboral también se puede abordar desde dos perspectivas: unidimensional y multidimensional.

La primera se centra en la satisfacción laboral como actitud hacia el trabajo en general, que no equivale a la suma de las facetas que componen el contexto laboral, sino que depende de ellas.

La segunda, el enfoque multidimensional, considera que la satisfacción deriva de un conjunto de factores asociados al trabajo, y que es posible medir la satisfacción de los sujetos en relación a cada uno de ellos.

En las categorías de variables de situación, copiando a Bravo et. al., citan incluso que existen subdivisiones como:

- a) Características funcionales: se cree que las características de la función ejercida pueden influir en la satisfacción laboral, sugiriendo Herzberg, en 1985, una reestructuración a nivel de funciones, con el objetivo de minimizar la monotonía y la repetición en el desempeño de la función y aumento de la satisfacción en el trabajo.
- b) Participación en la toma de decisiones: estudios desarrollados apuntan a la participación en la toma de decisiones como una variable de gran importancia, con trabajos de Griffin & Bateman, de 1968, quienes señalan que cuanto mayor es la congruencia entre la participación deseada y la percepción de participación efectiva, mayor satisfacción.
- c) Sistemas de recompensas y salarios: según Silva (2004), los sistemas de recompensa, el sueldo, así como la promoción, tienen gran importancia como factores que influyen y determinan la satisfacción laboral, ya que: satisfaciendo una serie de necesidades fisiológicas del individuo, son símbolos de "estatus", que significan reconocimiento y seguridad, otorgan mayor libertad en la vida humana y, a través de ellos, se pueden obtener otros valores. Lawler, con su teoría de la discrepancia, de 1981, afirma que diferencia entre lo que el trabajador cree que debería cobrar y lo que realmente recibe, determina el nivel de satisfacción.
- d) Características organizativas y limitaciones: en estudios, Spector (1997) afirma que las limitaciones se caracterizan como un conjunto de condiciones ambientales de trabajo que, de alguna manera, interfieren con el desempeño laboral del individuo, que no se restringe a una sola fuente de diferentes aspectos del trabajo,

sino también de otras experiencias sociales y del entorno físico en el que se desarrolla la persona. Peter y O'Connor (1980), a su vez, identificaron ocho posibles áreas de limitaciones:

- 1) La información requerida para el buen desempeño del cargo;
- 2) Las herramientas y los equipamientos de trabajo;
- 3) Los materiales;
- 4) El soporte financiero;
- 5) Los servicios y el apoyos necesarios;
- 6) La competencia para la función;
- 7) La disponibilidad de tiempo;
- 8) El ambiente de trabajo.

- e) Liderazgo: se sabe que los líderes son responsables del éxito de las organizaciones y Bravo, Peiró y Rodríguez (1996) afirman que se han encontrado correlaciones positivas y significativas entre la conducción del liderazgo y la satisfacción laboral.
- f) Personalidad: Schneider y Dachler (1978) afirman que la satisfacción laboral es un fenómeno personal de carácter de disposición que se mantiene bastante estable en el tiempo, complementando que la importancia de las disposiciones afectivas y características de la personalidad son determinantes de satisfacción en el trabajo.
- g) Algunas variables sociodemográficas: a pesar de su pequeña contribución a la satisfacción en el trabajo o en la vida de las personas, son importantes ya que pueden ayudar a comprender esta cuestión de la satisfacción, pues se relacionan con:
 - 1) La edad: Carrillo-García et. al. (2013), en su estudio notaron que existen pequeñas diferencias en los grados de satisfacción, pero los jóvenes y los más mayores (61 a 70 años) presentan un mayor nivel de satisfacción que los demás, caracterizando, sin embargo, que los de mayor edad tuvieron un mayor grado de satisfacción en relación a sus experiencias laborales, y los investigadores llegaron a la conclusión de que la relación positiva

encontrada entre la edad y la satisfacción en el trabajo resultaría, bien por un efecto de la edad, bien por efecto de pertenencia al grupo, asumiendo que una creciente satisfacción profesional proviene del aumento en las recompensas asociadas al envejecimiento, por lo que el individuo puede acceder al puesto de mayor autonomía, poder y beneficios más remunerados, mientras que la pertenencia al grupo indica que los trabajadores de mayor edad presentan, en general, un menor nivel de educación formal y están más satisfechos con su desempeño en las áreas rutinarias.

- 2) Género: Ferreira et. al. revelan en sus estudios, realizados en 2011, que si bien las mujeres suelen tener condiciones laborales menos privilegiadas, como salarios más bajos y oportunidades diferenciadas que los hombres, también tienen, por otra parte, las preocupaciones con la familia y, sobretodo, los niños (escuela, salud, apoyo, seguimiento etc.) los niveles de satisfacción profesional no parecen diferir mucho entre ambos sexos.
 - 3) Estado civil: Diener y Suh, en 1997, luego de una serie de encuestas de datos de varios investigadores, observaron que las personas casadas generalmente se sienten más felices que las personas no casadas, ya sean solteras, viudas, divorciadas o separadas; sin embargo, enfatizan que este factor depende de las características de la edad y las condiciones de la estructura social de la sociedad en la que viven estas personas.
 - 4) Calificaciones académicas: según Francès (1981), en estudios del variable grado académico, debido a su influencia, explica solo una parte limitada de la varianza de los resultados de satisfacción, siendo posible que el nivel de instrucción del individuo presente aspectos indirectos en su satisfacción con el trabajo.
- h) Desempeño profesional y productividad: Jacobs y Salomón (1977) en su investigación muestran que los individuos que mejor desempeñan sus funciones/

trabajo y que, en consecuencia, reciben recompensas adecuadas, presentan altos niveles de satisfacción.

- i) Comportamiento de la ciudadanía organizacional: Andrade et. al. (2017), en una investigación realizada con una empresa del sector educativo, demuestran que se puede observar mayor satisfacción en relación con la satisfacción con el jefe y colegas de trabajo, así como las principales preocupaciones en cuanto a la preservación del clima de trabajo, del sistema y de una organización favorable a dicho comportamiento ciudadano. Aquellos que están más satisfechos en su trabajo y con afecto positivo tenderán a mostrar, con más frecuencia, comportamientos de ciudadanía organizacional, es decir, éstos tenderán a ser más serviciales, independientemente de que su comportamiento de ayuda forme parte de sus obligaciones profesionales.

- j) Comportamiento de escape: Kohler y Mathieu (1993) a través de sus estudios muestran que el absentismo es una variable extremadamente compleja y puede depender mucho más de otras variables que de la satisfacción, como por ejemplo la enfermedad del propio sujeto, de un familiar, el estrés, el desarrollo de actividades comerciales o el negocio de la propia persona, el nacimiento de un hijo o el aumento de las demandas asociadas al apoyo a la niñez. Por otro lado, la rotación presenta una relación alta y más directa con la satisfacción en el trabajo. Estas mismas condiciones se encontraron en estudios de Camel y Angerami (2004), que demuestran que los trabajadores buscan iniciar un nuevo proyecto, lo que significa que no están satisfaciendo sus necesidades personales y / o profesionales y que, en situaciones de estrés, la reacción del cuerpo orgánico siempre será poner en funcionamiento todo un sistema que permita preservar la autonomía del individuo, preparándolo para luchar o huir.

- k) Burnout: Bacharach, Tamayo & Tróccoli, demostraron, en estudios realizados en 2002, que variaban los efectos del burnout sobre la salud: hipertensión arterial, dolor de cabeza, insomnio, mialgias, artralgias, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, desconcentración, entre otros; y en el trabajo: absentismo, rotación, reducción de la productividad y calidad de la asistencia, que tienen correlaciones

significativas entre el nivel de satisfacción laboral y el burnout, como consecuencia de una respuesta emocional a la situación laboral, caracterizada por un estado de extrema debilidad psicológica y emocional, que resulta en la ausencia de productividad del individuo debido a su situación de agotamiento emocional extremo.

- l) Bienestar físico y psicológico: Camel y Angerami, en 2004, verificaron, a través de sus estudios, que existe una correlación entre el bienestar físico, en términos de salud física, así como psicológico, en términos de salud psicológica y la satisfacción en el trabajo. El estrés se manifiesta por síntomas físicos o psicológicos, pero ambos pueden competir, dependiendo de la situación de la persona, ya que la evaluación realizada en la investigación reveló la presencia de síntomas físicos y psicológicos de la fase de alerta.

- m) Satisfacción con la vida: Los autores Oliveira, Barbosa, Souza et. al. (2009) al estudiar las relaciones entre satisfacción en el trabajo y satisfacción con la vida, demuestran que existe una correlación muy estrecha entre estos elementos, y que los médicos presentan una mayor media de satisfacción con la vida, en consonancia con los demás aspectos discutidos en su trabajo y en la literatura.

Según Carvalho (2014), conviene resaltar que, aunque la satisfacción en el trabajo haya sufrido alteraciones a lo largo de los años siendo inicialmente entendida como un aspecto motivacional, después como actitud y actualmente como concepto que involucra afectividad, no ha sufrido a lo largo de los años grandes diferencias en las dimensiones que la constituyen, pero siendo un concepto que integra varias dimensiones, existen cinco que se mantienen a lo largo del tiempo: satisfacción con el trabajo, con los compañeros de trabajo, con la jefatura, con las promociones y con el propio trabajo.

La satisfacción profesional es uno de los criterios de evaluación periódica del Sistema Nacional de Salud de Portugal, cuya legislación se encuentra en la Ley No. 48/90, de 24 de agosto, basada en la satisfacción del cliente, la calidad de la atención y el uso eficiente de los recursos desde una perspectiva de costo / beneficio, también es importante tener en cuenta que en todas las investigaciones realizadas sobre calidad de vida, valores no materiales, como el

amor, la libertad, la solidaridad e la inclusión social, la realización personal y la felicidad, son componentes del concepto de calidad de vida (Minayo et. al. 2000).

Según Panni (2012, p. 19) son quejas frecuentes de los profesionales médicos – y que son determinantes en el momento de la decisión de desconexión de la función – la falta de apoyo de referencia y lograr la regulación de los casos más graves, salario y jornadas de trabajo, beneficios, además de infraestructura y disponibilidad de material.

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) se fortaleció ampliando sus posibilidades de intervención en la promoción de la salud, debido a las acciones educativas, preventivas y de movilización social, pasando a formar parte de los programas de salud colectiva. Aunque ha logrado numerosos avances demostrados a través de los datos epidemiológicos, las unidades de salud de la familia conviven de modo contrario a los problemas diversos, tales como la baja inversión en la calificación de los trabajadores, especialmente en lo que se refiere a la gestión participativa y al trabajo en equipo, desestimulando la coparticipación del gestor/empleador, devaluando y excluyendo a los trabajadores e usuarios en el proceso de promoción de la salud (Marchon, Cunha, 2008, p. 41).

Pero el fortalecimiento de la ABS – Atención Básica en Salud depende del aumento del número de médicos dispuestos a hacer carrera allí. Por lo tanto, se tiene que hacer que la carrera en ABS sea atractiva.

En la opinión de Silva (2011), la discusión converge. Converge en el sentido de adecuar la jornada de trabajo del Médico da Familia (e de las otras profesiones de salud del equipo) en la ESF, teniendo en cuenta necesidades como:

- 1 – disponibilidad de tiempo para estudiar y mejorarse;
- 2 – reducción de la población adscrita por equipo;
- 3 – la mejora salarial y de la infraestructura de las unidades, para que, como mínimo, el Médico da Familia se mantenga con buena autoestima, y
- 4 – el respeto de las necesidades diversas de cada fase del ciclo vital de los profesionales, como tener tiempo para educar los hijos, o trabajar menos en la asistencia cuando ya no se es tan jovial.

También destaca dos otros aspectos que juzga fundamentales: el primero dice respecto a sanar la precariedad de los vínculos laborales en la Atención Básica de la Salud; tener

estabilidad y, principalmente, ver horizonte de progreso, “ver futuro en la profesión” es fundamental para que alguien se dedique íntegramente a una actividad laboral única. En el contexto actual, tener tiempo para otro empleo resulta ser a veces necesario.

CAPITULO V

Fundamento Metodológico

La metodología de esta investigación es de tipo descriptivo, como “aquellos estudios cuyo objetivo es la descripción con mayor precisión, de las características de un determinado individuo, la situación del grupo, con o sin especificación de hipótesis iniciales sobre la naturaleza de tales rasgos característicos”.

Como fundamento metodológico, esta investigación se propone realizar un análisis de cuestiones y elementos que teóricamente pueden interferir en el grado de satisfacción laboral de los médicos que trabajan en el programa Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Contagem, estado de Minas Gerais, Brasil, en 2019, con el objetivo de alcanzar, a partir de los datos recabados y recopilados, los objetivos propuestos por esta investigación.

La muestra seleccionada, los instrumentos utilizados en la selección de los datos y las características esenciales del mismo, la forma de presentación de los datos y el análisis e interpretación de los resultados obtenidos permitirán determinar el grado de satisfacción laboral de los médicos de la ESF que participan en el estudio actual.

1. El Campo de Aplicación – La ciudad de Contagem y su Estrategia Salud de la Familia

Fue en 1701 que la corona portuguesa ordenó la instalación de un puesto fiscal a orillas del arroyo de las Calabazas, en las tierras que fueron delegadas al capitán João de Souza Souto Maior (llamada sesmaria), con el objetivo de contar el ganado (Contagem) que provenían de la región del río São Francisco hacia la región de las minas (las ciudades de Ouro Preto y Mariana).

Como sucedió en todos los puntos que ofrecían buenas oportunidades de lucro, a partir de 1716, en torno al puesto de registro, una gran diversidad de personas dio vida a la población: esclavistas; propietarios de dátiles minerales que buscan armas para la defensa y ganado para alimentarse; patrulleros, funcionarios de registro, transportistas denunciantes, religiosos, posaderos, desocupados y vagabundos. Y en las afueras del lugar, la gente comenzó a ocupar franjas de terreno baldío, donde se asentaron. Allí se vendían varios tipos de alimentos, bovinos, equinos y potrillos; barras de oro; oro en polvo para canjear por dinero o canjear con guías, para la fundición de Sabará, uno de los distritos de la capitania de Minas Gerais.

El municipio de Contagem, desde su origen agro pastoril y punto de registro de comerciantes, se convierte en sede, en 1941, del mayor complejo industrial del Estado de Minas Gerais, con la creación de la Ciudad Industrial Juventino Dias, constituida por los Decretos-Leyes 770, de 20 de marzo de 1941, y 778, de 19 de junio de 1941, que sin embargo, sólo llegaría a existir de hecho a partir de la década de 1950.

La ciudad de Contagem, por sus características especiales de ciudad que nació y se creó bajo el estigma del trabajo, por la gran concentración, principalmente del oficio, en la función del Curral D'El Rey, en el momento del dominio portugués en Brasil y, luego, con la creación de la Ciudad Industrial Juventino Dias, siempre bajo la influencia del poder económico, mantuvo a muchas de sus comunidades ocupando áreas inadecuadas y viviendo en permanente riesgo.

La expansión urbanística y la ocupación de suelo disponible, se produjo a partir de la adjudicación de áreas de haciendas y fincas sin la debida planificación y regularización de las propiedades. Gran parte del municipio se subdividió sin las condiciones básicas para la construcción de viviendas o negocios (servicios de agua, luz y alcantarillado, por ejemplo).

Por otro lado, la construcción de la Ciudad Industrial valoró la región, encareció el terreno y empujó a los migrantes, atraídos por la oferta de trabajo en las industrias, a zonas de alto riesgo geológico – sujetas a inundaciones, deslizamientos, hundimientos etc.

A principios de la década de 1960, se formaron otros barrios en las regiones a partir del barrio El dorado y la Ciudad Industrial para recibir a los primeros trabajadores de la industria, en la región de los barrios Ressaca y Nacional, con la ocupación que pasa a suceder a partir de la división de las haciendas en pequeños lotes que se venden, provocando un gran aporte de la expansión del casco urbano del municipio.

Una gran parte del municipio, sin embargo, se asignó sin las condiciones mínimas de infraestructura como suministro de agua, alcantarillado y eliminación de excretas, drenaje urbano, electricidad, agua; situación que se mantiene en varias de estas localidades hasta la actualidad, que requiere de una gran gestión pública para la solución de dichos conflictos, incluyendo el Plan de Saneamiento y las estrategias de regularización de tierras, consideradas como herramientas fundamentales en este proceso de formalización del espacio urbano. La situación no ha cambiado, porque solo la migración se ha convertido en el principal motor de las zonas periféricas y zonas de riesgo y, hoy en día, varias regiones de la ciudad, tanto formales cuanto informales, viven con el riesgo de fragilidad, poniendo la vida en situación de vulnerabilidad en grado extremo.

En este contexto de emprendimiento con la ausencia de proyectos urbanísticos y falta de atención a los instrumentos urbanísticos y legales contenidos en el Plan Directivo, la ciudad, que es una de las principales ciudades de la región metropolitana de Belo Horizonte, todavía se queda con un problema básico: falta de saneamiento e infraestructura.

A pesar del Plan Municipal de Saneamiento Básico, elaborado por la administración municipal y aprobado en diciembre de 2013, en la actualidad el municipio presenta las manchas dejadas por el proceso de intensa industrialización y por la histórica proliferación de ocupaciones irregulares que generan los problemas de diversas naturaleza y también ambiental, como la fuerte contaminación del aire, producida no solo por las industrias restantes, sino principalmente por un intenso tráfico de vehículos ligeros y pesados, que utiliza la vía principal que atraviesa la ciudad, conectando las principales áreas centros industriales del país; contaminación del agua, intensificada por el lanzamiento de efluentes industriales y domésticos en incipientes redes de alcantarillado y drenaje pluvial, sin el debido tratamiento; y la contaminación acústica.

Esta incómoda situación perdura, mientras no se llevan a cabo las obras programadas en papel, y las comunidades corren peligro por el alcantarillado que corre a cielo abierto, edificaciones mal diseñadas y males contruidos y el descuido con cuestiones de seguridad geológica, que sobrecargan, en diversas oportunidades, los servicios de salud del municipio para atender estas demandas.

El municipio pertenece a la región metropolitana de Belo Horizonte, capital del estado de Minas Gerais, Brasil, y en 2017 tenía una población estimada de 658.580 habitantes, por lo tanto, aproximadamente un 9,14% superior al censo oficial del IBGE de 2010, que contabilizan 603.442 habitantes, dato que establece una densidad demográfica de 3.090,33 habitantes / kilómetro cuadrado, para una superficie de 195.045 kilómetros cuadrados.

De esta población, según el último censo del IBGE (2010), la división por sexo en el 48,5% de los hombres y el 51,5% de las mujeres, con un PIB anual “per cápita” de R\$ 40.100,68.

El salario medio mensual de los trabajadores en 2016 fue de 2,5 salarios mínimos, que correspondieron a R\$ 2.200,00 para 206.525 personas, aunque también hubo un porcentaje del 30,5% de la población con 1/2 salario mínimo mensual, según datos del IBGE.

En salud, el municipio tiene una tasa de mortalidad infantil promedio de 10,01 por 1.000 nacidos vivos y las condiciones de hospitalización por enfermedades diarreicas es de 0,2 por cada 1.000 habitantes, con 266 establecimientos de salud, con 170 de ellos realizando trámites según el modelo SUS.

El municipio está dividido administrativamente en ocho distritos sanitarios (Fig. 1), conformados según una división demográfica / territorial en la que se considera el número máximo teórico de personas; estos distritos de salud son los responsables de la atención de la salud de la población de esa zona, a través de las Unidades Básicas de Salud Tradicionales (UBS) y las Unidades de Salud de la Familia (USF).

También existen 8 Núcleos de Atención a la Salud de la Familia (NASF), que integran, junto con 17 UBS y 95 USF, la denominada Estrategia de Salud de la Familia (ESF) del municipio; demostrando que hay una falta de unidades para el servicio de Atención Básica, ya que solo cubren el 56% de la población.

Figura 1 – División Distritos Sanitarios de la ciudad de Contagem



Fuente: Secretaria Municipal de Salud de Contagem

La evaluación de los servicios de Atención Básica, bajo la óptica de Pitlin et. al. (2015), se puede analizar mediante los ingresos hospitalarios y sus causas, considerando que muchos de estos podrían reducirse o evitarse si se lleva a cabo una intervención oportuna y de calidad en la acción de acogida de la Atención Básica.

En 2019 había 130 profesionales médicos trabajando en el municipio dentro de esta propuesta de Atención Básica, según el programa Estrategia de la Salud Familiar (ESF), repartidos entre los distintos puestos de la ESF distribuidos entre los distintos equipos de los distritos municipales de salud, según el cuadro 2. El Cuadro 3 completo, con todos los equipos e población está en el Anexo 5.

Cuadro 2 – Distritos Sanitarios x Equipos de ESF x Población Atendida – resumen

DISTRITO SANITARIO	NUMERO DE EQUIPOS/PUESTOS	POBLACIÓN
1 – ELDORADO	21	129.403
2 – INDUSTRIAL	20	82.625
3 – NACIONAL	19	68.091
4 – PETROLÂNDIA	11	46.481
5 – RESSACA	23	104.769
6 – RIACHO	12	80.844
7 – SEDE	21	99.183
8 – VARGEM DAS FLORES	16	56.303
TOTALES	143	667.699

Fuente: Secretaria Municipal de Salud de Contagem– eSUS – 2019 – INE – Identificador Nacional de Equipos

2. Mediciones de Satisfacción en el Trabajo

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que participaron médicos de las unidades de salud de la Estrategia Salud de la Familia - ESF, al que se aplicó un cuestionario semi-cerrado y anónimo, evaluando diversas áreas de interés.

Esta investigación cobra importancia a medida que los equipos de salud de la familia se convierten en organizadores de la demanda y, principalmente, en agentes de transformación social, siendo importante mencionar que la satisfacción profesional como actitud puede abarcar todo el contenido funcional o solo una parte del mismo.

Además, como toda actitud, suele manifestarse en un momento determinado, pero como se basa en una evaluación dinámica, puede cambiar con el tiempo, y su proceso de deterioro se da mucho más rápido que el tiempo necesario para desarrollar una actitud positiva (Ramos, 2015).

El diseño que se utilizará en esta investigación se denomina investigación en terreno, desde donde se estudiarán los fenómenos en el contexto natural en el que se producen.

Las fuentes se pueden considerar como primaria, ya que la investigación se realizará a partir de cuestionarios presentados directamente a los profesionales y, por lo tanto, la búsqueda de los datos necesarios para las investigaciones es de primera mano.

En esta encuesta se utilizarán escalas de valoración de opinión, denominada Escala Likert, que consta de intervalos considerados iguales, que señala un gradiente de posiciones desde la más desfavorable (0) a la más favorable a determinadas preguntas (10), pasando por punto neutro (5), que sigue, de acuerdo con Marconi y Lakatos (1986):

- a) Elaboración de un cierto número de afirmaciones que el investigador considere que tienen relación directa o indirecta con temas sobre los cuales se deben conocer las opiniones y actitudes de los entrevistados;
- b) Presentación de las afirmaciones a los entrevistados, pidiéndoles que propongan su opinión sobre cada uno de ellos, que puede variar desde la aprobación total, pasando por la simple aprobación, neutralidad, desaprobación y desaprobación total. Cada punto de esta graduación recibe un valor que varía de 0 a 10. En el caso del instrumento utilizado en este trabajo, lo que queremos medir es el sentimiento de satisfacción / insatisfacción de los entrevistados en el trabajo en la ESF, para que cualquiera pueda establecer valores de 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 correspondientes al valor más bajo a la insatisfacción más completa y al valor más alto a la satisfacción más completa;
- c) Cada entrevistado recibe un puntaje individual global (puntaje total para cada individuo), que es el resultado de la suma de los puntos que obtuvo, según los niveles de aprobación o desaprobación, en el caso de esta encuesta, de satisfacción o insatisfacción;

Se analiza, a continuación, las afirmaciones que recibieron mayor aprobación / satisfacción y aquellas que recibieron menor aprobación / insatisfacción de los entrevistados, sumando los puntos, que se denominan puntuación total de cada afirmación. Al final es posible saber cuántas personas presentan la mayor satisfacción o insatisfacción, y qué características reciben la menor aprobación / desaprobación o los mayores sentimientos de satisfacción o insatisfacción en el trabajador de la ESF.

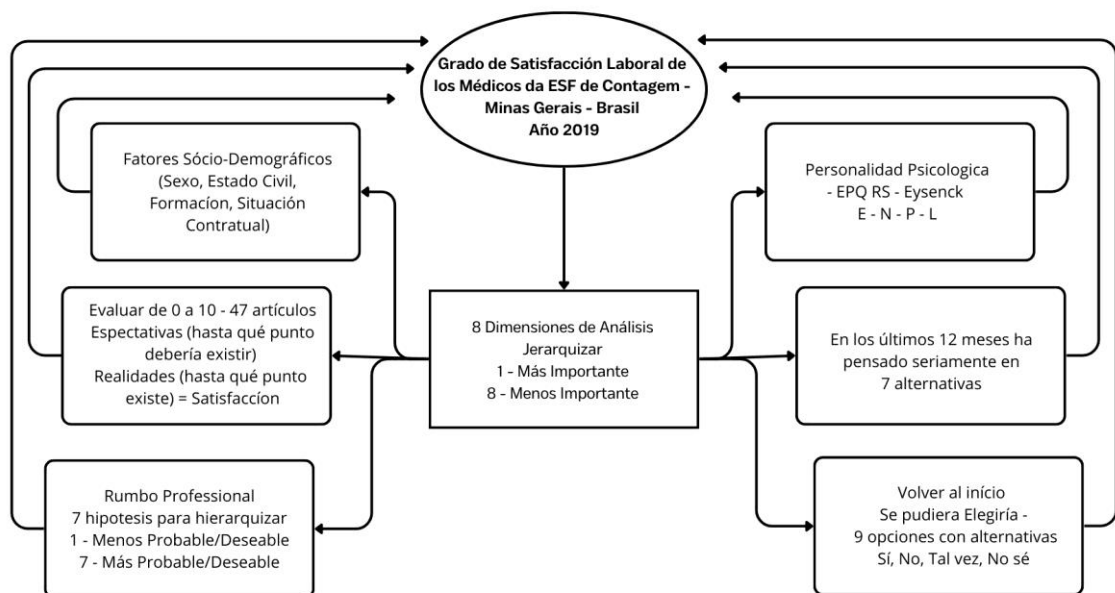
3. Objetivos e Hipótesis

Esta investigación tiene como objetivo conocer el grado de satisfacción laboral de los médicos en las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia – ESF en la ciudad de Contagem.

Se pretende obtener una valoración estadísticamente representativa de las posibles variables que contribuyen a la satisfacción laboral, determinando cuáles son los aspectos importantes y cuáles están implícitos en la satisfacción de la población evaluada que contribuyen a la satisfacción laboral.

El diagrama de flujo siguiente dibuja el desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta cada una de las perspectivas, teniendo como hilo conductor las ocho Dimensiones de Análisis (Fig. 2),

Figura 2 – Diagrama de Flujo de la investigación



Fuente: Elaboración propia

Dentro de esta lógica, se busca dar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la satisfacción para los médicos de la EFS de Contagem?
- ¿Qué factores emocionales valoran más?
- ¿Qué dimensiones contribuyen más a la satisfacción?

- ¿Qué intenciones de comportamiento formulan estos profesionales?
- ¿El rasgo de personalidad interfiere con la satisfacción?

Este estudio tiene objetivos específicos:

- Establecer una jerarquía de dimensiones de satisfacción profesional de los médicos en la Estructura de Salud de la Familia de Contagem;
- Determinar la satisfacción profesional de los médicos en la Estrategia Salud de la Familia de Contagem, basada en un modelo de discrepancia entre expectativas (lo que debería existir) y resultados (lo que realmente existe);
- Identificar los factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, titulación académica, situación contractual, antigüedad en la profesión, antigüedad en el servicio) que pueden influir en la satisfacción laboral.
- Analizar cómo la estructura municipal de salud se preocupa por el tema y cómo se busca promover esta satisfacción no solo para los usuarios, sino también para los profesionales médicos de esta ESF.

Dentro de esta línea, buscamos respuesta a las siguientes hipótesis:

- La satisfacción laboral es diferente según el género
- La satisfacción laboral es diferente según la situación contractual
- La satisfacción profesional es diferente según el tiempo de trabajo en la ESF
- La satisfacción laboral es diferente según si el médico pensó en pedir la rescisión del contrato
- La actitud del médico hacia la profesión, si pudiera volver al principio, influye en la satisfacción laboral
- La actitud del médico hacia la opción que considera más probable o más deseada, dada la dirección que puede tomar su trayectoria profesional, influye en la satisfacción profesional.
- El perfil psicológico del profesional médico influye en su satisfacción en trabajar en la ESF de Contagem.

4. Variables de la Investigación

Las variables a estudiar son:

Variables dependientes

Satisfacción laboral:

A - Dimensión de autonomía y poder

B - Dimensión de salud y condiciones laborales

C - Dimensión de realización personal y profesional y desempeño organizacional

D - Dimensión de relaciones laborales y apoyo social

E - Dimensión de la relación profesional / usuario

F - Dimensión de remuneración

G - Dimensión de seguridad en el empleo

H - Dimensión de estatus y prestigio

Variables independientes

Género

Edad

Estado Civil

Habilitaciones Académicas

Situación Contractual

Tiempo de Graduación

Tiempo en la Profesión

Tiempo en la ESF

5. La Muestra

La muestra de la investigación está compuesta por 111 médicos de un total de 130 posibles puestos existentes al momento de la investigación, ya que hubo 5 negativas a participar, por diversas denuncias y los 14 puestos médicos restantes estaban, en ese momento, sin un profesional médico, es decir, no había ningún médico en activo, ya sea por caducidad del contrato, bien por baja laboral por enfermedad médica, bien por cese del cargo por parte del profesional.

Estos 111 profesionales médicos corresponden a un porcentaje del 85,38% para una desviación estándar de 7,07%, con nivel de confianza del 95%.

6. Tratamiento Estadístico de los datos

En este estudio de investigación el tratamiento de los datos fue efectuado a través de los programas SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 25.0.0.0 e Microsoft Excel, versión 2010.

Entre las técnicas estadísticas aplicadas destacan las frecuencias absolutas (n) y relativas (%), las medidas de tendencia central, a saber, media aritmética (\bar{x}), mediana (Md) y moda (Mo), medidas de dispersión o variabilidad, tales como es decir, el valor mínimo (x_{\min}), el valor máximo (x_{\max}) y la desviación estándar (dp). También se calcularon coeficientes, como el alfa de Cronbach (α) y la correlación de Pearson (r) y se utilizaron pruebas de hipótesis.

Específicamente, prueba t de Student para diferencia de medias para grupos independientes, prueba ANOVA de una vía, prueba de significación del coeficiente de correlación de Pearson y también prueba de Kolmogorov-Smirnov, como prueba de normalidad.

Para la aplicación del ANOVA se utilizó un recurso estadístico desarrollado por SPSS, el cual realiza un bootstrapping, un procedimiento de re muestreo en el que el programa selecciona aleatoriamente algunos elementos de la muestra y los elimina, reemplazándolos por otros elementos de la duplicación de algunos elementos restantes de la muestra, también elegidos al azar. Este proceso se repite mil veces, asegurando que, mediante el proceso aleatorio utilizado, se producirá un ajuste de la curva muy próximo a la curva normal; a continuación, se realiza una corrección como la de Welch, haciendo que la muestra asuma características de una muestra con distribución Normal y con Homogeneidad de variancias.

La elección de las pruebas paramétricas se justifica por el carácter cuantitativo de la variable central del estudio y el hecho de que tiene una distribución normal, como lo demuestran los resultados de la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

En todas las pruebas, se ha definido el valor 0,050 para el nivel máximo de significancia, es decir, para la probabilidad máxima aceptable de ocurrencia del error tipo I.

7. Los Instrumentos para recolección de la Información

Toda la información fue recolectada individual y personalmente por el investigador, mediante la programación de una entrevista, con anticipación, vía telefónica o correo electrónico.

En cada oportunidad se explicó la intención de la investigación y se demostró los procedimientos para contestar correctamente, los ítems de cada cuestionario, dilucidando las dudas que eventualmente aparecieron durante el proceso de cumplimentación de los distintos ítems de los cuestionarios.

LOS CUESTIONARIOS

8. La Satisfacción

La encuesta de satisfacción, que fue adaptada del Graça original (1999), obtenida de una consulta electrónica en Internet, ha sido validada por un experto especialista y aplicada a nivel mundial como instrumento para medir el grado de satisfacción laboral, ofreciendo un instrumento adecuado para asegurar la validez y confiabilidad de los datos recopilados, garantizar el anonimato y presentar, de manera uniforme, las encuestas a los participantes.

Este instrumento, aprobado por el Ministerio de la Salud de Portugal, fue concebido para medir el grado de discrepancias entre expectativas y recompensas, intrínsecas y extrínsecas que los profesionales de salud de los Centros de Salud obtienen en el desempeño de sus funciones, así como para contribuir a definir e interpretar el perfil de satisfacción de estos profesionales y, en definitiva, utilizar la satisfacción profesional como indicador de la evaluación de la calidad organizativa de las Unidades de Salud.

8.1 Cuestionario de Evaluación de Satisfacción Laboral

El cuestionario original consta de tres partes: la primera relativa al grado de importancia atribuida a las diferentes dimensiones de la satisfacción profesional; la segunda sobre expectativas, resultados y la diferencia entre ellos; y una tercera en la que se realiza una caracterización socio-demográfica e intenciones comportamentales.

El instrumento aplicado es un cuestionario de respuesta directa y cerrada, a excepción de la tercera parte que tiene algunas preguntas de respuestas abiertas, sin embargo todas ellas con una explicación que las antecede, dando la forma de proceder para llenar los espacios de respuestas.

La primera parte se compone de un marco establecido, luego de describir y presentar las dimensiones de satisfacción profesional, se le pide que asigne un valor a cada dimensión, en una escala del 1 al 8, sin repetir cualquiera de los números, a fin de ordenar las dimensiones de la satisfacción profesional en términos de importancia motivacional y caracterizar sus expectativas con respecto a su profesión, siendo el número 1 el más importante y el número 8 el menos importante (Cuadro 3).

Cuadro 3 - Dimensiones de la satisfacción profesional y los respectivos ítems presentados en la escala de satisfacción profesional para ordenar

Dimensión	Concepto	Ordenación
A. AUTONOMÍA & PODER	Margen de poder y de libertad que el profesional de salud tiene en el ejercicio de sus funciones, dentro de los límites impuestos por la especificidad de prestación de cuidados de salud, de la organización e del sistema de salud donde se encuentra (en este caso, unidades de la ESF de Contagem). Incluye la oportunidad de participar en la organización y funcionamiento de los servicios (por ej.: la elaboración y evaluación de plan de actividad de salud).	
B. CONDICIONES DE TRABAJO & SALUD	Incluye: (a) el entorno físico y psicosocial de trabajo con implicaciones para la salud, la seguridad y bienestar físico, mental y social de los trabajadores de la unidad de salud; (b) la existencia de servicios, programas y actividades orientados a la prevención de los riesgos profesionales, la vigilancia y la promoción de la salud (por ej.: tener medios, a nivel individual y colectivo, para proteger su salud y la de sus colegas); (c) el nivel de formación e información en ámbito de la Seguridad, la Higiene y la Salud en el Trabajo (SH&ST).	

C. REALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL & DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL	Materialización de las posibilidades de desarrollo personal y profesional, lo que si deriva en gran medida de las oportunidades y desafíos planteados por la organización donde se trabaja, de la profesión que se tiene (o de la carrera), del contenido y de la organización del trabajo etc. La realización personal y profesional está, así, asociada al propio desempeño organizacional de la unidad de la ESF (y del propio SUS como un todo).	
D. RELACIÓN PROFESIONAL/ USUARIO	Básicamente las interacciones humanas positivas que se establece entre los profesionales e los usuarios de la Unidad de la ESF (individuales e familiares), incluyendo la relación terapéutica.	
E. RELACIONES DE TRABAJO & SUPORTE SOCIAL	El conjunto de las relaciones de trabajo (jerárquicas, funcionales e cooperativas) que los profesionales de la salud establecen entre sí, a nivel interno e externo. Incluye el soporte social que pueden (y deben) ser dados pela dirección de la unidad de la ESF, por los pares e demás compañeros de trabajo.	
F. REMUNERACIÓN	Las recompensas extrínsecas con expresión pecuniaria, directa (en efectivo) o indirecta (en géneros) que el profesional de la salud recibe por las funciones que ejerce, incluyendo el salario base e otras remuneraciones complementarias (por ej.: horas extras, auxilio de costeo). Incluye la percepción de la equidad de esas recompensas en función del desempeño, de la calificación etc.	
G. SEGURANZA EN EL EMPLEO	La garantía de estabilidad en relación no solo a la función (o cargo) que actualmente desempeña en la unidad de la ESF sino en relación al futuro de su carrera profesional y de su vínculo al SUS.	
H. ESTATUS & PRESTIGIO	Lo prestigio socio profesional que deriva de la profesión, de la carrera profesional e de la organización donde trabaja, incluyendo la autoestima, la consideración manifiesta por los usuarios, la imagen externa de la unidad ESF etc.	

La segunda parte contiene una escala con 47 preguntas (cuadro 4), dispuestas en orden aleatorio, que representan las diferentes dimensiones de la satisfacción profesional y los participantes deben responder, en cada caso, evaluando dos situaciones: A - ¿Hasta qué punto debe haber?, son expectativas; y B - ¿Hasta qué punto está ahí?, son Realidad.

Con estas características, se pretende determinar la percepción de expectativas, deseos y preferencias (E) y la percepción de resultados o recompensas (R) que el participante obtiene en la realidad y que pueden estar por debajo de las expectativas, y que la satisfacción (S) se obtiene de a través de la diferencia encontrada entre los puntajes resultantes de las respuestas (E - R), considerando que cuando $R > E$, la diferencia siempre es igual a cero.

Cuadro 4 – Escala de las 47 preguntas del cuestionario de Graça

Cuestiones A e B	A	¿Hasta qué punto debería existir?
Ítems de 1 a 9	B	¿Hasta qué punto existe?
1 – La convicción íntima de que vale realmente la pena una persona se esfuerce y dar lo mejor de sí en esta unidad ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
2 – La independencia y la autonomía (aunque tutelada) indispensable para el ejercicio de mis funciones (por ej.: médico guardia).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
3 – La seguridad en el empleo, la posibilidad de pertenecer en el futuro a la plantilla de personal de la organización donde trabajo.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
4 – La certeza de que estoy usando y desarrollando mis conocimientos con competencia.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
5 – El alto espíritu de equipo que une todas las personas que trabajan conmigo en esta unidad ESF, independientemente de su profesión o carrera.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
6 – El reconocimiento que gozo, entre las personas de mis relaciones (amigos, familiares y otros), debido al estatus de mi profesión o carrera.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
7 – La convicción íntima de que vale realmente la pena una persona se esfuerce y dar su mejor esfuerzo en esta unidad ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
8 – El sentimiento de que estoy dando una contribución importante para el logro de la misión y de los objetivos asignados a esa unidad ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
9 – La oportunidad de tener, en mi lugar de trabajo, verdaderos amigos e no solo colegas o simples conocidos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Cuestiones A e B	A	¿Hasta qué punto debería existir?
Ítems de 10 a 22	B	¿Hasta qué punto existe?
10 – La confianza que tengo en la capacidad de innovación y cambio de los profesionales de salud que trabajan conmigo en el SUS, en general, y en esta unidad ESF, en particular.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
11 – El confort y el bienestar que me proporcionan las condiciones de trabajo en esta unidad ESF (por ej.: equipamientos, gabinetes y demás instalaciones, estacionamiento)	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
12 – La disponibilidad de recursos esenciales, en particular humanos y técnicos, para poder desempeñar bien mis funciones (incluyendo material consumible).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
13 – El alta autoestima que siento por mi trabajo y el que pueda ejercer en esta unidad da ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
14 – El margen de libertad que tengo para planear, organizar, ejecutar e evaluar mi trabajo diario.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
15 – La percepción de estar relativamente bien pagado, en comparación con otros funcionarios públicos con cualificaciones y responsabilidades equivalentes a las mías.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
16 – La garantía de estabilidad en relación a mi futuro profesional, por el hecho de trabajar en la unidad da ESF a la que pertenezco.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
17 – La cooperación y la colaboración con que puedo contar por parte de mis colegas de profesión o carrera.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
18 – La oportunidad de formación continua y de desarrollo que tengo aquí, en el ámbito de mi profesión o carrera.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
19 – El respeto, la confianza y el aprecio que los usuarios de esta unidad de ESF me manifiestan (o, por lo menos, aquellos con quienes tengo contacto, por ej., en la atención y en las consultas).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
20 – La percepción de que la dirección de esta unidad ESF da el ejemplo a los demás profesionales, trabajando en equipo y haciendo una gestión por objetivos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
21 – La percepción de estar relativamente bien pagado, teniendo en cuenta el régimen de trabajo (___ horas semanales).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
22 – El apoyo con que puedo contar por parte de mi superior, sobre todo en los momentos difíciles en que una persona necesita más ayuda.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Cuestiones A e B	A	¿Hasta qué punto debería existir?
Ítems de 23 a 35	B	¿Hasta qué punto existe?
23 – La garantía de que mi unidad de ESF o mi unidad de salud regional tiene una política efectiva de protección de la salud y de la seguridad de los profesionales que trabajan aquí.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
24 – El debido reconocimiento de mi desempeño profesional, por parte de mi jefatura jerárquica o funcional.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
25 –El apoyo con que puedo contar por parte de los elementos de mi equipo, sobre todo en los momentos difíciles en que una persona necesita más ayuda.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
26 – La posibilidad efectiva y concreta de participar en la concepción, planificación, implantación y evaluación de los programas y actividades de la unidad de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
27 – La cooperación y colaboración con que puedo contar por parte de colegas de otras profesiones o carreras.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
28 – La adecuada protección contra los riesgos profesionales de naturaleza física, química y/o biológica, a los que estoy expuesto en mi local de trabajo.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
29 – La clara definición de competencias e responsabilidades entre los diferentes servicios, unidades y equipos, con el fin de evitar fallas de comunicación y conflictos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
30 – La posibilidad de participar en la toma de decisión y resolución de problemas importantes para mejorar la organización y funcionamiento de la unidad de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
31 – La oportunidad de conocer y satisfacer de manera efectiva y concreta las necesidades y las expectativas (de salud o de información) de los usuarios que me buscan.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
32 – El orgullo que siento por trabajar en una unidad de ESF con una buena imagen junto de la comunidad en que está insertada.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
33 – La expectativa de desarrollar aquí un proyecto profesional más estimulante, interesante y creativo que en otros lugares que conozco.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
34 – La percepción de que mi papel y mis competencias son debidamente comprendidos, reconocidos y aceptados por los demás profesionales.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
35 – La garantía de calidad de los cuidados y/o servicios que son prestados a los usuarios de esta unidad de ESF, por mí y por los demás profesionales que aquí trabajan.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Cuestiones A e B	A	¿Hasta qué punto debería existir?
Ítems de 36 a 47	B	¿Hasta qué punto existe?
36 – El sentimiento de orgullo por integrar un equipo de salud tan competente y comprometida como el mío.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
37 – La adecuada prevención de situaciones que puedan provocar riesgos de estrés en el trabajo (por ej.: conflictos en el equipo, violencia del usuario, exceso de trabajo).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
38 – La confianza que siento en el futuro del SUS, en general, en mi profesión o carrera, en particular.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
39 – La percepción de que la supervisión de mi trabajo es adecuada, flexible y basada en criterios de confianza, responsabilidad y transparencia.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
40 – La certeza de que mis tareas tienen un contenido rico, variado y exigente, sin poner en peligro mi salud y bienestar.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
41 – La oportunidad efectiva y concreta de prestar, a los usuarios de la unidad de ESF, verdaderos cuidados (y/o servicios) integrados, continuados y personalizados.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
42 – La cooperación y la colaboración con que puedo contar, por parte de otros profesionales de la salud fuera de la unidad de ESF (por ej. en los servicios centrales y regionales).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
43 – La cooperación y colaboración con que puedo contar, por parte de los usuarios con quienes tengo contacto (por ej. consultas, en la atención en urgencia y apoyo al internamiento).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
44 – La oportunidad de participar en programas y actividades de salud, integrado en equipos multidisciplinares y pluriprofesionales.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
45 – La percepción de estar relativamente bien pagado, venido a trabajar y vivir en el municipio al que pertenece la unidad de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
46 – El entusiasmo con el que he vivido los cambios que han sido, están o van ser introducidos en el ámbito de la mejora de la estructura de las unidades de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
47 – La gestión adecuada de mi tiempo de trabajo, teniendo en cuenta las solicitudes a las que estoy sujeto diariamente (por ej. teléfono, reuniones, consultas).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario de Graça (1999)

En la parte I y la parte II, como se mencionó anteriormente, se presentan las dimensiones de satisfacción laboral y los respectivos ítems que se muestran en la escala de satisfacción laboral, evaluados de la siguiente manera, como se especifica en lo Cuadro 5 –

Dimensiones de la satisfacción profesional y los respectivos ítems presentados en la escala de satisfacción profesional y Tabla 1 – Resumen de dimensiones y consistencia Interna α (alfa de Cronbach):

Cuadro 5 – Dimensiones de la satisfacción profesional y los respectivos ítems presentados en la escala de satisfacción profesional.

DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL	ARTÍCULO DA ESCALA DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL
<p style="text-align: center;">A – AUTONOMÍA Y PODER</p>	<p>2 – Independencia y autoconfianza (aunque protegida), imprescindibles para el ejercicio de mis funciones (p. ej. Médico de guardia).</p> <p>12 – La disponibilidad de recursos esenciales, especialmente humanos y técnicos, para poder realizar bien mis funciones (incluido material consumible).</p> <p>14 – El margen de libertad que tengo para planificar, organizar, ejecutar y evaluar mi trabajo diario.</p> <p>26 – La disponibilidad efectiva y concreta para participar en la concepción, planificación, implementación y evaluación de programas y actividades en la unidad de la ESF.</p> <p>29 – La clara definición de competencias y responsabilidades entre los diferentes servicios, unidades y equipos, con el fin de prevenir fallas y conflictos de comunicación.</p> <p>30 – La posibilidad de participar en la toma de decisiones y resolución de problemas importantes para mejorar la organización y funcionamiento de la unidad de la ESF.</p> <p>34 – La percepción de que mi rol y mis habilidades son adecuadamente entendidas, reconocidas y aceptadas por otros profesionales.</p> <p>39 – La percepción de que la supervisión de mi trabajo es adecuada, flexible y basada en criterios de confianza, rendición de cuentas y transparencia.</p> <p>44 – La oportunidad de participar en programas y actividades de salud, integrados en equipos multidisciplinarios y multidisciplinares.</p> <p>47 – La adecuada gestión de mi tiempo de trabajo, teniendo en cuenta las solicitudes a las que me someto a diario (p. ej. teléfono, reuniones, consultas).</p>
<p style="text-align: center;">B – CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD</p>	<p>11 – La comodidad y el bienestar que brindan las condiciones de trabajo en esta unidad ESF (por ejemplo, equipos, oficinas y otras instalaciones, estacionamiento).</p> <p>23 – La garantía de que mi unidad ESF o mi unidad de salud regional tiene una política eficaz para proteger la salud y seguridad de los profesionales que aquí laboran.</p> <p>28 – Protección adecuada frente a los riesgos profesionales de carácter físico, químico y / o biológico, a los que estoy expuesto en mi lugar de trabajo.</p> <p>37 – Prevención adecuada de situaciones que puedan generar riesgos de estrés en el trabajo (p. ej., Conflictos de equipo, violencia de los usuarios, exceso de trabajo)</p>

	<p>40 – La certeza de que mis tareas tienen un contenido rico, variado y exigente, sin comprometer mi salud y bienestar.</p>
<p>C – REALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL Y DESEMPEÑO DE LA ORGANIZACIÓN</p>	<p>1 – La íntima convicción de que realmente vale la pena que una persona haga todo lo posible en esta unidad de la ESF.</p> <p>4 – La certeza de que estoy utilizando y desarrollando mis conocimientos con competencia.</p> <p>8 – La sensación de que estoy haciendo una contribución importante al cumplimiento de la misión y los objetivos asignados a esta unidad de la ESF.</p> <p>10 – La confianza que tengo en la capacidad de innovación y cambio de los profesionales de la salud que trabajan conmigo en el SUS, en general, y en esta unidad de la ESF, en particular.</p> <p>18 – La oportunidad de formación y desarrollo continuo que tengo aquí, en el ámbito de mi profesión o carrera.</p> <p>20 – La percepción de que la dirección de esta unidad de la ESF es un ejemplo para otros profesionales, trabajando en equipo y gestionando por objetivos.</p> <p>24 – El debido reconocimiento a mi desempeño profesional, por parte de mi liderazgo jerárquico o funcional.</p> <p>33 – La expectativa de desarrollar un proyecto profesional más estimulante, interesante y creativo aquí que en otros lugares que conozco.</p> <p>36 – El sentimiento de orgullo de formar parte de un equipo de salud tan competente y comprometida como el mío.</p> <p>46 – El entusiasmo con el que he experimentado los cambios que se han introducido, están o se introducirán en el contexto de la mejora de la estructura de las unidades de la ESF.</p>
<p>D – RELACIÓN PROFESIONAL/ USUARIO</p>	<p>19 – El respeto, la confianza y el aprecio que me muestran los usuarios de esta unidad del FSE (o, al menos, aquellos con los que trato, por ejemplo, en la asistencia y consultas).</p> <p>31 – La oportunidad de conocer y atender de manera efectiva y concreta las necesidades y expectativas (en cuanto a salud o información) de los usuarios que acuden a mí.</p> <p>35 – La garantía de calidad de la atención y / o servicios que se brindan a los usuarios de esta unidad de la ESF, por mí y por los demás profesionales que aquí laboramos.</p> <p>41 – A oportunidad efetiva e concreta de prestar, aos usuários da unidade de ESF, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados.</p> <p>43 – La cooperación y colaboración con la que puedo contar, por parte de los usuarios con los que trato (por ejemplo, consultas, atención de emergencia y apoyo hospitalario).</p>
<p>E – RELACIONES DE TRABAJO Y SUPORTE SOCIAL</p>	<p>5 – El alto espíritu de equipo que une a todas las personas que trabajan conmigo en esta unidad de la ESF, independientemente de su profesión o carrera.</p> <p>9 – La oportunidad de tener en mi lugar de trabajo verdaderos amigos y no solo compañeros o simples conocidos.</p> <p>17 – La cooperación y colaboración con la que puedo contar de mis compañeros profesionales o de carrera.</p> <p>22 – El apoyo con el que puedo contar con mi superior, sobre todo en los momentos difíciles cuando una persona necesita más ayuda.</p> <p>25 – El apoyo con el que puedo contar de los miembros de mi equipo, especialmente en tiempos difíciles cuando una persona necesita más ayuda.</p> <p>27 – La cooperación y colaboración con la que puedo contar con colegas de</p>

	<p>otras profesiones o carreras.</p> <p>42 – La cooperación y colaboración con la que puedo contar, por parte de otros profesionales de la salud fuera de la unidad de la ESF (por ejemplo, en los servicios centrales y regionales).</p>
F – REMUNERACIÓN	<p>7 – La percepción de <i>estar relativamente bien remunerado(a)</i>, considerando el nivel de mi desempeño profesional (calidad y cantidad de mi trabajo).</p> <p>15 – La percepción de <i>estar relativamente bien remunerado(a)</i> en comparación con otros funcionarios públicos con calificaciones y responsabilidades equivalentes a las mías.</p> <p>21 – La percepción de <i>estar relativamente bien remunerado (a)</i>, teniendo en cuenta el régimen de trabajo (____ horas semanales).</p> <p>45 – La percepción de <i>estar relativamente bien remunerado(a)</i>, venir a trabajar y vivir en el municipio al que pertenece la unidad ESF.</p>
G – SEGURIDAD EN EL EMPLEO	<p>3 – Seguridad laboral, la posibilidad de ser miembro de la organización donde trabajo en el futuro.</p> <p>16 – La garantía de estabilidad en relación a mi futuro profesional, por el hecho de trabajar en la unidad de la ESF a la que pertenezco.</p> <p>38 – La confianza que siento en relación al futuro del SUS, en general, en mi profesión o carrera, en particular.</p>
H – ESTATUS Y PRESTIGIO	<p>6 – El reconocimiento que disfruto, entre las personas de mis relaciones (amigos, familiares y otros), por el estatus de mi profesión o carrera.</p> <p>13 – El alta autoestima que siento, debido al trabajo que hago y al trabajo que puedo hacer en esta unidad de la ESF.</p> <p>32 – El orgullo que siento por trabajar en una unidad de la ESF con una buena imagen con la comunidad en la que opera.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1 – Resumen de dimensiones – artículos – número de artículos y resultados de la consistencia interna de los elementos relacionados con la dimensiones x expectativas, realidades y satisfacción (Exp – Rea = Sat)

DIMENSIÓN	ARTÍCULO	N	EXP (E)	REA (R)	SAT (S)
A – AUTONOMÍA & PODER	2 – 12 – 14 – 26 – 29 – 30 – 34 – 39 – 44 – 47	10	0,900	0,865	0,854
B – CONDICIONES DE TRABAJO & SALUD	11 – 23 – 28 – 37 – 40	5	0,771	0,783	0,805
C – REALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL & DESEMPEÑO DE LA ORGANIZACIÓN	1 – 4 – 8 – 10 – 18 – 20 – 24 – 33 – 36 – 46	10	0,021	0,856	0,840
D – RELACIÓN PROFESIONAL / USUARIO	19 – 31 – 35 – 41 – 43	5	0,813	0,811	0,812
E – RELACIONES LABORALES Y APOYO SOCIAL	5 – 9 – 17 – 22 – 25 – 27 – 42	7	0,830	0,831	0,781
F – REMUNERACIÓN	7 – 15 – 21 – 45	4	0,903	0,909	0,904
G – SEGURIDAD EN EL EMPLEO	3 – 16 – 38	3	0,477	0,744	0,726
H – ESTATUS Y PRESTIGIO	6 – 13 – 32	3	0,400	0,566	0,540
TOTAL	1 a 47	47	0,222	0,960	0,957

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de verificar la confiabilidad de los resultados, se llevó a cabo una prueba de consistencia interna de este instrumento de medida, con el propósito de conocer y verificar si los ítems individuales o indicadores miden la desviación constructiva, la cual debe presentar una fuerte correlación.

El análisis de la Tabla 1 indica que hay consistencia interna entre las dimensiones establecidas para el conocimiento de la satisfacción de los profesionales médicos, exceptuando la dimensión C – Realización Personal y Profesional & Desempeño de la organización, que tuvo el valor de $\alpha = 0,021$, estando en el rango de $0 < \alpha < 0,20$, que es considerado pequeña, y en el total con el valor de $\alpha = 0,222$ en el rango de $0,21 < \alpha < 0,40$, que es considerado razonable. Los valores restantes se sitúan en rangos que van de moderado a casi perfecto, conforme el Cuadro 6 – Rango de valores para la coherencia de los datos internos.

Cuadro 6 – Rango de valores para la coherencia de los datos internos

α de Cronbach – Consistència interna	Clasificación de la consistencia
$0 < \alpha < 0,20$	Pequeña
$0,21 < \alpha < 0,40$	Razonable
$0,41 < \alpha < 0,60$	Moderada
$0,61 < \alpha < 0,80$	Sustancial
$0,81 < \alpha < 1,00$	Casi perfecta

Fuente: Landris, J. R; Koch, G. G. (1977) *The measurement of observer Agreement for categorical data*. Biometrics 33:159.

8.2 La Personalidad en la satisfacción

El concepto de personalidad es un concepto fundamental en Psicología, como ciencia que estudia el comportamiento humano, habiendo sido utilizado muchas veces como expresión de lo que es único e individual de una persona (Loevinger, 1987), lo que la persona demuestra a los demás, es decir, su fachada social (Sherman, 1979).

Según Loevinger (1987), el estudio de la personalidad tiene su origen en la evaluación de las numerosas diferencias individuales que resultan de la observación sistemática y regular del comportamiento de los individuos, defendiendo la idea de que el estudio de las diferencias

individuales es originario del darwinismo, al demostrar que la variación de los individuos dentro de una misma especie juega un papel fundamental en su evolución.

Solo en el siglo XX (Singer, 1984), tras la aparición de los testes psicológicos, que se utilizan en el estudio de la personalidad, es que la personalidad empieza a tener una forma más objetiva y cuantificable.

En la concepción de Eysenck (1990), la personalidad es la organización más o menos estable y permanente del carácter, temperamento, inteligencia y aspectos físicos de un individuo, lo que determina su adaptación única al medio.

El personaje traducirá la conducta intencional y voluntaria, el temperamento, a su vez, traducirá la conducta afectiva, la inteligencia y la conducta cognitiva y, finalmente, los aspectos físicos que estarán relacionados con la configuración corporal y las bases neuroendocrinas.

Hans Eysenck, un investigador convicto, como se consideraba a sí mismo, creía que solo su método científico le permitiría obtener una comprensión adecuada del ser humano, y como estadístico, entendió que los métodos matemáticos eran esenciales, así como las explicaciones fisiológicas que eran las únicas que tenían validación científica (Correia, 2014).

Continuando con sus análisis, Correia (2014) escribe que en la perspectiva de Eysenck, la personalidad es la organización más o menos estable y duradera del carácter, el temperamento, el intelecto y los componentes físicos de una persona, lo que determina su adaptación única al entorno ambiente; considerando también que el personaje evidencia el sistema más o menos estable y duradero de conducta conativa (voluntad) del sujeto; el temperamento, su conducta afectiva (emoción); el intelecto, la conducta cognitiva (inteligencia) y los aspectos físicos, su configuración corporal y su dotación neuroendocrina.

Según la teoría de Eysenck, los tipos básicos de personalidad se definen en su sistema por tener las siguientes características:

- Extroversión (escala "E") - sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, búsqueda de sensaciones, despreocupación, dominio y tendencia a la aventura.
- Emoción (escala de neuroticismo "N") - ansiedad, depresión, culpa, baja autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza y labilidad emocional.

- Dureza (Psicoticismo escala “P”) - agresividad, frialdad afectiva, egocentrismo, impersonalidad, impulsividad, psicopatía y tendencia antisocial, falta de empatía, creatividad y rigidez.
- También cuenta con una escala Disimulo / Conformidad (escala “L”) que pretende medir la tendencia de algunas personas a falsear sus respuestas al cuestionario, tornándolas positivas, con la intención de presentarse como una persona socialmente adecuada

“Sería difícil pensar en cualquier ámbito de ambiciones y empeños humanos en el que las diferencias individuales en la personalidad sean de poca relevancia y en el que el grado de extraversión, emoción o dureza de una persona no sea de gran ayuda” (Eysenck 2001: 22).

Las diferentes dimensiones deben entenderse como un continuum que va desde un punto inferior a la escala, hasta un punto superior, con el fin de jerarquizar la prevalencia de las características que la caracterizan.

La extroversión está directamente relacionada con la excitación e inhibición del sistema nervioso central, a diferencia del neuroticismo que está más relacionado con la inestabilidad o labilidad del sistema nervioso autónomo.

El neuroticismo / emotividad se distingue por un conjunto de características de personalidad que abarcan ansiedad, depresión, vulnerabilidad psicológica y hostilidad, y la señal principal de los neuróticos es una preocupación constante por las cosas que pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad cuando se trata de estas hipótesis, a diferencia de los individuos más estables que rápidamente regresan a la línea de base después de mucha excitación emocional.

El psicoticismo / aspereza se caracteriza por un conjunto de factores relacionados con el temperamento, como la impulsividad, el cinismo, la frialdad, las actitudes antisociales, la afabilidad reducida y la búsqueda de sensaciones estimulantes.

Comprender la personalidad humana no es sencillo, considerando la gran variedad y complejidad de los elementos que la estructuran, así como los múltiples determinantes de naturaleza biológica / psicológica y social, ya que el ser humano al nacer ya porta factores hereditarios cuya combinación dinámica con las múltiples influencias socio-psicológicas que

recibe del medio, determinarán la formación de su personalidad (Correia,2014), pero la evolución de los diversos modelos teóricos en el campo de la personalidad que resultan del perfeccionamiento de las técnicas y métodos de análisis psicométricos y estadísticos, ayudan a comprender la definición y la naturaleza de los diversos rasgos de la personalidad y la persona en su idiosincrasia.

Cuando se hace el análisis de la personalidad, según Bergamini (2005), la intención es describir y determinar las características extrínsecas e intrínsecas de los analizados, o sea, mostrar aquello que cada uno es a partir de aquello que cada uno muestra ser; y resulta que, como las personas son seres únicos, individuos, no habrá dos que sean iguales, aunque puedan ser clasificados en un mismo grupo psicológico.

Esas diferencias entre los individuos son promovidas no solo por los procesos mentales que son utilizados de manera preferencial en sus relaciones con el mundo interno y externo, sino también por las funciones desempeñadas en su vivir cotidiano.

Al relacionarse o interactuar con otros individuos, ya que el proceso de vida humano se desarrolla en sociedad, las posibilidades de esa relación o interacción pueden ocurrir de maneras variadas e, con eso, generar comportamientos introvertidos, extrovertidos, psicóticos, neuróticos, sentimentales, distorsionados, sinceros, o una gama de comportamientos derivados de la unión de dos o más de estos patrones de comportamiento, de acuerdo con las diversas corrientes psicológicas.

Sin embargo, la mayoría de las veces, se genera una forma de respuesta a esas demandas que se desarrollan como un patrón o función principal ya que, de acuerdo con Shelton (1997), citado por Parazini y Kanaane, los seres humanos son repetitivos, viendo el mundo como siempre lo han visto, con las creencias reforzando las percepciones y las percepciones reforzando las creencias, lo que genera un círculo vicioso, el cual puede ser roto cuando se acepta que, por medio del cerebro, se es coautor cuando se hacen las elecciones.

Según Yang (2012), la satisfacción del empleado en el trabajo tiene un impacto positivo en el comportamiento organizacional, ya que los sentimientos positivos de satisfacción influyen en el compromiso de la organización con su bienestar en el trabajo, generando como contrapartida identificación y lealtad funcionario-organización que, de esta forma, explicita la relación entre satisfacción en el trabajo y compromiso organizacional, contexto en que los funcionarios perciben como teniendo elevados niveles de apoyo del

grupo, mayor participación en la toma de decisiones, y más independencia en los procesos de trabajo, expresando grados más altos de satisfacción en el trabajo y más fuerte compromiso organizacional.

Continuando, Yang (2012) complementa diciendo que esa satisfacción en el trabajo, afectando el compromiso organizacional, se refleja en los cuidados con la salud de los empleados, condiciones de trabajo, salarios, mejoría en la carrera, instalaciones, seguridad en el trabajo y acciones sociales, y más fuerte compromiso organizacional, considerando, por eso, que la satisfacción en el trabajo tiene un antecedente en el compromiso organizacional y se percibe la satisfacción en el trabajo cuando asociada a aspectos del ambiente de trabajo.

De esta forma, se espera que la combinación de los datos obtenidos con las encuestas de satisfacción laboral junto con los obtenidos en la evaluación psicológica permita obtener resultados más precisos y cercanos a la realidad de los entrevistados y sus condiciones y expectativas reales.

8.3 Cuestionario de la Prueba de Personalidad de Eysenck (EPI)

La Encuesta de Personalidad de Eysenck (EPI) mide las dimensiones independientes de personalidades difusas, extroversión-introversión y el factor de neuroticismo / estabilidad, que representa la mayor parte de la varianza en el dominio de la personalidad y también hay una medida de deseabilidad social, en el cual se pretende evaluar la tendencia de los individuos a atribuirse actitudes / comportamientos con valores socialmente deseables y a rechazar en sí mismos la presencia de actitudes / comportamientos con valores socialmente indeseables, lo que se conoce como la valoración de la escala denominada “L”, Medida de la “Mentira Social / Deseabilidad”, constituyendo un elemento esencial para apreciar el nivel de sinceridad del sujeto en las respuestas que da al cuestionario.

Cada formulario contiene 48 ítems que contengan "Si / No", sin repetición de ítems, e incluye una escala de falsificación que brinda información para detectar distorsiones de respuestas.

Esta versión reducida de la Encuesta de personalidad de Eysenck - Formulario revisado y la versión abreviada de la Encuesta de personalidad de Eysenck - Formulario

revisado se derivó del cuestionario original de 1985 que S., Eysenck, H Eysenck y Barrett construyeron: CUESTIONARIO DA PERSONALIDADE DE EISENCK - REVISADO (EPQ-R, 100 ítems; Cuestionario de personalidad de Eysenck - Formulario revisado), la versión revisada de la EPQ, que da lugar a una versión reducida de la EPQ-R: el CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK REVISADO – CORTO (EPQ-RS , ambos con 48 ítems, 12 ítems por escala.

8.4 La Prueba de Eysenck

Para hacer la evaluación de las personalidades de los médicos fue utilizada el inventario da personalidad Eysenck Personality Questionnaire – Revised Short Scale (EPQ-RS), (Eysenck & Eysenck, 1996) una encuesta constituida por cuarenta ocho ítems de respuestas sí o no, que permiten evaluar las tres dimensiones básicas de la personalidad, compuesto por las sub escalas del Extroversión (E), Neuroticismo (N), Psicoticismo (P), además de la escala de veracidad de las respuestas o Sinceridad (L), siendo que cada una de las escalas es composta de 12 ítems de la encuesta (Cuadro 7).

Las cuestiones relativas à la Extroversión son asociadas a características como: sociable, vivaz, asertivo, buscador de sensaciones, despreocupado, dominante, espontaneo, aventurero. En esta escala valores elevados comprenden personas extrovertidas que presentan porcentuales elevados de las características, en cuanto puntuaciones bajas caracterizan personas introvertidas, o sea, porcentuales bajos de extroversión, siendo reservados, discretos e socialmente inhibidos.

El típico extrovertido es sociable, le gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesita hablar con la gente y no le gusta leer o estudiar solo. Anhela la animación, es arriesgado, actúa improvisadamente y generalmente es una persona impulsiva. Es aficionado a las bromas, siempre tiene una respuesta a punto y generalmente le gustan los cambios. Es despreocupado, condescendiente, optimista y le gusta reír e divertirse. Prefiere permanecer ocupado y tiende a perder los nervios rápidamente. En conjunto sus sentimientos nos están bajo un fuerte control y no siempre es una persona fiable.

El típico Introverso es tranquilo, retraído, introspectivo, aficionado a los libros más que a las personas. Es reservado y distante excepto con los amigos íntimos. Tiende a planificarlo todo, se lo piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos. No le gusta la animación, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control y no pierde los nervios fácilmente. Es fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

Para escala Neuroticismo, las cuestiones son asociadas a características como: ansioso, deprimido, sentimiento de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo. Las valoraciones bajas son características de personas con estabilidad emocional e pocas preocupaciones e son normalmente alegres e de elevada autoestima.

El típico alto “N” es ansioso, preocupado, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos e frecuentemente se siente deprimido. Probablemente duerme mal y sufre de varios trastornos psicósomáticos. Es muy emotivo, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a nivel emotivo. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional y, a veces, rígida. Es aprensiva y su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos.

La persona estable, por otro lado, tiende a responder emotivamente sólo de una forma suave y generalmente débil y vuelve a su línea base rápidamente después de una activación emocional. Habitualmente es calmada, emocionalmente equilibrada, controlada e poco aprensiva.

En el Psicoticismo las características son: agresivos, fríos, egocéntricos, impulsivos, antisociales, solitarias, baja empatía, alta creatividad, rígidos, problemáticos, hostiles, no se preocupan por el peligro, insensibles, problemáticos y son normalmente desplazados en cualquier lugar. Valores bajos determinan personas altruistas, altamente socializadas, empáticas, convencionales, reflexivas, cálidas, simpáticas, responsables y poco agresivas.

Una descripción de la persona alta en “P” es solitaria, le tiene sin cuidado la gente. A menudo es problemática y no encaja en ningún sitio. Puede ser cruel e inhumana e carece de sentimientos y empatía, siendo en general insensible. Es hostil con otros, incluso con su propia familia, y agresiva, incluso con los que la quieren. Le gustan las cosas inusuales y

extrañas y no le preocupa el peligro. Le gusta ridiculizar a otras personas y contrariarlas. Socialización es un concepto relativamente ajeno y la empatía, los sentimientos de culpa o la sensibilidad hacia las otras personas son nociones extrañas y nada familiares para ellos, siendo que estas personas también acostumbran a resaltar por su alta creatividad.

En la escala de Sinceridad se considera como una medida de disimulación, presentada en valores altos cuando se desea validarse hacia la sociedad. De acuerdo con Eysenck, esta dimensión es un trazo de conformismo social, pero valores muy elevados pueden significar conformismo social e disimulación. Pretende medir la tendencia de algunas personas al falseamiento positivo, tendencia que es especialmente marcada cuando el cuestionario se aplica bajo condiciones en las que el disimulo parecería apropiado.

Cuadro 7 - Items do Eysenck Personality Questionnaire Revised Scale - EPQ-RS

Extroversión (E)

Ítem	Pregunta
3	¿Eres una persona conservadora?
6	¿Eres una persona muy animada?
12	¿Tiende a mantenerse alejado de las situaciones sociales?
16	¿Te gusta salir a menudo?
22	¿Sueles tomar la iniciativa de hacer nuevos amigos?
25	En general, ¿solo estás en silencio cuando estás con extraños?
27	¿Puedes animar fácilmente una fiesta aburrida?
28	¿Te gusta contar anécdotas e historias divertidas a tus amigos?
31	¿Te gusta mezclarte con la gente?
39	¿Puedes organizar y conducir una fiesta?
46	¿Te gusta el ruido, la agitación y la emoción a tu alrededor?
47	¿La gente piensa que eres una persona dinámica?

Neuroticismo(N)

Ítem	Pregunta
2	¿Su estado de ánimo a menudo sufre altibajos?
4	¿A veces te sientes infeliz sin razón?
8	¿Eres una persona que se irrita fácilmente?
13	¿Con frecuencia te sientes molesto?
18	¿A menudo tienes sentimientos de culpa?
19	¿Dirías que eres una persona nerviosa?
20	¿Eres una persona sufriente?
24	¿Dirías que eres una persona tensa o muy nerviosa?
32	¿A menudo te sientes apático y cansado sin ninguna razón?
35	¿A menudo sientes que la vida es muy monótona?
41	¿Sufres de nervios?
42	¿Con frecuencia te sientes solo?

Psicoticismo (P)

Ítem	Pregunta
1	¿Para y piensa en las cosas antes de hacerlo?
9	¿No te importa lo que piensen los demás?
15	¿Los límites entre lo que es bueno y lo que es malo son menos claros para usted que para la mayoría de las personas?
17	¿Es mejor actuar a tu manera que seguir las normas sociales?
23	¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?
26	¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?
29	¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?
34	¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?
37	¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?
40	¿Sueles reflexionar antes de actuar?
44	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?
48	¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?

Sinceridad / Mentira (L)

Ítem	Pregunta
5	¿Alguna vez ha deseado tomar más de lo que le correspondía en una distribución?
7	Si dice que hará algo, ¿siempre guarda su estado de cuenta, independientemente de los inconvenientes que pueda causarle?
10	¿Alguna vez has culpado a alguien por algo que hiciste?
11	¿Son todos os sus hábitos buenos e deseables?
14	¿Alguna vez has recogido algo (incluso si era un alfiler o un botón) que pertenecía a otra persona?
21	¿Alguna vez has perdido algo que pertenecía a otra persona?
30	Cuando eras niño, ¿alguna vez te atreviste con tus padres?
33	¿Hiciste trampa en juego?
36	¿Alguna vez se aprovechó de alguien?
38	¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?
43	¿Siempre haces lo que dices?
45	¿Alguna vez llegaste tarde a una entrevista o al trabajo?

Fuente: Manual EPQ-RS de Eysenck/Eysenck - Hans J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck 2008

CAPÍTULO VI**9 – RESULTADOS**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la satisfacción de los profesionales médicos(as) de la Estrategia Salud de la Familia - ESF en la ciudad de Contagem, mediante la identificación de las dimensiones que la mayoría contribuyen a la satisfacción deseada y, por tanto, adaptan un instrumento diagnóstico útil, que puede

proporcionar una mejora en la satisfacción de estos profesionales así como en la Estrategia y calidad de la atención brindada a sus usuarios.

9.1 – Características sociodemográficas

En el análisis de las edades se observó que variaron entre 23 y 74 años, con una media de 37,24 años y con una desviación estándar de 12,355 años. También se encontró que el 36,04% tenía entre 25 y 30 años, seguido de un 18,92% que tenía entre 30 y 35 años y un 10,81% que pertenecía al grupo de edad de 35 a 40 años.

La mitad de los encuestados tenían, como máximo, 32 años (mediana de edad), conforme tabla 2.

Tabla 2 – Datos estadísticos de la edad de los profesionales médicos

N	111
Promedio	37,24
Mediana	32,00
Modo	26
Erro Desvío	12,355
Varianza	152,640
Mínimo	23
Máximo	74

Fuente: Elaboración propia

El profesional de mayor edad es un hombre y tiene 74 años, mientras que en el caso de las mujeres el profesional de mayor edad tiene 64 años; en el otro extremo, el profesional masculino y más joven tiene 24 años, mientras que el de la mujer tiene 23 años, conforme Tabla 3.

Tabla 3 - Frecuencia e porcentuales en rangos etarios de los profesionales médicos(as) e género

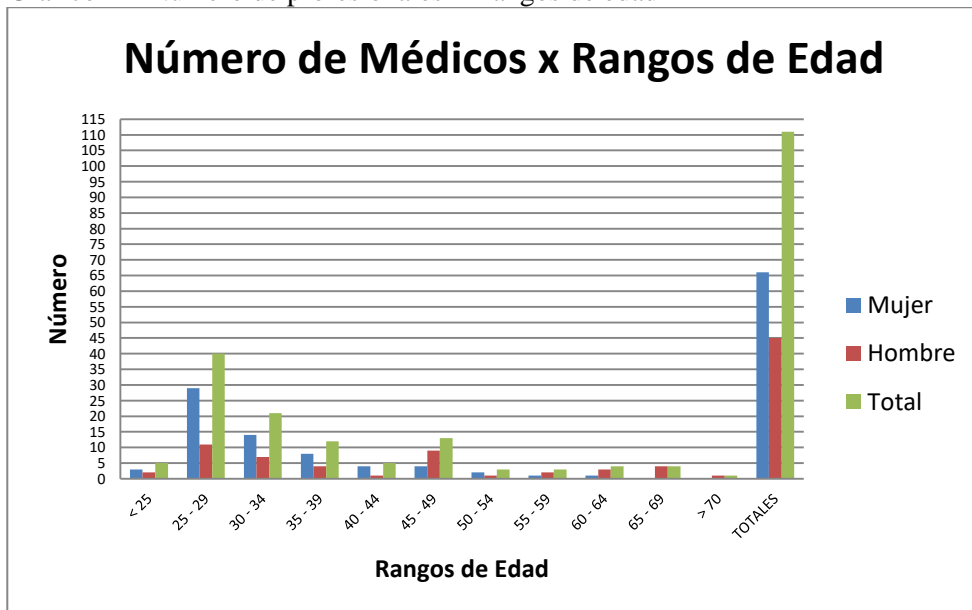
Rango Etario	Mujer	%	Hombre	%	Total	%
< 25	3	2,70	2	1,80	5	4,50
25 – 29	29	26,13	11	9,91	40	36,04
30 – 34	14	12,61	7	6,31	21	18,92
35 – 39	8	7,21	4	3,60	12	10,81
40 – 44	4	3,60	1	0,90	5	4,50
45 – 49	4	3,60	9	8,12	13	11,72
50 – 54	2	1,80	1	0,90	3	2,70
55 – 59	1	0,90	2	1,80	3	2,70
60 – 64	1	0,90	3	2,71	4	3,61
65 - 69	0	0,00	4	3,60	4	3,60
> 70	0	0,00	1	0,90	1	0,90
TOTALES	66	59,45	45	40,55	111	100,00

Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 3 muestran que la mayoría de los 111 profesionales médicos(as) que participaron en el estudio, específicamente el 59,45%, eran del sexo femenino.

El grafico 1 muestra las cantidades de profesionales medicos(as) según sexo y rangos de edad e también lo total en cada una de los rangos.

Grafico 1 – Número de profesionales x Rangos de edad



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al estado civil, conforme muestra la tabla 4, resulta que el 55,00% de los médicos eran solteros, seguido del 34,20% que estaban casados, 7,2% están en unión estable en cuanto 3,6% son divorciados.

Tabla 4 – Estado Civil frecuencia e porcentual

«Estado Civil»	dp 0,804	Frecuencia	%
Casado(a)		38	34,2
Soltero(a)		61	55,0
Divorciado(a)		2	2,7
Unión Estable		9	8,1
Total		111	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, se ve que la mayoría de los elementos de la muestra, exactamente el 54,10%, tenía titulación académica a nivel de graduación, el 44,10% tenía especialización y el 1,80%, representando 2 profesionales, tenía una maestría, pero nadie con doctorado.

Tabla 5 – Formación académica frecuencia e porcentual

«Formación Académica»	Frecuencia	%
Graduada	60	54,1
Especialización	49	44,1
Master	2	1,8
Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la antigüedad en el servicio, los médicos indicaron tiempos entre 2 mes y 264 meses, con un tiempo promedio de 52,36 meses y con una desviación estándar de 72,289 meses, se encontró que la mitad indica tiempos menores a 20 meses, y la moda es de 12 meses, conforme Tabla 6 y 7.

Tabla 6 – Tiempo en meses en la ESF

N	111
Media	52,36
Mediana	20,00
Modo	12
Erro desvío	72,289
Variancia	5225,760
Mínimo	2
Máximo	264

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7 – Los tiempos e frecuencia de actuación en el ESF, en meses

«Tiempo, en meses, en la ESF»	Frecuencia	% valida	%acumulativa
2	3	2,7	4,5
3	6	5,4	9,9
4	3	2,7	12,6
5	4	3,6	16,2
6	5	4,5	20,7
7	6	5,4	26,1
8	3	2,7	28,8
9	1	0,9	29,7
10	1	0,9	30,6
11	1	0,9	31,5
12	9	8,1	39,6
13	2	1,8	41,4
16	1	0,9	42,3
17	1	0,9	43,2
18	3	2,7	45,9
19	3	2,7	48,6
20	5	4,5	53,2
21	1	0,9	54,1
22	3	2,7	56,8
24	1	0,9	57,7
25	1	0,9	58,6
26	2	1,8	60,4
27	2	1,8	62,2
29	1	0,9	63,1
30	2	1,8	64,9
34	1	0,9	65,8
36	4	3,6	69,4
40	2	1,8	71,2
48	3	2,7	73,9
54	1	0,9	74,8
58	1	0,9	75,7
60	2	1,8	77,5
62	1	0,9	78,4
72	2	1,8	80,2
76	1	0,9	81,1
120	4	3,6	84,7
130	1	0,9	85,6
144	1	0,9	86,5
164	1	0,9	87,4
168	2	1,8	89,2
192	1	0,9	90,1
204	2	1,8	91,9
216	1	0,9	92,8
232	2	1,8	94,6
233	1	0,9	95,5
240	3	2,7	98,2
252	1	0,9	99,1
264	1	0,9	100,0
Total	111	100,0	

Fuente: Elaboración propia

También se encontró que la antigüedad en la profesión osciló entre 1 año y 42 años, con un promedio de 8,81 años y con una desviación estándar de 11,03 años. La mitad de los encuestados ejercía la profesión con, no máximo, hace 3 años y el 75% reportó antigüedades entre los 10 y 12 años, con una moda de solo 1 año, conforme Tablas 8 y 9.

Tabla 8 – Estadística del tiempo de formado, en años

N	111
Media	8,81
Mediana	3,00
Modo	1
Erro Desvío	11,030
Variancia	121,664
Mínimo	1
Máximo	42

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9 – Los tiempos de graduados de los profesionales médicos(as).

«Tiempo de Graduación, en años»	Frecuencia	% válida	% acumulativa
1	26	23,4	23,4
2	25	22,5	45,9
3	5	4,5	50,5
4	5	4,5	55,0
5	7	6,3	61,3
6	3	2,7	64,0
7	4	3,6	67,6
8	3	2,7	70,3
9	2	1,8	72,1
10	3	2,7	74,8
12	1	0,9	75,7
13	2	1,8	77,5
14	1	0,9	78,4
15	1	0,9	79,3
16	1	0,9	80,2
17	1	0,9	81,1
20	2	1,8	82,9
21	2	1,8	84,7
22	2	1,8	86,5
23	2	1,8	88,3
25	3	2,7	91,0
32	1	0,9	91,9
33	2	1,8	93,7
35	1	0,9	94,6
36	2	1,8	96,4
39	1	0,9	97,3
40	1	0,9	98,2
41	1	0,9	99,1
42	1	0,9	100,0
Total	111	100,0	

Fuente: Elaboración propia

9.2 – Dimensiones de satisfacción – ordenación e importancia

Como se observa en la tabla 10, la valoración de las dimensiones realizada por los profesionales médicos mostró que la dimensión más importante fue B - Condiciones de Trabajo & Salud, con un promedio de 2,50, considerando que cuanto menor sea la puntuación, más importante será, ya que la indicación se ha dado en orden creciente de 1 (más importante) a 8 (menos importante), seguida de la dimensión C - Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional, con un promedio de 3,49, estableciéndose la dimensión H - Status & Prestigio como la menos importante, con una media de 7,04, mientras que las otras dimensiones tuvieron valores medios que oscilaron entre 4,19 y 4,81.

Tabla 10 - Suma, media, desviación estándar por dimensión de satisfacción profesional y su importancia motivacional

DIMENSIONES	N	Suma*	Media	dp
A – Autonomía & Poder	111	518	4,67	2,27
B – Condiciones de Trabajo & Salud	111	278	2,50	1,82
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	111	368	3,49	1,92
D – Relación Profesional /Usuario	111	465	4,19	1,84
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	111	531	4,78	1,78
F – Remuneración	111	492	4,43	1,99
G – Seguridad en el Empleo	111	534	4,81	2,08
H – Estatus & Prestigio	111	781	7,04	1,85

*Con valores mínimo 111 y máximo 888 (Valor mínimo = 1 x 111, valor máximo = 8 x 111)

Fuente: Elaboración propia

9.3 – Las dimensiones de la personalidad evaluadas pela EPQ-RS de Eysenck

En la evaluación de las sub escalas de Eysenck (EPQ-RS) relativamente a las personalidades de los profesionales médicos encuestados iniciando pela Extroversión (E), de acuerdo con la Tabla 11 y a continuación en las Tablas 12, 13 e 14, si tiene:

Tabla 11 – Distribución de la sub escala Extroversión para EPQ-RS de Eysenck

Extroversión		Mujeres	Hombres	N	QQ	Sig	x	dp
3 – ¿Eres una persona conservadora?	Sí	44	26	70	7,577	0,006	1,37	0,485
	No	22	19	41				
6 – ¿Eres una persona muy emocionada?	Sí	53	38	91	42,892	0,000	1,39	0,393
	No	13	7	20				
12 – ¿Tiende a mantenerse alejado de las situaciones sociales?	Sí	18	13	31	19,901	0,000	1,71	0,455
	No	48	32	80				
16 – ¿Te gusta salir a menudo?	Sí	42	30	72	9,811	0,002	1,35	0,480
	No	24	15	39				
22 – ¿Sueles tomar la iniciativa de hacer nuevos amigos?	Sí	51	31	82	18,243	0,000	1,30	0,459
	No	15	14	29				
25 – ¿En general, ¿solo estás en silencio cuando estás con extraños?	Sí	36	19	55	0,009	0,924	1,50	0,502
	No	30	26	56				
27 – ¿Puedes animar fácilmente una fiesta aburrida?	Sí	32	16	48	2,604	0,107	1,58	0,496
	No	34	29	63				
28 – ¿Te gusta contar anécdotas e historias divertidas a tus amigos?	Sí	38	35	73	9,811	0,002	1,35	0,480
	No	28	10	38				
31 – ¿Te gusta mezclarte con la gente?	Sí	54	33	87	35,757	0,000	1,22	0,414
	No	12	12	24				
39 – ¿Puedes organizar y conducir una fiesta?	Sí	54	32	86	33,523	0,000	1,23	0,420
	No	12	13	25				
46 – ¿Te gusta el ruido, la agitación y la emoción a tu alrededor?	Sí	9	8	17	48,009	0,000	1,83	0,378
	No	57	37	94				
47 – ¿La gente piensa que eres una persona viva?	Sí	46	31	77	16,658	0,000	1,31	0,463
	No	20	14	34				

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las preguntas 25 y 27 del cuestionario, relacionadas con el ítem de extroversión, se observa que los valores de $p = 0,924$ y $p = 0,107$, respectivamente, superiores a 0,050, se puede inferir que las dos preguntas no son independientes y, teóricamente, no contribuirían a evaluar esta sub escala de la teoría de la personalidad de Eysenck, lo que se corrobora con los valores bajos de chi-cuadrado: 0,009 y 2,604, respectivamente.

Tabla 12 – Distribución de la sub escala Neuroticismo (N) para EPQ-RS de Eysenck

Neuroticismo		Mujeres	Hombres	N	QQ	Sig	x	dp
2 – ¿Su estado de ánimo a menudo sufre altibajos?	Sí	36	13	49	1,523	0,217	1,56	0,499
	No	30	32	62				
4 – ¿A veces te sientes infeliz sin razón?	Sí	27	9	36	13,703	0,000	1,74	0,470
	No	39	36	75				
8 – ¿Eres una persona que se irrita fácilmente?	Sí	20	9	29	25,306	0,000	1,75	0,441
	No	46	36	82				
13 – ¿Con frecuencia te sientes molesto?	Sí	23	6	29	27,252	0,000	1,78	0,436
	No	43	39	82				
18 – ¿A menudo tienes sentimientos de culpa?	Sí	17	7	24	35,757	0,000	1,76	0,414
	No	49	38	87				
19 – ¿Dirías que eres una persona nerviosa?	Sí	20	7	27	29,270	0,000	1,91	0,431
	No	46	38	84				
20 – ¿Eres una persona sufriente?	Sí	7	2	9	74,604	0,000	1,91	0,288
	No	59	43	102				
24 – ¿Dirías que eres una persona tensa o muy nerviosa?	Sí	24	8	32	26,432	0,000	1,73	0,446
	No	42	37	79				
32 – ¿A menudo te sientes apático y cansado sin ninguna razón?	Sí	31	9	40	11,036	0,001	1,66	0,477
	No	35	36	71				
35 – ¿A menudo sientes que la vida es muy monótona?	Sí	19	10	29	25,306	0,000	1,74	0,441
	No	47	35	82				
41 – ¿Sufres de nervios?	Sí	12	3	15	56,255	0,000	1,86	0,353
	No	54	42	96				
42 – ¿Con frecuencia te sientes solo?	Sí	17	5	22	29,270	0,000	1,76	0,431
	No	49	40	89				

Fuente: Elaboración propia

Considerando el tema del Neuroticismo, la no independencia de la pregunta 2, con valor de $p = 0,217 > 0,050$, muestra que la pregunta no contribuye a la evaluación del ítem, como lo confirma el bajo valor de chi cuadrado: 1,523.

Tabla 13 – Distribución de la sub escala Psicoticismo (P) para EPQ-RS de Eysenck

Psicoticismo		Mujeres	Hombres	N	QQ	Sig	x	dp																																																																																																																																										
1 – ¿Para y piensa en las cosas antes de hacerlo?	Sí	66	45	111	7,577	0,006	1,00	0,000																																																																																																																																										
	No	0	0	0					9 – ¿No te importa lo que piensen los demás?	Sí	25	18	43	45,414	0,000	1,63	0,485	No	41	27	68	15 – ¿Los límites entre lo que es bueno y lo que es malo son menos claros para usted que para la mayoría de las personas?	Sí	13	8	21	6,568	0,010	1,82	0,386	No	53	37	90	17 – ¿Es mejor actuar a tu manera que seguir las normas sociales?	Sí	22	20	42	42,892	0,000	1,62	0,487	No	44	25	69	23 – ¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?	Sí	12	8	20	42,892	0,000	1,81	0,393	No	54	37	91	26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288	No	62	39	101	29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15
9 – ¿No te importa lo que piensen los demás?	Sí	25	18	43	45,414	0,000	1,63	0,485																																																																																																																																										
	No	41	27	68					15 – ¿Los límites entre lo que es bueno y lo que es malo son menos claros para usted que para la mayoría de las personas?	Sí	13	8	21	6,568	0,010	1,82	0,386	No	53	37	90	17 – ¿Es mejor actuar a tu manera que seguir las normas sociales?	Sí	22	20	42	42,892	0,000	1,62	0,487	No	44	25	69	23 – ¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?	Sí	12	8	20	42,892	0,000	1,81	0,393	No	54	37	91	26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288	No	62	39	101	29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26								
15 – ¿Los límites entre lo que es bueno y lo que es malo son menos claros para usted que para la mayoría de las personas?	Sí	13	8	21	6,568	0,010	1,82	0,386																																																																																																																																										
	No	53	37	90					17 – ¿Es mejor actuar a tu manera que seguir las normas sociales?	Sí	22	20	42	42,892	0,000	1,62	0,487	No	44	25	69	23 – ¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?	Sí	12	8	20	42,892	0,000	1,81	0,393	No	54	37	91	26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288	No	62	39	101	29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																					
17 – ¿Es mejor actuar a tu manera que seguir las normas sociales?	Sí	22	20	42	42,892	0,000	1,62	0,487																																																																																																																																										
	No	44	25	69					23 – ¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?	Sí	12	8	20	42,892	0,000	1,81	0,393	No	54	37	91	26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288	No	62	39	101	29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																		
23 – ¿Están sus deseos personales por encima de las normas sociales?	Sí	12	8	20	42,892	0,000	1,81	0,393																																																																																																																																										
	No	54	37	91					26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288	No	62	39	101	29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																															
26 – ¿Crees que el matrimonio está desactualizado y debería abolirse?	Sí	4	6	10	74,604	0,000	1,91	0,288																																																																																																																																										
	No	62	39	101					29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312	No	62	36	98	34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																												
29 – ¿Te son indiferentes la mayoría de las cosas?	Sí	4	9	13	68,189	0,000	1,89	0,312																																																																																																																																										
	No	62	36	98					34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244	No	61	42	103	37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																																									
34 – ¿Tomas decisiones a menudo sin detenerte a reflexionar?	Sí	5	3	8	84,766	0,000	1,94	0,244																																																																																																																																										
	No	61	42	103					37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227	No	63	42	105	40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																																																						
37 – ¿Crees que la persona pierde su tiempo protegiendo su futuro con ahorros y seguros?	Sí	3	3	6	88,297	0,000	1,95	0,227																																																																																																																																										
	No	63	42	105					40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208	No	3	3	6	44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																																																																			
40 – ¿Sueles reflexionar antes de actuar?	Sí	63	42	105	91,901	0,000	1,05	0,208																																																																																																																																										
	No	3	3	6					44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501	No	35	17	52	48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																																																																																
44 – ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacerlo a tu manera?	Sí	31	28	59	0,441	0,506	1,47	0,501																																																																																																																																										
	No	35	17	52					48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354	No	9	17	26																																																																																																																													
48 – ¿Crees que los planes de seguro son una buena idea?	Sí	57	38	95	55,309	0,000	1,15	0,354																																																																																																																																										
	No	9	17	26																																																																																																																																														

Fuente: Elaboración propia

La pregunta 44, con valor de $p = 0,506 > 0,050$, demuestra que la independencia de la pregunta no se da y, por lo tanto, esta pregunta no contribuye a la valoración del Psicoticismo, como se verifica con el muy bajo valor de la chi-cuadrado: 0,441 para esta sub escala.

Tabla 14 – Distribución de la sub escala Sinceridad / Mentira (L) para EPQ-RS de Eysenck

Sinceridad		Mujeres	Hombres	N	QQ	Sig	x	dp
5 – ¿Alguna vez ha deseado tomar más de lo que le correspondía en una distribución?	Sí	13	14	27	29,270	0,000	1,76	0,431
	No	53	31	84				
7 – ¿Si dice que hará algo, ¿siempre guarda su estado de cuenta, independientemente de los inconvenientes que pueda causarle?	Sí	26	16	42	6,568	0,010	1,62	0,487
	No	40	29	69				
10 – ¿Alguna vez has culpado a alguien por algo que hiciste?	Sí	12	9	21	42,892	0,000	1,81	0,393
	No	54	36	90				
11 – ¿Tus hábitos son todos buenos y deseables?	Sí	20	17	37	13,703	0,000	1,68	0,470
	No	46	28	74				
14 – ¿Alguna vez has recogido algo (incluso si era un alfiler o un botón) que pertenecía a otra persona?	Sí	10	12	22	38,063	0,000	1,79	0,407
	No	56	33	89				
21 – ¿Alguna vez has perdido algo que pertenecía a otra persona?	Sí	32	32	64	3,272	0,071	1,41	0,495
	No	34	13	47				
30 – ¿Cuando eras niño, ¿alguna vez te atreviste con tus padres?	Sí	45	29	74	12,333	0,000	1,33	0,474
	No	21	16	37				
33 – ¿Hiciste trampa en juego?	Sí	9	15	24	29,270	0,000	1,76	0,431
	No	57	30	87				
36 – ¿Alguna vez te has aprovechado de alguien?	Sí	6	4	10	71,360	0,000	1,90	0,300
	No	60	41	101				
38 – ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?	Sí	14	7	21	42,892	0,000	1,81	0,393
	No	52	38	90				
43 – ¿Siempre haces lo que dices?	Sí	34	23	57	0,225	0,635	1,48	0,502
	No	32	22	54				
45 – ¿Alguna vez llegaste tarde a una entrevista o al trabajo?	Sí	35	31	66	3,973	0,046	1,41	0,493

Fuente: Elaboración propia

Dos preguntas: 21 y 43, con valores de $p = 0,071$ y $p = 0,635$, mayores a 0,050, demostraron que no contribuyeron a la evaluación de la sub escala de Sinceridad / Mentira, ya que no presentaron la independencia deseada; situación que se confirma con los valores bajos de chi-cuadrado encontrados: 3,272 y 0,225, respectivamente.

Considerando que la mayoría de las preguntas, diez u once de las doce existentes en cada sub escala, resultaron ser independientes y, por tanto, fiables en la valoración de cada

una de las sub escalas evaluadas para el perfil psicológico de los entrevistados, se puede constatar que el análisis está muy cerca de la realidad psicológica del grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario.

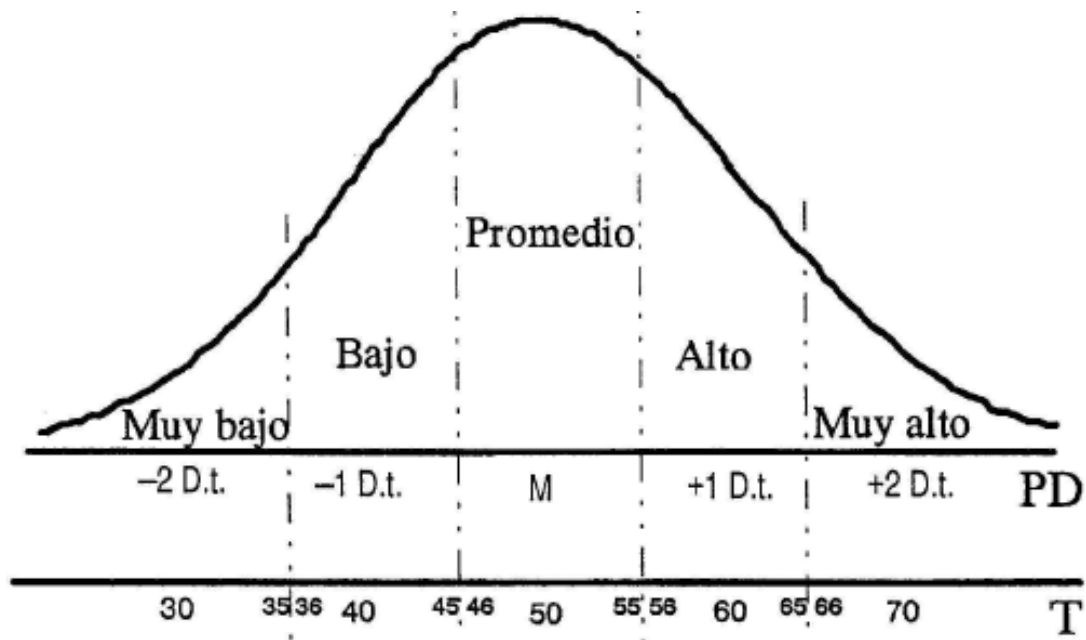
El perfil está dividido en cinco partes que representan categorías de clasificación de las puntuaciones T, de acuerdo con el Cuadro 8, que representan la correspondencia entre las puntuaciones directas y los valores T en función de su ubicación en la curva normal (fig. 3).

Cuadro 8 – Valores de T en función de las puntuaciones de las encuestas x perfil

Valor T	Curva Normal
1 – 35	Muy bajo
36 – 45	Bajo
46 – 55	Promedio
56 – 65	Alto
66 – 99	Muy alto

Fuente: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck – Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS) TEA Ediciones – Hans J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck 2008

Figura 3 – Correspondencia entre las puntuaciones directas y T según su ubicación en la curva normal

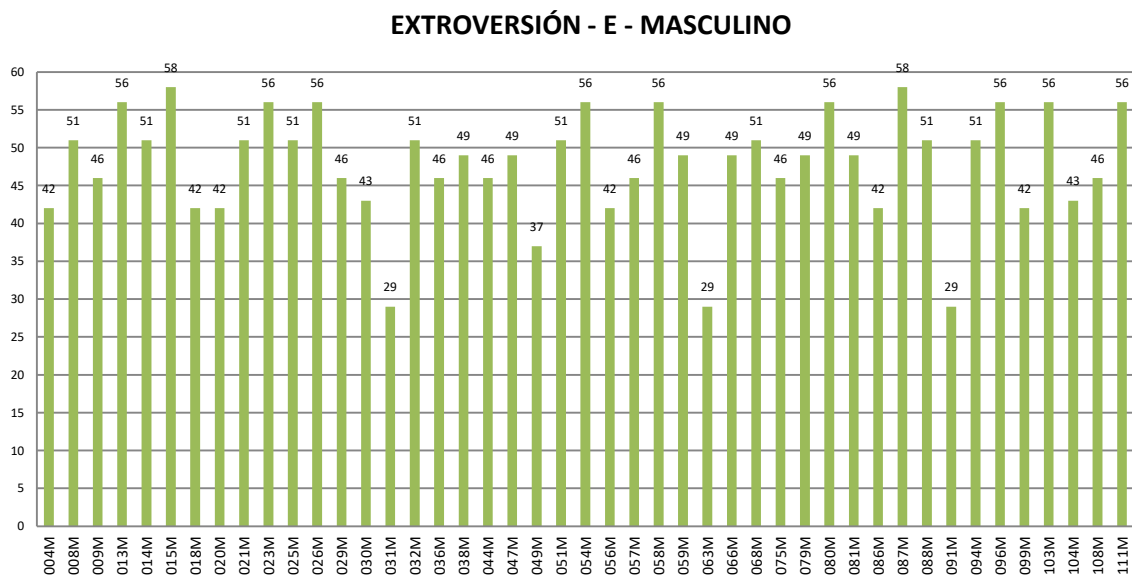


Fuente: Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008.

Barema utilizado para la transformación de las puntuaciones directas, obtenidas mediante los cuestionarios, en valores de T figura en el anexo 20.

Los resultados de las valoraciones psicológicas en cada uno de los elementos considerados por Eysenck en su teoría se muestran en los gráficos siguientes (2 al 13), considerando cada sexo, y también una valoración general de los profesionales médicos participantes.

Gráfico 2 – Extroversión – Masculino (Hombres)



11 Alto (56 / 58)

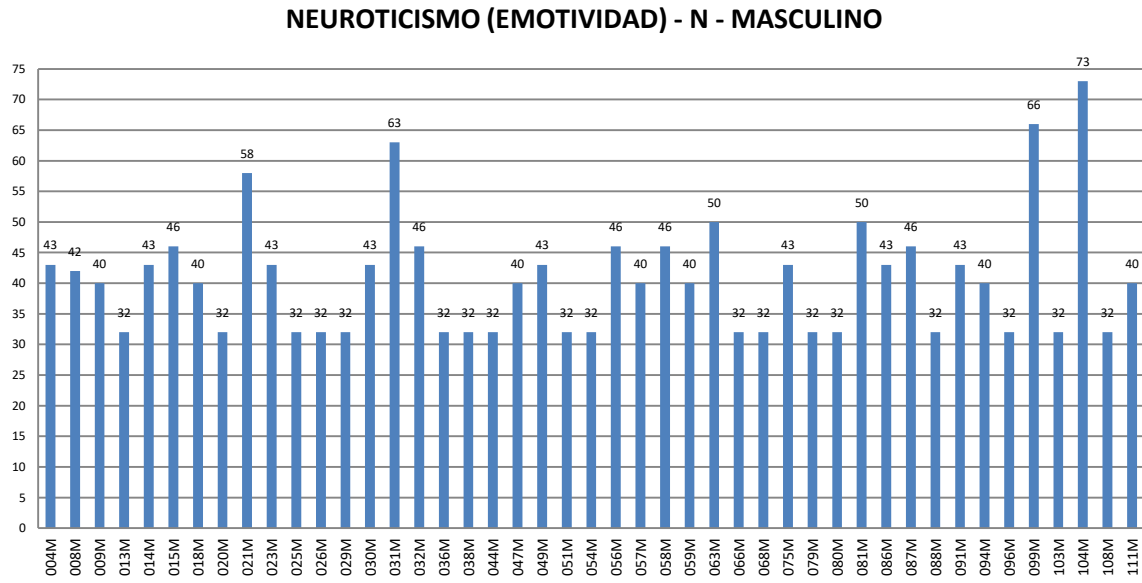
22 Promedio (46 / 49 / 55)

9 Bajo (37 / 42)

3 Muy bajo (29)

Fuente: Elaboración propia

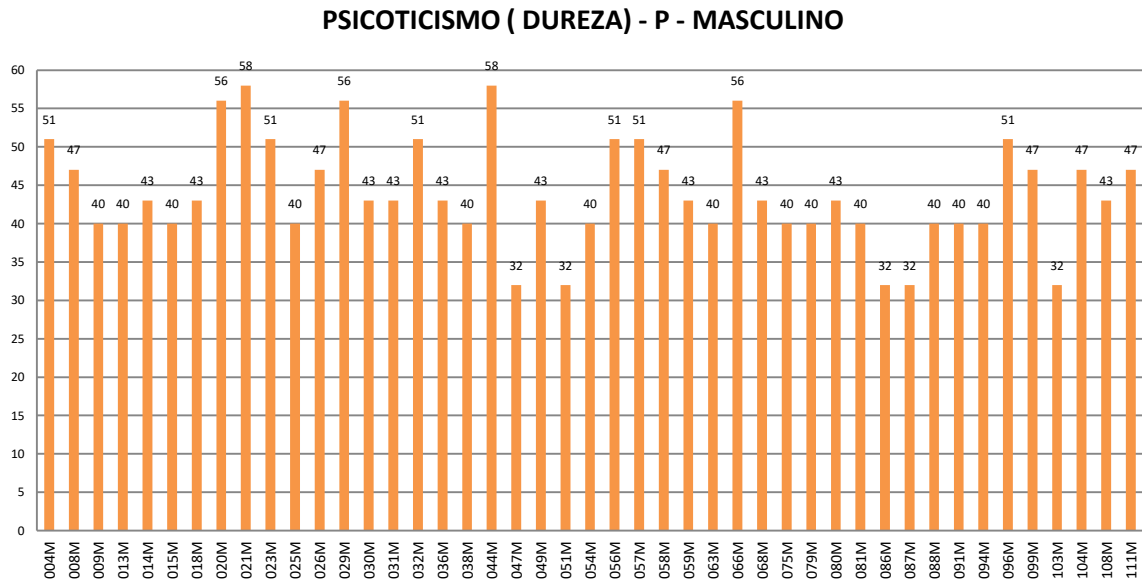
Grafico 3 – Neuroticismo – Masculino (Hombres)



- 2 Muy alto (66 / 73)
- 2 Alto (58 / 63)
- 7 Promedio (46 / 50)
- 18 Bajo (40 / 43)
- 16 Muy bajo (32)

Fuente: Elaboración propia

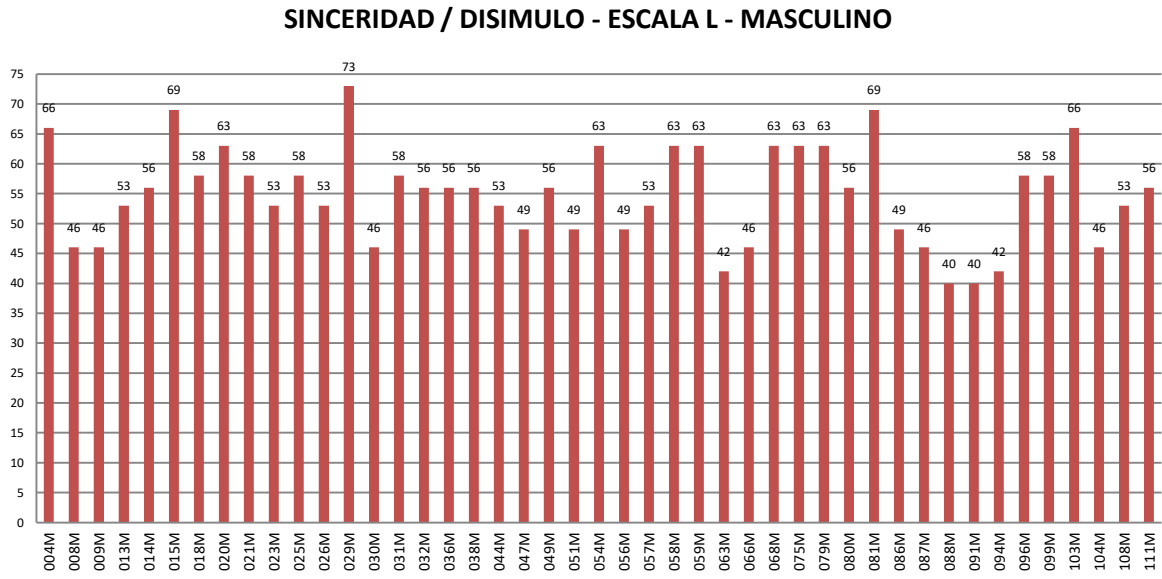
Gráfico 4 – Psicoticismo – Masculino (Hombres)



- 5 Alto (56 / 58)
- 12 Promedio (47 / 51)
- 23 Bajo (40 / 43)
- 5 Muy bajo (32)

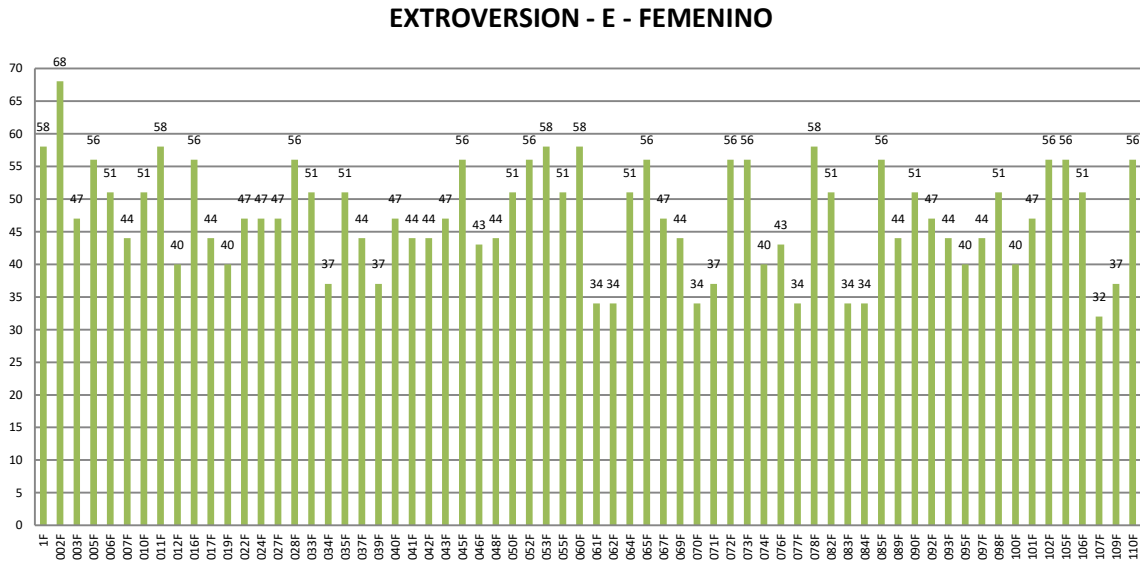
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5 – Sinceridad / Disimulo – Masculino (Hombres)



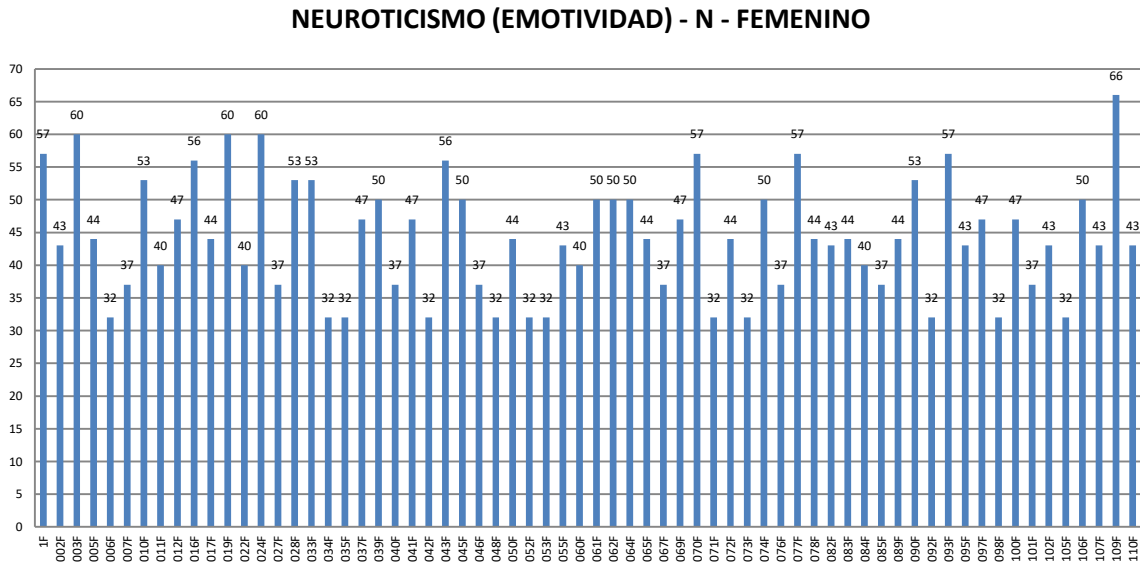
5 Muy alto (66 / 69 / 73)
 20 Alto (56 / 58 / 63)
 16 Promedio (46 / 53)
 4 Bajo (40 / 42)
 Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6 – Extroversión – Femenino (Mujeres)



1 Muy alto (68)
 17 Alto (56 / 58)
 19 Promedio (47 / 51)
 22 Bajo (37 / 44)
 7 Muy bajo (32 / 34)
 Fuente: Elaboración propia

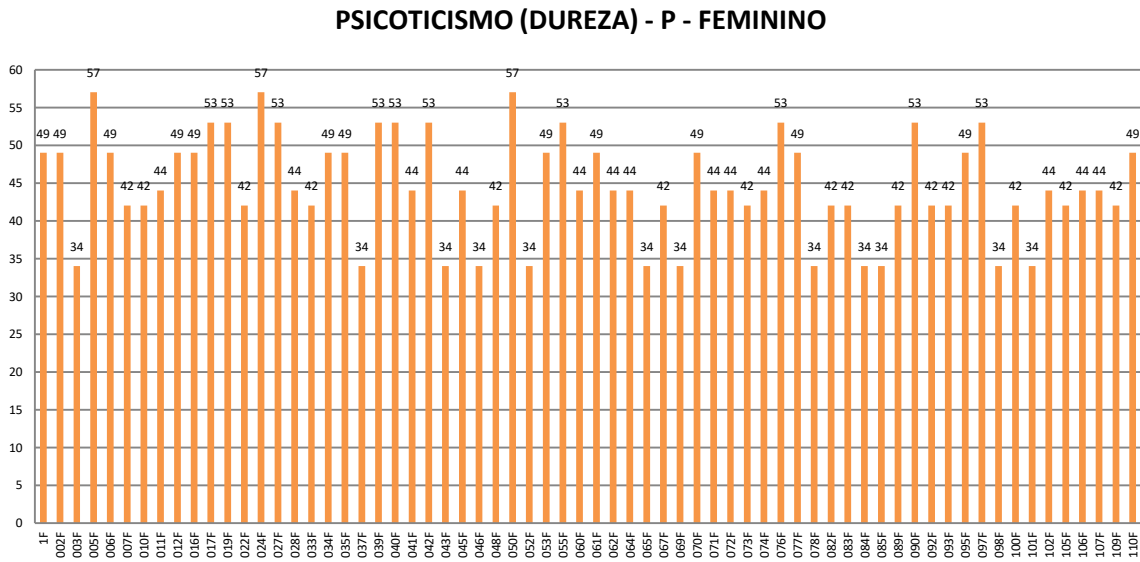
Grafico 7 – Neuroticismo – Femenino (Mujeres)



- 1 Muy Alto (66)
- 9 Alto (56 / 57 / 60)
- 16 Promedio (47 / 50 / 53)
- 28 Bajo (37 / 40 / 43 / 44)
- 12 Muy bajo (32)

Fuente: Elaboración propia

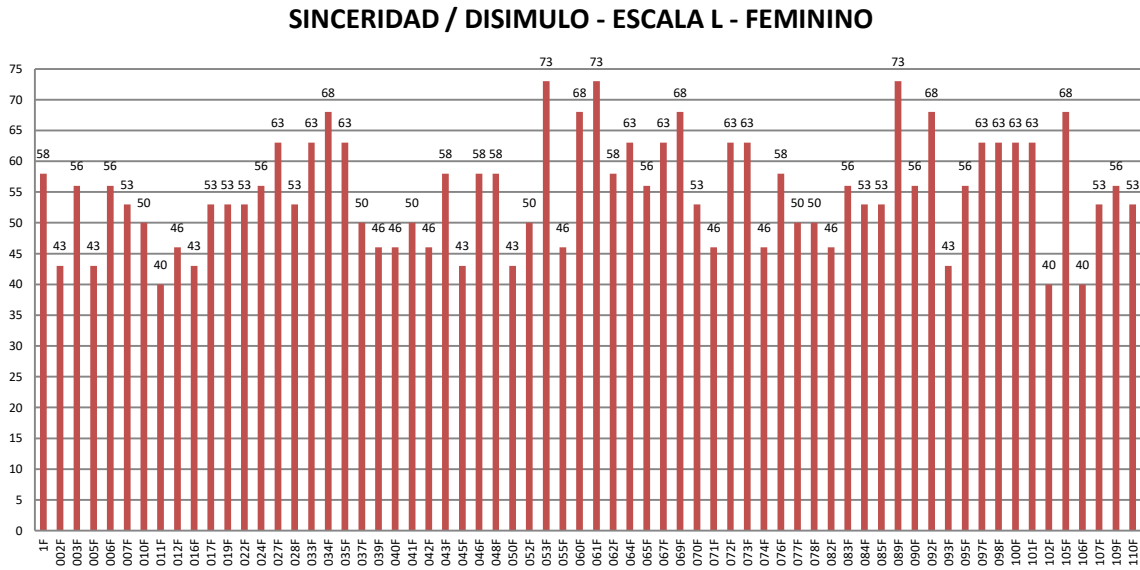
Gráfico 8 – Psicoticismo – Femenino (Mujeres)



- 3 Alto (57)
- 23 Promedio (49 / 53)
- 28 Bajo (42 / 44)
- 12 Muy bajo (34)

Fuente: Elaboración propia

Grafico 9 – Sinceridad / Disimulo – Femenino (Mujeres)



8 Muy alto (68 / 73)

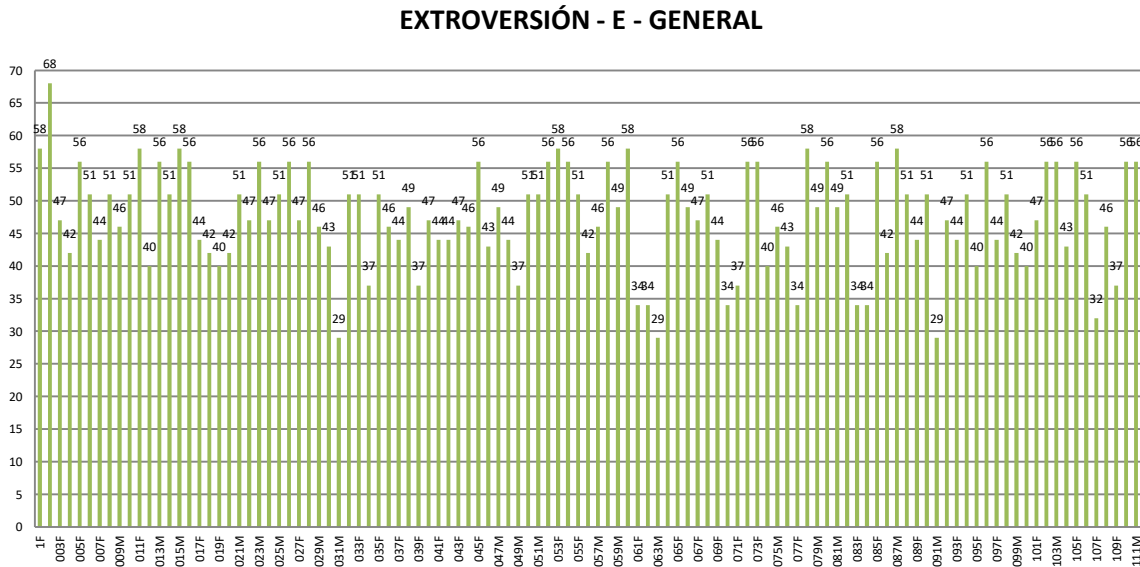
24 Alto (56 / 58 / 63)

24 Promedio (46 / 50 / 53)

9 Bajo (40 / 43)

Fuente: Elaboración propia

Grafico 10 – Extroversión – General



1 Muy alto (68)

28 Alto (56 / 58)

41 Promedio (46 / 47 / 49 / 51)

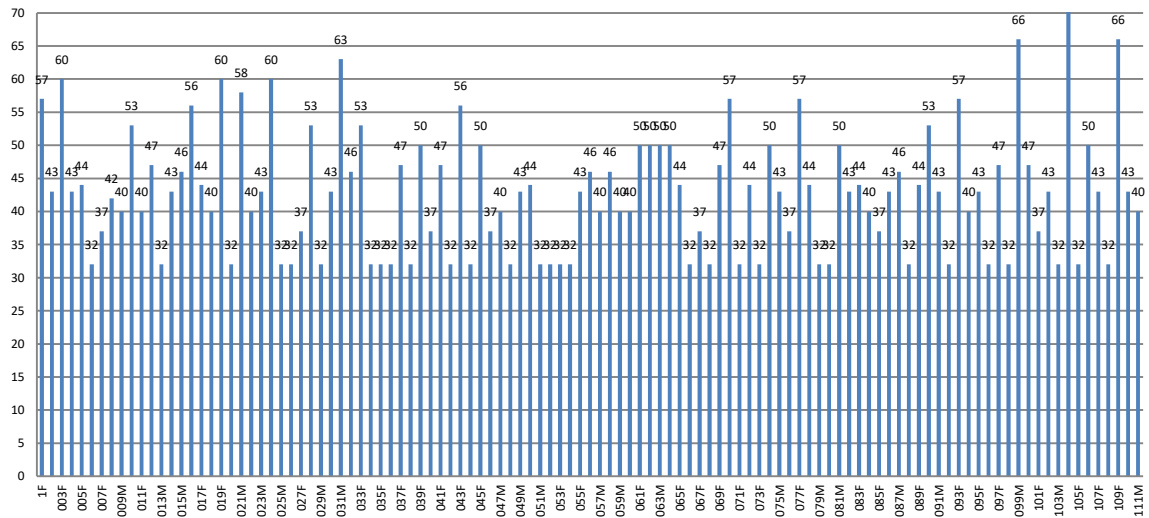
31 Bajo (37 / 40 / 42 / 44)

10 Muy bajo (29 / 32 / 34)

Fuente: Elaboración propia

Grafico 11 – Neuroticismo – General

NEUROTICISMO (EMOTIVIDAD) - N - GENERAL

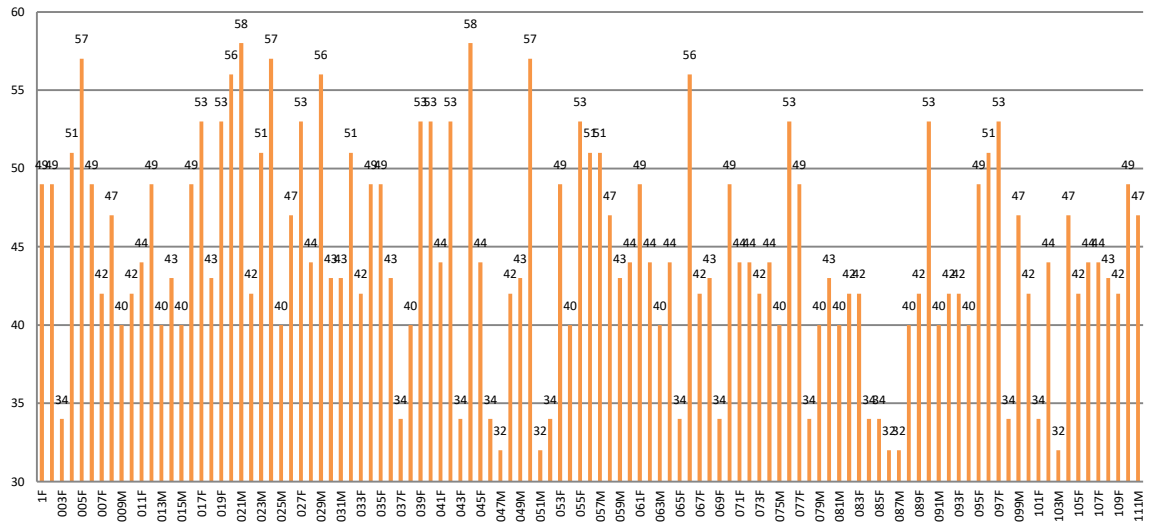


- 3 Muy alto (66 / 73)
- 11 Alto (56 / 57 / 58 / 60 / 63)
- 23 Promedio (46 / 47 / 50 / 53)
- 46 Bajo (37 / 40 / 43 / 44)
- 28 Muy bajo (32)

Fuente: Elaboración propia

Grafico 12 – Psicoticismo - General

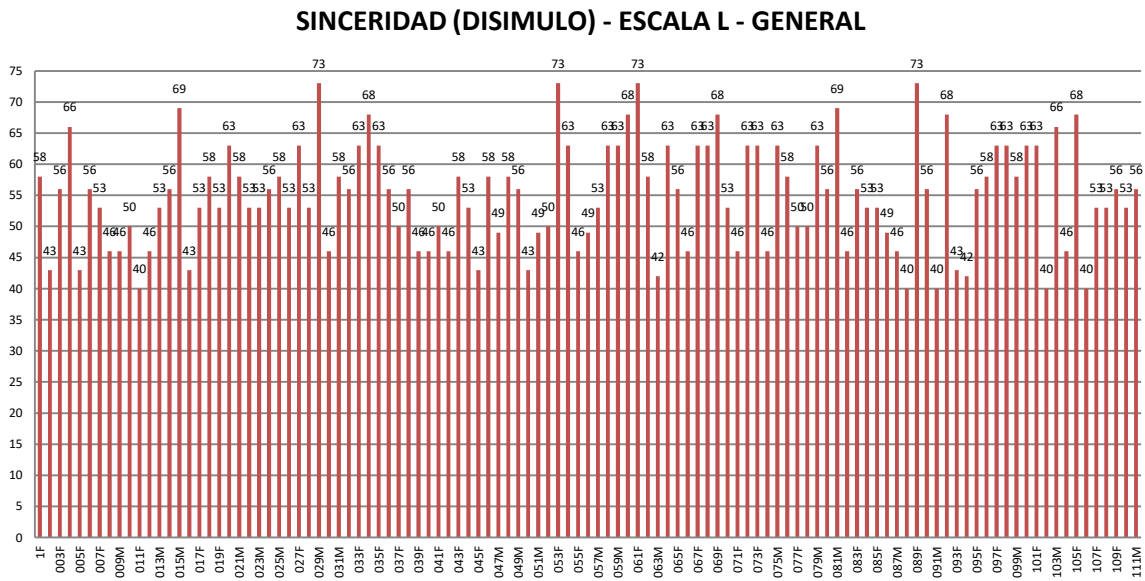
PSICOTICISMO (DUREZA) - P - GENERAL



- 8 Alto (56 / 57 / 58)
- 35 Promedio (47 / 49 / 51 / 53)
- 51 Bajo (40 / 42 / 43 / 44)
- 17 Muy bajo (32 / 34)

Fuente: Elaboración propia

Grafico 13 – Sinceridad / Disimulo – General



13 Muy alto (66 / 68 / 69 / 73)
 44 Alto (56 / 58 / 63)
 40 Promedio (46 / 49 / 50 / 53)
 13 Bajo (40 / 42 / 43)
 Fuente: Elaboración propia

Las mujeres están por delante de los hombres en todos los niveles de valoración en cada una de las sub escalas analizadas, excepto en los rasgos de Neuroticismo y Psicoticismo, en los que los hombres tienen un porcentaje mayor (75,5%) en relación a las mujeres (59,1%) – Neuroticismo, y (62,2%) contra (60,6%) – Psicoticismo, considerando la gradación baja / muy baja de los rasgos; y en la sub escala de Sinceridad, en la que la gradación alta y muy alta se muestra (55,5%) para los hombres, frente a (50%) para las mujeres, como se ve en la tabla 15.

Tabla 15 – Numero e porcentajes de Hombres /Mujeres x Dimensiones Psicológicas

	HOMBRES		MUJERES		GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
EXTROVERSIÓN						
Alto/Muy Alto	11	24,4	18 ¹	27,3	29	26,2
Promedio	22	48,9	20	30,3	42	37,8
Bajo/Muy Bajo	12	26,7	28	42,4	40	36,0
NEUROTICISMO						
Alto/Muy Alto	4 ²	8,9	10 ¹	15,2	14	12,6
Promedio	7	15,6	17	25,7	24	21,6
Bajo/Muy Bajo	34	75,5	39	59,1	73	65,8
PSICOTICISMO						
Alto/Muy Alto	5	11,1	3	4,6	8	7,2
Promedio	12	26,7	23	34,8	35	31,5
Bajo/Muy Bajo	28	62,2	40	60,6	68	61,3
SINCERIDAD						
Alto/Muy Alto	25 ³	55,5	33 ⁴	50,0	58	52,2
Promedio	16	35,6	26	39,4	42	37,9
Bajo/Muy Bajo	4	8,9	7	10,6	11	9,9

¹. 1 Muy Alto; ². 2 Muy Alto; ³. 5 Muy Alto; ⁴. 8 Muy Alto - Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

9.4 – Análisis de Perfiles de los Profesionales Médicos participantes en la Investigación

Solo el 9,9% de los encuestados (11) tenían un nivel bajo/muy bajo de engaño / encubrimiento, el 37,9% de los encuestados (42) tenían un nivel promedio, mientras que el nivel alto/muy alto de esta característica ocurrió en 52,2% de encuestados (58), con el rango medio con mayor porcentaje, lo que indica que la mayoría de encuestados respondió sin relativa sinceridad y muy disimulo a las preguntas que se presentaban en los cuestionarios relacionados con el perfil psicológico.

De los que tienen un alto nivel de falsedad/ Sinceridad (Muy alto), hay 58 profesionales, correspondientes a veinte cinco hombres y treinta y tres mujeres.

No hubo clasificación de los encuestados como auténticos extrovertidos, por lo que los encuestados se dividieron en 2 (dos) grupos: un grupo de introvertidos / extrovertidos y otro de introvertidos, con variaciones en los niveles de extroversión, neuroticismo y psicoticismo, con las siguientes formaciones a continuación; recordando que sus reacciones emocionales y de ansiedad, sus cambios de humor y sus niveles de autoestima serán esperados, según las

diferentes experiencias que tengan, adaptándose sin mayores dificultades a las diferentes situaciones conflictivas.

Introvertidos/extrovertidos:

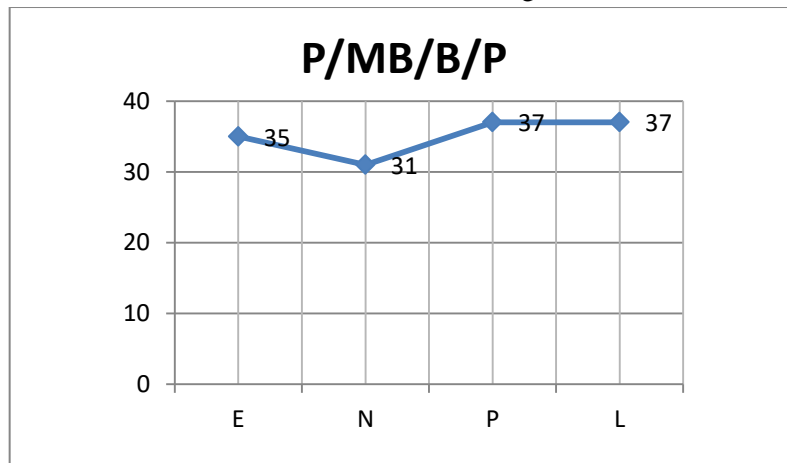
1 – P/MB/B/P – 1M, 2M, 11M, 23H, 72M, 96H, 103H, 105M, 110M, 111H (6 Mujeres e 4 Hombres)

Extraversión promedio, Neuroticismo muy bajo, Psicoticismo bajo y Sinceridad promedio – Son personas moderadamente extrovertidas, muy poco emotivas e poco blandas de carácter.

En esta clasificación psicológica la tendencia es que las personas sean relajadas, poco preocupadas y estables, altruistas, empático y convencional. Sus perfiles de personalidad indican que tienden a ser moderadamente discretos, reservados y socialmente inhibidos, así como responsables e reflexivas.

El gráfico 14 muestra los valores promedios del grupo psicológico 1, para cada una de las dimensiones psicológicas (E – Extraversión, N – Neuroticismo, P – Psicoticismo y L – Sinceridad) para el grupo de profesionales analizados.

Gráfico 14 – Valores de las dimensiones Psicológicas – P/MB/B/P – Grupo 1



Legenda: P – Promedio, MB – Muy Bajo, B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 16 muestra los profesionales pertenecientes al grupo psicológico 1 e sus puntuaciones en relación con el nivel de satisfacción demostrado en el trabajo. Se ve que o más alto nivel de satisfacción ocurrió para un hombre, con 95,12%, y promedio de 76,95%

para los hombres, mientras que el nivel más bajo de satisfacción se produjo para una mujer, con 45,85%, y promedio de 70,32%, con promedio general de 72,97%.

Tabla 16 – Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 1 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
1M	109	73,41	..	..	..	..
2M	89	78,29	..	..	..	..
11M	153	62,68	..	..	..	..
23H	200	51,22	..	..	51,22	..			
72M	222	45,85	..	..	..	45,85	76,95	70,32	72,97
96H	20	95,12	95,12	..	..	..
103H	83	79,76	..	..	..	..
105M	52	87,32	..	87,32	..	..	
110M	105	74,39	..	..	..	..
111H	75	81,71	..	..	..	..

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

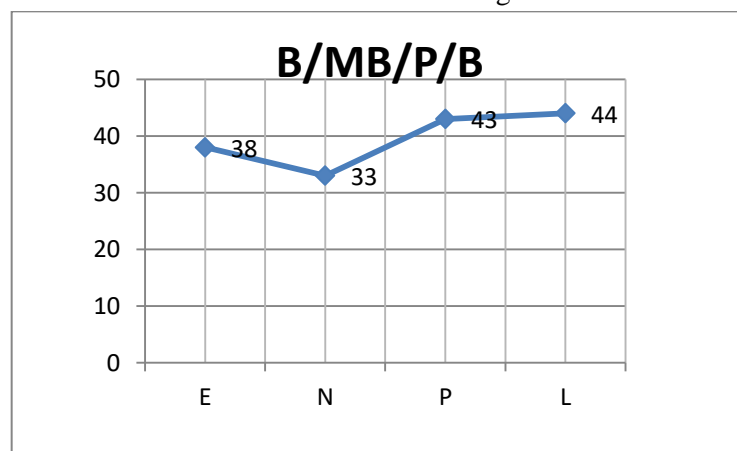
2 – B/MB/P/B – 5M, 6M, 27M, 40M, 44H, 76M (5 Mujeres e 1 Hombre)

Extraversión baja, Neuroticismo muy bajo, Psicoticismo promedio y Sinceridad bajo – Son personas poco extrovertido, muy poco emotivo e moderadamente blandas de carácter.

Sus perfiles de personalidad indican que tienden a ser sociables, activos, animados y altruistas.

El grafico 15 nos muestra los resultados de los niveles psicológicos, en cada una das dimensiones analizadas, para el perfil psicológico 2.

Gráfico 15 – Valores de las dimensiones Psicológicas – B/MB/P/B – Grupo 2



Legenda: B – Bajo, MB – Muy Bajo, P – Promedio –Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G.

Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 17 con los profesionales del grupo psicológico 2, muestra que el porcentaje máximo de satisfacción ocurrió para una mujer, con 99,27%, el segundo porcentaje más alto entre todos los grupos psicológicos; con el porcentaje mínimo ocurriendo también para una mujer, con 41,93%, y solo un hombre en el grupo, con el porcentaje de satisfacción de 77,32%, mientras que el promedio general del porcentaje de satisfacción fue de 72,95%.

Tabla 17 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 2 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
5M	132	67,80	..	..	..	..
6M	66	83,90	..	..	..	..
27M	3	99,27	..	99,27	..	..	77,32	70,87	72,95
40M	158	61,46	..	..	..	..
44H	93	77,32	77,32	..	77,32	..			
76M	180	41,93	..	..	..	41,93			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

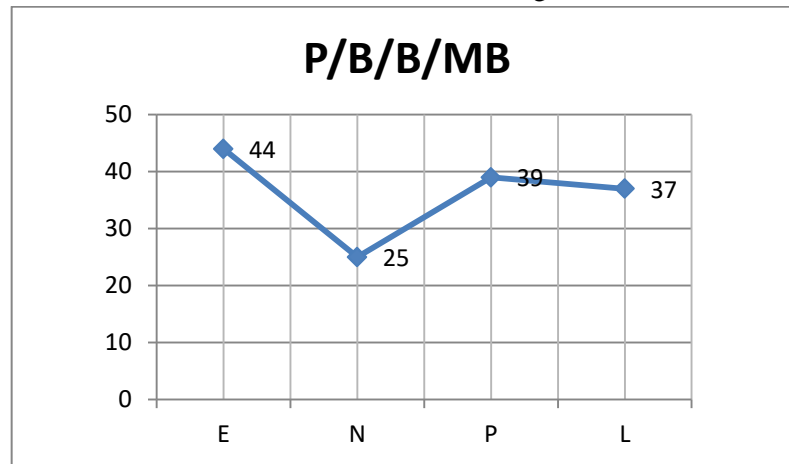
3 – P/B/B/MB – 14H (1 Hombre)

Extroversión promedio, Neuroticismo y psicoticismo bajo – Son personas moderadamente extrovertidas, poco emotivas e poco blandas de carácter.

Caracterizó esta clase por agrupar personas relajadas, poco preocupadas e estables, altruistas, empáticas e convencionales, siendo moderadamente extrovertidas, poco emotivas e responsables. Sus perfiles de personalidad indican que tienden a ser moderadamente discretos, reservados e socialmente inhibidos, así como bastante amables, altruistas y simpáticos.

El grafico 16 presenta los valores promedios de cada una de las dimensiones psicológicas analizadas para único profesional del grupo 3.

Gráfico 16 – Valores de las dimensiones Psicológicas P/B/B/MB – Grupo 3



Legenda: P – Promedio, B – Bajo, MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 18 presenta las puntuaciones del único representante del grupo, un hombre, con un porcentaje de satisfacción de 47,56%.

Tabla 18 - Puntuación y satisfacción del Profesional del grupo psicológico 3 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
14H	215	47,56	47,56	..	47,56	..	47,56	..	47,56

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres
(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

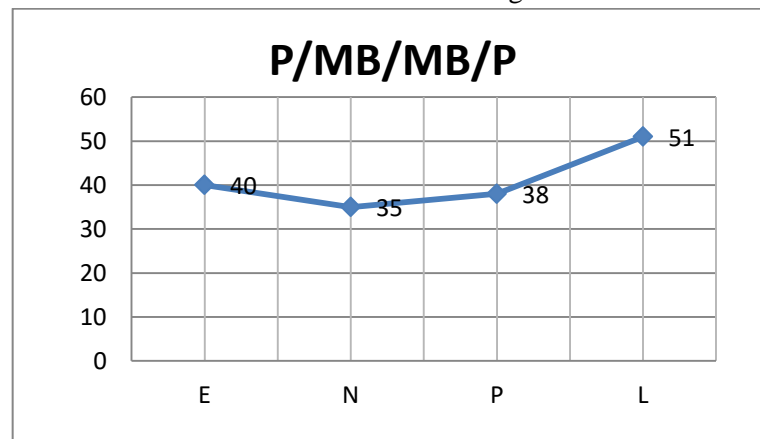
4 – P/MB/MB/P – 15H, 85M (1 Hombre y 1 Mujer)

Extroversión promedio, Neuroticismo y Psicoticismo muy bajo y Sinceridad Promedio – Son personas moderadamente extrovertidas, muy poco emotivas e muy poco blandas de carácter.

En esta situación de perfiles de personalidad hay una indicación de que tienden a ser moderadamente sociables, activos e buscadores de sensaciones, discretos y socialmente inhibidos, amables y poco agresivas.

Los valores medios de las dimensiones psicológicas analizadas para el grupo 4 se muestran en el gráfico 17.

Gráfico 17 – Valores de las dimensiones Psicológicas P/MB/MB/P – Grupo 4



Legenda: P – Promedio, MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 19 se muestran los niveles porcentuales de satisfacción de los dos profesionales que integran el grupo, una mujer con 80,00% y un hombre con 67,80%, para un promedio general de 73,90%.

Tabla 19 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 4 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
15H	132	67,80	67,80	..	67,80	..	67,80	80,00	73,90
85M	82	80,00	..	80,00	..	80,00			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres
(..) no se aplica dato numérico
Fuente: Elaboración propia

Introvertidos:

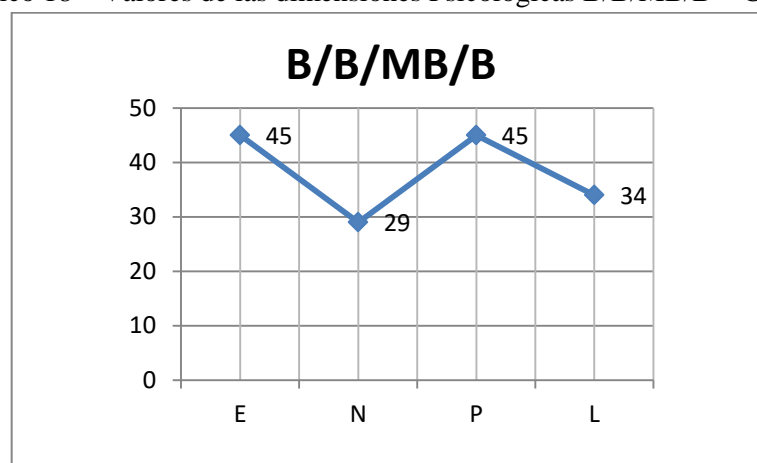
5 – B/B/MB/B – 3M, 43M (2 Mujeres)

Extroversión y Neuroticismo bajos, Psicoticismo muy bajo y Sinceridad bajo – Son personas poco extrovertidas, poco emotivas y muy poco blandas de carácter.

El grupo de personas que tienen este perfil psicológico se caracteriza por una gran preocupación, espontaneidad, pero socializando las emociones, un poco agresivo y si ajusta en cualquier lugar, siendo también muy humano.

Los valores medios de las dimensiones de ese grupo se muestran en el gráfico 18.

Gráfico 18 – Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/MB/B – Grupo 5



Legenda: B – Bajo, MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 20 presenta las evaluaciones de las dos profesionales que componen el grupo psicológico 5, con valores de satisfacción porcentuales de 70,49% y 50,49%, para un promedio porcentual de 60,49%.

Tabla 20 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 5 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
3M	121	70,49	..	70,49	..	..	..	60,49	60,49
43M	203	50,49	..	..	..	50,49	..	..	..

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

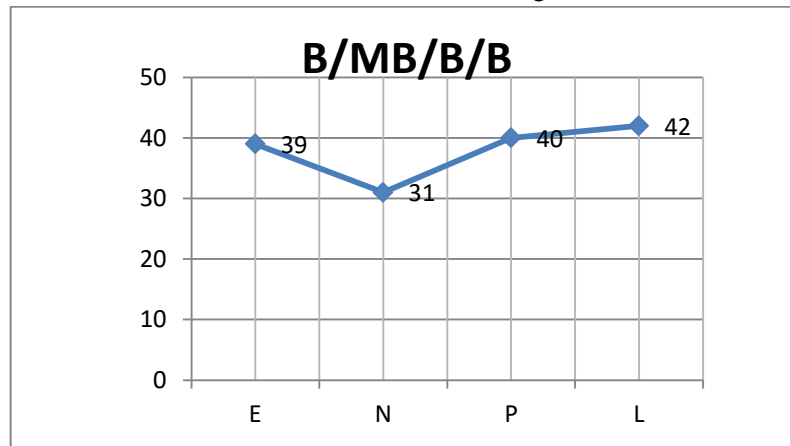
6 – B/MB/B/B – 7M, 9H, 13H, 17M, 22M, 26H, 29H, 32H, 35M, 36H, 37M, 38H, 42M, 45M, 47H, 48M, 50M, 53M, 54H, 55M, 58H, 59H, 60M, 64M, 66H, 67H, 68H, 73M, 75H, 79H, 80H, 82M, 88H, 89M, 92M, 94H, 98M, 102M, 106M, 108H (20 Mujeres e 20 Hombres).

Extroversión bajo, Neuroticismo muy bajo y Psicoticismo y Sinceridad bajos – Son personas poco extrovertidas, muy poco emotivas e poco blandas de carácter.

Perfil de personas poco sociables, un poco espontáneas, felices, pero un poco emotivas, empáticas, cálidas y responsables.

Lo gráfico 19 muestra los valores promedios de los profesionales que están en ese grupo psicológico 5, en relación con las dimensiones psicológicas evaluadas.

Gráfico 19 – Valores de las dimensiones Psicológicas B/MB/B/B – Grupo 6



Legenda: B – Bajo, MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 21 se tienen los porcentajes de satisfacción de los profesionales que forman el mayor agrupamiento con similitudes psicológicas, compuesto por 20 hombres y 20 mujeres, y con el mayor porcentaje de satisfacción individual entre todos los grupos psicológicos y profesionales, un hombre, con 99,51%. El porcentaje de satisfacción más bajo es de 45,61% y pertenece a una mujer. El porcentaje promedio para los hombres es del 78,35%, y para las mujeres es del 69,35%, mientras que el promedio general es 73,86%.

Tabla 21 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 6 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
7M	77	81,22	..	..	..	..
9H	77	81,22	..	..	..	..
13H	50	87,80	..	..	..	..
17M	97	76,34	..	..	..	..
22M	223	45,61	..	..	..	45,61			
26H	38	90,73	..	..	..	..
29H	97	76,34	..	..	..	..
32H	120	70,73	..	..	..	..
35M	149	63,66	..	..	..	..
36H	27	93,41	..	..	..	..
37M	100	75,61	..	..	..	..
38H	25	93,90	..	..	..	..
42M	188	54,15	..	..	..	..
45M	172	58,05	..	..	..	..
47H	127	69,02	..	..	..	..
48M	100	75,61	..	..	..	..
50M	134	67,32	..	..	..	..
53M	59	85,61	..	..	..	..
54H	37	90,97	..	..	..	..
55M	79	80,73	..	..	..	..	78,35	69,35	73,86
58H	127	69,02	..	..	..	..
59H	133	67,56	..	..	..	..
60M	201	50,97	..	..	..	..
64M	119	70,97	..	..	..	..
66H	55	86,58	..	..	..	..
67H	62	84,88	..	..	..	..
68H	95	76,83	..	..	..	..
73M	82	80,00	..	..	..	..
75H	2	99,51	99,51	..	..	..
79H	135	67,07	..	..	..	..
80H	127	69,02	..	..	..	..
82M	173	57,80	..	..	..	..
88H	121	70,49	..	..	..	..
89M	175	57,32	..	..	..	..
92M	130	68,29	..	..	..	..
94H	156	61,95	..	..	..	..
98M	49	88,05	..	88,05	..	..	
102M	100	75,61	..	..	..	..
106M	106	74,15	..	..	..	..
108H	163	60,24	..	..	60,24	..			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

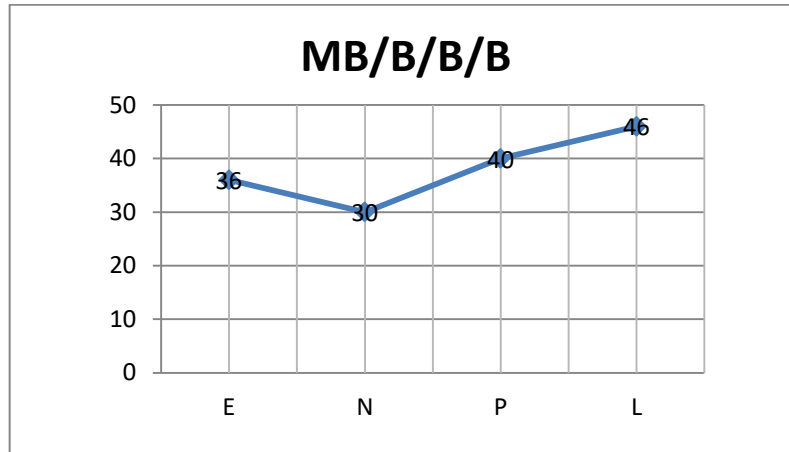
7 – MB/B/B/B – 19M, 31H, 62M, 63H, 74M, 77M, 99H, 109M (5 Mujeres e 3 Hombres)

Extroversión muy bajo, Neuroticismo bajo, Psicoticismo y Sinceridad bajo – Son personas muy poco extrovertidas, poco emotivas e poco blandas de carácter.

En este perfil psicológico se encontrarán personas que tienden a ser muy activas, preocupadas, un poco tensas, expansivas, empáticas y responsables.

En el gráfico 20 se ven los valores promedios de las dimensiones psicológicas de los ocho profesionales del grupo 7.

Gráfico 20 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/B/B/B – Grupo 7



Legenda: MB – Muy Bajo, B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008
Fuente: Elaboración propia

La tabla 22 presenta las puntuaciones y satisfacción de los profesionales del grupo 7, con los porcentuales individuales de satisfacción de los profesionales y los valores máximo, mínimo y promedio de satisfacción del grupo. El porcentual más alto es del 78,54%, que pertenece a una profesional, así como el segundo porcentual más alto también es de una mujer. Los valores medios son, respectivamente, del 53,09% para los hombres, del 62,34% para las mujeres y del 58,87% para el promedio general.

Tabla 22 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 7 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
19M	193	52,92	..	..	..	..
31H	184	55,12	..	..	..	..
62M	88	78,54	..	78,54	..	..	
63H	181	55,85	55,85	..	..	..	53,09	62,34	58,87
74M	157	61,71	..	..	..	..
77M	117	71,46	..	..	..	..
99H	212	48,29	..	..	48,29	..			
109M	217	47,07	..	..	..	47,07			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

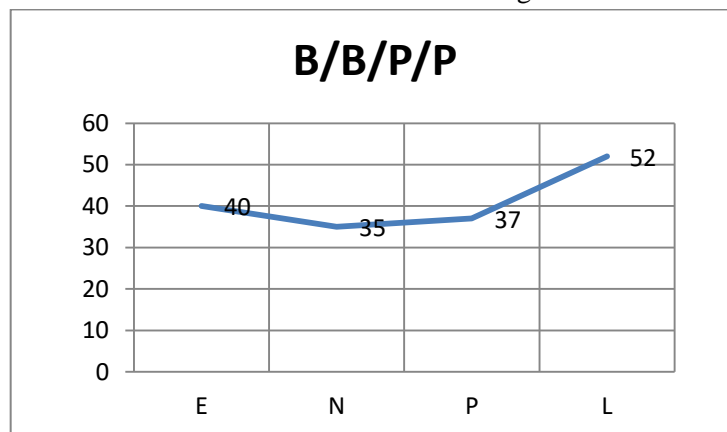
8 – B/B/P/P – 90M (1 Mujer)

Extroversión y Neuroticismo bajos, Psicoticismo y Sinceridad promedio – Son personas poco extrovertidas, poco emotivas e moderadamente blandas (que tiene poca fuerza o resistencia moral o física) de carácter.

Son reservados, discretos y socialmente inhibidos; siendo personas relajadas, un poco preocupadas y estables. Personas un poco extravertidas, una poco emocional y de moderada fuerza de carácter. Sus perfiles de personalidad indican que tienden a ser despreocupados y estables, así como a ser moderadamente amables, altruistas, convencionales y empáticos.

En el gráfico 21 muestra los valores de las dimensiones psicológicas del profesional que está clasificado en ese grupo psicológico.

Gráfico 21 – Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/P/P – Grupo 8



Legenda: B – Bajo, P – Promedio – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008
Fuente: Elaboración propia

La tabla 23 presenta la puntuación del profesional 90M, una mujer, única integrante del grupo, que tiene un porcentaje de satisfacción del 79,27%.

Tabla 23 - Puntuación y satisfacción de la Profesional del grupo psicológico 8 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
90M	85	79,27	79,27	..	79,27	..	79,27	..	79,27

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

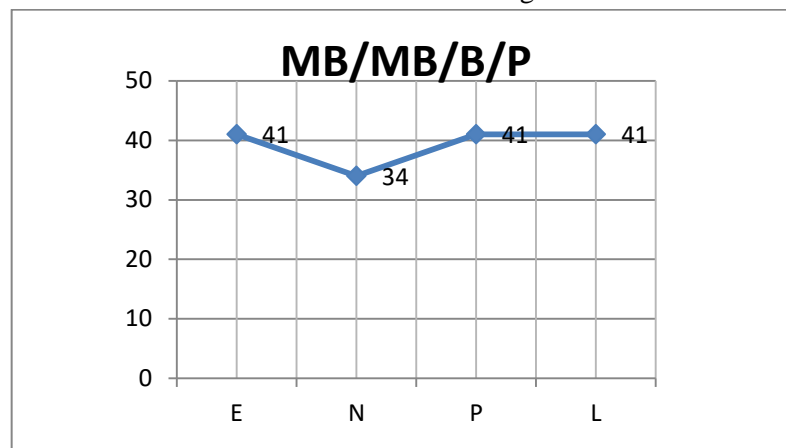
9 – MB/MB/B/P – 4H, 8H, 12M, 18H, 30H, 34M, 56H, 57H, 61M, 71M, 83M, 91H, 95M, 97M, 100M, 107M (7 Hombres y 9 Mujeres)

Extraversión muy baja, Neuroticismo muy bajo, Psicoticismo bajo y Sinceridad promedio – Son personas muy poco extrovertidas, muy poco emotivas e poco blandas de carácter.

En esta categoría de perfil, las personas tienden a ser reservadas, discretas, socialmente inhibidas, felices, con alta autoestima, un poco amigables y responsables, así como cálidas.

El gráfico 22 muestra los valores de las dimensiones psicológicas del segundo mayor grupo psicológico, con 16 profesionales.

Gráfico 22 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/B/P – Grupo 9



Legenda: MB – Muy Bajo, B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008
Fuente: Elaboración propia

Las puntuaciones y porcentuales de satisfacción en el trabajo de los miembros del grupo psicológico 9 están en la tabla 24. El mayor nivel de satisfacción es de un hombre con porcentaje del 98,29%, seguido de otro profesional hombre con un 96,10% de porcentaje y, en tercera posición, con un porcentaje del 95,54%, una mujer. El más bajo nivel de satisfacción es también de un profesional hombre, con 42,93%, seguido de una mujer con un porcentaje del 48,78%. En promedio el porcentaje de satisfacción masculina es del 71,84%, mientras que el femenino es del 74,36%, con un promedio general de 73,17%. Las mujeres en este grupo psicológico demuestran que tienen un nivel de satisfacción, en promedio, mayor que el de los profesionales hombres.

Tabla 24 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 9 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
4H	16	96,10	..	..	..	..
8H	152	62,93	..	..	..	..
12M	210	95,54	..	95,54	..	..	
18H	6	42,93	..	..	42,93	..			
30M	234	75,12	..	..	..	..
34M	102	67,56	..	..	..	..
56H	133	66,10	..	..	..	..
57H	164	60,00	..	..	..	..	71,64	74,36	73,17
61M	139	48,78	..	..	..	48,78			
71M	78	80,97	..	..	..	..
83M	128	68,78	..	..	..	..
91H	7	98,29	98,29	..	..	..
95M	134	67,32	..	..	..	..
97M	91	77,80	..	..	..	..
100M	71	82,68	..	..	..	..
107M	95	76,83	..	..	..	..

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

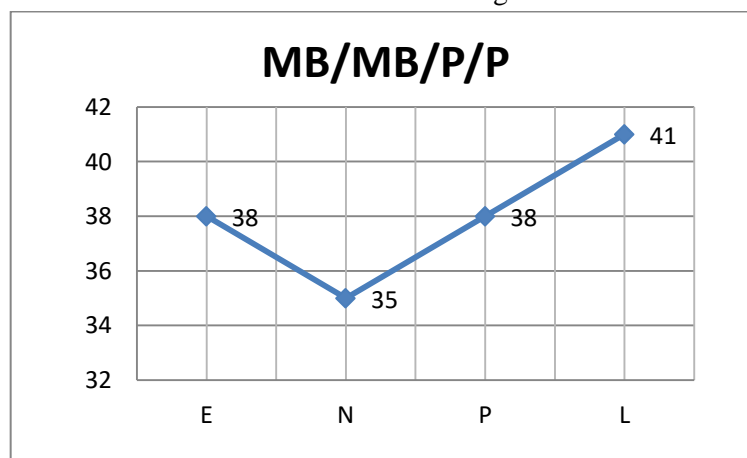
10 – MB/MB/P/P – 20H, 39M, 70M (1 Hombre y 2 Mujeres)

Extraversión y Neuroticismo muy bajo, Psicoticismo y Sinceridad promedio – Son personas muy poco extrovertidas, muy poco emotivas e moderadamente blandas de carácter.

Clase de perfil psicológico en el que las personas tienden a ser un poco vivas y espontáneas, una alta autoestima y con impulsividad moderada y falta de sentimientos, apreciando cosas extrañas y poco comunes.

En el gráfico 23 se tiene los valores de las dimensiones psicológicas de los miembros del grupo psicológico 10, compuesto por dos mujeres e un hombre.

Gráfico 23 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/P/P – Grupo 10



Legenda: MB – Muy Bajo, P – Promedio – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 25 las puntuaciones de los miembros del grupo psicológico 10 en el que el hombre presenta un nivel de satisfacción, en porcentaje, superior que el de las dos mujeres que completan el grupo. Mientras que el hombre tiene un porcentaje del 97,07%, las mujeres tienen valores porcentuales del 60,24% e 37,07%, haciendo que el promedio porcentual del grupo sea llevado para 64,80%, porque la media de los porcentuales de las mujeres fue del 48,66%.

Tabla 25 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 10 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
20H	12	97,07	97,07	..	97,07	..			
39M	163	60,24	..	60,24	..	..	97,07	48,66	64,80
70M	258	37,07	..	..	..	37,07			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

Fuente: Elaboración propia

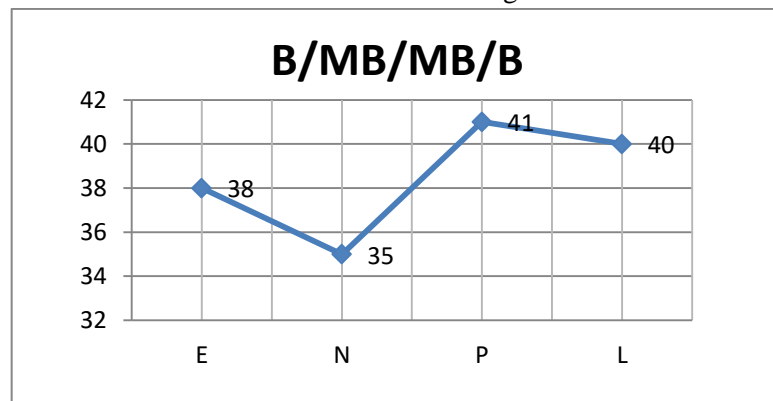
11 – B/MB/MB/B – 25H, 51H, 52M, 65M, 78M, 87H, 101M (3 Hombres e 4 Mujeres)

Extroversión baja, Neuroticismo y Psicoticismo muy bajos y Sinceridad bajo – Son personas poco extrovertidas, muy poco emotivas e muy poco blandas de carácter.

El perfil psicológico de las personas de esta clase se caracteriza por una baja sociabilidad y espontaneidad; muy racional, alegre y relajado con alto altruismo y empatía y muy poco agresivas.

Los valores de las dimensiones psicológicas del grupo 1 están en el gráfico 24.

Gráfico 24 – Valores de las dimensiones Psicológicas B/MB/MB/B – Grupo 11



Legenda: B – Bajo, MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

Los valores porcentuales de satisfacción nos muestran, en la tabla 26, para el grupo psicológico 11, que una vez más el mayor valor porcentual pertenece a un hombre, con valor del 89,02%; mientras las medias porcentuales son del 83,33% para los hombres, del 72,56% para las mujeres y del 77,18% para la media porcentual general.

Tabla 26 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 11 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
25H	45	89,02	89,02	..	..	..
51H	69	83,17	..	..	..	..
52M	89	78,29	..	..	..	..
65M	143	65,12	..	..	..	65,12	83,33	72,56	77,18
78M	130	68,29	..	..	68,29	..			
87H	91	77,80	..	..	..	..
101M	88	78,34	..	78,34	..	..	

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

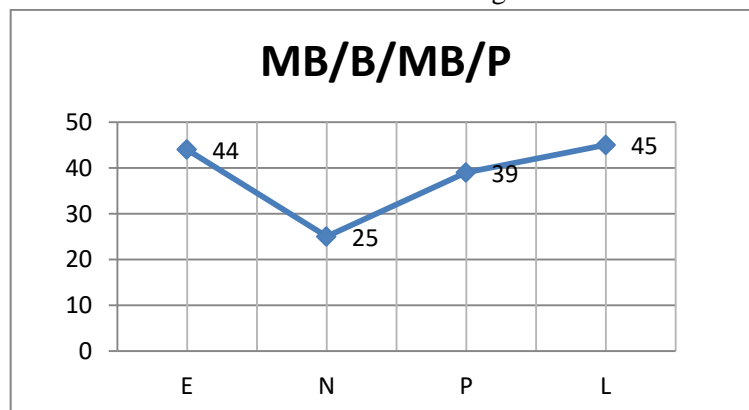
12 – MB/B/MB/P – 69M (1 Mujer)

Extroversión muy bajo, Neuroticismo bajo, Psicoticismo muy bajo y Sinceridad promedio – Son personas muy poco extrovertidas, poco emotivas e muy poco blandas de carácter.

Esta clase de perfiles psicológicos incluye personas preocupadas, muy asertivas, muy tensas y tímidas, pero muy amorosas y cálidas.

En el gráfico 25 se tiene los valores de las dimensiones psicológicas de la única mujer que compone este grupo psicológico.

Gráfico 25 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/B/MB/P – Grupo 12



Legenda: MB – Muy Bajo, B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 27 muestra la puntuación y el porcentaje de satisfacción de la única representante de dicho grupo psicológico, que tiene un porcentaje de satisfacción de 69,02%.

Tabla 27 – Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 12 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
69F	127	69,02			69,02			69,02	69,02

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

Fuente: Elaboración propia

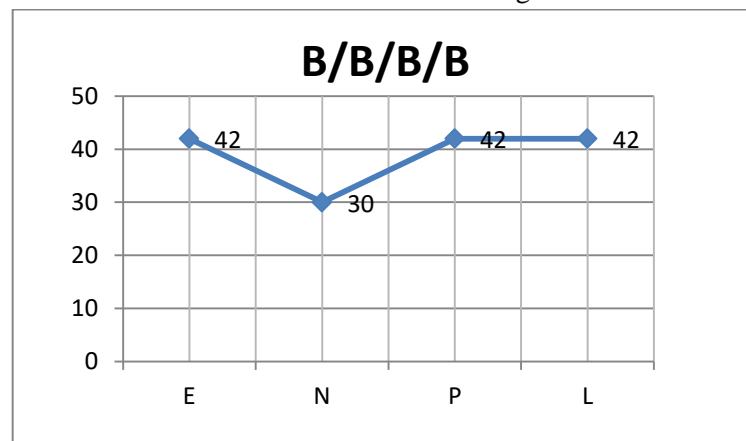
13 – B/B/B/B – 10M, 16M, 21H, 24M, 28M, 33M, 41M, 81H, 93M (7 Mujeres e 2 Hombres)

Extroversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad bajos – Son personas poco extrovertidas, poco emotivas e poco blandas de carácter.

En esta categoría, las personas relajadas se clasifican, están muy preocupadas y son estables, son muy activas, agresivas y están preocupadas por los peligros. Sus perfiles de personalidad indica que tienden a ser reservados, discretos, socialmente inhibidos, despreocupados en algunas situaciones, así como adorables, altruistas, convencionales y empáticos.

El gráfico 26 muestra los valores de las dimensiones psicológicas de los integrantes del grupo psicológico 13.

Gráfico 26 – Valores de las dimensiones Psicológicas B/B/B/B – Grupo 13



Legenda: B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 28 se ven los valores relativos a los porcentajes de satisfacción de los profesionales que respondieron al cuestionario e que forman parte de ese grupo psicológico, con el mayor porcentual de satisfacción del 83,41% presentado por una mujer y el porcentaje de satisfacción más bajo, con 50,73%, presentado por un hombre. La satisfacción promedio de

las mujeres es del 66,86%, mientras que la de los hombres es del 56,22%, quedando la media porcentual del grupo psicológico 13 en el 64,50%.

Tabla 28 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 13 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
10M	99	75,85	..	..	..	..
16M	68	83,41	..	83,41	..	..	
21H	157	61,71	61,71	..	..	..
24M	138	66,34	..	..	..	..
28M	122	70,24	..	..	..	..	56,22	66,86	64,50
33M	199	51,46	..	..	..	..
41M	180	56,10	..	..	..	56,10			
81H	202	50,73	..	..	50,73	..			
93M	145	64,63	..	..	..	..

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

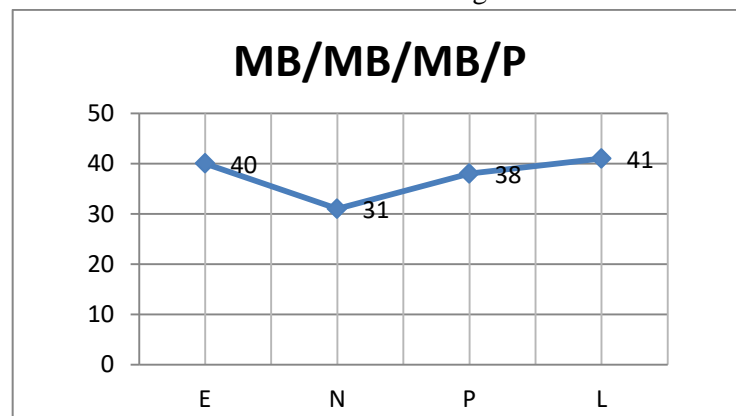
14 – MB/MB/MB/P – 46M, 49H, 84M, 86H (2 Mujeres e 2 Hombres)

Extroversión, Neuroticismo y Psicoticismo muy bajo y Sinceridad promedio – Son personas muy poco extrovertidas, muy poco emotivas e muy poco blandas de carácter.

Se caracterizan por ser personas muy poco sociables, muy poco asertivos, racionales, alegres, sociables, amables y muy poco agresivos.

Este grupo psicológico cuenta con solo 4 profesionales, dos hombres e dos mujeres, que presentan valores de las dimensiones psicológicas analizadas muy bajos y solamente el requisito de sinceridad se presentó valor medio, como se muestra en el grafico 27.

Gráfico 27 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/MB/MB/P – Grupo 14



Legenda: MB – Muy Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 29 muestra los porcentajes de satisfacción de los profesionales que integran ese grupo psicológico 14, con las mujeres expresándose con valores porcentuales mayores que los de los hombres; haciendo con que el promedio porcentual de las mujeres, 68,78%, sea mayor que la de los hombres, 60,61%, mientras que el rango porcentual promedio del grupo está en 64,69%.

Tabla 29 - Puntuación y satisfacción de los Profesionales del grupo psicológico 14 y porcentuales

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
46M	103	74,88	..	74,88	..	..	
49H	157	61,71	61,71	..	..	..	60,61	68,78	64,69
84M	153	62,68	..	..	..	62,68			
86H	166	59,51	..	..	59,51	..			

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

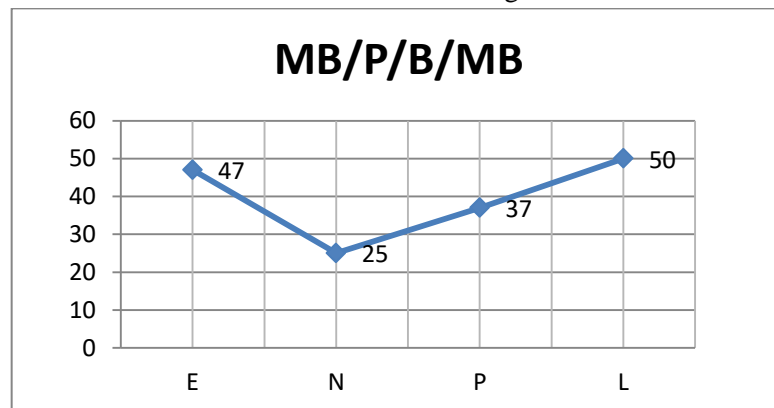
15 – MB/P/B/MB – 104H (1 Hombre)

Extroversión muy bajo, Neuroticismo promedio, Psicoticismo bajo y Sinceridad muy bajo – Son personas muy poco extrovertidas, moderadamente emotivas y poco blandas de carácter.

Esta clase psicológica se caracteriza por personas preocupadas y poco activas, que tienden a tener baja autoestima, son empáticas, reflexivas y poco agresivas.

En el gráfico 28 se tienen las características psicológicas que identifican al único profesional de ese grupo 15, es un hombre y presenta valores muy bajos en las dimensiones psicológicas, exceptuando el neuroticismo, que está en el rango medio.

Gráfico 28 – Valores de las dimensiones Psicológicas MB/P/B/MB – Grupo 15



Legenda: MB – Muy Bajo, P – Promedio, B – Bajo – Manual EPQ-R – H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck, 2008

Fuente: Elaboración propia

La tabla 30 muestra el valor porcentual de la satisfacción de ese profesional único de ese grupo psicológico, con un valor de 61,46%.

Tabla 30 - Puntuación y satisfacción del Profesional del grupo psicológico 15 y porcentual

Profesional	Satisfacción		%Máximo		%Mínimo		% Promedio		
	Puntuación	%	H	M	H	M	H	M	General
104H	158	61,46	61,46		61,46		61,46		61,46

Legenda: N° corresponde al cuestionario del profesional; H – Hombres; M – Mujeres

(..) no se aplica dato numérico

Fuente: Elaboración propia

Tras analizar el alto porcentaje de la sub escala de sinceridad, se optó por no tener en cuenta las evaluaciones psicológicas, en virtud de las discrepancias que podría provocar en los análisis esas disimulaciones o mentiras, aunque hayan sido realizadas con buenas intenciones.

9.5 – Intenciones comportamentales

Asumiendo que la mayoría de los profesionales que trabajan en la ESF son los que todavía están buscando residencia para una especialización, aprovechando la oportunidad en ESF como prácticas temporales, no solo para definir la especialización, sino sobre todo como una forma de acercarse del mercado laboral, se les presentaron siete opciones, hipótesis que consideraban que habían terminado su residencia y, como profesionales médicos especializados, enumerar desde 1 (Más improbable o Más indeseable), hasta 7 (Más probable o Más deseable) las siete opciones colocadas.

Considerando el contexto actual vivido por el profesional médico(a), las opciones consideradas más probables, teniendo en cuenta el rumbo que puede tomar su trayectoria profesional, fueron marcadas en orden ascendente desde las más improbables (1) a las más probables (7), considerándose neutral o indiferente (4).

Los resultados muestran, para la opción trabajar en un hospital integrado al sector salud pública, que el porcentaje más alto, 23,4%, fue neutral o indiferente, seguido por lo más probable, en relación al trabajo en el hospital, integrándose con el sector público de salud.

La siguiente puntuación porcentual muestra un porcentaje de 11,7% de tendencia a la improbabilidad en dos ítems de la opción (Lo más improbable y Poco improbable) allá del improbable, con porcentaje del 8,1%, que sumados darán un porcentual de 31,5%. Seguido

muy de cerca, 10,8%, también por dos ítems de la opción con tendencia a la probabilidad, (poco probable y probable) de trabajar en el hospital, integrado al sector de la salud pública, las cuales, si se suma la opción más probable, que obtuvo un porcentaje del 22,5%, se tiene, un porcentaje del 44,1%, mostrando que hay una mayor probabilidad de que esta situación se concrete, como se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31 – Opciones de elección improbables y probables para trabajar en el hospital integradas en el sector de la salud pública.

«Trabajar en el hospital, integrado con el sector de la salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	13	11,7
	2 – Improbable	9	8,1
	3 – Poco improbable	13	11,7
	4 – Neutro – indiferente	26	23,4
	5 – Poco probable	12	10,8
	6 – Probable	12	10,8
	7 – Lo más probable	25	22,5
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 4 Erro Desvío: 1,809 Variancia: 3,272			

Opción 1 – Más Probable

Fuente: Elaboración propia

Al mismo tiempo, se les pidió que indicaran cuál sería su deseo (anhelos) en relación con los mismos ítems relacionados con las probabilidades que juzgaban más cercanas a sus realidades, es decir, lo que mejor los cumpliría.

La duda (neutro - indiferente), otra vez, fue la opción que obtuvo el mayor porcentaje (27%), seguida de la opción Deseable (16,2%), y otras dos opciones más enfocadas a lo deseable, Poco deseable y Lo más deseable (13,5%), seguido de puntuaciones de indeseabilidad, lo más indeseable y poco indeseables (8,1%). Los porcentajes acumulados para la opción deseable muestran que hay una mayor tendencia por este aspecto (43,2%), del mismo modo que ocurrió en el análisis de probabilidad, conforme la Tabla 32.

Tabla 32 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en el hospital público, integrándose al sector salud.

«Trabajar en el hospital, integrado con el sector de la salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	9	8,1
	2 – Indeseable	13	11,7
	3 – Poco indeseable	9	8,1
	4 – Neutro – indiferente	30	27,0
	5 – Poco deseable	15	13,5
	6 – Deseable	18	16,2
	7 – Lo más deseable	15	13,5
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 4 Erro Desvío: 1,999 Variancia: 3,997			

Opción 1 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

Al considerar la segunda hipótesis propuesta, los porcentajes muestran que existe un equilibrio entre las alternativas, siendo la improbabilidad muy similar a la probabilidad, apareciendo el porcentaje más alto (20,7%) tanto para lo poco improbable cuanto para lo probable, con la suma de porcentajes distribuida alrededor del 21,6% y el 22,5% para cada lado extremo de neutral – indiferente, conforme muestra la Tabla 33.

Tabla 33 – Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en otro hospital público, integrándose al sector salud.

«Trabajar en otro hospital, integrado con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	3	2,7
	2 – Improbable	22	19,8
	3 – Poco improbable	23	20,7
	4 – Neutro - indiferente	15	13,5
	5 – Poco probable	20	18,0
	6 – Probable	23	20,7
	7 – Lo más probable	4	3,6
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 3 ^a Erro Desvío: 1,620 Variancia: 2,624			

^a. Hay varios modos. Se muestra el valor más bajo.

Opción 2 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

Se mantiene el equilibrio para la condición de deseabilidad, con el porcentaje más alto (22,5%) de la alternativa poco indeseable, que representa 25 respuestas, frente al segundo porcentaje más alto (21,6%), que representa 24 respuestas, de la alternativa poco deseable, con un aumento en el número de encuestados neutrales – indiferentes en relación al probable. Sin embargo, la suma de los porcentajes del lado de la indeseabilidad, con 43,2%, demuestra que hay una mayor tendencia a no tener esa opción como meta, conforme al Tabla 34.

Tabla 34 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en otro hospital público, integrándose al sector salud.

«Trabajar en otro hospital, integrado con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	6	5,4
	2 – Indeseable	17	15,3
	3 – Poco indeseable	25	22,5
	4 – Neutro – indiferente	19	17,1
	5 – Poco deseable	24	21,6
	6 – Deseable	16	14,4
	7 – Lo más deseable	2	1,8
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 3 Erro Desvío: 1,524 Varianza: 2,323			

Opción 2 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

En esta tercera hipótesis, conforme la Tabla 35, el mayor porcentaje aparece para la alternativa Lo más probable, con 27 respuestas (24,3%), con una distribución de respuestas muy equilibrada entre las posibles opciones alternativas, si se toma como referencia la opción neutral – indiferente, son del 39,6 % para el improbable y del 46,8 % para la tendencia probable, como se explica en el mayor número de respuestas, 27, para la condición más probable.

Tabla 35 – Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector salud pública.

«Trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	11	9,9
	2 – Improbable	17	15,3
	3 – Poco improbable	16	14,4
	4 – Neutro - indiferente	14	12,6
	5 – Poco probable	9	8,1
	6 – Probable	16	14,4
	7 – Lo más probable	27	24,3
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 7 Erro Desvío: 2,110 Varianza: 4,451			

Opción 3 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo la probabilidad, en la Tabla 36 se tiene que Lo más Deseable también presenta un porcentaje mayor (21,6%), con 24 respuestas y, de igual forma, la distribución de respuestas está bien equilibrada entre las opciones, sin embargo, aún con la tendencia de deseabilidad con porcentual de 48,6% un poco más acentuada que la tendencia opuesta, con porcentual de 40,5%, acompañando la tendencia explícita en la elección de la opción lo más deseable.

Tabla 36 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector salud pública.

«Trabajar en la unidad de ESF, integrado con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	10	9,0
	2 – Indeseable	16	14,4
	3 – Poco indeseable	19	17,1
	4 – Neutro – indiferente	10	9,0
	5 – Poco deseable	15	13,5
	6 – Deseable	15	13,5
	7 – Lo más deseable	24	21,6
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 7 Erro Desvío: 2,046 Varianza: 4,186			

Opción 3 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

En esta opción, la neutralidad o indiferencia también fue el mayor porcentaje, 20,7%, tanto para probabilidades como para deseos, con 23 respuestas cada uno, y también con distribuciones de número de respuestas muy equilibradas en el resto de ítems, conforme muestra en las Tablas 37 e 38, sin embargo, en esas opciones hay mayores porcentajes para la tendencia de improbabilidad, con porcentual de 39,6%, contra el porcentual de 38,7% de la probabilidad.

Tabla 37 – Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en otra unidad de ESF, integrado con el sector salud pública.

«Trabajar en otra unidad de ESF, integrada con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	11	9,9
	2 – Improbable	15	13,5
	3 – Poco improbable	18	16,2
	4 – Neutro - indiferente	23	20,7
	5 – Poco probable	9	8,1
	6 – Probable	22	19,8
	7 – Lo más probable	12	10,8
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 4 Erro Desvío: 1,871 Varianza: 3,499			

Opción 4 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

La misma tendencia se percibe en la situación de los deseos, pues la indeseabilidad, con porcentaje del 46,5%, supera la deseabilidad que tiene porcentaje del 36,9%.

Tabla 38 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en otra unidad de ESF, integrado con el sector salud pública.

«Trabajar en otra unidad de ESF, integrada con el sector de salud pública»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	11	9,9
	2 – Indeseable	17	15,3
	3 – Poco indeseable	17	15,3
	4 – Neutro – indiferente	23	20,7
	5 – Poco deseable	13	11,7
	6 – Deseable	19	17,1
	7 – Lo más deseable	9	8,1
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 4 Erro Desvío: 1,810 Varianza: 3,275			

Opción 4 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

Para esta hipótesis, las respuestas mayoritarias fueron, tanto para la poco probable cuanto para la poco deseable, teniendo la probabilidad, con 26 respuestas, un 23,4%, mientras que la deseabilidad, con 20 respuestas, tuvo un porcentaje del 18%, sin embargo, con el resto de respuestas distribuidas de manera similar en las dos categorías, conforme muestran las Tablas 39 e 40. Sin embargo, incluso con las respuestas de poco probable y poco deseables siendo las elecciones que obtuvieron mayores porcentajes, la tendencia la probabilidad y la deseabilidad son porcentualmente más elevadas que sus antípodas: 49,5% contra 40,5% y 45,0% contra 42,3%, respectivamente.

Tabla 39 – Opciones de elecciones improbables y probables, para trabajar en un hospital privado.

«Trabajar en un hospital privado»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	12	10,8
	2 – Improbable	12	10,8
	3 – Poco improbable	21	18,9
	4 – Neutro - indiferente	10	9,0
	5 – Poco probable	26	23,4
	6 – Probable	11	9,9
	7 – Lo más probable	18	16,2
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 4,50 Moda: 5 Erro Desvío: 1,928 Varianza: 3,716			

Opción 5 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, para trabajar en un hospital privado

«Trabajar en un hospital privado»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	14	12,6
	2 – Indeseable	16	14,4
	3 – Poco indeseable	17	15,3
	4 – Neutro – indiferente	12	10,8
	5 – Poco deseable	20	18,0
	6 – Deseable	14	12,6
	7 – Lo más deseable	16	14,4
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 5 Erro Desvío: 1,988 Varianza: 3,951			

Opción 5 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

La hipótesis de estudios continuos para la formación académica, conforme las Tablas 41 e 42, indican que tanto la probabilidad como la deseabilidad, fue rechazada, siendo los porcentajes más altos, 22,5% - improbable y 23,4 - indeseable, acompañándose de porcentajes similares en el resto de las opciones alternativas de la hipótesis, con porcentajes de 47,7% para improbabilidad y 41,4% para probabilidad, mientras que los porcentajes de 53,1% para indeseabilidad y 39,6% para deseabilidad, respectivamente, dejan clara la tendencia de rechazar estas hipótesis.

Tabla 41 – Opciones de elecciones improbables y probables, continuar la formación para integrar la carrera docente.

«Continuar la formación (por ejemplo, doctorado) para integrar la carrera docente»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	16	14,4
	2 – Improbable	25	22,5
	3 – Poco improbable	12	10,8
	4 – Neutro - indiferente	12	10,8
	5 – Poco probable	19	17,1
	6 – Probable	17	15,3
	7 – Lo más probable	10	9,0
	Total	111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 2 Erro Desvío: 1,969 Varianza: 3,877			

Opción 6 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 42 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, continuar la formación para integrar la carrera docente

«Continuar la formación (por ejemplo, doctorado) para integrar la carrera docente»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	20	18,0
	2 – Indeseable	26	23,4
	3 – Poco indeseable	13	11,7
	4 – Neutro – indiferente	7	6,3
	5 – Poco deseable	14	12,6
	6 – Deseable	17	15,3
	7 – Lo más deseable	13	11,7
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 3,00		Moda: 2	Erro Desvío: 2,105
			Varianza: 4,430

Opción 6 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

Esta opción, emigrar a otro país, ejerciendo su profesión, conforme las Tablas 43 e 44, a pesar de presentar, como los ítems porcentuales más altos, los extremos de los más improbables y los más indeseables, con 39,6% y 35,1%, respectivamente - hay 44 respuestas para los más improbables y 39 respuestas para los más indeseables -, tiene altos porcentajes para probabilidad, 27%, considerando lo poco probable y lo más probable, 13,5% cada uno, y 27% para lo más deseable, con 9% para lo deseable, respectivamente, sumando un total de 36%.

Este indicio muestra que existe una leve tendencia a buscar alternativas al campo de trabajo fuera del país, incluso ante posibles dificultades y problemas que implica la emigración a otro país, mismo siendo un profesional médico con especialización.

Tabla 43 – Opciones de elecciones improbables y probables, emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista).

«Emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista)»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más improbable	44	39,6
	2 – Improbable	10	9,0
	3 – Poco improbable	7	6,3
	4 – Neutro - indiferente	11	9,9
	5 – Poco probable	15	13,5
	6 – Probable	8	7,2
	7 – Lo más probable	15	13,5
	Total	110	99,1
Omitido	Sistema	1	0,9
Total		111	100,0
Mediana: 3,00		Moda: 1	Erro Desvío: 2,271
			Varianza: 5,159

Opción 7 – Más probable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 44 – Opciones de elecciones indeseables y deseables, emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista)

«Emigrar a otro país, ejerciendo su profesión (médico especialista)»		Frecuencia	%
Válido	1 – Lo más indeseable	39	35,1
	2 – Indeseable	5	4,5
	3 – Poco indeseable	9	8,1
	4 – Neutro – indiferente	8	7,2
	5 – Poco deseable	8	7,2
	6 – Deseable	10	9,0
	7 – Lo más deseable	30	27,0
	Total	109	98,2
Omitido	Sistema	2	1,8
Total		111	100,0
Mediana: 4,00 Moda: 1 Erro Desvío: 2,537 Varianza: 6,435			

Opción 7 – Más deseable

Fuente: Elaboración propia

Para analizar los elementos considerados como prioridades en una escala de satisfacción profesional, se pidió a los profesionales que ordenaran las dimensiones de 1 a 8, en orden descendente, donde 1 era la más importante y 8 la menos importante de las dimensiones, en términos de importancia motivacional, que se han considerado para su examen en cada una de las cuestiones planteadas.

De esta forma, fueron evaluadas las percepciones relativas a las expectativas, deseos, valores y preferencias (lo que esperarían, desearían o quisieran obtener como recompensa, intrínseca o extrínseca, por su trabajo, competencia, dedicación, esfuerzo, empeño etc., en cuanto profesional de la salud), que fueron nombradas de expectativas.

Simultáneamente, por otro lado, indicaron también sus percepciones relacionadas a resultados y recompensas que obtienen (o piensan obtener) y que pueden quedar por debajo de sus expectativas (uno, dos, tres o más puntos), que fueron llamados resultados.

La diferencia entre las dos evaluaciones realizadas por cada uno de los profesionales (E – R) estableció lo que fue llamado de satisfacción (S), siempre considerando igual a 0 (cero) los resultados negativos de la diferencia.

Dada la definición establecida de que la mayor importancia fue traducida por las clasificaciones más bajas, el ítem de satisfacción (S) muestra que los médicos tienden a valorar el H – Estatus & Prestigio, seguido de las E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social, el C – Realización Profesional e Personal & Desempeño Organizacional, D – Relación Profesional / Usuario y A – Autonomía & Poder en una posición intermedia, en orden

decreciente de apreciación, con los ítems F – Remuneración, B – Condiciones de Trabajo & Salud y G – Seguridad en el Empleo como las dimensiones que menos valoraban.

Sin embargo, al analizar las expectativas en relación a cada una de las dimensiones consideradas, en las que se considera que valores más altos representan mayor satisfacción, la secuencia de ordenamiento muestra la dimensión D – Relación Profesional / Usuario, como la más valorada entre las dimensiones, con las dimensiones G – Seguridad en el Empleo y H – Estatus & Prestigio, en orden descendente, definidas como las menos valoradas, mientras que las dimensiones B – Condiciones de Trabajo & Salud, C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional, E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social, A – Autonomía & Poder y F – Remuneración, se encuentran en una posición intermedia, también en orden decreciente de apreciación, como las más importantes en la visión de los profesionales médicos.

Al analizar lo que los profesionales médicos consideran como realidad, donde nuevamente los valores más altos representan mayor satisfacción, se observa otro cambio, ya que las dimensiones mejor valoradas fueron G – Seguridad en el Empleo y B – Condiciones de Trabajo & Salud, con la dimensión F – Remuneración siguiéndolas de cerca, y con la dimensión H – Status & Prestigio que recibió la peor valoración, siendo intermediadas, en orden decreciente de valoración, por las dimensiones A – Autonomía & Poder, D – Relación Profesional / Usuario, C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional y E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social.

Al considerar los promedios para cada Dimensión, los valores se mantienen cerca de un promedio de seis y la dimensión mejor valorada es H – Estatus & Prestigio, seguida muy de cerca por G – Seguridad en el Empleo; mientras median las dimensiones F – Remuneración, A – Autonomía & Poder, E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social, C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional y B – Condiciones de Trabajo & Salud, en orden decreciente, siendo seguidas por la dimensión D – Relación Profesional / Usuario, como la peor valorada.

En la Tabla 45 e en el gráfico 29 se muestran los valores de las medidas estadísticas calculadas a partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de satisfacción laboral, donde se tiene la **E**xpectativa, la **R**ealidad, la **S**atisfacción y la **M**edia.

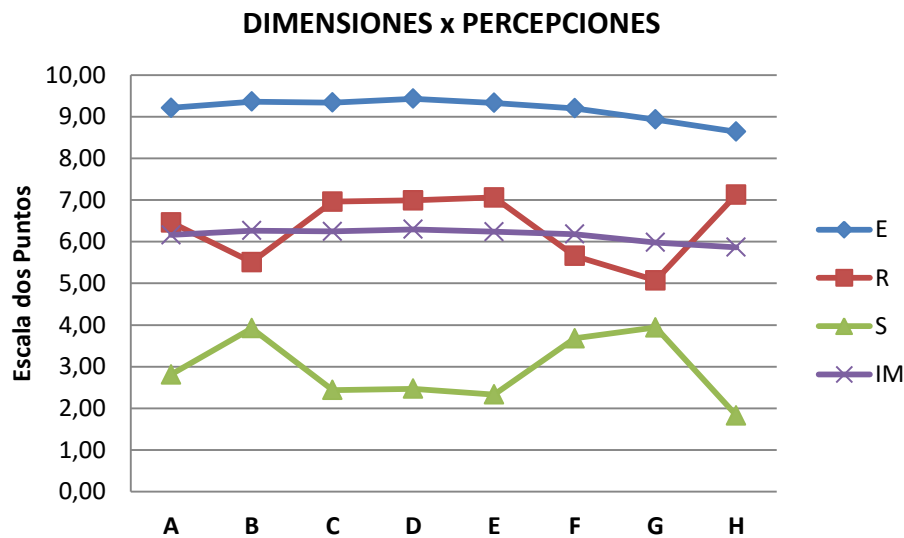
Tabla 45 – Valores das puntuaciones de las dimensiones e medías.

DIMENSIONES	E	R	S	IM
A	9,21	6,46	2,75	6,16
B	9,36	5,51	3,85	6,26
C	9,34	6,96	2,38	6,25
D	9,43	6,99	2,44	6,30
E	9,33	7,06	2,27	6,24
F	9,20	5,66	3,54	6,18
G	8,93	5,07	3,86	5,98
H	8,64	7,13	1,51	5,87

Fuente: Elaboración propia

Como era de esperar, las expectativas son mayores que las realidades presenciadas por los profesionales médicos que trabajan en la ESF, en todas las dimensiones analizadas, con las mayores diferencias en las dimensiones G – Seguridad en el Empleo (3,86), B – Condiciones de Trabajo & Salud (3,85) y F – Remuneración (3,54), siendo la menor diferencia con la dimensión H – Estatus & Prestigio (1,51), acompañando lo que había sido inicialmente planteado con relación a las prioridades anteriormente establecidas.

Gráfico 29 – Puntuaciones medias de las percepciones de los médicos de acuerdo con las Dimensiones.



Legenda: A - Autonomía & Poder
 B - Condiciones de Trabajo & Salud
 C - Realización Personal e Profesional & Desempeño Organizacional
 D - Relación Profesional/Usuario
 E - Relaciones de Trabajo & Soporte Social
 F - Remuneración
 G - Seguridad en el Empleo
 H - Estatus & Prestigio

Fuente: Elaboración propia

9.6 – Pruebas de las hipótesis

Para probar la hipótesis «**la satisfacción profesional es diferente según el sexo del profesional médico(a)**», se aplicó la prueba t de Student para diferencia de medias, con grupos independientes, de acuerdo con lo que muestra la Tabla 46.

Tabla 46 – Comparación de la satisfacción laboral de los profesionales médicos(as) por género

Dimensión	Genero	N	Promedio	Erro Desvío	t	P
A – Autonomía & Poder	Mujeres	66	3,00	1,39	1,595	0,114
	Hombres	45	2,53	1,66		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Mujeres	66	4,20	1,80	1,791	0,076
	Hombres	45	3,50	2,32		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Mujeres	66	2,58	1,38	1,245	0,216
	Hombres	45	2,24	1,44		
D – Relación Profesional/Usuario	Mujeres	66	2,70	1,43	1,970	0,051
	Hombres	45	2,12	1,65		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Mujeres	66	2,56	1,53	2,055	0,042
	Hombres	45	1,98	1,39		
F – Remuneración	Mujeres	66	3,81	2,17	0,666	0,507
	Hombres	45	3,49	2,86		
G – Seguridad en el Empleo	Mujeres	66	4,43	2,37	2,610	0,010
	Hombres	45	3,22	2,46		
H – Estatus & Prestigio	Mujeres	66	2,05	1,59	1,752	0,083
	Hombres	45	1,52	1,50		
Promedio Global	Mujeres	66	3,17	1,24	2,188	0,031
	Hombres	45	2,57	1,60		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados en el Cuadro 24 revelan que de las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p > 0,050$), siendo que solamente en las dimensiones E – Relaciones de Trabajo y Suporte Social ($p = 0,042$), G – Seguridad en el Empleo ($p = 0,010$) y el Promedio Global ($p = 0,031$) no confirman la hipótesis de que existe una igualdad en el nivel de satisfacción profesional de mujeres y hombres; pero, sin embargo, las medias más altas de las Mujeres en todas las dimensiones es una evidencia que no confirma la hipótesis, es decir, las profesionales médicas mujeres muestran niveles de satisfacción profesional mayores a los revelados por profesionales médicos hombres, en todas las dimensiones.

La hipótesis «**la satisfacción profesional está relacionada con la edad del profesional médico(a)**» fue probada mediante el estudio de la correlación entre los datos de las dos variables, a través del coeficiente de correlación de Pearson y la respectiva prueba de significancia, de acuerdo con la Tabla 47.

Tabla 47 – Correlación de la satisfacción de los profesionales de los médicos(as) con la edad

Dimensión	N = 111	r	p
A - Autonomía & Poder		-0,027	0,777
B - Condiciones de Trabajo & Salud		-0,032	0,729
C - Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		-0,020	0,837
D - Relación Profesional/Usuario		-0,050	0,605
E - Relaciones de Trabajo & Soporte Social		-0,064	0,508
F - Remuneración		0,037	0,700
G - Seguridad en el Empleo		-0,240	0,011
H - Estatus & Prestigio		-0,128	0,180
Promedio Global		-0,067	0,487

Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se presentan en la Tabla 47 revelan que las correlaciones son negativas y estadísticamente significativas en las dimensiones A – Autonomía & Poder ($p = 0,777$), B – Condiciones de Trabajo & Salud ($p = 0,729$), C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional ($p = 0,837$), D – Relación Profesional / Usuario ($p = 0,605$), E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social ($p = 0,508$), F – Remuneración ($0,700$), H – Estatus & Prestigio ($p = 0,180$) y, también, en la escala de Media Global ($p = 0,487$) confirman la hipótesis formulada de que la satisfacción laboral está relacionada con la edad de los médicos, siendo los médicos mayores los que tienden a tener valores más bajos en la escala, es decir, muestran una mayor satisfacción.

En tanto, la dimensión F – Remuneración fue la única que mostró una correlación positiva y también permite inferir que mayor insatisfacción es con los médicos más jóvenes, siendo la dimensión G – Seguridad en el Empleo, que, aun con una correlación negativa, es estadísticamente una correlación no significativa ($p = 0,011 < 0,050$) e indica que no existe correlación entre edad y esta dimensión.

La prueba de la hipótesis «**la satisfacción profesional es diferente según el estado civil del profesional médico(a)**» se realizó aplicando la prueba t de Student para diferencia de medias, en grupos independientes, conforme la Tabla 48.

Tabla 48 – Satisfacción del Profesional médico(a) y Estado Civil

Dimensión	«Estado Civil»	N	Promedio	Erro Desvío	t	P
A - Autonomía & Poder	Casado(a), Unión Estable	47	2,83	1,59	0,105	0,917
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	2,80	1,47		
B - Condiciones de Trabajo & Salud	Casado(a), Unión Estable	47	3,96	2,06	0,185	0,854
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	3,88	2,05		
C - Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Casado(a), Unión Estable	47	2,52	1,55	0,512	0,610
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	2,38	1,30		
D - Relación Profesional/Usuario	Casado(a), Unión Estable	47	2,42	1,64	- 0,276	0,783
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	2,50	1,47		
E - Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Casado(a), Unión Estable	47	2,38	1,69	0,319	0,750
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	2,29	1,35		
F - Remuneración	Casado(a), Unión Estable	47	3,70	2,44	0,069	0,945
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	3,66	2,50		
G - Seguridad en el Empleo	Casado(a), Unión Estable	47	3,91	2,69	- 0,105	0,916
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	3,96	2,31		
H - Estatus & Prestigio	Casado(a), Unión Estable	47	1,76	1,50	- 0,419	0,676
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	1,88	1,63		
Promedio Global	Casado(a), Unión Estable	47	2,93	1,50	0,054	0,957
	Soltero(a), Divorciado(a)	64	2,92	1,37		

Fuente: Elaboración propia

Dada la distribución de frecuencias que presenta la variable estado civil, se decidió agrupar a los profesionales médicos en solo dos categorías [Casado / Unión Estable y Soltero / Divorciado], ya que cada grupo representa, en la práctica, la misma situación.

Los resultados que componen la Tabla 48 permiten verificar que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,050$).

Por otro lado, al analizar los promedios, se observa que el grupo Soltero / Divorciado tiene un promedio más bajo que el grupo Casado / Unión Estable, señalando un mayor nivel de satisfacción, que se da de manera invertida en las dimensiones D – Relación Profesional / Usuario, G – Seguridad en el empleo y H – Estatus & Prestigio, demostrado por los valores negativos de t.

La hipótesis «**la satisfacción laboral es diferente según la formación académica del profesional médico(a)**» se probó mediante la prueba t de Student para diferencia de medias. También en este caso, la distribución de frecuencias que presenta la variable cualitativa dio lugar a la opción de crear solo dos categorías, Graduación y Especialización / Máster, ya que no existía ningún profesional con doctorado, como se puede apreciar en la Tabla 49.

Tabla 49 – Comparación de la satisfacción profesional de los profesionales médicos en función de la formación académica.

Dimensión	Formación Académica	N	Promedio	Erro Desvío	t	P
A - Autonomía & Poder	Graduación académica	60	2,87	1,27	0,463	0,644
	Especialización, Master	51	2,74	1,78		
B - Condiciones de Trabajo & Salud	Graduación académica	60	4,23	1,90	1,773	0,079
	Especialización, Master	51	3,54	2,17		
C - Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Graduación académica	60	2,47	1,22	0,203	0,840
	Especialización, Master	51	2,41	1,61		
D - Relación Profesional/Usuario	Graduación académica	60	2,72	1,46	1,889	0,062
	Especialización, Master	51	2,17	1,58		
E - Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Graduación académica	60	2,32	1,28	-0,025	0,890
	Especialización, Master	51	2,33	1,73		
F - Remuneración	Graduación académica	60	3,89	2,27	0,972	0,333
	Especialización, Master	51	3,43	2,67		
G - Seguridad en el Empleo	Graduación académica	60	4,25	2,20	1,456	0,148
	Especialización, Master	51	3,57	2,73		
H - Estatus & Prestigio	Graduación académica	60	1,81	1,44	-0,150	0,881
	Especialización, Master	51	1,86	1,72		
Promedio Global	Graduación académica	60	3,07	1,19	1,160	0,249
	Especialización, Master	51	2,76	1,64		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($p > 0,050$) y se concluye que los datos confirman la hipótesis de que la satisfacción es igual; por otro lado, el análisis comparativo de los valores promedio revelan que los profesionales médicos con titulación académica superior a la graduación muestran mayor satisfacción profesional, excepto en las dimensiones E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social y H – Status & Prestigio, en los que hay una inversión, demostrada por los valores negativos de t.

Con la intención de realizar el análisis de las respuestas de los profesionales médicos ante la situación de tener la oportunidad de volver al inicio, con nueve opciones posibles, en las que las respuestas iban desde la afirmación positiva, pasando por lo negativo y la duda y terminando en un categórico no sé, la prueba de normalidad se realizó solo para las dimensiones y los resultados muestran que no existe una distribución normal en los elementos analizados, pues, a excepción del Promedio Global de las dimensiones bajo análisis, que tuvo un valor de $p = 0,421$, por lo tanto, mayor que $0,050$, todos los demás tuvieron valores de $p \leq 0,001$, como se muestra en la Tabla 50, con los valores de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk.

Tabla 50 – Pruebas de Normalidad de distribución dos datos da pesquisa en relación a las dimensiones.

Pruebas de Normalidad						
«Dimensiones»	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	0,136	111	0,000	0,923	111	0,000
B – Condiciones de Trabajo & Salud	0,219	111	0,000	0,800	111	0,000
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	0,151	111	0,000	0,914	111	0,000
D – Relación Profesional/Usuario	0,139	111	0,000	0,952	111	0,001
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	0,166	111	0,000	0,936	111	0,000
F – Remuneración	0,135	111	0,000	0,942	111	0,000
G – Seguridad en el Empleo	0,148	111	0,000	0,931	111	0,000
H – Estatus & Prestigio	0,374	111	0,000	0,587	111	0,000
Promedio Global	0,043	111	0,200*	0,988	111	0,421

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Para evaluar la Normalidad en relación a cada una de las hipótesis, se realizó el análisis de Normalidad para cada una de las hipótesis presentadas como alternativas a las respuestas de los profesionales médicos participantes en la investigación y, como se puede apreciar, los resultados continúan demostrar la no normalidad de la distribución, ya que considerando los valores de significancia (p) de Shapiro-Wilk, dado que la muestra tiene $N = 111$, por lo tanto, $N > 100$, se ve que, para la elección la misma profesión o carrera (por ej.: médico), solo diecisiete datos seguirían una distribución normal, mientras que los diecinueve restantes tendrían valores de $p \leq 0,050$, configurando la No Normalidad de la distribución de datos, conforme la Tabla 51.

Tabla 51 – Pruebas de Normalidad considerando a opción de la hipótesis la misma profesión o carrera (por ex.: médico)

«La misma profesión o carrera (por ex. médico)»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Si	0,136	91	0,000	0,918	91	0,000
	No	0,251	5	0,200*	0,868	5	0,257
	Tal vez	0,162	12	0,200*	0,921	12	0,297
	No se	0,175	3		1,000	3	1,000
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,251	91	0,000	0,810	91	0,000
	No	0,218	5	0,200*	0,871	5	0,269
	Tal vez	0,334	12	0,001	0,694	12	0,001
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,159	91	0,000	0,917	91	0,000
	No	0,261	5	0,200*	0,859	5	0,223
	Tal vez	0,200	12	0,200*	0,899	12	0,153
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,133	91	0,000	0,950	91	0,002
	No	0,179	5	0,200*	0,984	5	0,955
	Tal vez	0,197	12	0,200*	0,960	12	0,780
	No se	0,292	3		0,923	3	0,463
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	0,152	91	0,000	0,939	91	0,000
	No	0,141	5	,200*	0,979	5	0,928
	Tal vez	0,336	12	0,001	0,847	12	0,033
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
F – Remuneración	Si	0,146	91	0,000	0,934	91	0,000
	No	0,246	5	0,200*	0,956	5	0,777
	Tal vez	0,143	12	0,200*	0,963	12	0,820
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,150	91	0,000	0,938	91	0,000
	No	0,376	5	0,020	0,739	5	0,023
	Tal vez	0,173	12	0,200*	0,932	12	0,399
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
H – Estatus & Prestigio	Si	0,376	91	0,000	0,580	91	0,000
	No	0,330	5	0,079	0,735	5	0,021
	Tal vez	0,376	12	0,000	0,609	12	0,000
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
Promedio Global	Si	0,047	91	0,200*	0,987	91	0,510
	No	0,205	5	0,200*	0,933	5	0,616
	Tal vez	0,159	12	0,200*	0,952	12	0,660
	No se	0,300	3		0,913	3	0,430

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Para la aplicación del ANOVA se utilizó un recurso estadístico desarrollado por SPSS, el cual realiza un bootstrapping, un procedimiento de re muestreo en el que el programa selecciona aleatoriamente algunos elementos de la muestra y los elimina, reemplazándolos por otros elementos de la duplicación de algunos elementos restantes de la muestra, también elegidos al azar. Este proceso se repite mil veces, asegurando que, mediante el proceso

aleatorio utilizado, se producirá un ajuste de la curva muy próximo a la curva normal; a continuación, se realiza una corrección como la de Welch, haciendo que la muestra asuma características de una muestra con distribución Normal y con Homogeneidad de varianzas, pues en la prueba de homogeneidad de varianzas los resultados que se muestran en la Tabla 52 indican que hay homogeneidad ya que todos los valores de $p > 0,050$.

Tabla 52 – Homogeneidad de variancias das dimensiones de satisfacción en el estudio

		Pruebas de Homogeneidad de Variancias			
«La misma profesión o carrera (por ex. médico)»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,718	3	107	0,543
	Con base en mediana	0,526	3	107	0,666
	Con base en mediana e con df ajustado	0,526	3	105,995	0,666
	Con base en media aparada	0,709	3	107	0,549
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	2,190	3	107	0,093
	Con base en mediana	0,852	3	107	0,469
	Con base en mediana e con df ajustado	0,852	3	58,015	0,471
	Con base en media aparada	2,043	3	107	0,112
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,192	3	107	0,901
	Con base en mediana	0,270	3	107	0,847
	Con base en mediana e con df ajustado	0,270	3	85,697	0,847
	Con base en media aparada	0,186	3	107	0,906
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	0,767	3	107	0,515
	Con base en mediana	0,851	3	107	0,469
	Con base en mediana e con df ajustado	0,851	3	96,842	0,469
	Con base en media aparada	0,757	3	107	0,520
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Con base en media	0,098	3	107	0,961
	Con base en mediana	0,326	3	107	0,807
	Con base en mediana e con df ajustado	0,326	3	87,899	0,807
	Con base en media aparada	0,105	3	107	0,957
F – Remuneración	Co base en media	2,523	3	107	0,062
	Con base en mediana	2,356	3	107	0,076
	Con base en mediana e con df ajustado	2,356	3	106,711	0,076
	Con base en media aparada	2,520	3	107	0,062
G – Seguridad en el Empleo	Co base en media	1,245	3	107	0,297
	Con base en mediana	0,644	3	107	0,588
	Con base en mediana e con df ajustado	0,644	3	52,940	0,590
	Con base en media aparada	1,227	3	107	0,304
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	2,397	3	107	0,072
	Con base en mediana	0,548	3	107	0,650
	Con base en mediana e con df ajustado	0,548	3	89,752	0,651
	Con base en media aparada	1,978	3	107	0,122
Promedio Global	Con base en media	1,224	3	107	0,305
	Con base en mediana	1,359	3	107	0,259
	Con base en mediana e con df ajustado	1,359	3	102,936	0,259
	Con base en media aparada	1,231	3	107	0,302

Fuente: Elaboración propia

La corrección de Welch que se muestra en la Tabla 53 es una prueba que demuestra la robustez de los resultados del análisis de igualdad de medias, con valores de significancia $p > 0,050$.

Tabla 53 – Pruebas robustas de igualdad de media para opción la misma profesión o carrera.

Pruebas Robustas de Igualdad de Medias					
«La misma profesión o carrera (por ex. médico)»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		0,649	3	6,558	0,609
B – Condiciones de Trabajo & Salud		0,324	3	6,165	0,809
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		1,149	3	6,365	0,399
D – Relación Profesional/Usuario		0,407	3	6,397	0,753
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social		0,280	3	6,441	0,838
F – Remuneración		1,389	3	7,048	0,323
G – Seguridad en el Empleo		1,015	3	6,278	0,447
H – Estatus & Prestigio		0,231	3	6,384	0,872
Promedio Global		5,194	3	7,423	0,331

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

El resultado de ANOVA con las correcciones propuestas se muestra en la Tabla 54, donde se verifica que las indicaciones de diferencias entre las variables en estudio se muestran en la prueba de comparaciones múltiples, en la que se explican las posibles diferencias de las condiciones de respuesta propuestas para las dimensiones, con todos los valores de significancia, $p > 0,050$, es decir, las medias de los grupos son iguales.

Tabla 54 – Comparaciones múltiples considerando a opción de la hipótesis la misma profesión o carrera (por ej.: médico)

Comparaciones múltiples								
				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	P Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
«La misma profesión o carrera (por ej. médico)»							Límite inferior	Límite superior
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	1,259	1,058	0,660	-2,83	5,35
			Tal vez	-0,507	0,624	0,848	-2,30	1,29
			No se	-0,341	1,180	0,990	-7,79	7,11
		No	Tal vez	-1,767	1,179	0,488	-5,73	2,19
			No se	-1,600	1,547	0,739	-7,36	4,16
			Tal vez	No se	-1,600	1,547	0,739	-7,36	4,16
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-0,982	1,300	0,871	-6,18	4,22
			Tal vez	0,001	0,597	1,000	-1,75	1,75
			No se	-1,582	2,008	0,857	-15,26	12,09
		No	Tal vez	0,983	1,409	0,894	-3,99	5,96
			No se	-0,600	2,379	0,993	-10,71	9,51
			Tal vez	No se	-1,583	2,080	0,867	-13,87	10,71
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño	Games-Howell	Si	No	-1,782	0,883	0,306	-5,21	1,64
			Tal vez	0,084	0,638	0,999	-1,78	1,95
			No se	-0,249	1,348	0,997	-9,16	8,66

Organizacional		No	Tal vez	1,867	1,053	0,350	-1,48	5,22
			No se	1,533	1,587	0,776	-5,20	8,27
		Tal vez	No se	-0,333	1,465	0,995	-7,59	6,92
D – Relación Profesional /Usuario	Games-Howell	Si	No	-0,679	1,174	0,934	-5,33	3,97
			Tal vez	-0,462	0,460	0,748	-1,78	0,85
			No se	0,454	1,217	0,978	-7,52	8,43
		No	Tal vez	0,217	1,230	0,998	-4,30	4,73
			No se	1,133	1,669	0,901	-4,93	7,20
			Tal vez	No se	0,917	1,272	0,883	-6,15	7,98
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell	Si	No	0,558	0,880	0,916	-2,87	3,99
			Tal vez	-0,408	0,579	0,893	-2,10	1,28
			No se	-0,242	1,017	0,994	-6,79	6,30
		No	Tal vez	-0,967	1,020	0,781	-4,29	2,35
			No se	-0,800	1,319	0,926	-5,77	4,17
			Tal vez	No se	0,167	1,140	0,999	-4,97	5,31
F – Remuneración	Games-Howell	Si	No	0,727	0,698	0,735	-1,87	3,32
			Tal vez	0,777	0,525	0,472	-0,73	2,28
			No se	-0,806	0,701	0,697	-4,78	3,17
		No	Tal vez	0,050	0,818	1,000	-2,54	2,64
			No se	-1,533	0,940	0,437	-4,93	1,86
			Tal vez	No se	-1,583	0,821	0,336	-4,78	1,62
G – Seguridad en el Empleo	Games-Howell	Si	No	1,567	0,950	0,441	-2,13	5,26
			Tal vez	0,300	0,709	0,973	-1,78	2,38
			No se	1,967	2,011	0,777	-11,64	15,57
		No	Tal vez	-1,267	1,149	0,697	-4,89	2,36
			No se	0,400	2,205	0,997	-10,54	11,34
			Tal vez	No se	1,667	2,112	0,856	-10,15	13,49
H – Estatus & Prestigio	Games-Howell	Si	No	-0,079	0,610	0,999	-2,37	2,21
			Tal vez	0,621	0,804	0,865	-1,76	3,00
			No se	0,788	1,676	0,959	-10,53	12,11
		No	Tal vez	0,700	0,977	0,889	-2,13	3,53
			No se	0,867	1,766	0,955	-8,95	10,68
			Tal vez	No se	0,167	1,842	1,000	-8,81	9,15
Promedio Global	Games-Howell	Si	No	-1,418	0,487	0,114	-3,23	0,39
			Tal vez	-0,221	0,370	0,931	-1,28	0,84
			No se	-1,361	0,393	0,127	-3,38	0,65
		No	Tal vez	1,197	0,573	0,231	-0,61	3,01
			No se	0,057	0,588	1,000	-1,99	2,10
			Tal vez	No se	-1,140	0,496	0,198	-2,84	0,56

Fuente: Elaboración propia

La opción de elegir la misma profesión o carrera (por ejemplo, médico), incluso sin mostrar comparaciones estadísticamente significativas, mostró, desde la perspectiva de las dimensiones C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional, D – Relación Profesional / Usuario y H – Estatus & Prestigio que los profesionales médicos entrevistados no volverían a tomar esa decisión; seguida de la opción No sé, considerando las dimensiones A – Autonomía & Poder, B – Condiciones de Trabajo & Salud y F – Remuneración, quedando la dimensión E – Relaciones de trabajo & Suporte social, con la opción Tal vez, y como la única dimensión que Presentó la opción de afirmar Sí, volvería a

elegir la misma profesión o carrera, fue G – Seguridad en el Empleo. El promedio global mostró, a modo de resumen, la tendencia a No tomar esa decisión si se le da la oportunidad.

La hipótesis de elección de la misma profesión o carrera (medico) 82% admiten que esta es la gran tendencia, en cuanto 18% no volverían a elegir esa profesión, estarían en duda o no la volverían a elegir caso tuviesen oportunidad de retorno al inicio, conforme las Tablas 55 e 56.

Tabla 55 – Datos estadísticos para opción la misma profesión o carrera (por ej. Médico)

N	Válido	111
	Omitido	0
Media		1,34
Mediana		1,00
Modo		1
Erro Desvío		0,780
Varianza		0,609

«La misma profesión o carrera (por ej. Médico)»

Fuente: Elaboración propia

Tabla 56 – Resultados entre las opciones de elección para la misma profesión o carrera (por ej. Médico)

«La misma profesión o carrera (por ej. médico)»		Frecuencia	%
Válido	Si	91	82,0
	No, Tal vez, No se	20	18,0
	Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Si bien la decisión de retomar la elección fue negada o quedó en duda en relación a las diversas dimensiones, la hipótesis de volver a elegir la misma profesión o carrera, vista independientemente de las dimensiones, parece ser la contraria, con unos 82% de posibilidad encuestados.

Para que el trabajo pudiera estar menos cargado de estadísticas y gráficos en su cuerpo, se decidió realizar un primer paso de la evaluación, como se hizo anteriormente, siguiendo el procedimiento paso a paso y, para las siguientes evaluaciones de cada una de las opciones, la presentación de los resultados, con las tablas correspondientes a cada uno de los análisis realizados se incluyó en los anexos, para una verificación y consulta más precisas de los resultados presentados.

Así, al analizar la segunda opción para la hipótesis de «**volver al inicio y comenzar una nueva carrera**», las respuestas muestran, conforme visto en la Tabla 57, que había cinco ítems, en las dimensiones D – Relación Profesional /Usuario, en la alternativa Tal vez ($p = 0,042$), F – Remuneración, en la alternativa Sí ($p = 0,022$), G – Seguridad en el empleo, en la alternativa Sí ($p = 0,003$), y H – Estatus & Prestigio, en las alternativas Sí ($p = 0,010$) y No ($p = 0,003$), entre treinta y seis posibles que tienen valores de $p < 0,050$, configurando la no normalidad de la distribución en su totalidad. (Anexo 6).

La homogeneidad de varianzas también resultó ser bastante robusta, mostrando una fuerte igualdad de varianzas, con solo una dimensión H – Estatus & Prestigio presentó $p = 0,012$, por lo tanto, menos de 0,050, caracterizando la no igualdad, con los valores restantes significativamente mayores que 0,050, en todas las demás dimensiones, conforme la Tabla 58 (Anexo 6).

Las Pruebas robustas de igualdad de medias indican, conforme visto en la Tabla 59, que la única excepción con respecto al valor de $p < 0,050$ fue en la dimensión Promedio Global, en que el valor de $p = 0,005$, por tanto, menor que 0,050 (Anexo 6).

La analice de las comparaciones múltiples indican, conforme la Tabla resumen 60, que los datos presentados, siguiendo muy de cerca la alternativa anterior, también relacionada con la idea de cambio de carrera, muestra que la duda persiste, ya que solo tres dimensiones mostraron respuestas categóricamente positivas, Sí, A – Autonomía y Poder, C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional y F – Remuneración; mientras que Tal vez está marcado al considerar las dimensiones G – Seguridad en el Empleo y H – Estatus & Prestigio, y No Se parece ser una respuesta en la dimensión B – Condiciones de Trabajo & Salud, con la respuesta negativa, No, marcada al analizar la respuesta para dimensión D – Relación Profesional / Usuario. Estas incertidumbres aparecen, al final, en Promedio Global, como No, es decir, la no tendencia a elegir la misma carrera (Anexo 6).

En cuanto a la carrera elegida dentro del ámbito médico, el porcentaje del 65,8% de los profesionales indicó que si hubiera una oportunidad de retroceder, no elegirían, tal vez no eligieron o no sabrían responder, la carrera que estaban llevando (medicina familiar), con un 34,2% afirmando que volvería a elegir la opción de carrera, conforme datos de las Tablas 61 y 62 (Anexo 6).

La evaluación de los valores de significancia en esta alternativa **«El Sistema Único de Salud como principal empleador»** muestra que no existe Normalidad de distribución de los datos recolectados, ya que todas las dimensiones, con excepción del Promedio Global, que presenta todos los valores de $p > 0,050$, caracterizando que en esta dimensión, la distribución de datos es normal para todos los elementos del análisis, conforme la Tabla 63 (Anexo 7).

La homogeneidad de la varianza está garantizada en todas las dimensiones, ya que todos los valores de $p > 0,050$, conforme se puede ver en la Tabla 64 (Anexo 7).

Las correcciones de Welch, conforme muestran la Tabla 65, confirman la igualdad de los promedios, a excepción de la Promedio Global donde $p = 0,002$, es decir, un valor muy por debajo del límite de $0,050$ para identificar una distribución normal u homogeneidad (Anexo 7).

Al realizar comparaciones múltiples, las dimensiones presentan valores de p compatibles con la Normalidad y Homogeneidad planteadas inicialmente e, incluso con la corrección de Welch y Bootstrapping, conforme la Tabla 66, del cual se observa, al considerar este tema desde la perspectiva de la dimensión A - Autonomía & Poder, que existe duda y la opción puede reflejar esta duda, a pesar de que las diferencias no se consideran significativas en relación con las otras alternativas (Sí, No, No sé). Siguiendo esta tendencia de duda, la opción No aparece como alternativa elegida en las dimensiones B – Condiciones de Trabajo & salud, E – Relaciones de Trabajo y Soporte Social y G – Seguridad en el Empleo, mientras que la alternativa Sí, eligiendo el SUS como empleador principal, aparece relacionado con las dimensiones C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional y H – Estatus & Prestigio, quedando las dimensiones D – Relación Profesional / Usuario y E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social con la alternativa No. Estas dos alternativas negativas, sumadas a las tres alternativas marcadas con No sé, apuntan a la respuesta global, mostrada en el promedio, en la que hay un fuerte indicio estadístico, como No se elegiría el SUS como principal empleador (Anexo 7).

También se encontró que, si tuvieran la posibilidad de volver al inicio, el 31,5% elegiría el Sistema Único de Salud - SUS como empleador y que el 68,5% no lo elegiría, no estaría seguro o no sabría responder, conforme las Tablas 67 y 68 (Anexo 7).

Al hacer un análisis del cuarto ítem de las opciones de elección **«El sector privado (o social) da salud como principal empleador»** se percibe en la Tabla 69 que hay normalidad

de distribución en casi todos los ítems, con algunos demostrando a no existencia de esta normalidad e configurando, por lo tanto, la no integral normalidad, o que obliga a que sea hecho la aplicación de los procedimientos para normalización de la muestra (Anexo 8).

A realización de las Pruebas de Homogeneidad de varianzas, conforme muestra la Tabla 70, presenta algunos ítems que no caracterizan la homogeneidad, con valores de $p < 0,050$ (Anexo 8).

Las Pruebas robustas de igualdad de promedios propuesto por Welch, demuestra que apenas una dimensión no tiene $p > 0,050$, es la dimensión C – Realización Personal e Profesional & Desempeño Organizacional, conforme la Tabla 71 (Anexo 8).

La comparación de los datos después todas as correcciones realizadas se muestra en la Tabla 72, indicando que en casi todas las dimensiones analizadas hay una respuesta positiva en cuanto a la elección del sector privado (o social) como el empleador principal, con excepción de la dimensión E – Relaciones de Trabajo y Apoyo Social, donde hay una pequeña tendencia a responder No a la pregunta (Anexo 8).

Con un porcentaje del 26,1%, esta porción de profesionales médicos manifestó que elegiría al sector privado de la salud como empleador y el 73,9% dijo que No, Tal vez o No sabía si lo elegiría, si tuviera la posibilidad de regresar al principio, conforme las Tablas 73 y 74. Estos datos van en contra de lo señalado anteriormente en las dimensiones, ayudando a explicar las insignificantes diferencias entre los distintos ítems de evaluación de las dimensiones analizadas (Anexo 8).

Al analizar esta opción de elección, «**exclusivamente la actividad independiente o liberal**», para una posible hipótesis de retorno al inicio, se observa que nuevamente varios ítems relacionados con las dimensiones tienen valores de significancia menores a 0,050, caracterizando, una vez más, la no normalidad de muestra y, como consecuencia, la necesidad de aplicar las correcciones, tal y como se ha realizado en los ítems anteriores. La Tabla 75 presenta os valores de significancia (Anexo 9).

Las pruebas de homogeneidad de varianza, conforme muestra la Tabla 76, presenta la dimensión E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social como no tiendo la normalidad y, de

esa forma, los procedimientos utilizados anteriormente, para efectuar las correcciones que posibiliten a realización del teste ANOVA (Anexo 9).

Las Pruebas robustas de Welch son mostrados en Tabla 77, destacando la dimensión F - Remuneración como la que mejor explica en su relación entre las medias (Anexo 9).

En la analice de los datos de comparaciones múltiples observa-se, conforme la Tabla 78, que solo la dimensión F – Remuneración presenta una diferencia estadísticamente significativa, siendo corroborada, sin embargo, por otras seis dimensiones, todas apuntando a la respuesta Sí, incluyendo el Promedio Global, dejando solo la dimensión B – Condiciones de Trabajo y Salud como alternativa con Respuesta Tal vez. Con certeza la esperanza de una mejor remuneración en el sector liberal o independiente es un atractivo para estos profesionales médicos (Anexo 9).

En exclusiva, la actividad independiente o liberal fue la segunda entre las opciones con mayor índice de respuesta negativa en relación a ser visto como una alternativa para una reanudación, si existiera la oportunidad de volver al inicio, con un 80,2% de respuestas como No, Tal vez o No sabrían responder, con solo el 19,8% afirmando categóricamente que buscarían el sector, en caso de que hubiera la oportunidad de empezar de nuevo, conforme es mostrado en las Tablas 79 y 80 (Anexo 9).

La situación de no normalidad también se repite en esta opción «**El hospital como local de trabajo principal**», con varios ítems que presentan valores de $p < 0,050$, lo que caracteriza la necesidad de ajustes para realizar los análisis con ANOVA, conforme muestra la Tabla 81 (Anexo 10).

Las Pruebas de homogeneidad de varianza son mostradas en la Tabla 82, con todos los valores de significancia mayores de 0,050 (Anexo 10) y las pruebas robustas de igualdad de medias mostradas en la Tabla 83, también indican $p > 0,050$ para todas las dimensiones en análisis (Anexo 10).

Al sí hacer las compases múltiples de los datos, después de la eualización pelos procesos correctivos de Welch e Bootstrapping, tiene-se, como se muestra en la Tabla 84, aunque las diferencias de las medias no sean tan estadísticamente significativas, que la respuesta que se basó fue No Sé, cubriendo cinco de las dimensiones y también el Promedio Global (B – Condiciones de Trabajo & Salud, C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional, E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social, F – Remuneración,

G – Seguridad en el Empleo, Promedio Global), y con la respuesta No en las dimensiones A – Autonomía y Poder y D – Relación Profesional / Usuario (Anexo 10).

El hospital como principal lugar de trabajo fue la opción menos aceptada como alternativa para un eventual cambio de carrera, si fuera posible volver al inicio, con solo un 18% de afirmaciones positivas y un 82% de rechazo a la hipótesis, como se muestra en las Tablas 85 y 86 (Anexo 10).

Al evaluar la pregunta sobre la opción de «**trabajar en la misma ESF donde trabajas**», nuevamente algunos ítems de comparación en las dimensiones demuestran la no normalidad, según las pruebas de Shapiro-Wilk, lo que lleva, una vez más, a la necesidad de hacer correcciones, conforme se ve en la Tabla 87 (Anexo 11).

Las pruebas de homogeneidad de varianza también presentaron valores de $p < 0,050$ en dos dimensiones E – Relaciones de Trabajo & Soporte social e H – estatus & Prestigio, conforme la Tabla 88 (Anexo 11).

Las Pruebas robustas de igualdad de medias, conforme la Tabla 89, muestra apenas dos dimensiones con valores de significancia $p > 0,050$, que son F – Remuneración e G – Seguridad en el Empleo (Anexo 11).

La realización de comparaciones múltiples permitió, como se muestra en la Tabla 90, observar las relaciones entre las alternativas de cada una de las dimensiones con respecto a la interferencia de la elección en la satisfacción de los profesionales médicos que participaron en la investigación, lo que resultó a ser plenamente eficaz sólo en las dimensiones en las cuales todas las alternativas tienen ratios en los que $p > 0,050$ y corroborar unánimemente en relación a la respuesta No en todas las dimensiones, incluido el Promedio Global (Anexo 11).

La mayoría (69,4%) dijo que, si tuvieran la posibilidad de volver al principio, No elegirían la Unidad de Estrategia de Salud de la Familia como su lugar de trabajo, y el resto, el 30,6% de los profesionales médicos dijeron que elegirían la misma Unidad de la ESF en la que estaban trabajando, conforme las Tablas 91 e 92, contrario a la unanimidad de negativas alcanzada en relación a las evaluaciones realizadas considerando las dimensiones (Anexo 11).

La octava elección entre las posibles hipótesis, fue el «**mismo equipo de la ESF donde trabaja**», y el análisis de Normalidad, utilizando la prueba de Shapiro-Wilk, muestra

que tres de las dimensiones D – Relación profesional / Usuario, G – Seguridad en el Trabajo y H – Estatus & Prestigio, con valores de $p < 0,050$, presentan ítems que no corresponden a la Normalidad de distribución deseable para la realización de ANOVA. Esto significa solo el 11% de los ítems fuera del rango Normal (4 de 36), y para corregir esta discrepancia es necesaria la aplicación de corrección para configurar correctamente la aplicación de la prueba ANOVA, como se muestra en la Tabla 93 (Anexo 12).

La prueba de Homogeneidad, que se muestra en la Tabla 94, también presenta una dimensión D – Relación Profesional / Usuario, en la que esta Homogeneidad no ocurre ($p < 0,050$) y, por lo tanto, de acuerdo con los supuestos para el uso de ANOVA, no sería posible realizar la prueba (Anexo 12).

Así, como se hizo en los ítems anteriores, se realizaron correcciones de Welch y la técnica de Bootstrapping para adaptar la distribución a los patrones de distribución normal con homogeneidad de varianzas.

El test de igualdad de Welch para robustez de medias muestra dos dimensiones, F – Remuneración y G – Seguridad en el empleo, que aún permanecen con $p > 0,050$, caracterizando, por tanto, que estas dos dimensiones necesitan ajustes para que puedan ser analizadas a la luz de ANOVA, de acuerdo con la propuesta de evaluación de las relaciones entre ellos y la alternativa en evaluación, como muestra la Tabla 95 (Anexo 12).

Las comparaciones múltiples de las posibilidades de cada una de las dimensiones, conforme la Tabla 96, muestran que al igual que en la opción anterior, la elección del mismo equipo fue rechazada por unanimidad, con respuesta negativa para todas las dimensiones consideradas, incluida la media global, mismo en las cuales no si tiene $p < 0,050$ (Anexo 12).

El mismo equipo de la ESF donde trabaja era una opción que dejaba dudas en cuanto a la viabilidad, ya que las respuestas de Sí y lo contrario prácticamente se quedaron en tasas muy cercanas, 50,5% para Sí y 49,5% para No, Tal vez y No sabría decir, conforme las Tablas 97 y 98, más una vez, contrariando las respuestas a las dimensiones (Anexo 12).

Las pruebas de Normalidad para la opción elegida para «**el mismo distrito regional de salud**», como se muestra en la Tabla 99, tienen siete ítems de treinta y seis posibles, los cuales están con valores de $p < 0,050$, caracterizando la distribución no normal, representando

un porcentaje de 19,44% de respuestas en desacuerdo con el supuesto de normalidad para la aplicación de ANOVA (Anexo 13).

Las pruebas de Homogeneidad de varianza presentaron solo la dimensión E - Relaciones de Trabajo y Apoyo Social como no tener la homogeneidad de varianzas ($p < 0,050$), por lo que se presume que debe existir para la aplicación de la prueba de ANOVA y, por tanto, así como Normalidad no estaba completa, se volvió a utilizar la corrección de Welch y el Bootstrapping para regularizar la distribución y hacerla muy similar a la curva de distribución normal, con igualdad en las varianzas, conforme se observa en la Tabla 100 (Anexo 13).

La corrección de Welch con las pruebas de robustez de las igualdades de las medias se muestra en la Tabla 101, donde se puede observar que la dimensión D – Relación Profesional / Usuario fue la única que presentó valor de $p > 0,050$, configurándola como la única que no presentó inconformidad con relación a la igualdad de medios, mostrándolos como iguales (Anexo 13).

A continuación, se realizaron múltiples comparaciones, como se muestra en la Tabla 102, y se puede observar que solo la dimensión D – Relación Profesional / Usuario presenta todas las comparaciones con valores de $p > 0,050$, estableciendo significancia en todas las comparaciones, pero todas las dimensiones llevan a la respuesta No, mismo en las que no tienen $p < 0,050$, ocurriendo, una vez más, unanimidad en esta cuestión (Anexo 13).

Si pudieran empezar de nuevo, el 63,1% de los médicos No elegiría, Tal vez elegiría o incluso No sabría si tendría el mismo distrito regional de salud como lugar de trabajo, seguido de un 36,9% que afirmó, sin duda, que lo elegiría. (lo mismo distrito regional de salud), conforme las Tablas 103 y 104 (anexo 13).

Una de las preguntas planteadas por los profesionales médicos les pedía que respondieran sobre haber pensado seriamente, en los últimos 12 meses, en siete opciones de posibles acciones, e incluso podrían indicar más de una opción, si las hubieran pensado.

Cada una de las opciones fue analizada en relación a las ocho dimensiones valoradas al inicio de la entrevista, para identificar las prioridades, con el fin de conocer la posible influencia en estas respuestas.

Los resultados en relación a «**Pedir a Rescisión del Contrato (cambiar de carrera)**» nos permiten verificar que las diferencias encontradas en el promedio global son estadísticamente significativas ($p = 0,002$), ya que $p < 0,050$, así como existe una diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones A – Autonomía & Poder ($p = 0,023$), B – Condiciones de Trabajo & Salud ($p = 0,010$), C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional ($p = 0,026$), G – Seguridad en el Empleo ($p = 0,002$) y H – Estatus & Prestigio ($p = 0,012$), caracterizando la existencia de una diferencia entre los profesionales que pensaron en la hipótesis y los que no consideraron la posibilidad de solicitar la rescisión del contrato y el cambio de carrera.

Por otro lado, en las tres dimensiones restantes, con valores de $p > 0,050$, D – Relación Profesional / Usuario ($p = 0,106$), E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social ($p = 0,131$) y F – Remuneración ($p = 0,074$) las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($p > 0,050$), lo que confirma la veracidad de la hipótesis, los profesionales habían considerado seriamente pedir la rescisión del contrato y cambiar de carrera, no difieren de aquellos que no pensaron en pedir rescisión del contrato y cambiar de carrera.

La satisfacción media de los profesionales que consideraron la posibilidad de solicitar la rescisión del contrato y el cambio de carrera, como se puede ver en la Tabla 105, es superior a los que no consideraron esta hipótesis en todas las dimensiones.

Tabla 105 – Comparación da Satisfacción Profesional según lo profesional médico(a) ha pensado o no en renunciar (cambio de carrera)

« Pedir a Rescisión del Contrato (cambiar de carrera) »		N	Promedio	Erro Desvío	t	p																																																																																					
A – Autonomía & Poder	Si	17	3,58	1,52	2,305	0,023																																																																																					
	No	94	2,67	1,48			B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	17	5,19	2,02	2,875	0,010	No	94	3,68	1,98	C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	17	3,14	1,15	2,261	0,026	No	94	2,32	1,42	D – Relación Profesional/Usuario	Si	17	3,02	1,60	1,628	0,106	No	94	2,37	1,51	E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social	Si	17	2,86	1,61	1,598	0,131	No	94	2,23	1,46	F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074	No	94	3,50	2,40	G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	17	5,19	2,02	2,875	0,010																																																																																					
	No	94	3,68	1,98			C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	17	3,14	1,15	2,261	0,026	No	94	2,32	1,42	D – Relación Profesional/Usuario	Si	17	3,02	1,60	1,628	0,106	No	94	2,37	1,51	E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social	Si	17	2,86	1,61	1,598	0,131	No	94	2,23	1,46	F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074	No	94	3,50	2,40	G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40								
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	17	3,14	1,15	2,261	0,026																																																																																					
	No	94	2,32	1,42			D – Relación Profesional/Usuario	Si	17	3,02	1,60	1,628	0,106	No	94	2,37	1,51	E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social	Si	17	2,86	1,61	1,598	0,131	No	94	2,23	1,46	F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074	No	94	3,50	2,40	G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																			
D – Relación Profesional/Usuario	Si	17	3,02	1,60	1,628	0,106																																																																																					
	No	94	2,37	1,51			E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social	Si	17	2,86	1,61	1,598	0,131	No	94	2,23	1,46	F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074	No	94	3,50	2,40	G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																														
E – Relaciones de Trabajo & Apoyo Social	Si	17	2,86	1,61	1,598	0,131																																																																																					
	No	94	2,23	1,46			F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074	No	94	3,50	2,40	G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																																									
F – Remuneración	Si	17	4,66	2,68	1,807	0,074																																																																																					
	No	94	3,50	2,40			G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002	No	94	3,63	2,39	H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																																																				
G – Seguridad en el Empleo	Si	17	5,61	2,27	3,153	0,002																																																																																					
	No	94	3,63	2,39			H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012	No	94	1,59	1,29	Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																																																															
H – Estatus & Prestigio*	Si	17	3,16	2,24	2,799	0,012																																																																																					
	No	94	1,59	1,29			Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002	No	94	2,75	1,40																																																																										
Promedio Global	Si	17	3,90	1,14	3,197	0,002																																																																																					
	No	94	2,75	1,40																																																																																							

* Asumiendo a no igualdad de varianza, teste de Levine $Z = 14,725$, $p = 0,000 < 0,050$

Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se presentan en la Tabla 106 se obtuvieron aplicando la prueba t de Student para contrastar la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según si el profesional médico pensó o no «**pedir la rescisión del contrato (cambio de especialidad)**» lo demuestra que solo tres de las dimensiones, A – Autonomía & Poder ($p = 0,037$), B – Condiciones de Trabajo & Salud ($p = 0,014$), G – Seguridad en el Empleo ($p = 0,000$), además del Promedio Global ($p = 0,019$) muestran que las diferencias encontrados son estadísticamente significativos ($p < 0,050$), caracterizando que los promedios entre las dos categorías, de quienes pensaron en solicitar la rescisión del contrato y cambiar de especialidad y los que no consideraron esta hipótesis, tienen promedios diferentes; sin embargo, en las cinco dimensiones restantes de satisfacción, valores de $p > 0,050$ indican que no hay diferencia estadísticamente significativa entre quienes pensaron y quienes no consideraron la posibilidad de solicitar la rescisión del contrato y cambiar de especialidad.

Tabla 106 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de especialidad)

«Solicitar la rescisión del contrato (cambiar de especialidad)»	N	Promedio	Erro Desvío	t	p	
A – Autonomía & Poder	Si	23	3,39	1,21	2,109	0,037
	No	88	2,66	1,55		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	23	4,84	1,77	2,498	0,014
	No	88	3,67	2,06		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	23	2,73	1,21	1,082	0,281
	No	88	2,37	1,45		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	23	3,01	1,34	1,913	0,058
	No	88	2,33	1,56		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	23	2,61	1,33	1,038	0,301
	No	88	2,25	1,53		
F – Remuneración	Si	23	3,99	2,03	0,679	0,499
	No	88	3,60	2,57		
G – Seguridad en el Empleo	Si	23	5,54	2,04	3,682	0,000
	No	88	3,52	2,41		
H – Estatus & Prestigio	Si	23	2,22	1,29	1,329	0,187
	No	88	1,73	1,63		
Promedio Global	Si	23	3,54	1,06	2,377	0,019
	No	88	2,76	1,46		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se presentan en la Tabla 107 se obtuvieron aplicando la prueba t de Student para contrastar la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según si el médico pensó o no «**pedir la rescisión del contrato (cambio de profesión)**» lo demuestra que siete de las ocho dimensiones de satisfacción consideradas, además del Promedio Global, tienen valores de $p > 0,050$, caracterizando que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, señalando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el valor de la satisfacción laboral considerando que el profesional haya pensado o no en pedir la

rescisión del contrato y el cambio de profesión, observando, sin embargo, que en la dimensión G – Seguridad en el Empleo ($p = 0,022$), por lo tanto $p < 0,050$, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales quienes pensaron y quienes no pensaron en solicitar la rescisión del contrato y cambio de profesión.

Tabla 107 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de profesión)

«Pedir rescisión del contrato (cambio de profesión)»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	6	3,35	1,68	0,895	0,373
	No	105	2,78	1,51		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	6	4,47	2,01	0,076	0,500
	No	105	3,88	2,06		
C – Realización Personal e Profesional & Desempeño Organizacional	Si	6	2,52	1,00	0,131	0,896
	No	105	2,44	1,43		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	6	3,00	1,82	0,869	0,387
	No	105	2,44	1,53		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	6	2,40	1,89	0,131	0,896
	No	105	2,32	1,48		
F – Remuneración	Si	6	3,79	2,66	0,116	0,908
	No	105	3,67	2,47		
G – Seguridad en el Empleo	Si	6	6,17	2,60	2,320	0,022
	No	105	3,81	2,41		
H – Estatus & Prestigio	Si	6	2,83	1,85	1,621	0,108
	No	105	1,77	1,54		
Promedio Global	Si	6	3,56	1,42	1,132	0,260
	No	105	2,89	1,42		

Fuente: Elaboración propia

De manera similar, se probó la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según si el médico pensó en «solicitar el traslado a otra unidad de la ESF» o no, con los resultados que se presentan la Tabla 108 permitiendo verificar que, solo en la dimensión D - Relación Profesional / Usuario, la diferencia observada no es estadísticamente significativa ($p = 0,014$), pues $p < 0,050$. Se concluye que los datos corroboran la hipótesis formulada y la comparación de los valores medios revela que los profesionales médicos que pensaron en solicitar el traslado a otro establecimiento o servicio tienen el mismo nivel de satisfacción profesionalmente que los profesionales que no pensaron en solicitar el traslado.

Tabla 108 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar el traslado a otra unidad de la ESF

«Solicitar traslado a otra unidad de la ESF»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	38	2,9105	1,39	0,502	0,617
	No	73	2,7575	1,59		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	38	4,2842	2,12	1,374	0,172
	No	73	3,7233	1,99		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	2,7289	1,44	1,552	0,124
	No	73	2,2945	1,37		
D – Relación Profesional/Usuario*	Si	38	3,0158	1,78	2,539	0,014
	No	73	2,1836	1,32		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083
	No	73	2,1488	1,50		
F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703
	No	73	3,6986	2,43		
G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176
	No	73	3,7079	2,51		
H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066
	No	73	1,6347	1,44		
Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106
	No	73	2,7692	1,38		

* Asumiendo a no igualdad de varianza, teste de Levine $Z = 7,523$, $p = 0,007 < 0,050$

Fuente: Elaboración propia

Aplicando, una vez más, la prueba t de Student para diferencia de medias, la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según si el profesional médico pensó o no en «**pedir la rescisión del contrato (cambiar de carrera, ej.: dejar la medicina familiar)**», los resultados presentados en la Tabla 109 revelan que solo en las dimensiones D – Relación Profesional / Usuario y E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social no hay diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,099$ y $p = 0,087$, respectivamente), con valores de $p > 0,050$. Se puede concluir que los datos confirman parcialmente la hipótesis de que la satisfacción profesional es diferente, ya que en el resto de dimensiones los valores de $p < 0,050$ y, al analizar los valores medios, parece que los profesionales médicos que no pensaron en solicitar la rescisión del contrato (cambio de carrera) están más satisfechos con las condiciones definidas en las dimensiones del análisis.

Tabla 109 - Comparación de satisfacción profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar la rescisión del contrato (cambiar de carrera, p. Ej.: dejar la medicina familiar)

«Pedir la rescisión del contrato (cambiar de carrera, ej.: dejar la medicina familiar)»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	36	3,4083	1,56	2,977	0,004
	No	75	2,5227	1,42		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	36	4,6778	1,97	2,800	0,006
	No	75	3,5493	1,99		
C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	36	2,9639	1,23	2,779	0,006
	No	75	2,1933	1,43		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	36	2,8167	1,44	1,665	0,099
	No	75	2,3013	1,57		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	36	2,6781	1,67	1,726	0,087
	No	75	2,1581	1,39		
F – Remuneración	Si	36	4,4167	2,63	2,227	0,028
	No	75	3,3233	2,31		
G – Seguridad en el Empleo	Si	36	4,9078	2,42	2,969	0,004
	No	75	3,4713	2,37		
H – Estatus & Prestigio	Si	36	2,3328	1,74	2,378	0,019
	No	75	1,5913	1,43		
Promedio Global	Si	36	3,5253	1,33	3,200	0,002
	No	75	2,6392	1,38		

Fuente: Elaboración propia

Observando los resultados que se presentan en la Tabla 110, obtenidos mediante la aplicación de la prueba t de Student para decidir sobre la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según si el médico pensó, o no, en «**pedir licencia sin sueldo**», se desprende que de las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p > 0,050$). Así, se concluye que no se confirma la hipótesis, es decir, que la satisfacción profesional de los médicos que pensaron en pedir licencia sin sueldo es idéntica a la de los que no pensaron en hacerlo.

Tabla 110 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar licencia sin goce de sueldo

«Pedir licencia sin sueldo»		N	Media	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	8	2,6500	1,13	-0,308	0,759
	No	103	2,8223	1,55		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	8	4,6000	1,77	0,981	0,929
	No	103	3,8621	2,07		
C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	8	2,9125	1,11	0,978	0,330
	No	103	2,4068	1,43		
D – Relación Profesional/Usuario*	Si	8	2,2000	0,68	-1,013	0,328
	No	103	2,4893	1,59		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308
	No	103	2,3674	1,53		
F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358
	No	103	3,5898	2,51		
G – Seguridad no Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439
	No	103	3,9712	2,53		
H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757
	No	103	1,8448	1,59		
Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752
	No	103	2,9195	1,46		

*Asumiendo a no igualdad de varianza, teste de Levine $Z = 6,524$, $p = 0,012 < 0,050$ – D; $Z = 5,073$, $p = 0,26$ – G; $Z = 4,944$, $p = 0,28$ – Media Global

Fuente: Elaboración propia

De la misma forma, observando los resultados que se presentan en la Tabla 111, obtenidos mediante la aplicación de la prueba t de Student para decidir sobre la hipótesis la satisfacción profesional es diferente según el profesional médico (a) «nunca pensó en ninguna de las hipótesis / No sabe o no si recuerda», parece que solo las diferencias observadas en las dimensiones E – Relaciones laborales y apoyo social ($p = 0,098$) y F – Remuneración ($p = 0,077$) no son estadísticamente significativas ($p > 0,050$). El resto de dimensiones, con valores de $p < 0,050$, confirman la hipótesis, es decir, que la satisfacción de los profesionales médicos que nunca pensaron en ninguna de las hipótesis planteadas anteriormente / No sabe o No recuerda es diferente entre aquellos que pensaron en la hipótesis y los que no pensaron o no saben o no recuerdan, demostrando mayor satisfacción los que respondieron No, con promedios superiores a los que respondieron Sí.

Tabla 111 - Comparación de Satisfacción Profesional según el profesional médico (a) Nunca se le ocurrió ninguna de las hipótesis / No sabe o no recuerda

«Nunca pensó en ninguna de esas hipótesis / No sabe o no se recuerda»		N	Media	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	38	2,2895	1,57	-2,676	0,009
	No	73	3,0808	1,43		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	38	3,1105	2,00	-3,101	0,002
	No	73	4,3342	1,96		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	1,8632	1,41	-3,265	0,001
	No	73	2,7452	1,32		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	38	1,8737	1,29	-3,046	0,003
	No	73	2,7781	1,57		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	38	2,0000	1,57	-1,670	0,098
	No	73	2,4968	1,44		
F – Remuneración	Si	38	3,1053	2,38	-1,784	0,077
	No	73	3,9760	2,47		
G – Seguridad en el Empleo	Si	38	2,7018	2,26	-4,061	0,000
	No	73	4,5803	2,34		
H – Estatus & Prestigio	Si	38	1,2718	1,12	-2,794	0,006
	No	73	2,1233	1,69		
Promedio Global	Si	38	2,2782	1,41	-3,656	0,000
	No	73	3,2641	1,31		

Fuente: Elaboración propia

El último ítem del cuestionario, una cuestión abierta, se pedía a los profesionales médicos que escribieran, de propio puño, observaciones, comentarios, sugerencias o críticas que quisiera hacer, en relación con el cuestionario o en relación con medidas concretas para mejorar su satisfacción profesional como profesional de la salud, trabajando en una unidad de salud de la ESF.

Las respuestas fueron divididas de acuerdo con los grupos psicológicos (Anexo 20) y al analizar las contestaciones de los médicos en relación a lo que comentaron en la pregunta

abierta, donde presentaron libremente sus comentarios, opiniones y pareceres acerca de la realidad de la actividad de médico en el SUS de Contagem, tenemos algunas situaciones que nos ayudan a entender el comportamiento de estos profesionales.

Con relación a la remuneración, que no fue considerada como un ítem de gran importancia cuando se les pidió que indicaran las prioridades en el rol de las ocho dimensiones propuestas, quedando en cuarta posición, con una puntuación de 4,43, se observa que fue una colocación hecha por el 18% de los profesionales en sus ponderaciones, correspondiendo a 12 mujeres y 8 hombres, que indican incluso que la remuneración del profesional en la ciudad de Contagem es la más baja remuneración pagada si se tienen en cuenta las remuneraciones de los municipios que forman la región metropolitana de la capital Belo Horizonte, en la que la ciudad de Contagem se incluye; reivindicando que una mejora salarial sería un elemento importantísimo para conseguir elevar el nivel de satisfacción de los profesionales médicos en la ESF, como se ve abajo:

1 M – *“Mejora salarial; Mayor reconocimiento; Plan de carrera”*;

23 H – *“Valoración profesional, plan de carrera, mejor remuneración”*;

5 M – *“La UBS en general es una buena unidad para trabajar, principalmente por el equipo que posee, necesitando apenas de mejores condiciones de trabajo, que incluye insumos, material y remuneración adecuados, principalmente”*;

6 M – *“Eleva el salario del médico ESF de Contagem, que actualmente es muy bajo, el más pequeño de la región metropolitana”*;

13 H – *“Otro punto que debe destacarse es la remuneración debida, no ideal, que los profesionales médicos encontramos al trabajar en el servicio público en el ámbito de la atención primaria de la salud”*;

32 H – *“Remuneración más adecuada”*;

58 H – *“Mejor reconocimiento salarial”*;

64 M – *“Estudio muy pertinente y aún considero que lo que más afecta la vida profesional de salud es la relación trabajador y usuario, en su forma de tratar el profesional; muchas veces de forma irrespetuosa o requiriendo aún establecer una relación dependiente; Y la remuneración también es importante para que podamos cuidar mejor de nuestra salud mental y física”*;

68 H – *“Mi unidad presenta un número de habitantes muy por encima del límite orientado por el SUS; Sumado a esto, la remuneración ofrecida no estimula la permanencia del profesional”*;

79 H – *“La remuneración podría valorizar el alcance de metas, por ejemplo, reducción de internación por condiciones sensibles, tratamiento y mantenimiento del abandono del tabaquismo, diabetes e hipertensión controlados, gestante y niños acompañados”;*

80 H – *“Mejoras en las condiciones de trabajo, más seguridad en las UBS, más apoyo de los gestores, mejores remuneraciones, menos interferencias políticas”;*

82 M – *“Mejor remuneración para estabilización de vínculos; Plan de carrera; Aumentar disponibilidad de medicación en la red”;*

62 M – *“Medidas para mejor satisfacción profesional: mejores condiciones de trabajo e insumos, más capacitaciones, oportunidad para realización de maestría y mejores condiciones de trabajo, digo, salarios más dignos”;*

99 H – *“Valorización profesional (pasa por remuneración, condiciones de trabajo, principalmente capacidad de resolver las cuestiones como por ejemplo, tener acceso a exámenes, encaminamientos con contra referencia)”;*

8 H – *“Mejorar el salario”;*

39 M – *“Aumento de la remuneración”;*

101 M – *“Mejor reconocimiento salarial”;*

69 M – *“Creo que el médico necesita mejores condiciones de trabajo para realizar mejor las atenciones a los usuarios; La condición médica es un tema crucial y de mucha relevancia, así como mejores condiciones salariales”;*

24 M – *“Sería interesante aumentar el salario de los médicos, ya que Contagem es una de las regiones que tiene peor salario; Sugiero mejores inversiones en infraestructura de esa unidad”;*

28 M – *“Mejora de la remuneración y valoración del profesional de salud”;*

81 H – *“Salario irrisorio, incompatible con la carga horaria”;*

Para el ítem de mayor valoración en relación a la prioridad, que fue Condiciones de Trabajo y Salud, varias colocaciones fueron hechas por los profesionales médicos en ese sentido como:

5M – *“La UBS en general es una buena unidad para trabajar, principalmente por el equipo que posee, necesitando apenas de mejores condiciones de trabajo, que incluye insumos, material y remuneración adecuados, principalmente”;*

36 H – *“Mejora de las condiciones de materiales y recursos humanos en la ESF”;*

47 H – *“Creo que uno de los puntos principales para la satisfacción del profesional médico es una mejor atención secundaria y una mejor disponibilidad de medicamentos, dado el gran volumen de pacientes que quedan retenidos en las UBSF con tratamientos inferior al ideal. Tener el conocimiento, saber el tratamiento y no poder dar seguimiento al tratamiento es, en mi opinión y de varios colegas médicos, un gran punto de frustración con el funcionamiento del SUS”;*

60 M – *“Implementación del historial electrónico para facilitar la atención, así como reducir el problema de pérdida de registros o atención a personas no registradas; Levantamiento u adecuación de número de usuarios por equipo, para reorganizar equipos sobrecargados como la mía”;*

77 M – *“Una mirada más cercana de la gestión distrital al servidor, ya que todos tienen que "estar bien" para desempeñar su papel de "cuidar del otro”;*

100 M – *“Mayor tiempo para consulta médica, buscando una atención más individualizada para cada usuario; Valorización de la calidad de atención y no del número de personas atendidas por día; Planificación de acciones preventivas para la comunidad, con ayuda a través del suministro de materiales”;*

39 M – *“Tener acceso a recursos básicos para el trabajo, como por ejemplo, otoscopio, pilas, cable de bisturí, impresora con tinta; tener disponibles recursos que a menudo faltan en UBS – pruebas rápidas, pruebas de embarazo, la posibilidad de realizar exámenes con urgencia, con resultado el mismo día; Programa de actualización de contenidos médicos; Más seguridad a los trabajadores – física y mental”;*

69 M – *“Creo que el médico necesita mejores condiciones de trabajo para realizar mejor las atenciones a los usuarios; La condición médica es un tema crucial y de mucha relevancia”.*

11 M – *“La inseguridad de los regímenes de contrato hace que él SUS, a pesar de ser el lugar que más aprecio por trabajar en él, no sea el objetivo principal. Como no hay estabilidad, permanecer en el trabajo se hace difícil. Mejorar las estructuras del PSF, fortaleciéndolas, también ayudaría”;*

111 H – *“Tener mayor estabilidad en el trabajo, para garantizar el trabajo y el plan de carrera de un profesional médico, garantía como profesional de salud en un contexto general; Más calificación de entrenamientos con equipos, para hacer un trabajo multidisciplinario adecuado”;*

82 M – *“Mejor remuneración para estabilización de vínculos; Plan de carrera; Aumentar disponibilidad de medicación en la red; Estructuras físicas; Mayor efectividad y resolución, así como aumento de profesionales NASF”;*

16 M – *“Ampliar equipo (administrativo y técnicos); Mejorar atractivos para disminuir rotación de médicos en la ESF;*

24 M – *“Sugiero mejores inversiones en infraestructura de esa unidad”*;

49 H – *“Imaginando que muchos colegas estarán pasando por situaciones de estrés o cansancio, posibilitar sesiones de terapia para el síndrome de Burnout”*.

Otra gran queja de los profesionales está relacionada con el tamaño de la clientela agregada a cada equipo, considerado elevado para una atención adecuada:

87 H – *“Redistribución de los equipos conforme población inserta”*;

65 M – *“Creo que sería ideal e importante adaptar mejor la cantidad de pacientes por cada equipo, para que quede equilibrado y justo (considerando la misma cantidad de profesionales/ equipo)”*;

88 H – *“Re división de equipos considerando una población máxima 3500 a 4500 usuarios”*;

68 H – *“Mi unidad presenta un número de habitantes muy por encima del límite orientado por el SUS; Sumado a esto, la remuneración ofrecida no estimula la permanencia del profesional”*;

37 M – *“Creo que debería haber incorporación de más equipos y contratación de más profesionales de todas las áreas, para no acarrear sobrecarga”*;

110 M – *“Aumentar el número de equipos de médicos de familia”*

Una preocupación de los profesionales médicos fue con la continuidad de las atenciones prestadas en la Atención Básica, que creen no tener la debida atención:

96 H – *“No tener la contra referencia del especialista; RXs sin laudos; Demora en la realización de los exámenes auxiliares de diagnóstico”*;

103 H – *“Sería necesario mejorar el servicio de especialidades, para una atención más ágil del paciente”*;

14 H – *“Disponibilidad de un médico referencia, con fácil acceso, para discutir dificultades, flujo y conductas para algunos casos; Mejora de la comunicación entre la atención básica y los servicios de urgencia/emergencia y los CAPS; Existencia de la contra referencia de los profesionales de la atención secundaria”*;

3 M – *“Mejorar la referencia y contra referencia”*;

37 M – *“Creo que debería haber incorporación de más equipos y contratación de más profesionales de todas las áreas, para no acarrear sobrecarga”*;

55 M – *“Me gustaría la mejora de la comunicación entre PSF – SAMU – UPA”;*

58 H – *“Mejor nivel de integración entre el primario/ secundario/ terciario”;*

99 H – *“Valorización e implementación efectiva del SUS; Lo que veo es que no ha sido implantado y sufre críticas de todos, incluso nuestra; Cómo podemos juzgarlo si no conseguimos implantarlo; A mí me parece que interesa a muchos que él, SUS, no funcione”;*

83 M – *“La garantía de la continuidad del cuidado al usuario en la red SUS Contagem, lo que hoy no sucede, ya que falta especialistas en la red para el encaminamiento de los pacientes”;*

39 M – *“Tener disponibles recursos que a menudo faltan en UBS – pruebas rápidas, pruebas de embarazo, la posibilidad de realizar exámenes con urgencia, con resultado el mismo día; Menor tiempo de espera para consultas con expertos y exámenes complementarios”;*

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación, en lo referido a las variables socio demográficas se encontró:

- que el profesional más joven tenía 23 años y era de sexo femenino, mientras que el mayor tenía 74 años y era de sexo masculino;
- las mujeres son la mayoría, con 59,5% del grupo de muestreo;
- los profesionales casados (34,2%) y de unión estable (7,2%) representan parcela de 41,4% de los profesionales, siendo de 58,6% el porcentual de los profesionales solteros (55%) y divorciados (3,6%), o sea, los no casados son mayoría en el grupo;
- la mayoría de los profesionales tienen solo la graduación y representan 54,1%, mientras que hay 2 profesionales con maestría (1,8%) y 49 profesionales con algún tipo de especialización (44,1%);
- la gran mayoría de los profesionales tienen, como máximo, 12 meses en la actividad, o sea, aún no habían completado un año, mientras 2 profesionales ya actuaban en la actividad de ESF hace 21 y 22 años, respectivamente;
- 4 profesionales se habían graduado hace ya 40 años (3,6%) mientras que la gran mayoría se había graduado hace menos de 3 años (50,5%).

- la edad del profesional médico interfiere en la satisfacción, demostrando que los profesionales de mayor edad tienen mayor satisfacción, siendo que en la dimensión G – Seguridad en el Empleo se indicó que no hay correlación, u sea, la satisfacción no existe cuando se habla en seguridad en el empleo, independientemente de la edad.
- los profesionales médicos solteros/divorciados presentan nivel de satisfacción mayor que los profesionales casados/unión estable.
- la formación académica es un factor que influye en la satisfacción en el trabajo, una vez que los profesionales con más cualificación, especialización o maestría, demuestran mayor satisfacción que aquellos solamente graduados, a pesar de, en un análisis preliminar, esa diferencia no ser prontamente detectada.

Al hacer el análisis de las dimensiones de evaluación se tiene que:

La satisfacción de las profesionales médicas es mayor que la satisfacción de los profesionales médicos, considerando las puntuaciones medias en todas las dimensiones analizadas.

La dimensión G – Seguridad en el Empleo fue la penúltima en la evaluación en relación a la expectativa (8,93), sin embargo, la puntuación de la dimensión en relación a la realidad (5,07) fue la que produjo la mayor diferencia entre expectativa y realidad (3,86);

La dimensión H – Estatus & Prestigio tuvo la menor evaluación en relación a la expectativa (8,64), pero tuvo la mayor valoración con relación a la realidad (7,13), haciendo con que la puntuación satisfacción sea la menor entre todas las dimensiones (1,51) así como la menor media de puntuación entre las dimensiones (5,87) y demostrando así que, a pesar de ser considerada como no relevante, es todavía una situación que lleva un alto nivel de atractivo;

La dimensión D – Relación Profesional/ Usuario fue la que tuvo la mayor puntuación en relación a la realidad (6,99), que ha producido la mayor puntuación media (6,30);

La dimensión F – Remuneración aunque se posiciona como la quinta opción en orden decreciente de importancia, con 9,20 puntos en términos de expectativa, se mostró con 5,66 puntos en términos de realidad, que produjo una puntuación media de satisfacción de 6,18, fue la dimensión que más reclamos generó al analizarse las respuestas abiertas dejadas por los profesionales médicos, con posicionamientos en relación al tema abordados en 8 de los 15 grupos psicológicos, comprendiendo 21 profesionales – 11 mujeres e 10 hombres,

Psicológicamente se puede decir que la mayor parte de los profesionales médicos presentaron:

- nivel de extroversión mediano, por lo tanto, con características tanto de extroversión como introversión, pudiendo presentar tanto características como sociabilidad, gustar de fiestas, tener muchos amigos, les gusta tener a alguien con quien hablar y no le gusta leer y estudiar solo, teniendo una alta impulsividad, que caracterizan los extrovertidos, pero con una propensión significativa a actitudes como ser tranquilo, introspectivo, reservado, preferir quedarse solo, excepto con amigos más íntimos, gustar de planear con anticipación sus acciones, no siendo impulsivos ni pierden la calma fácilmente; les sigue de cerca, con rango medio, profesionales que presentan niveles de extroversión bajo o muy bajo, es decir, tendientes a introversión.

- en el neuroticismo o inestabilidad, 65,8% de los profesionales presentaron niveles bajos o muy bajos, significando que tienen bajos niveles de depresión y ansiedad, levemente temperamentales, algo dependientes y, a veces, con sentimientos de culpa, que pueden tener niveles un poco más altos al considerar que hay un 21,6% clasificado como medianos en esa dimensión psicológica.

- en la dimensión psicoticismo/ sociabilidad, ligada a la agresividad, desconsideración, imprudencia, hostilidad, rabia e impulsividad, los mayores porcentajes ocurrieron en los niveles muy bajo, bajo (61,3%) y medio (31,5%), con solo 8 profesionales (7,2%) presentando niveles alto y muy alto en la evaluación psicológica.

- sinceridad/ mentira deseabilidad social son comportamientos que muestran una tendencia a responder a las preguntas de acuerdo con lo que consideran favorable o esperado, para dar una buena impresión de sí mismos y, en el presente caso, los niveles fueron alto e muy alto, correspondiendo a un porcentaje de 52,22%, seguido por un porcentaje del 37,9% para la media, es decir, la mayor parte de las respuestas dadas a la encuesta psicológica cuenta con un porcentaje bastante elevado (90,1%) de falseamiento en las respuestas.

Con el objetivo de hacer una evaluación de los pensamientos de los profesionales médicos en relación a la profesión, actuación en la profesión, de las condiciones vividas en la ejecución de sus trabajos y perspectivas, se han propuesto siete opciones que podrían/deberían señalarse para indicar si se han considerado o no.

El análisis de cada una de las opciones se hizo con respecto a las ocho dimensiones valoradas al inicio de la entrevista y a la primera proposición: **«pedir la rescisión del contrato (cambiar de carrera)»** 17 profesionales pensaron en la hipótesis y los que así pensaron tienen un nivel de satisfacción promedio mayor que los que no pensaron en la proposición.

Cuando la opción era **«solicitar la rescisión del contrato (cambiar de especialidad)»** no hay diferencia, es decir, la satisfacción promedio es la misma.

Para la opción de **«rescisión del contrato (cambiar de profesión)»** no hay diferencia entre los profesionales que pensaron en esa opción y aquellos que no pensaron, con tendencia a presentar el mismo nivel promedio de satisfacción en el trabajo, excepto en la dimensión G – Seguridad en el Empleo, donde hay el valor promedio más alto, lo que indica una insatisfacción pronunciada de los que pensaron en la opción.

No hay diferencia en el valor de promedio de satisfacción en el trabajo cuando se consideran las opciones **«solicitar cambio para otra unidad de la ESF»**, **«pedir rescisión e dejar la medicina de la familia»** y **«pedir licencia sin sueldo»**.

La opción **«nunca haber pensado en ninguna de las hipótesis o no saber o no se recuerda de haber pensado»**, hay una mayor satisfacción en aquellos que no pensaron que en aquellos que pensaron.

Considerando la alternativa de, en la medida de lo posible y teniendo la oportunidad, volver al principio y definir la profesión, el 82% de los entrevistados afirmó que volvería a elegir la profesión de médico, a pesar de responder negativamente o con dudas, cuando se analizan las respuestas en relación con las dimensiones consideradas, donde la dimensión G – Seguridad en el Empleo fue la única en la que, categóricamente, afirmaron sí para la misma profesión o carrera.

Al considerar la carrera como médico de la familia, 65,8% indicaron que no la elegirían, llevando a pensar que el desagrado mayor se da en relación a la carrera específica como médico de la familia y no a la profesión de médico. A esto respecto Gugliemi (2006) afirma haber segregación por parte de los médicos especialistas en relación a aquellos que actúan en la ESF, siendo estos últimos menos valorados. Hay una imagen de la ESF como una buena oportunidad de ingreso para médicos recién graduados o un trabajo para profesionales

en fin de carrera, imagen que se tiene de la ESF, que tiene origen, en parte, en los cursos de medicina.

Tener el SUS como principal empleador no es una situación que agrada a los profesionales médicos, pues el 68,5% de ellos respondieron negativamente a la proposición, acaso volvieran al principio y tuvieran esa alternativa como opción, corroborando con la situación aclarada en el ítem anterior en que rechazan la carrera de médico de la familia, una de las piezas principales del programa.

Trabajar en el sector privado es una situación que no agrada a los profesionales médicos, con un 79,3% de rechazo, pero que, cuando se enfrentan a cada una de las dimensiones evaluadas, demuestra un interés en tener al sector privado como principal empleador, creando un impasse en el grupo.

Trabajar como profesional médico liberal es una alternativa que analizada individualmente indica un gran rechazo, con el 80,2% de los profesionales respondiendo no a esa posibilidad. Sin embargo, cuando se analiza posibilidad teniendo como las dimensiones, incluso con la media global, las respuestas son positivas, con la respuesta quizás únicamente en la dimensión B – Condiciones de Trabajo y Salud. Esta dicotomía tal vez pueda explicarse por la esperanza de una mejor remuneración que el sector privado pueda ofrecer.

Tener el hospital como principal empleador y fuente pagadora fue la opción que presentó un rechazo del 82%, es decir, como se dijo anteriormente, quizás el desconocimiento de lo que es trabajar en un hospital sea la causa de ese rechazo tan acentuado.

Continuar a trabajar en la misma unidad de ESF en la que trabaja fue la alternativa que no presentó ambigüedad, ya que la cuestión planteada sin definir capítulos para el análisis indica un fuerte rechazo, correspondiendo a un 69,4% de los profesionales, mientras que cuando se someten a evaluación teniendo en cuenta las ocho dimensiones utilizadas para la evaluación se observa una unanimidad de respuestas negativas a esta cuestión, indicando que la gran mayoría de los profesionales no se encuentran satisfechos con el equipo de ESF en el que están prestando sus servicios.

Las relaciones interpersonales fueron evaluadas indirectamente al evaluarse la posibilidad de elegir nuevamente el mismo equipo de trabajo, caso hubiera esa oportunidad al retornar al inicio. La respuesta positiva prácticamente dividió por la mitad al grupo pues fue un porcentaje del 50,5% contra el 49,5% de los que dijeron no, tal vez o no sabrían opinar,

indicando una ligera tendencia al sí. Esa misma pregunta, cuando se analiza bajo la óptica de las ocho dimensiones de análisis, apunta unánimemente a la respuesta negativa, incluso en la dimensión E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social, donde se tiene el más alto nivel de diferencia en pro de la respuesta negativa.

Volver en el tiempo y elegir el mismo distrito regional de salud fue opción descartada por 63,1% de los profesionales, con las dimensiones G – Seguridad en el Empleo con mayor diferencia media a favor de la alternativa no y B – Condiciones de Trabajo & Salud viniendo en segunda posición, con la segunda mayor diferencia promedio en favor también de la respuesta no.

Al preguntarles sobre las posibilidades de elección en relación con el futuro profesional, teniendo en cuenta el contexto actual que viven, se plantearon siete opciones que deberían evaluarse y enumerarse mediante una numeración creciente del 1 a 7, siendo el número 1 el menos probable o deseable y el 7 el más probable o deseable, las respuestas muestran:

- la primera alternativa: trabajar en un hospital integrado con el sector de salud pública, presentó una probabilidad del 44,1%, complementado por 43,2% de deseabilidad;
- La segunda alternativa: trabajar en otro hospital integrado al sector de la salud pública, presentó cifras indicativas de una gran incertidumbre, tanto de probabilidad como de deseabilidad, quizás en función de la poca claridad de la cuestión, ya que la gran mayoría de los profesionales no actuaba en hospitales en aquella oportunidad, quedando sin condiciones, por ello, de una evaluación más pertinente de la cuestión;
- Para la alternativa siguiente: trabajar en la unidad de ESF, integrada con el sector de salud pública, la tendencia es de improbabilidad, con 39,6%, acompañada de la indeseabilidad de 46,5%, indicando que el trabajo en la ESF en la que se encuentra trabajando no presenta elementos que puedan actuar como atractivos que lo hagan tener como meta de satisfacción la unidad de ESF;
- Para la alternativa: trabajar en otra unidad de ESF, integrada con el sector de salud pública, sigue siendo el mayor porcentaje de improbabilidad del 39,6% y de 46,5% de indeseabilidad, caracterizando que la insatisfacción no se da solo con relación a la unidad de ESF donde trabaja, sino a la estructura de ESF como un todo;

- trabajar en un hospital privado fue la alternativa rechazada tanto para efecto de improbabilidad (49,5%), como de indeseabilidad (45%);
- la continuidad de estudios, un posible doctorado, para una posible carrera docente, fue la alternativa también no bien atendida por los profesionales, con porcentaje de 47,7% para improbable y 53,1% como indeseable, siendo la opción que más altos niveles de rechazo recibió;
- la alternativa de migración a otro país para ejercer la profesión de médico especialista mostró porcentajes de improbabilidad (39,6%) y de indeseabilidad (35,1%) elevados, representando 44 respuestas para improbabilidad y 39 para indeseabilidad, que si se añaden otras dos alternativas de cada una de las opciones darán, respectivamente, 54,9% (61 respuestas) y 47,7% (53 respuestas) – si se considera la vertiente de la deseabilidad, se tiene 43,2% (48 profesionales) y 34,2% para probabilidad (38 profesionales).

En cuanto a los aspectos de gestión, según lo evidenciado por autores como Machado (1995) y Ribeiro Meneses e Rocha y Trad (2005), el tipo de contrato de trabajo, marcado por la inestabilidad del vínculo laboral, genera inseguridad para los profesionales, contribuye para la rotación en el empleo y, automáticamente, para la insatisfacción.

Si por un lado, de acuerdo con Gugliemi (2006), la formación profesional que hoy es ofrecida por las escuelas médicas, construida y organizada según disciplinas desarticuladas, con ciclos (básico y clínico) separados y centrados en la enfermedad y en la atención hospitalaria, se contrapone a lo que es propuesto por el modelo de salud de la ESF, en el cual se espera que haya interacción entre los miembros del equipo, de la comunidad directa o indirectamente adscrita y de la estructura municipal de salud como un todo.

Por lo otro lado, en lo que se refiere a la organización del trabajo, según Capozzolo (2003), se destacan los cambios que el modelo de la ESF impone a la organización del trabajo médico, en los cuales se señalan: actividades educativas de grupo, atención domiciliaria, vinculación del médico a un equipo, responsabilidad por la asistencia integral a la población adscrita, por acciones de vigilancia a la salud, acciones de promoción y prevención, incorporación de instrumentos que permitan evaluar la cobertura de la población y la producción de los profesionales, así como jornada de 40 horas semanales, es decir, una situación real diferente de la que se ve en la academia.

Otro elemento específico de la organización del trabajo en la ESF es la realización de actividades en equipo multidisciplinar que, según Campos (2005), puede propiciar conflictos entre los miembros del equipo, generando insatisfacción, conforme algunos testimonios recogidos en la investigación:

111 H – *“Más calificación de entrenamientos con equipos, para hacer un trabajo multidisciplinario adecuado”;*

79 H – *“La gestión debería ser calificada, saber cómo ejercer el liderazgo, actuar con transparencia y establecer objetivos y metas, valorando a los buenos profesionales; El servicio debería disponer sus flujos y rutinas disponibles para consulta en internet; La política de educación permanente debería ser implantada como previsto”;*

18 H – *“La Salud de la Familia en Contagem está iniciando, muchas unidades de salud aún no están preparadas, por lo que hay mucho desafío; En el futuro puede mejorar, el usuario también está adaptando, muchos desconocen”;*

78 M – *“Me gustaría tener un equipo con agentes comunitarios de salud, porque nuestro equipo no tiene ninguno; Quisiera una jefatura más presente y actitudes tomadas por la gerencia basadas en la priorización médica y no porque el paciente fue a la gerencia a pedir para el examen ser lanzado”;*

10 M – *“Mejorar la información para pacientes sobre cuáles son los medios de atención en salud disponibles, orientarlos sobre cómo está funcionando la atención del PSF”;*

81 H – *“Jerarquía de la ESF subordina al médico a la enfermera, gerente y otros profesionales no calificados; Un desánimo muy grande con la profesión y un descrédito con relación a posibles cambios”.*

En apoyo de este argumento, se observa que los problemas derivados de la relación entre los miembros del equipo y/o de éstos con la gerencia de la Unidad de Salud pueden ser el factor responsable de la baja aceptación del equipo en que actúa y de la poca aceptación en migrar para otro equipo, como se expresan en los temas en los que se sugieren opciones del equipo actual o el cambio a otro equipo de ESF.

Observase que los profesionales que trabajan en unidades de atención médica designadas e construidas específicamente para las actividades de la Estructura de Salud de la Familia – ESF están más satisfechos que aquellos que trabajan en unidades improvisadas en edificios alquilados por el municipio, no solo en función de la improvisación, pero también de la incertidumbre de la permanencia y continuidad in situ durante un periodo de tiempo satisfactorio.

Durante el desarrollo de la investigación, varias unidades cambiaron de dirección, pasando a ocupar espacios no siempre mejores y más adecuados que el anterior, causando incomodidad no solo para los equipos y profesionales de salud, sino también para los usuarios.

La precariedad e inadecuación de algunas unidades es tan notable que, para que puedan cumplir con el mínimo de condiciones, varios profesionales llevan su propio material (notebook, impresora, tóner, papel de impresión, aparatos de presión y oximetría), llegando a una situación en que el profesional llegó a pintar la sala del consultorio, con problemas de filtración, para que hubiera un poco menos de incomodidad para él y sus pacientes.

Algunos profesionales más antiguos en el sistema se negaron a participar en la investigación, incluso explicándoles que formaba parte de una tesis doctoral, alegando que no creen que haya ninguna intención real de la administración municipal en mejorar el rendimiento de la estructura de salud de la familia en el municipio, ya que ya han experimentado otras actividades similares, solo con denominación diferente de la actual, que generaran expectativas y, al final, resultaron en frustración para todos.

Se percibió, durante la revisión bibliográfica, que la satisfacción en el trabajo es de difícil medición, debido a la diversidad de sus conceptos, teorías y factores, y todavía se considera una variable de actitudes que refleja cómo el individuo se siente con respecto al trabajo en general y en sus diversos aspectos. Diversos autores evidencian que la diversificación de conceptos con diferentes enfoques hace difícil el establecimiento de un único concepto para esta temática. Así como la gran variedad de instrumentos utilizados para medir la satisfacción en el trabajo, demuestran las múltiples dimensiones del constructo.

De esta manera, tal vez, o mejor, con certeza, una mejora en la infraestructura, en la disponibilidad de instrumentos, exámenes y materiales traería beneficios no solo para los profesionales y equipos de salud, sino, sobre todo, para la población, tan necesitado de una asistencia en salud integral, igualitaria, eficiente y eficaz, garantizando acceso universal y gratuito para toda la población del municipio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es indubitable que tal vez, o mejor, con certeza, una mejora en la infraestructura, en la disponibilidad de equipos y materiales traería beneficios no solo para los equipos y profesionales médicos, sino sobre todo para la población tan necesitada de una asistencia en salud integral, eficiente y eficaz.

La ansiedad del profesional médico joven con el fin de mostrarse capaz y competente en resolver el problema del paciente, a veces sin conocer bien el historial del paciente (vida, situación familiar, profesional etc.), que la anamnesis hecha apresuradamente para cumplir la demanda numérica de pacientes no permite profundizar, hace que ocurra frustración y desmotivación, con un(a) profesional llegando a reclamar: *“Sé que puedo curar al paciente, pero solo puedo enviarlo para realizar un examen que tal vez solo pueda ser programado cuando ya no tenga más condiciones de ser curado, y ni consigo encaminarlo para que pueda ser atendido en la atención secundaria. !Un paciente mío tuvo un examen programado para dos días después de que falleció; podría haber sido salvado!”*

Esa ansiedad es reforzada, pues no hay secuenciación en las atenciones, porque la Atención Primaria de Salud, la parte más importante del proceso de cura, ya que es prácticamente ahí donde se descubre y muchas veces se hace la prevención, la profilaxis que evita la enfermedad o un agravio mayor, es relegada a segundo plano, tanto por los profesionales de las Atenciones Secundaria y Terciaria, que se encuentran con más experiencia y competencia para diagnosticar que el profesional de la puerta de entrada (y puede ser que eso en algunas ocasiones pueda ser cierto) y también por la falta de exámenes complementarios que puedan fundamentar la reivindicación de la atención por parte de los profesionales de la Atención Primaria o Básica.

Es obvio que el cambio de un sistema o modo de atención a la salud no es simple y demanda planificación, inversiones y tiempo para efectivamente ocurrir, sea por cuestiones educativas, culturales, económicas o políticas del país, de los estados federados y de los municipios, cada cual con sus peculiaridades.

Esto es notable en la ciudad de Contagem, considerando que no se tiene una continuidad en las acciones políticas, que cambian de acuerdo con la administración, incluso

con la existencia de un Plan Nacional para la Atención Básica – PNAB, de donde viene la mayor parte de los recursos de la salud.

Como los mandatarios municipales son elegidos a partir de coaliciones políticas, quedan rehenes de esas coaliciones y conchados políticos, siendo “obligados” a designar personas sin la mínima condición de administrar la cosa pública, sea por incompetencia, por incapacidad, por desconocimiento, por falta de compromiso o, lo que es más triste en todo el proceso, por mala intención.

No es una exclusividad de la salud, sino como una de las carteras que más recibe recursos presupuestarios, llegando a casi 25% del presupuesto municipal, aparte de recursos transferidos directamente por los gobiernos federal y estatal, el llamado fondo a fondo, mayores codicias despierta, y los mandatarios de la salud no han sido los más eficientes y eficaces en la gestión de la cosa pública.

Con eso, pero no solo por eso, los recursos se vuelven insuficientes para hacer que la salud pueda ser brindada con mejores condiciones para ejecución de sus acciones de atención en todos los niveles y a todos los que la necesitan.

Concomitantemente a eso, la no vinculación más formal de los profesionales médicos, hace que haya mucho desinterés por parte de esos profesionales en continuar en la carrera pública bajo esa condición de contrato CLT – Consolidación de las Leyes del Trabajo, que no les da ninguna garantía y estabilidad para la ejecución de su actividad; muchos esperan que haya apertura de licitación para la realización en el cargo y mayor seguridad en el desempeño de la profesión.

Una de las premisas básicas de la ESF – Estrategia Salud de la Familia, que es la humanización de las prácticas en salud, a través del establecimiento de un vínculo entre los profesionales de salud y la población no sucede en relación a los profesionales médicos, en virtud de la gran rotación de esos profesionales, que no se sienten comprometidos ni implicados con lo que se propone en la ESF: caso de la mayoría de las situaciones de los contratados, con algunos no llegando a completar tres meses en el cargo.

La cultura de las UBS – Unidades Básicas de Salud, en las cuales la atención médica es realizada en los moldes tradicionales, definitivamente dificulta la implantación del modelo

propuesto en la ESF, pues induce al usuario a buscar siempre la unidad de salud, cuando la estrategia propone que haya planificación involucrando a la comunidad adscrita, en una atención no solo en la unidad de salud (agentado), sino también en el domicilio, que propicien una asistencia programada e integral, continua, con capacidad de resolución y buena calidad.

Con esa cultura arraigada y la poca disposición de cambios, la estrategia de salud de la familia – ESF queda seriamente comprometida en sus propósitos, además de crear incomodidades y malestar para los profesionales y los usuarios.

Por otro lado, por no estar integralmente implantada y desarrollándose de forma lenta y poco ordenada, ya que no se percibe una directriz clara en el encaminamiento de las acciones, la cobertura de la atención queda restringida al 56% de la población, es decir, casi la mitad de la población no está contemplada por esa estrategia, que tiene como principios la universalidad y equidad.

Con el déficit de viviendas creciente, en virtud del aumento vegetativo de la población, una nueva filosofía habitacional se implantó en la ciudad que, copiando lo que de malo sucede en los grandes centros, inició la construcción de grandes conjuntos habitacionales, con 500 viviendas o más, que se aprueban mediante acuerdos no siempre muy claros e, con certeza, pisoteando las normas técnicas urbanísticas y socio ambientales y legales.

De esa forma, un territorio que antes albergaba cierto número de familias tiene su cuantitativo aumentado, en poco tiempo (1 a 3 años), con valores que llegan a duplicar, triplicar o cuadruplicar el contingente familiar para atención de la infraestructura municipal, inclusive la de salud, que pasa a contar con un número de personas, para que se haga la atención, muy superior al límite, previsto como máximo por la propuesta de la ESF.

Muchos de estos emprendimientos, por sí solos, ya merecerán una unidad completa de atención en salud, tal el número de personas agregada al área.

Se hacen evaluaciones del impacto de esos mega emprendimientos en todas las áreas y, en la salud, como medida compensatoria, muchas veces es solicitado, como contrapartida para la autorización de la construcción, que sea construida una unidad de atención a la salud,

de acuerdo con un proyecto modelo determinado o, en otras situaciones, que se reserve un área para edificación de una futura unidad de atención a la salud.

Algunas unidades propias de la salud, utilizadas en la ESF, fueron conseguidas/construidas mediante esa negociación para licencia/autorización, otras quedaron en la promesa, sin que cualquier embargo haya ocurrido en las construcciones y habite de las edificaciones.

Por otro lado, con el proceso acelerado de empobrecimiento de la población, debido a problemas de variadas categorías y magnitudes (inflación y corrupción global y local, intereses corporativistas y personales, educación cada vez más precaria e ineficiente, reducción de los puestos de trabajo y precarización de los empleos, y falta de motivación y desmotivación generalizadas, frente al caótico cuadro de realidad vivida en el día a día), es cada vez mayor el número de familias y personas con problemas de salud, no solo somáticos sino sobre todo psicosomáticos y mentales, que recurren a la ESF.

La desesperación por una atención o atención que no ocurre trae revuelta y comportamiento agresivo de los usuarios, que no comprenden la sistemática adoptada en la Estrategia de Salud de la Familia y ni son entrenados, con la debida antelación, acerca de los procedimientos de la ya no tan nueva Estrategia, pero que aún no ha sido asimilada por gran parte de los usuarios; habiéndose, por otra parte, que reconocer las dificultades encontradas por los responsables de la educación y formación de los usuarios, por motivos diversos alegados por la clientela, que van desde la falta de tiempo, dificultades logísticas a causa del transporte, del trabajo, de los niños, de los ancianos, hasta la más injustificable de todas, la falta de interés.

Esa agresividad, normalmente verbal, crea situaciones embarazosas no solo para los(as) profesionales médicos(as), sino a todos los miembros del equipo, pudiendo, en situaciones extremas, llegar al punto de tener que recurrir a aparato policial para defensa de la integridad física de los miembros del equipo, contra usuario de agresividad más exacerbada/descontrolada.

El problemas de desconocimiento de la sistemática no se restringe a los usuarios, pues en muchas oportunidades el profesional médico es contratado y se parte del presupuesto de que él(a) sea un conocedor de la mecánica de la estrategia y, con eso, junto a la necesidad del

cuidado del paciente por el médico, es “lanzado en la arena a las fieras”, donde a veces consigue un desempeño razonable a satisfactorio, mucho más por una característica propia, principalmente en considerando que la evaluación de su desempeño tiene característica cuantitativa, ya que lo importante es cumplir la meta (del número de atendimientos/consultas realizadas durante el período laboral), básicamente el único elemento considerado en el proceso de evaluación del profesional.

En ese marco de confusiones y conflictos, es difícil querer que haya satisfacción por parte del profesional en participar de una Estrategia Salud de la Familia – ESF en que son raras la oportunidades en las que logra percibir eficiencia y eficacia, en las cuales se siente gratificado y consciente de un trabajo bien ejecutado y, sobre todo sienta que su atendido/paciente ha tenido sus anhelos y expectativas satisfechas.

La apertura de concurso para asignación a la función y estabilización del profesional en la Estructura Salud de la Familia municipal, ofreciendo, con eso, un profesional teóricamente más competente, más capaz y más motivado, propiciando la perspectiva de tener una mayor implicación del profesional con todo el contexto de la ESF – Estrategia Salud de la Familia.

Obviamente se sabe de antemano que algunos profesionales buscarán solo la estabilidad ofrecida por el servicio público, pero la mayor parte estará buscando efectivamente su realización profesional, con la intención de servir a la comunidad; siendo que esa selección ocurrirá automáticamente durante el periodo de prueba, oportunidad en que el profesional tendrá la oportunidad no solo de conocer, en la práctica, su campo de actuación, con sus virtudes y vicisitudes, pero, sobre todo, percibir su afinidad o deseabilidad en la ejecución de la función que eligió, se preparó y calificó, redundando en satisfacción en la ejecución de sus actividades de profesional médico de la ESF, o, por otro lado, exponiendo al(a) profesional la no afinidad e indeseabilidad de la función para la cual se juzgaba apto, adecuado y preparado.

Sin embargo, es importante que las condiciones de trabajo y remuneración ofrecidas por la administración municipal sean compatibles con las expectativas de los profesionales que, como se ve en los datos recogidos en la investigación, no son excepciones.

De esa manera, la gran pregunta sin respuesta es: ¿Por qué no hay, efectivamente, voluntad política/administrativa de hacer un SUS realmente fuerte competente, eficiente y eficaz, que pueda atender a los anhelos y expectativas de la población y de los profesionales de la salud?

LA PROPUESTA

La propuesta que se hace, tras constatar la no satisfacción de los médicos en la ESF de Contagem, es presentar los elementos que puedan ser el foco principal en un proceso de evaluación, con la finalidad de explicitar posibles oportunidades de intervenciones que puedan auxiliar en el proceso no solo de implantación y fortalecimiento de la ESF (Estrategia Salud de La Familia), sino principalmente hacer que los servicios prestados a la población sean de mejor calidad, contribuyendo a un círculo virtuoso de satisfacción de profesionales, de la comunidad asistida y de funcionamiento adecuado de la estrategia.

Se levantó, a partir del habla de los profesionales médicos encuestados, los elementos que compusieron los cuatro grandes grupos de posibles factores eventualmente participantes en el proceso y se trabajó en la forma de una matriz interactiva entre los factores: SWOT – DOFA (Debilidades – Oportunidades – Fortalezas – Amenazas).

La matriz SWOT es una herramienta creada en los años 60 por Kenneth Andrews y Roland Christensen (profesores de la Harvard Business School), utilizada durante el proceso de planificación estratégica, para identificar impactos resultantes de variables de los ambientes interno y externo de la organización.

Los impactos derivados de las variables internas, normalmente dentro de la gobernabilidad del decisor, expresan factores (derivados de los procesos organizacionales) de creación o destrucción de valor: FORTALEZAS (Strengths) en primer caso y DEBILIDADES (Weakness) en el segundo; y los que surgen de variables externas, normalmente fuera del control del decisor, pueden representar OPORTUNIDADES (Opportunities): situación potencialmente favorable que debe ser explotada o AMENAZAS (Threats): situación potencialmente desfavorables que debe ser neutralizada (Chiavenato, I, Sapiro, A., 2003).

Se hizo un análisis Interno y Externo, en donde en el análisis interno se identificaron Fortalezas que son los elementos internos y positivos que diferencian al programa o proyecto de otros de igual clase y Debilidades que son elementos, recursos, habilidades y actitudes que la empresa ya tiene y que constituyen barreras para lograr la buena marcha de la organización, y en el análisis externo, se identificaron las Oportunidades que son factores positivos, que se generan en el entorno y que pueden ser aprovechados y finalmente las Amenazas, situaciones negativas, externas a la organización, que pueden atentar contra ésta, que son mostradas en el cuadro 9 – Resumen de la Matriz DOFA

Cuadro 9 – Resumen de la Matriz DOFA

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> 01 – Médicos en equipos 02 – Comunicación regular entre los miembros de los equipos 03 – Mejora de la calidad y capacidad de resolución de la ESF 04 – Oportunidad de Organización de los procesos de trabajo de los equipos en la ESF 05 – Impacto sobre los indicadores de salud 06 – Incorporación de las "tecnologías ligeras" de atención 07 – Posibilidad de fomento de la intersección sectorial 08 – Fortalecimiento de la comunicación e integración entre los equipos
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> 01 – Demanda reprimida 02 – Cantidad (Número elevado) de atenciones 03 – Número de familias elevado por ACS 04 – Falta de flujos definidos en los equipos 05 – Recepción larga: ACS espera mucho por la respuesta del equipo técnico/ comunicación 06 – Demora en el mercado, (según los pacientes) con largas colas de espera 07 – Falta de contra referencia de los pacientes encaminados a la atención secundaria y terciaria 08 – Tratamientos inferiores al ideal 09 – "Limitaciones de recursos financieros" para la inversión y el coste 10 – Baja prioridad política en el área de la ESF 11 – Débil autonomía de algunas áreas de salud 12 - Sobrecarga de trabajo 13 – Inestabilidad debido al régimen de contrato de trabajo 14 – Jefatura/ Gerencia no capacitada para la función y con formación técnica insuficiente en el área de la salud 15 – Decisiones de la jefatura basadas en la priorización política y no médica
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> 01 – Mejorar la resolución del equipo (tener equipos completos) 02 – Mejorar la calidad de la consulta 03 - Valorización de la calidad de la atención y no el número de personas atendidas por día 04 – Planificación de acciones preventivas para la comunidad 05 – Mejorar la estructura física 06 – Control del territorio - Mejor acceso 07 – Mejorar la información al paciente sobre los medios de atención a la

	<p>salud disponibles</p> <p>08 – Orientar a los usuarios sobre cómo funciona la ESF, cuál es su papel y cuándo buscarla</p> <p>09 – Pacientes satisfechos con el servicio prestado</p> <p>10 – Empleados menos desgastados y satisfechos con el trabajo</p> <p>11 – Usuarios más exigentes e inteligentes</p> <p>12 – Servicios cada vez más cualificados (agregación de valor en salud)</p> <p>13 – Planificación de la atención en salud</p> <p>14 – Implementar la Política de Educación Permanente como previsto en la legislación, con incentivos</p> <p>15 – Implantación efectiva del SUS</p>
Amenazas	<p>01 – Médicos con alto nivel de trastorno como el Síndrome de Burnout</p> <p>02 – Médicos y miembros del personal en licencias médicas sin reposición</p> <p>03 – Personal sobrecargado y desgastado</p> <p>04 – Sentimientos de devaluación de los profesionales de la ESF</p> <p>05 – Desconocimiento de su función en el equipo</p> <p>06 – Contingencia de la financiación en salud</p> <p>07 – Transición de la gestión</p> <p>08 – Pocas referencias técnicas con conocimiento de la metodología de la planificación de atención a la salud</p> <p>09 – Baja participación de algunos sectores, o de profesionales de la salud</p> <p>10 – Atención Primaria deficiente perjudica la calidad de Atención Básica</p> <p>11 – Falta de medicamentos en la Farmacia Distrital</p> <p>12 – Falta de condiciones para comprar medicamentos por los pacientes - descompensación del cuadro clínico del paciente</p> <p>13 – Salarios muy bajos</p>

Fuente: Elaboración propia

Se realizó el cruce de la matriz DOFA (cuadro 10), obteniendo estrategias FO, que son el resultado del uso de las fortalezas para aprovechar las oportunidades, estrategias DO, que se obtienen de vencer debilidades aprovechando oportunidades, estrategias FA, donde se usan las fortalezas para evitar amenazas y estrategias DA que resulta de reducir las debilidades y evitar amenazas.

para la mejora de los servicios prestados, para la efectiva implantación de la ESF y del SUS y, al final, redundando en satisfacción de profesionales médicos, empleados, usuarios, administración municipal y la población como un todo.

Ejemplificando con las correlaciones entre las 8 Fortalezas levantadas y demás elementos relacionados a Oportunidades, Debilidades y Amenazas, se tiene a seguir un esbozo de los análisis y evaluaciones que pueden ser realizadas.

1 – La presencia de los médicos en los equipos, con el compromiso de prestar asistencia adecuada y eficiente a los pacientes, es una de las fuerzas que se presenta como el principal mecanismo a preservar

- Puede ser potenciado a través de las oportunidades de mejorar las condiciones de resolución da equipo (tener equipos completos), mejorando, con eso, la calidad de la consulta y, consecuentemente, con pacientes satisfechos con el servicio que les está siendo ofertado/entregado.
 - En cambio, existen serias debilidades y amenazas que pueden comprometer ese potencial:
 - Como la demanda reprimida;
 - La cantidad (número elevado) de atenciones que deben prestarse a cada jornada de trabajo, muchas veces comprometidos debido a la falta de flujos definidos en los equipos, que llevan a los profesionales médicos a presentar un elevado nivel de sobrecarga y desgaste propiciadores de trastornos como el síndrome de Burnout, y haciendo que sean, así como los demás miembros de los equipos, licenciados por recomendación médica, sin que hayan las debidas sustituciones;
 - La falta de contra referencia de los pacientes que son encaminados a la atención secundaria y terciaria, acarreando tratamientos inferiores a los que podrían ser realizados potencialmente y generando un sentimiento de devaluación en los profesionales de la ESF.

- Paralelamente a eso, se añade la falta de una visión más comprometida con la atención básica,
 - No considerando una posible política más equitativa de la ESF con las tradicionales estructuras de la salud (médico-centrada, ambulatoria y hospitalaria)
 - Además de ser rehén de un contingentación de la financiación en salud e de la transición de gestiones en la administración municipal.
- A este cuadro se añade a inda la sobrecarga de trabajo, a veces extenuante y, por supuesto, estresante, debido no solo al exceso de mano de obra necesarios, sino a la inestabilidad derivada del régimen de contrato de trabajo, que no ofrece ninguna garantía de perennidad en la continuidad de los trabajos que se están desarrollando.
 - Se adiciona, como a coronar las debilidades y amenazas, salarios muy bajos.
 - La ausencia de una gerencia/dirección mejor capacitada administrativamente y con formación técnica insuficiente en el área de la salud, una vez que al ser indicada por apadrinamiento político, preocúpese por priorizar mucho más las cuestiones políticas derivadas de ese apadrinamiento y relega al segundo plano la finalidad primera que sería la atención médica.

2 – La oportunidad de comunicación regular entre los miembros del equipo es otro factor de fortaleza que puede ser aprovechado como oportunidad de mejora de la calidad de las consultas, con el intercambio de vivencias y experiencias cotidianas que pueden ser compartidas entre los varios integrantes de los equipos.

- Sin embargo, esta oportunidad se puede perder debido a la falta de flujos definidos en los equipos.
 - El eventual desconocimiento de cuál es la asignación de cada uno en el grupo, comprometida aún más con la insuficiencia de referencias

técnicas con conocimiento de la metodología de la planificación de atención a la salud.

- Además del bajo involucramiento ora de algunos sectores, ora de los propios profesionales de salud, incrédulos de las posibilidades de acciones más concretas.

3 – Mejora de la calidad y capacidad de resolución de la ESF con la oportunidad de Organización de los procesos de trabajo de los equipos en la ESF es otro de los indicadores que debería ser aprovechado para mejorar la resolución de los equipos.

- Introduciendo un control más perfeccionado del territorio y de forma más racionalizada.
 - Propiciar un mejor control y más fácil acceso de los usuarios a la atención
 - Redundando en pacientes satisfechos con el servicio prestado, así como empleados menos desgastados y más satisfechos.
 - Con el trabajo contemplado por una planificación de atención a la salud y que culminará también con la efectiva implantación del SUS.

4 – Vencer las amenazas y debilidades que dificultan o incluso impiden el desarrollo de esa mejora en la calidad resolutiva.

- Pasa por suplantar todas las debilidades enumeradas, asociadas con las amenazas de profesionales médicos con altos niveles de estrés y Síndromes como Burnout.
 - Personal sobrecargado y desgastado, con patente sentimiento de no ser valorado.
 - Sin el apoyo de referencias técnicas que les puedan dar el soporte técnico con el debido fundamento basado en la metodología de planificación de la salud.
 - Culminando con una de las principales quejas relacionadas con los bajos salarios percibidos.

5 – Intervención en la Organización de los procesos de trabajo de los equipos en la ESF es otra vertiente que merecería ser analizada con cuidado en virtud de la posibilidad de tener equipos completos para propiciar una mejor calidad de la consulta.

- Con valorización de la calidad de la atención y no del número de atenciones prestadas, junto con la mejora de la infraestructura física y más accesible al usuario, mediante un más eficiente control de la división, de forma equitativa, de los territorios.
 - Esto pasa por un proceso de orientación del usuario en cuanto a la sistemática de funcionamiento de la ESF dentro del proceso de planificación de la atención a la salud.
 - También con la implantación de la política de educación permanente, conforme previsto en la legislación, con los debidos incentivos profesionales, permitiéndoles ofrecer servicios que agreguen valor a la salud y contribuyendo, de forma inequívoca, para la satisfacción de todos los profesionales del ESF/ SUS.

6 – Estas oportunidades de organización están disponibles, pero las amenazas se repiten con los problemas de elevados niveles de trastorno e insatisfacción de médicos y profesionales de la salud.

- O que los llevan a alejarse por trastornos más diversos, con desgastes, sentimientos de ser desvalorizados, sin un apoyo técnico competente durante la gestión y, sobre todo, en los procesos de transición de gestión, en los cuales los involucramientos se tornan inexistentes por falta de una planificación y programación con solución de continuidad.
- Se pueden obtener impactos positivos sobre los indicadores de salud, en la Incorporación de "tecnologías ligeras" de atención y posibilidad de fomento de la interseccionalidad.
 - Mejorando el posicionamiento de los diversos ítems considerados para un proceso de evaluación de la eficiencia y eficacia del cuidado médico, sobre todo en la ESF, punto focal de la propuesta de salud hoy en desarrollo en el país.
 - Las oportunidades son variadas e implican la resolutividad de los equipos completos, la mejor calidad de las consultas, pacientes más satisfechos con el servicio prestado y, consecuentemente, menos desgaste de empleados y equipos, también en función de la satisfacción de un trabajo bien realizado, cada vez más calificado y colaborativo con la implantación efectiva del SUS.

7 – Sin embargo, la obtención de esos impactos positivos sobre los indicadores de salud, mejor calificándolos, solo podrá ocurrir si se enfrentan y resuelven las debilidades y amenazas que se presentan, como la acogida demorada, debido al largo período de espera al que se someten los ACS (Agentes Comunitarios Sanitarios), como consecuencia de una comunicación poco eficiente y que provoca, a su vez, un sentimiento de devaluación de los profesionales de la ESF.

- El retraso en la marcación de eventuales consultas bajo la óptica de los usuarios, acostumbrados al sistema tradicional de las unidades básicas de salud, y por no recibir una aclaración adecuada debido a la falta de referencias técnicas, en número suficiente, con conocimiento de la metodología de la planificación de atención a la salud.
 - Así como la falta de contraprestación de los pacientes encaminados a la atención secundaria y terciaria, debido al bajo involucramiento ora de algunos sectores, ora de profesionales de salud.
 - Lo que hace que la atención a la salud y los eventuales tratamientos sean inferiores al ideal requerido por la Atención Primaria, deficiencia que perjudica la calidad de la Atención Básica como un todo.

8 – El Fortalecimiento de la comunicación e integración entre los equipos, de forma a obtener una mejor resolutivez, con la consecuente mejora de la calidad de la consulta.

- Mediante un planeamiento de acciones preventivas para la comunidad, a través de una planificación de la atención a la salud que pueda controlar mejor el territorio y mejorar el acceso de la comunidad a la atención a la salud.
 - Esto, sin embargo, solo puede ocurrir si hay un trabajo de eliminación de debilidades y amenazas que rondan, como en el caso de médicos con elevado nivel de Síndrome de Burnout, que los obligan, así como a miembros del equipo, a alejarse por licencia médica, sin que haya la debida reposición, dejando los remanentes aún más cargados y desgastados.
 - Además del sentimiento de no ser debidamente valorizados no solo en términos salariales, pero sobre todo en sus voluntades de ejecutar con competencia y responsividad las demandas a que sean sometidos.

- Se añade a esta situación la condición de limitación de recursos financieros para inversión y costeo, tutorado por una baja priorización política en el área de la ESF y la débil autonomía de algunas áreas de la salud, sobre todo las vinculadas a la atención básica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A

- Albornoz, S. (1988). O que é trabalho. 3ª Ed. São Paulo: Brasiliense.
- Andrade, L.O.M., Barreto, I.V.H.C. y Bezerra, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G.N.S. et al. (2006). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo. Hucitec, P.783-836.
- Andrade, T., Costa, V. F., Estivaleta, V. F. B. y Lengler, L. (2017). Revista Brasileira de Gestão de Negócios, São Paulo, v.19 no. 64, p. 236-262 abr/jun. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgn/v19n64/1806-4892-rbgn-19-64-00236.pdf>
- Atalaya Pisco, M. C. (1999). *Satisfacción laboral y Productividad*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1999_n5/satisfaccion.htm

B

- Bacharach, S. B., Bamberg, P. & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. In *Journal of Organizational Behavior*, 12, pp. 39 – 53. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/job.4030120104>
- Barbosa, J. S., Lemos, A. B. S., Barreiro, B. F. G. y Peixoto, G. B. M. (2016). Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Jan-Dez11(38): 1-8. Recuperado de: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/1393/826>
- Barrasco, R., Barraza, A. y Arreola, M. G. (2013). Satisfacción laboral en personal del centro de salud No. 1 de la ciudad de Durando, México. *Psicopediahoy* 15(2). Recuperado de: <http://www.psicopediahoy.com/satisfacción-laboral-centro/-de/-salud>.
- Barros, I. C. (2014). A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico. Trabalho de Especialização. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG: Belo Horizonte.
- Batistella, C. (2007). Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Behring, E. R. (1998). A Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez.
- Bergamini, C.W. (2005). Psicologia aplicada à organização de empresas: psicologia do comportamento organizacional. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Bíblia Sagrada– New World Translations of the Holy Scriptures – Portuguese (Brazilian Edition) (DLbi12-T, 1992) – Edición Brasileña.

- Blanch y Ribas, J. M. (2003). Teoría das relaciones laborales. Fundamentos. Barcelona: Editorial UOC. Recuperado de: <https://pt.scribd.com/doc/176031654/CAP-1-TEORIA-DE-LAS-RELACIONES-LABORALES-pdf>
- Blanch i Ribas, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In J. M. Blanch (Org.), *Teoría de las relaciones laborales: fundamentos*. Barcelona: UOC. Recuperado de: http://www.academia.edu/1937351/Trabajar_en_la_modernidad_industrial
- Bonadero, M. A., Marengui, M., Bassi, F., Fernandez, M. E., Lago, M. I., Piacentini, A. & Bertoni, C. R. (Noviembre-Diciembre 2005). *Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría*. Archivos Argentinos de Pediatría Buenos Aires. Vol. 103 N° 6.
- Borges, L. O. (1997, maio/ago.). Os atributos e a medida do significado do trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 13(2), 211-221.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (12 a 21 de março de 1986). 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunitária. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Dispões sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lei 8080, 19 de setembro de 1990. Brasília.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Altera o caput do art. 3º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física com fator determinante e condicionante da saúde. Lei 12.864 de 24 de setembro de 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família (2000). Brasília (DF). Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Recuperado de: www.determinantes.fiocruz.br
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica: Série E. Legislação e Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (2012). Brasília (DF). Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 164 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2006). Brasília: Ministério da Saúde, 300 p. – (série I. História da Saúde No Brasil).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PASCs).
- Bravo, M. I. S. (1988). Superando Desafios – O Serviço Social na Década de 90. In: Superando Desafios, Rio de Janeiro; UFRJ.
- Bravo, M. I. S. y Matos, M. C. (2002). A Saúde no Brasil; Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Bravo, M. I. S y Pereira, P. A. P. (org.). Política Social e Democracia. Rio de Janeiro: Cortez.
- Bravo, M. I. S., Peiró, J. M. y Rodriguez, I. (1996). Satisfacción laboral. In Peiró, J. M. y Prieto, F. (editores), *Tratado de psicología del trabajo volumen I: La actividad laboral en su contexto* (pp. 343 – 394).Madrid: Editorial Síntesis.
- Breith, J. y Granada, E. (1986). Investigação da Saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um novo enfoque do método epistemológico. Tradução de José da Rocha Cavalheiro et. al. São Paulo: Instituto da Saúde/ ABRASCO.
- Briese, G.P. (2011). Estratégia de Saúde da Família e vivência do sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde (dissertação). Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 73p.
- Bueno, F. S. (1988). Grande dicionário etimológico da língua portuguesa. São Paulo: Lisa

C

- Camelo, S.H.H. (2006). Riscos Psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. 2006. 151 p. (Tese de doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP).
- Camelo, S. H. H. y Angerami, E. L. S. (2004). Revista Latino Americana de Enfermagem. Jan-fev; 12(1):14-21. Recuperado de: WWW.eerp.usp.br/rlaenf

- Campos, C. V. A. (2005). *Porque o Médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São* (Dissertação de Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2438/42290.PDF>
- Capozzolo, A. A. (2003). No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 242- 249.
- Carrillo-García, C, Solano-Ruiz, M. C., Martínez-Roche, M. E. y Gómez-García, C. I. (2013). Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 21 no. 6, nov-dec – p. 1314-1320. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281429401017>
- Carvalho, M. C. F. C. DA.(2014). Satisfação profissional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde primários. (Tesis Maestria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Carvalho, G. B. y Cordeni, J. R. L. (2001). A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade, S.M., Soares, D. A., Cordeni, J. R. L. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: VEL.
- Castro, A. L. B. y Machado, C. V. (2010). A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 693-705.
- Cesarino Júnior, A. F. (1938). *Natureza jurídica do contrato individual de trabalho*. Rio de Janeiro: A. Coelho Branco.
- Chevarría-Islas, R. A., Islas, E. S., Peláez-Méndez, K. y Radilla-Vásquez, C. C. (2009). *Revista CONAMED*, volumen 14 – abril –junio. P. 27-35.
- Chiavenato, I. (2000). *Introdução à teoria geral da administração*. 6ª. Ed ver. atual. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato I, Sapiro A. *Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003
- Clement, E., Demonque, C., Hansen-Love, L. y Kahn, P. (1999). *Dicionário Prático de Filosofia*. Lisboa – Portugal: Terramar.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS.
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. (2018) *Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASEMS
- Correia, J. P. (2014). *Traços de personalidade, estados emocionais e condução: um estudo comparativo entre condutores de ambos os sexos*. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa (Tesis de Doctorado). Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/16153>

Czeresnia, D. (2003) *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: Czeresnia, D. y Freitas, C. M. de (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>

Czeresnia, D. (1999). "The concept of health and the difference between promotion and prevention" in: *Cadernos de Saúde Pública*. Czeresnia D. y Freitas C. M. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

D

D'Acri, V. (2003). Trabalho e saúde na indústria têxtil do Amianto [Edição especial]. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 13-22.

Davies, D.R. y Shackleton, V.J. (1977). *Psicologia e Trabalho*. São Paulo: Zahar

Dejours, C. (1987:1999) *A Loucura do Trabalho: Estudo da Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez – Oboré.

Diderot y D'Alembert (1765). *Encyclopédie*, article "travail". Tome XVI, col. 567b.

Diener, E. & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis, in *Annual Review of Gerontology Geriatric*, 17, pp. 304 – 324.

E

Escriba-Aguir, V; Artazcoz, L. y Perez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Caceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400002

Eysenck, H. L. (1990). Biological dimensions of personality, In L. Pervin (ed.). *Handbook of personality – theory and research* (pp. 244-276). New York: Guilford Press.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton

Eysenck, H. L. & Eysenck, S. B. G. (2008) *Manual EPQ-R – Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck*. Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS). Adaptación al español: Generós Ortet, F., Ribes, M. I. I., Ipola, M. M. (Universitat Jaume I de Castelló) y Morena, F. S. (Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Tea Ediciones S.A.

F

Feuerwerker, L. C. M. (2002). *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Rio de Janeiro: Hucitec.

- Ferreira, E. V., Amorim, D. M., Cavalcanti, M. J. L., Ferreira, R. M. S., Silva, F. O. y Laureano Filho, J. R., (2011). Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco. Recuperado de: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12699/1/2/2011_art_evferreira.pdf.
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using SPSS (5th Ed.)*, SAGE: London.
- Francés, R. (1981). *La satisfaciondnas le travail et l’emploi*. Paris: Presses Universitaires de France. Recuperado de: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4807126g.texteImage>
- Freire, J. (1997). *Variações sobre o tema trabalho*. Porto: Edições Afrontamento Ltda. Recuperado de: http://www.mundossociais.com/temps/livros/04_26_12_43_trabalhomoderno.pdf
- Friedmann, G. y Naville, P. (1970). *Traité de sociologie du Travail*. Vol. 13 emme ed. Paris: Armand Colin. Recuperado de: <http://bookstore.openedition.org/fr/ebook/9782271078001>
- Furquim, M. C. A. (2001). *A Cooperativa como alternativa de trabalho*. São Paulo: Ltr.

G

- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R. Teixeira, C. P. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794.
- Graça, L. (Fev, 2000). Satisfação profissional dos médicos de família: Parte I. *Revista Médico de Família*. III Série: 2
- Graça, L. (mar, 2000). Satisfação profissional dos médicos de família: Parte II. **Revista Médico de Família**. III Série: 3.
- Graça, L. (2009) *A satisfação profissional: o melhor do SNS somos nós*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos26.html>.
- Grint, K. (2002). *Sociologia do Trabalho*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Grisi, C. L. I. (2006). Trabalho Imaterial. In A. D. CATTANI & L. HOLZMANN (Eds.), *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gugliemi, M. C.(2006). *A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação – Do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco*. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro.

H

- Habermas, J. Técnica e ciência enquanto ideologia (1975). In: Benjamin, W., Horkheimer, M., Adorno, T., Habermas, J. Textos escolhidos. Trad. Loparic, Z. e Loparic, A.M.A.C. São Paulo: Abril Cultural – Coleção os Pensadores.
- Hackman, J. & Oldhan, G. (1975). Development of job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology* 60(2) 159-170. Recuperado de: www.siop.org/tip/oct15/pdfs/hc.pdf-society for industrial and organizational psychology.
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12, 360-365.
- Hegel, G. W. F. (1995). Enciclopédia das ciências filosóficas em compêndio: 1830 (tradução Menezes, Paulo) São Paulo: Loyola.
- Hegel, G. W. F. (1991). O sistema de vida ética. Lisboa: Edições 70.
- Hezberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees? In *Harvard Business Review*, January – February.
- Hupke, M. & Kusadz, F. (2013). Psychosocial risks and workers health. OSH. Recuperado de: https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risks_and_workers_health

I

- IBGE (2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/mapa_mercado_trabalho/notastecnicas.shtm

J

- Jaccard, P. (1969). Psicossociologia do trabalho. Lisboa: Moraes
- Jacobs, R. & Salomón, T. (1977). Strategies for enhancing the prediction of job performance from job satisfaction, in *Journal of Organizational Behavior*, 13, pp. 509 – 517.

K

- Keynes, J. M. (1982). A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda. São Paulo: Atlas
- Koch & Pasteur – História do surgimento da microbiologia: Fatos marcantes. Recuperado de: <http://microbiologia.ufrj.br/portal/index.php/pt/destaques/novidades-sobre-a-micro/384-a-historia-do-surgimento-da-microbiologia-fatos-marcantes>
- Kohler, S. S. & Mathieu, J. E. (1993). Individual characteristics, work perception, and reactive influences on differentiated absence criteria. In *Psychology Bulletin*, 74 pp. 18 – 31. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030140602>

Kompier, M. y Cooper, C. (1999). Introduction: Improving Work, Health and Productivity Through Stress Prevention. In Kompier, N y Cooper, C. (eds.). *Preventing Stress Improving Productivity. European Cases in the Workplace*. London: Routledge. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232992787_A_multiple_case_study_approach_to_work_stress_prevention_in_Europe

Kurz, R. (1997). A origem destrutiva do capitalismo: modernidade econômica encontra suas origens no armamento militar. Folha de São Paulo. 30 de março, p. 3 c.5. Recuperado de: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs300303.htm>

L

Lafargue, P. (1999). O Direito à Preguiça, Rocket Edition. Recuperado de: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/direitopreguica.pdf>

Lallement, M. (2007). Le travail. Une sociologie contemporaine. Paris: Éditions Gallimard.

Laurel, A. C. (1997). Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In; Barradas, R. et. al. (orgs.) *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Abrasco.

Lawler, E. (1981). *Pay and organizational development*. New York: Wesley & Sons.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Spring Publishing Company.

Leplat, J y Cuny, X. (1977). *Introduction à la Psychologie du Travail* (1977). Paris: Presses Universitaires de France.

Levi, L. (1990). Occupational stress, spice of life or kiss of death? *American Psychologist*, Vol. 45, No. 10, pp. 1142 – 1145. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.10.1142>.

Lima, A. A. (1956). *O problema do trabalho*. 2 ed. Rio de Janeiro: Agir

Lock, E. A. (1984). *Social Psychology and Organizational Behavior*, M. Gruneberg y T. Wall (eds.), pp. 93 – 117. New York: John Wiley & Sons. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/job.4030070213>

Locks, J. C. A. (2012). *As Novas modalidades de família*. Boletim Jurídico, Uberaba/MG, a.13, n^o 1038. Recuperado de: <https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/2728/as-novas-modalidades-familia>

Lopes, R.E. (2001). Políticas de Saúde no Brasil: Construções, contradições e avanços. *Revista Terapia Ocupacional*. Universalidade de São Paulo. V.12 n. 1/3. P. 23-33.

López López, G. M. de la S. T. (julio 2007). *Evaluación del grado de satisfacción laboral de médicos residentes del postgrado de pediatría y puericultura del hospital “J.M de los Rios”- Caracas – Venezuela*. Universidad Católica Andrés Bello – Vicerrectorado

Acadêmico – Dirección general de Estudios de Posgrado – Posgrado de Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud. Trabajo de especialización en gerencia de Servicios Asistenciales en Salud.

Loevinger, J. (1987). *Paradigms of Personality*. New York: Freeman and Company.

Lunardi, V.L.; Barlem, E.L.D.; Bulhosa, M.S.; Santos, S.S.C.; Lunardi Fº., W.D.; Silveira, R.S.; Bao, A.C.P. y Damolin, G.L. (jul/ago 2009). Sofrimento Moral e a dimensão ética do trabalho da enfermagem. V.62, n.4, p.599-603.

M

Machado, C. V.; Lima, L. D. y Viana L. S. (2008). Configuração da atenção básica e do Programa de Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, p.42-57.

Machado, M. H. (1995). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Marchon, S. G.; Cunha, Z. DA. (2008). Diagnóstico dos problemas que interferem nas ações do PSF do município de Araruama: sugerindo o empowerment como teoria organizacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(4), 40–45.

Marconi, M. de A. y Lakatos, E.M. (1986). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Maranhão, D. Sussekind, A. y Vianna, S. (1994). *Instituições de direito do trabalho*. 2v. São Paulo: Ltr.

Martins, S. P. (1999). *Direito do Trabalho*. 9ª Ed. Revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Atlas.

Martins, S. P. (2008). *Direitos Fundamentais*. São Paulo: Atlas.

Marx, K. (1993). *Os manuscritos econômicos e filosóficos: Vol. 22. Textos filosóficos*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Marx, K. y Engel, F. (1998). *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes.

Marx, K. (1984) *O Capital. Crítica da Economia Política*. Recuperado de: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap23/01.htm>

Marx, K. (1983). *Contribuição à crítica da economia política*. Trad. Maria Helena Barreiro Alves; revisão de Carlos Roberto F. Nogueira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Maslow, A. H. (1954). *Motivação e Personalidade*. New York: Harper. Recuperado de: https://www.passeidireto.com/arquivo/16842956/motivacao_e_personalidade-maslow-livro

Mayo, E. (1993). *The human problems of an industrial civilization*. New York: Macmillan.

Meaning of Work International Research Team - MOW. (1987). *The meaning of working*. London: Academic Press.

Méda, D. (1999). O trabalho. Um valor em vias de extinção. Lisboa: Fim de século edições.

Meliá, J. L. y Peiró, J. M. (1989) “*El cuestionario de Satisfacción S 10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez*”. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 4, no. 11. Recuperado de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/moor/valckx_g_a/apendiceH.pdf

Mendes, E. V. (1999). Uma Agenda para a Saúde. 2ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M.C.S. (2004). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec.

Minayo, MCS. (2002). Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: Minayo, M.C.S. y Miranda, A.C., orgs. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 173-189. Recuperado de: <http://books.scielo.org>

Morin, E. M. (julho/setembro, 2001). Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, 41(43), 8-9.

Morin, E. M. (1996, 27 août). La quête du sens au travail. Le papier a présenté dedans 9e Congrès international de l'Association de Psychologie du travail de langue française. Sherbrooke, France: Université de Sherbrooke.

N

Navarro, E., Llinares, C, y Montaña, A. (2010). Factores de Revista de la Construcción, v. 9, no. 1, agosto, pp. 4 – 16. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago: Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1276/127619214002.pdf>

Nogueira, R. P. (2006). A questão do médico em saúde da família. *Revista Desafios do Desenvolvimento*, 28 (3) 15/03/2006. Recuperado de: WWW.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=ar5ticle&id=853:catid=28Itemid=23

O

Oliveira, A. K. P. y Borges, D. F. (2008). Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.369-389.

Oliveira, S. R., Piccinini, V. C., Fontoura, D. S. y Schweig, C. (2004). Buscando o sentido do trabalho (CD-ROM). In *Anais do XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração* (pp. 283). Porto Alegre, RS: ANPAD.

Oliveira, M.A.C. y Pereira, I.C. (set. 2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília v.66, n. spe.

Oliveira, G. F.; Barbosa, G. A.; Souza, L. E. C., Costa, C. L. P., Araújo, R. C. R y Gouveia, V. V. (2009). Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. *Revista Bioética*. 17 (2) pp. 319-334. UFPB –João Pessoa – PB.

Ommen O, Driller E, Kohler T, Kowalsky C, Ernstmann N, Newmann M, Steffen P, Pfaff H. (2009). The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. *BMC Health Services Research*., Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/24430663_The_Relationship_between_Social_Capital_in_Hospitals_and_Physician_Job_Satisfaction

OMS – Organização Mundial da Saúde (1978). Relatório da Conferência de Alma Mater p. 5-6 OMS – Organização Mundial de Saúde

P

Paim, J. S. (1986). *Medicina Familiar no Brasil: Movimento ideológico e ação política*. Rio de Janeiro: ABRASCO.

Panni, P. G. (2012). *Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS*. (Monografia – Curso de Especialização em Gestão em Saúde UAB). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. RS.

Paranzini, M. y Kanaane, R. (2016). Personalidade e organização: tendências e perspectivas. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 36(90), 157-175. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2016000100011&lng=pt&tlng=pt.

Pavoni, D. S. y Medeiros, C. R. G. (2009). Processo de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p.265-271.

Peiró, J.M. (1994) *Intervención psicosocial en las organizaciones/ coord. Por José Ramos Lopes, José Maria Peiró Silla*, ISBN 84-477-0437-8, pp. 1- 66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2082612>

Peters, L. H. & O'Connor, E.J. (1980). Situational constraints and work out comers: The influence of a frequently overlooked constructo, in “*Academy of Management Review*”, 5, pp 391-397. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/257114?seq=1>

Pinho, R. R; Nascimento, A. M. (2000). *Instituições de Direito Público e Privado*. 22ª Ed. São Paulo: Atlas.

Pitilin, E. de B., Gutubir, D., Molena-Fernandes, C. A. Y Pelloso, S. M. (2015). Interações sensíveis à atenção primária específica de mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 20, no. 2 p. 441-448 recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0441.pdf>

R

- Rain, J. S., Lane, I. M. & Steiner, D. D. (1991). A current look at the job satisfaction/life. Satisfaction relationship, in *Human Relations Review, and future considerations*, 44, pp. 287 – 305.
- Ramos, F. (2015). Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: Internato Médico – Ano Comum & Formação Específica. XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar – Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa – Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/18232/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Fausto%20Ramos.pdf>
- Rego, A. (2002). Comportamentos de cidadania nas organizações. Lisboa: McGraw-Hill
- Rocha, S. M. M. y Almeida, M.C.P. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 8 (6) : 96-101.
- Russomano, M. V. (2002). Curso de Direito do Trabalho. 8ª Ed. Curitiba: Juruá

S

- Santana, C. V. M. O. R. y Nascimento, L. R. P. (2015). A família na atualidade: Novo conceito de família, novas formações e o papel do IBDFAM (Instituto Brasileiro de Direito de Família). Trabalho de conclusão de Curso, aprovado em 03/12/2010. Universidade Tiradentes – UNIT – Aracaju: Sergipe. Recuperado de: <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1649/TCC%20CLARA%20MODIFICADO.pdf?sequence=1>
- Santos, S. M. S. (2008). Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. Fundação Educacional de Divinópolis – FUNEDI. Divinópolis – MG.
- Schaiber, LB. (1992). O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde.
- Schnapper, D. (1997). *Contre La fin Du travail*. Paris: Textuel
- Schneider, B. & Dachler, H. P. (1978). A note on the stability of the Job Descriptive Index. *Journal of Applied Psychology*, 63, pp. 650 – 653.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 17(1):29:41, Rio de Janeiro.
- Seltiz, C. B. y Jehora, M. (1995). Los métodos de la investigación en las Ciencias Sociales
Recuperado de: <https://www.buenastareas.com/inscribirse/?redirectUrl=%2Fensayos%2FSeltiz%2F6244974.html&from=essay>

- Semeraro, G. (2013). A concepção do “Trabalho” na filosofia de Hegel e de Marx. *Educação e Filosofia*. 27(53) 87-104, Jan/jun. Recuperado de: <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/14991/12680>
- Sherman, M. (1979). *Personality: inquiry and application*. New York: Pergamon Press.
- Silva, F. D. (2011). 40 horas na ESF? *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 6(18), 15–16. Recuperado de: [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(18\)242](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(18)242).
- Silva, J. J. C. (2004). Satisfacción en el trabajo de los directores de escuelas secundarias públicas de la región de Jacobina – Bahia – Brasil. (Tesis de Doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2004/tdx-0209105-170143/jjcs1de1.pdf>
- Silva, M. C. L. S. R. (2010). Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta de abordagem à família no Programa Saúde da Família? Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- 130 p. São Paulo: USP.
- Singer, J. (1984). *The human personality*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Soto, R. C., Macias, A. B. y Corral, M. G. A. (ago. 31, 2013) Satisfacción Laboral en personal del Centro de Salud No.1 de la ciudad de Durango. Universidad Pedagógica de Durango. México. Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/satisfaccion-laboral-centro-de-salud/>
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (Vol. 2, pp. 667-676). San Diego, CA: Academic Press.
- Souza, H. M. (2002). Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri, B.; Viana, A.L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, p.221-240.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences*. California: Sage Publications Inc. Recuperado de: <http://sk.sagepub.com/books/job-satisfaction>
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília. UNESCO/ Ministério da Saúde.
- Sucupira, A. (jan/fev/mar 2003). Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. SANARE: *Revista de Políticas Públicas*, ano IV, p. 11-14. Recuperado de: <http://www.esf.org.br>.
- Sussekind, A., Maranhão, D. y Vianna, S. (1984). *Instituições de Direito do Trabalho*, 9ª Ed. Ampliada e Atualizada. Rio de Janeiro: Freitas Bastos.

Tamayo, M. y Tróccoli, B. T. (2002). Burnout no trabalho. In: Mendes, A.M., Borges, L.O. (org.) – Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Editora Universidade de Brasília p. 45-63.

Tolfo, S. R. y Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. Porto Alegre *Revista Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 38- 46

V

Vásquez, A. S. (1969). Filosofia da praxis. São Paulo; Ed. Paz e Terra.

Viana, A. L. A. y Dal Poz, M. R. D. (1998). A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48.

Vernand, J. P. (1986). As origens do Pensamento Grego. 5ed. Rio de Janeiro: Difel.

W

Wright, L. M., Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.

Witt, L. A. & Nye, L. G. (1992). Gender and relationship between perceived fairness of pay or promotion and job satisfaction, in *Journal of Applied Psychology*, 77 (6), pp. 910 – 917. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1468995>

Woleck, A. Revista 1 – Jan/Jun. 2002 – O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica. Associação Educacional Leonardo da Vinci, Curso de Especialização. Florianópolis; Instituto Catarinense de Pós-Graduação. Recuperado de: <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev01-05.pdf>

Y

Yang, M. L. (2012). Transformational leadership and Taiwanese public relations practitioners' job satisfaction and organizational commitment. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 40(1), 31-46.

ANEXOS

Anexo 0 – Aprobación del consejo de ética

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM 									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP									
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA									
Título da Pesquisa: Evaluación del grado de satisfacción laboral de los médicos del programa Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Contagem (Avaliação do grau de satisfação profissional dos médicos que atuam no Programa Estratégia Saúde da Família no município de Contagem)									
Pesquisador: FRANCISCO ALVES GUMARAES									
Área Temática:									
Versão: 1									
CARE: 14880118.0.0000.5851									
Instituição Proponente:									
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio									
DADOS DO PARECER									
Número do Parecer: 3.385.375									
Apresentação do Projeto: O projeto intitulado "Avaliação do grau de satisfação profissional dos médicos que atuam no Programa Estratégia Saúde da Família (PSF) no município de Contagem", pretende estudar e analisar o grau de satisfação de médicos trabalhadores do PSF de contagem e se esta satisfação pode refletir-se na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes das unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família. A satisfação profissional deve ser entendida como uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através de opiniões. A pertinência em estudar a satisfação no profissional resulta da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, e também, por ser um importante indicador do clima organizacional, um elemento determinante da avaliação do desempenho das organizações. Nesta perspectiva, o objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a satisfação profissional dos médicos que prestam serviços no Programa Estratégia Saúde da Família no município de Contagem e identificar as variáveis que interferem nessa satisfação. O marco metodológico da investigação se propõe a realizar avaliação, através de uma série de fatores, do grau de satisfação laboral dos médicos, utilizando-se diversos procedimentos técnicos operacionais para a coleta dos dados, e posterior análise, com a finalidade de alcançar os objetivos estipulados na investigação. Com base numa amostra de 130 Médicos da ESF, este estudo observacional, descritivo e analítico tem como									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rua Pará de Minas, 540</td> <td>CEP: 32.505-412</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Escalveta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: MG</td> <td>Município: DCTM</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (31)3512-3313</td> <td>E-mail: cepmunicipal@psf00.com.br</td> </tr> </table>		Endereço: Rua Pará de Minas, 540	CEP: 32.505-412	Bairro: Escalveta		UF: MG	Município: DCTM	Telefone: (31)3512-3313	E-mail: cepmunicipal@psf00.com.br
Endereço: Rua Pará de Minas, 540	CEP: 32.505-412								
Bairro: Escalveta									
UF: MG	Município: DCTM								
Telefone: (31)3512-3313	E-mail: cepmunicipal@psf00.com.br								
Página 11 de 14									

Anexo 1 – Autorización de la Secretaria de Salud del Municipio de Contagem

MUNICÍPIO DE CONTAGEM
Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem

Carta de Anuência

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pelo pesquisador **Francisco Alves Guimarães**, responsável pelo projeto acadêmico de doutorado “**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS QUE ATUAM NO PROGRAMA ESTRATÉGICA SAÚDE DA FAMÍLIA(PSF) NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG**”, que tem como objetivo analisar a satisfação profissional dos médicos da ESF e as variáveis que poderão contribuir para os diferentes graus de satisfação.

O projeto de acadêmico apresentado é coerente com o método adequado;

1. A execução do projeto foi autorizado pelo Superintendente de Atenção em Saúde, Sr. Rodrigo Torres dos Santos, através do atesto com de acordo no Controle de Tramitação nº 896376 ;
2. A Secretaria Municipal de Saúde não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
3. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.


Diante de tais considerações, autorizamos a pesquisa.

Ressaltamos a necessidade de que o autor deixe explicito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente,


Gustavo Henrique Côrtes Silva
Superintendente de Gestão de Pessoal
Secretaria Municipal de Saúde



Cristiana Prado
Secretaria Municipal de Saúde
Município de Contagem / MG
Mat.: 204788

Avenida General David Sarnoff, 3113 / Cidade Industrial / Contagem / MG
CEP 32.210-110 / Telefone: (31) 3363-5276 / www.contagem.mg.gov.br

Anexo 2 – Cuestionario de Satisfacción Profesional de Graça

I PARTE	Grau de importância atribuída às diferentes dimensões da satisfação profissional
------------	--

A seguir estão listadas e definidas **as oito dimensões** (ou fatores) de satisfação no trabalho, em que se baseia o modelo de análise do questionário (Quadro I).

Você terá que decidir qual é a dimensão (ou o fator) a que atribui **maior importância**, em termos motivacionais, ou seja, aquela que deveria contribuir mais para a sua satisfação em termos ideais (não necessariamente a que contribui mais, atualmente).

Admite-se que a escolha não seja fácil, dada a complexidade da motivação humana e a sua natureza contingencial. Por outro lado, há fatores que, na prática, pressupõem outros (por ex.: os que estão relacionados com a satisfação de necessidades humanas básicas).

Por outro lado, não há resposta que seja certa ou errada, não há nenhum modelo universal de hierarquização dos fatores de motivação.

Procure, todavia, fazer um esforço por ser discriminante, colocando-se a certo nível de abstração ou de generalidade. Pense em termos ideais, de acordo com a sua hierarquia de valores, pessoais e profissionais.

Ordene essas oito dimensões, de acordo com o critério de importância motivacional.

A dimensão a que atribui **mais importância** dará a pontuação 1, e a que considera **menos importante** a pontuação 8.

NUNCA REPITA NENHUM DOS VALORES DE 1 A 8.

Cuadro I – Principales dimensiones de la satisfacción profesional y su ordenación en términos de importancia motivacional.

NÃO DEVE REPETIR NÚMEROS
1 = a mais importante **8 = A menos importante**

Dimensão	Conceito	Ordenação
A. AUTONOMIA & PODER	Margem de poder e de liberdade que o profissional de saúde tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade de prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde se está inserida (neste caso, unidades da ESF de Contagem). Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços (por ex.: elaboração e avaliação do plano de atividade de saúde).	
B. CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE	Inclui: (a) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores da unidade de saúde; (b) a existência de serviços, programas e atividades orientados para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância a promoção da saúde (por ex.: ter meios, a nível individual e coletivo, para proteger a sua saúde e a dos seus colegas); (c) o nível de formação e de informação que se tem no domínio de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST).	
C. REALIZAÇÃO PESSOAL Y PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem (ou da carreira), do conteúdo e da organização do trabalho etc. A realização pessoal e profissional está, assim, associada ao próprio desempenho organizacional da unidade da ESF (e do próprio SUS como um todo),	
D. RELAÇÃO PROFISSIONAL/ USUÁRIO	Basicamente as interações humanas positivas que se estabelece entre os profissionais e os usuários da Unidade da ESF (individuais e familiares), incluindo a relação terapêutica.	
E. RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL	O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais de saúde estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que podem (e devem) ser dados pela direção da unidade da ESF, pelos pares e demais colegas de trabalho.	
F. REMUNERAÇÃO	As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, direta (em espécie) ou indireta (em gêneros) que o profissional de saúde recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento base e outras remunerações complementares (por ex.: horas extras, ajudas de custo). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação etc.	
G. SEGURANÇA NO EMPREGO	A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou cargo) que atualmente desempenha na unidade da ESF como em relação ao futuro de sua carreira profissional e do seu vínculo ao SUS.	
H. STATUS & PRESTÍGIO	O prestígio sócio profissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde trabalha, incluindo a autoestima, a consideração manifesta pelos usuários, a imagem externa da unidade ESF etc.	

NÃO DEVE REPETIR NÚMEROS
1 = A mais importante **8 = A menos importante**

II PARTE	Expectativas (E), Resultados (R) Diferença entre Expectativas e Resultados (E – R)
-------------	---

Na II parte, vamos pedir-lhe que pense nas tarefas ou funções que você desempenha atualmente na sua unidade da ESF. Pense naquilo que espera de seu desempenho profissional, nos seus investimentos e nos seus ganhos pessoais, ou seja, naquilo que recebe em troca:

* Recompensas extrínsecas, materiais e simbólicas, dadas pelos outros (o SUS, a SMS, a direção da unidade da ESF, os colegas, os colaboradores, os usuários, a comunidade etc.), sob forma de dinheiros, recursos, condições de trabalho, segurança no emprego, progressão na carreira, trabalho em equipe ou prestígio, mas também outros resultados não desejados, perversos ou contra intuitivos como problemas, conflitos, acidentes, estresse etc.

* Recompensas intrínsecas (por ex.: oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, autoestima, margem de independência e de autonomia, sentimento de auto realização).

Responda agora a cada um dos 47 itens da escala a seguir apresentada (Quadro II). Esses itens estão numerados, de maneira aleatória, de 1 a 47. Representam as diferentes dimensões (ou fatores) da satisfação profissional. Em relação a cada um desses itens, vamos pedir-lhe que responda sistematicamente a duas questões (A e B):

A	Até que ponto deveria existir? (por ex.: a possibilidade efetiva e concreta de cooperação e colaboração entre os colegas médicos da minha unidade da ESF).
----------	--

B	Até que ponto existe? (essa possibilidade efetiva e concreta de colaboração e cooperação entre os colegas médicos da minha unidade ESF).
----------	--

A questão **A** tem a ver com percepção das suas **expectativas, desejos, valores ou preferências** (aquilo que você esperaria, desejaria ou gostaria de obter como recompensa, intrínseca ou extrínseca, pelo seu trabalho, competência, dedicação, esforço, empenho etc., enquanto profissional de saúde). Vamos chamar-lhe **Expectativas (E)**.

A questão **B**, por seu turno, **tem** a ver com a percepção **dos resultados ou recompensas** que você obtém (ou julga obter) e que podem ficar aquém de suas expectativas (um, dois, três ou mais pontos). Vamos chamar-lhe **Resultados (R)**.

A resposta de cada uma das questões (**A** e **B**) é feita através de uma escala de intervalos que tem a seguinte configuração:

(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
--

Ponha um círculo ou uma bolinha no número da escala que melhor traduza a sua percepção: por ex.:

- 7 (Bastante), 8 (Muito), 9 (Muitíssimo, sem ser o máximo);
- 1 (Quase nada), 2 (Muito pouco) ou 3 (Pouco);
- O valor 5 (Assim-assim, nem pouco nem bastante) será o ponto neutro da escala.

Por favor, siga a ordem que é indicada (itens de 1 a 47) e não omita nenhuma das duas escalas (A e B) , sob pena de ficar inutilizada, no todo ou em parte, a resposta a seu questionário.

Quadro II – Escala de Satisfacción Profesional (Original, Graça, 1999 – 2012).

Questões A e B	A	Até que ponto deveria existir?
Ítems de 1 a 13	B	Até que ponto existe?
1 – A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa se esforçar e dar o seu melhor nesta unidade ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
2 – A independência e a autonomia (ainda que tutelada) indispensável ao exercício de minhas funções (por ex.: médico plantonista).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
3 – A segurança no emprego, a possibilidade de no futuro, vir a pertencer ao quadro de pessoal da organização onde trabalho.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
4 – A certeza de que estou usando e desenvolvendo os meus conhecimentos com competência.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
5 – O elevado espírito de equipe que une todas as pessoas que trabalham comigo nesta unidade ESF, independentemente de sua profissão ou carreira.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
6 – O reconhecimento que gozo , entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao status de minha profissão ou carreira.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
7 – A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa se esforçar e dar o seu melhor nesta unidade ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
8 – O sentimento de que estou dando uma contribuição importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a essa unidade ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
9 – A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
10 – A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SUS, em geral, e nesta unidade ESF, em particular.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
11 – O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho nesta unidade ESF (por ex.: equipamentos, gabinetes e demais instalações, estacionamento)	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
12 – A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder desempenhar bem as minhas funções (incluindo material consumível).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
13 – A elevada autoestima que sinto, devido ao trabalho por mim exercido e aquele que possa vir a exercer nesta unidade da ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Questões A e B	A	Até que ponto deveria existir?
Ítems de 14 a 26	B	Até que ponto existe?
14 – A margem de liberdade que tenho para planejar, organizar, executar e avaliar meu trabalho diário.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
15 – A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
16 – A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo fato de trabalhar na unidade da ESF a que pertencço.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
17 – A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
18 – A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
19 – O respeito, a confiança e o apreço que os usuários desta unidade de ESF me manifestam (ou, pelo menos, aqueles com quem lido, por ex., no atendimento e nas consultas).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
20 – A percepção de que a direção desta unidade ESF dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipe e fazendo uma gestão por objetivos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
21 – A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho (____ horas semanais).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
22 – O apoio com que posso contar por parte do meu superior, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
23 – A garantia de que minha unidade de ESF ou a minha regional de saúde tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
24 – O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
25 – O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipe, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
26 – A possibilidade efetiva e concreta de participar na concepção, planejamento, implementação e avaliação dos programas e atividades da unidade de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Questões A e B	A	Até que ponto deveria existir?
Ítems de 27 a 39	B	Até que ponto existe?
27 – A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
28 – A adequada proteção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a qual estou exposto em meu local de trabalho.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
29 – A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipes, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
30 – A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para melhoria da organização e funcionamento da unidade de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
31 – A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou de informação) dos usuários que me procuram.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
32 – O orgulho que sinto por trabalhar numa unidade de ESF com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserida.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
33 – A expectativa de desenvolver aqui um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que em outros locais que conheço.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
34 – A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidas, reconhecido e aceites pelos demais profissionais.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
35 – A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos usuários desta unidade de ESF, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
36 – O sentimento de orgulho por integrar uma equipe de saúde tão competente e empenhada como a minha.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
37 – A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de estresse no trabalho (por ex.: conflitos na equipe, violência do usuário, excesso de trabalho).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
38 – A confiança que sinto em relação ao futuro do SUS, em geral, em minha profissão ou carreira, em particular.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
39 – A percepção de que a supervisão de meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Questões A e B	A	Até que ponto deveria existir?
Itens de 40 a 47	B	Até que ponto existe?
40 – A certeza de que minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem por em causa a minha saúde e bem-estar.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
41 – A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos usuários da unidade de ESF, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
42 – A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora da unidade de ESF (por ex. nos serviços centrais e regionais).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
43 – A cooperação e colaboração com que posso contar, por parte dos usuários com quem lido (por ex. consultas, no atendimento em urgência e apoio ao internamento).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
44 – A oportunidade de participar em programas e atividades de saúde, integrado em equipes pluridisciplinares e multiprofissionais.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
45 – A percepção de estar relativamente bem pago, vindo a trabalhar e viver no município a que pertence a unidade de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
46 – O entusiasmo com que tenho vivido as mudanças que foram, estão ou irão ser introduzidas no âmbito da melhoria da estrutura das unidades de ESF.	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
47 – A gestão adequada do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões, consultas).	A	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)
	B	(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

III PARTE	Caracterização sócio demográfica e intenções comportamentais
--------------	--

Para finalizar o questionário, assinale com um xis (X) a resposta apropriada às seguintes questões:

- 1 – Gênero ___ Feminino ___ Masculino ___ Outro ___ Não declarado
- 2 – Estado Civil ___ Casado ___ Solteiro ___ Divorciado ___ União estável
- 3 – Situação Contratual atual ___ 40 hs. semanais ___ 32 hs. semanais ___ Outra ___ hs.
 ___ Piso da ESF ___ Piso + auxílio ___ Piso + Provab
 ___ outro – Qual? _____

4 – Nos últimos 12 (doze) meses pensou seriamente em:

(Responda conforme a situação aplicável, podendo assinalar com um xis (X) mais do que uma resposta)

	Pedir a rescisão do contrato (mudar de carreira)
	Pedir a rescisão do contrato (mudar de especialidade)
	Pedir a rescisão do contrato (mudar de profissão)
	Pedir a transferência para outra unidade da ESF
	Pedir a rescisão do contrato (mudar de carreira, ex: deixar a medicina da família)
	Pedir licença sem vencimento
	Nunca pensou em nenhuma dessas hipóteses / Não sabe ou não se lembra

5 – **Se tivesse oportunidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:**

(Responda assinalando com um xis (X) todas as hipóteses seguir listadas)

	Sim	Não	Talvez	Não Sei
A mesma profissão ou carreira (por ex.: médico)				
A mesma carreira (por ex.: medicina da família)				
O Sistema Único de Saúde como principal empregador				
O setor privado (ou social) da saúde como principal empregador				
Exclusivamente a atividade independente ou liberal				
O hospital como local de trabalho principal				
A unidade de ESF onde hoje trabalha				
A mesma equipe de ESF onde trabalha				
O mesmo distrito regional de saúde				

6 – Imagine que nesta data você tenha terminado sua residência.

6.1 – Como especialista, no contexto atual, qual das opções considera **a mais provável**, atendendo ao rumo que seu percurso profissional pode vir a tomar:

Ordene as 7 hipóteses, assinalando a sua opção de acordo com a seguinte escala:

(Menos Provável) 1 2 3 4 5 6 7 (Mais Provável)

	Trabalhar no hospital, integrado ao setor público de saúde.
	Trabalhar num outro hospital, integrado ao setor público de saúde.
	Trabalhar na unidade de ESF, integrada ao setor público de saúde.
	Trabalhar em outra unidade de ESF, integrada ao setor público de saúde.
	Trabalhar num hospital privado.
	Prosseguir a formação (ex.: doutorado) visando integra a carreira docente.
	Emigrar para outro país, exercendo a sua profissão (Médico Especialista).

6.2 – Como especialista, no contexto atual, qual das opções considera **a mais desejada**, atendendo ao rumo que seu percurso profissional pode vir a tomar:

Ordene as 7 hipóteses, assinalando a sua opção de acordo com a seguinte escala:

(Menos Desejada) 1 2 3 4 5 6 7 (Mais Desejada)

	Trabalhar no hospital, integrado ao setor público de saúde.
	Trabalhar num outro hospital, integrado ao setor público de saúde.
	Trabalhar na unidade de ESF, integrada ao setor público de saúde.
	Trabalhar em outra unidade de ESF, integrada ao setor público de saúde.
	Trabalhar em um hospital privado.
	Prosseguir a formação (ex.: doutorado) visando integrar a carreira docente.
	Emigrar para outro país, exercendo a sua profissão (Médico Especialista).

7 – Qual seu tempo, em meses, na ESF? _____ de formado? _____

8 – Observações, comentários, sugestões ou críticas que queira fazer:

(Em relação a este questionário ou em relação a medidas concretas para melhorar a sua satisfação profissional enquanto profissional de saúde, trabalhando numa unidade da ESF)

FIM DO QUESTIONÁRIO

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexo 3 – Acuerdo de Consentimiento Informado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Estamos fazendo um convite para que você participe como voluntário(a) do estudo AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG sob a responsabilidade do Sanitarista Francisco Alves Guimarães, da Vigilância Ambiental em Saúde da SMS/Contagem. Esta pesquisa pretende avaliar a satisfação dos profissionais médicos no desempenho de suas atividades junto ao programa desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica do Ministério da Saúde, como parte do processo de instrumentação do doutoramento em Saúde Pública do pesquisador. Para realização deste estudo será aplicado um questionário para os profissionais médicos atuantes no programa/estratégia. Como instrumento para a coleta dos dados será utilizado itens referentes ao perfil dos respondentes (sexo, faixa etária, escolaridade, cargo que ocupa, tempo de exercício da função) e dois questionários com 96 e 48 questões fechadas e 4 questões abertas, padronizados, traduzidos, validados e aprovados para língua portuguesa e adaptados para essa pesquisa. O tempo previsto para responder os questionários é de, no máximo, 20 (vinte) minutos. Você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, a qualquer momento, caso ache necessário. Os dados serão utilizados para o planejamento e mudanças de processos de trabalho e para a tomada de decisão referente à correção de problemas decorrentes do funcionamento da ESF pela gestão municipal, além da publicação científica.

Outras questões, que perpassem fora deste momento, você poderá esclarecer entrando em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Betim, através do telefone (31)3512-3313 ou através do correio eletrônico cepsmsbetim@yahoo.com.br

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre seus dados.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários desta pesquisa.

Esta pesquisa possui riscos mínimos para os participantes, pois pode causar algum constrangimento no preenchimento do questionário.

Uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Contagem, XXX de XXXX de 2019

Autorização:

Eu, -----, médico atuante no programa da Estratégia da Família no município de Contagem, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em liberar meu prontuário para coleta de dados para este estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para o uso de dados do seu prontuário para este estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Pesquisador: Francisco Alves Guimarães.

Telefones (31) 3472-6361/ 3482-8214.

E-mail: xicodafume@gmail.com

Anexo 4 – Cuestionario de Eysenck – EPQ – RS

QUESTIONÁRIO REVISADO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (EPQ-RS – escala abreviada), EM LÍNGUA PORTUGUESA

	SIM	NÃO
1. Para para pensar as coisas antes de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu estado de ânimo sofre altos e baixos com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É uma pessoa conservadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se sente, às vezes, infeliz sem motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alguma vez desejou levar mais do que lhe correspondia em uma divisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você é uma pessoa bem animada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se você assegura que fará alguma coisa, sempre mantém sua promessa, sem importar o transtorno que possa lhe causar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Você é uma pessoa que se irrita facilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não lhe importa o que pensam os demais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alguma vez culpou alguém por algo que você havia feito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. São todos os seus hábitos bons ou desejáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tem a tendência de manter-se afastado de situações sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Com frequência se sente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alguma vez pegou alguma coisa (ainda que fosse um alfinete ou um botão) que pertencesse a outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Para você, os limites entre o que está bem e o que está mal são menos claros que para a maioria das pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Você gosta de sair com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. É melhor atuar a sua maneira que seguir as normas sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tem com frequência sentimentos de culpa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Diria de si mesmo que é uma pessoa nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Você é uma pessoa sofredora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Alguma vez rompeu ou perdeu algo que pertencesse a outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Geralmente toma a iniciativa para fazer novas amizades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Seus desejos pessoais estão acima das normas sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diria de si mesmo que é uma pessoa tensa ou muito nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No geral, só está calado quando está com pessoas desconhecidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Crê que o matrimônio está antiquado e deveria ser abolido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pode animar facilmente uma festa chata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gosta de contar anedotas e estórias divertidas a seus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A maioria das coisas lhe é indiferente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quando criança foi alguma vez atrevido com seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Você gosta de misturar-se com gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se sente com frequência apática e cansada sem motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Fez alguma vez trapaça em jogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Com frequência toma decisões sem parar para refletir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Com frequência sente que a vida é muito monótona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Alguma vez se aproveitou de alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Crê que as pessoas perdem seu tempo em proteger seu futuro com poupanças e seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sonegaria impostos se estivesse seguro de que nunca seria descoberto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pode organizar e conduzir uma festa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Geralmente, reflete antes de atuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Sofre dos “nervos”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Com frequência se sente só?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Faz sempre o que diz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. É melhor seguir as normas da sociedade do que ir à sua maneira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Alguma vez chegou tarde a uma entrevista ou ao trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Você gosta de ruído tumulto e agitação ao seu redor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. As pessoas pensam que você é uma pessoa animada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Crê que os planos de seguro são uma boa ideia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5 – Distritos x Equipos x Población

Cuadro 2 – Distritos y Equipos con sus poblaciones atendidas

DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
ELDORADO	EAP1 EAP2	8540
	ESF AGUA BRANCA	4113
	ESF BELA VISTA	4750
	ESF CONJUNTO AGUA BRANCA	3803
	ESF CSU ELDORADO I	7457
	ESF CSU ELDORADO II	7590
	ESF CSU ELDORADO III	8238
	ESF DARCY VARGAS	4630
	ESF ELDORADINHO	7261
	ESF ELDORADO I	8915
	ESF ELDORADO II	8893
	ESF JARDIM DAS OLIVEIRAS	7867
	ESF JARDIM ELDORADO I	5638
	ESF JARDIM ELDORADO II	3380
	ESF NOVO ELDORADO I	6709
	ESF NOVO ELDORADO II	6305
	ESF PARQUE SAO JOAO I	3158
	ESF PARQUE SAO JOAO II	3245
	ESF PARQUE SAO JOAO III	4099
	ESF PEROBAS	3859
ESF SANTA CRUZ	10953	
Total	129403	
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
INDUSTRIAL	ESF AMAZONAS ESTADO	5568
	ESF AMAZONAS I	5063

	ESF AMAZONAS II	5798
	ESF AMERICO LEITE	5249
	ESF BENJAMIM GUIMARAES	5667
	ESF JARDIM INDUSTRIAL	4068
	ESF MANGUEIRAS	4631
	ESF PADRE ANTONIO VIEIRA	5144
	ESF PARQUE DAS MANGABEIRAS	5003
	ESF PEDREIRA SANTA RITA	3784
	ESF PRESIDENTE VARGAS	2650
	ESF SANDOVAL AZEVEDO	3787
	ESF SANTA MARIA	2190
	ESF TIRADENTES	4520
	ESF VILA BANDEIRANTES	3633
	ESF VILA BARRAGINHA	2374
	ESF VILA DA PAZ	3890
	ESF VILA DINIZ	4632
	ESF VILA SAO PAULO I	2775
	ESF VILA SAO PAULO II	2199
	Total	82625
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
NACIONAL	AREA PERTENCENTE A NEVES	3358
	ESF CAIAPOS	4319
	ESF CARAJAS	5469
	ESF CONFISCO I	4107
	ESF ESTRELA DALVA	3287
	ESF FRANCISCO MARIANO	3528
	ESF HILDA EFIGENIA	2593
	ESF LIBERDADE	4436

	ESF LUA NOVA PAMPULHA	3126
	ESF NACIONAL I	4474
	ESF NACIONAL II	5814
	ESF NACIONAL III	3613
	ESF NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	910
	ESF PEDRA AZUL	3597
	ESF SAO MATEUS	3866
	ESF TIJUCA	3023
	ESF VALE DAS AMENDOEIRAS	3312
	ESF XANGRILA I	4524
	ESF XANGRILA II	735
	Total	68091
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
PETROLÂNDIA	ESF CAMPO ALTO	3335
	ESF ESTANCIAS IMPERIAIS	3683
	ESF NASCENTES IMPERIAIS	987
	ESF PETROLANDIA I	4935
	ESF PETROLANDIA II	3541
	ESF PETROLANDIA III	4951
	ESF SAO LUIZ I	4317
	ESF SAO LUIZ II	2935
	ESF SAPUCAIAS I	3855
	ESF SAPUCAIAS II	2817
	ESF TROPICAL I	6311
	ESF TROPICAL II	4814
	Total	46481
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN

RESSACA	ESF ARVOREDO	4116
	ESF BALNEARIO	3870
	ESF BOA VISTA	3737
	ESF CABRAL	3827
	ESF CAMPINA VERDE	2027
	ESF COLORADO	4630
	ESF CONFISCO II	4581
	ESF GUANABARA	5897
	ESF INDUSTRIAL RESSACA	5593
	ESF JARDIM LAGUNA I	5034
	ESF JARDIM LAGUNA II	4638
	ESF JARDIM LAGUNA III	4109
	ESF MILANEZ	5065
	ESF MORADA NOVA	6014
	ESF NOVO PROGRESSO I	3864
	ESF NOVO PROGRESSO II	4010
	ESF OITIS I	3700
	ESF OITIS II	3213
	ESF PARQUE RECREIO	5349
	ESF PRESIDENTE KENNEDY	5019
	ESF SANTA LUZIA	4780
	ESF SAO JOAQUIM	4757
	ESF VILA PEROLA I	2972
	ESF VILA PEROLA II	3967
Total	104769	
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
RIACHO	EAP RIACHO EAP RIACHO II	8510
	ESF COLUMBIA	7023

	ESF DURVAL DE BARROS	4075
	ESF FLAMENGO I	7095
	ESF FLAMENGO II	7341
	ESF INCONFIDENTES I	5959
	ESF INCONFIDENTES II	6366
	ESF MONTE CASTELO	6207
	ESF NOVO RIACHO I	6794
	ESF NOVO RIACHO II	7915
	ESF RIACHO DAS PEDRAS I	5663
	ESF RIACHO DAS PEDRAS II	7896
	Total	80844
DISTRITO	EQUIPE	POBLACIÓN
SEDE	EAP CAD	3425
	ESF ALVORADA	6203
	ESF BEATRIZ	2594
	ESF BERNARDO MONTEIRO I	8470
	ESF BERNARDO MONTEIRO II	6108
	ESF BERNARDO MONTEIRO III	3475
	ESF CAD I	7956
	ESF CAD II	9257
	ESF CANADA	4562
	ESF CHACARAS CONTAGEM	5132
	ESF EUROPA	4015
	ESF FUNCIONARIOS I	5302
	ESF FUNCIONARIOS II	3917
	ESF GRANJA OURO BRANCO	4137
	ESF GRANJA VISTA ALEGRE	2743
	ESF LINDA VISTA	4675

	ESF MARIA DA CONCEICAO	1798
	ESF SANTA HELENA I	4356
	ESF SANTA HELENA II	3297
	ESF VILA BARROQUINHA	3885
	ESF VILA ITALIA	3876
	Total	99183
DISTRITO		
	EQUIPE	POBLACIÓN
VARGEM DAS FLORES	ANEXO TUPA	1200
	ESF DARCY RIBEIRO	5745
	ESF ESTALEIRO	4968
	ESF ICAIVERA I	3307
	ESF ICAVERA II	1822
	ESF IPE AMARELO	2524
	ESF NOVA CONTAGEM I	2362
	ESF NOVA CONTAGEM II	2485
	ESF RETIRO I	2620
	ESF RETIRO II	2244
	ESF RETIRO III	5015
	ESF SAO JUDAS TADEU I	2542
	ESF SAO JUDAS TADEU II	3472
	ESF SAO JUDAS TADEU III	5592
	ESF VILA ESPERANCA	2541
	ESF VILA SOLEDADE I	2984
	ESF VILA SOLEDADE II	2885
	PENITENCIARIA	1995
	Total	56303
	Total General		667699

Fuente: Secretaria Municipal de Saúde de Contagem – Atención Básica

Anexo 6

Tabla 57 – Pruebas de Normalidad da distribución relativa a la misma carrera (por ex. medicina da familia)

«La misma carrera (por ex. medicina da familia)»		Pruebas de Normalidad			Pruebas de Normalidad		
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Si	0,090	38	0,200*	0,959	38	0,179
	No	0,078	36	0,200*	0,975	36	0,583
	Tal vez	0,120	28	0,200*	0,959	28	0,330
	No se	0,173	9	0,200*	0,907	9	0,297
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,137	38	0,070	0,948	38	0,079
	No	0,113	36	0,200*	0,957	36	0,168
	Tal vez	0,069	28	0,200*	0,983	28	0,921
	No se	0,230	9	0,186	0,878	9	0,151
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,136	38	0,074	0,945	38	0,061
	No	0,153	36	0,032	0,947	36	0,086
	Tal vez	0,076	28	0,200*	0,976	28	0,751
	No se	0,183	9	0,200*	0,949	9	0,674
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,127	38	0,124	0,939	38	0,039
	No	0,123	36	0,183	0,969	36	0,408
	Tal vez	0,174	28	0,029	0,923	28	0,042
	No se	0,247	9	0,119	0,874	9	0,134
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	0,094	38	0,200*	0,967	38	0,328
	No	0,134	36	0,101	0,947	36	0,083
	Tal vez	0,114	28	0,200*	0,961	28	0,369
	No se	0,184	9	0,200*	0,938	9	0,556
F – Remuneración	Si	0,104	38	0,200*	0,931	38	0,022
	No	0,081	36	0,200*	0,964	36	0,277
	Tal vez	0,088	28	0,200*	0,959	28	0,333
	No se	0,167	9	0,200*	0,935	9	0,535
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,171	38	0,007	0,901	38	0,003
	No	0,084	36	0,200*	0,987	36	0,946
	Tal vez	0,087	28	0,200*	0,954	28	0,247
	No se	0,107	9	0,200*	0,979	9	0,958
H – Estatus & Prestigio	Si	0,147	38	0,038	0,921	38	0,010
	No	0,147	36	0,047	0,898	36	0,003
	Tal vez	0,108	28	0,200*	0,935	28	0,085
	No se	0,187	9	0,200*	0,910	9	0,313
Promedio Global	Si	0,079	38	0,200*	0,966	38	0,306
	No	0,125	36	0,173	0,964	36	0,289
	Tal vez	0,123	28	0,200*	0,968	28	0,529
	No se	0,208	9	0,200*	0,921	9	0,404

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 58 – Teste de Homogeneidad de variancias considerando a hipótesis de elección La misma carrera (por ej.: medicina da familia)

Pruebas de Homogeneidad de Varianzas

«La misma carrera (por ex.: medicina da familia)»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	2,114	3	107	0,103
	Con base en mediana	1,925	3	107	0,130
	Con base en mediana e con df ajustado	1,925	3	101,619	0,130
	Con base en media aparada	2,089	3	107	0,106
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	1,168	3	107	0,325
	Con base en mediana	0,471	3	107	0,703
	Con base en mediana e con df ajustado	0,471	3	86,476	0,703
	Con base en media aparada	1,000	3	107	0,396
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	1,213	3	107	0,309
	Con base en mediana	0,879	3	107	0,455
	Con base en mediana e con df ajustado	0,879	3	98,796	0,455
	Con base en media aparada	1,092	3	107	0,356
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	2,562	3	107	0,059
	Con base en mediana	1,789	3	107	0,154
	Con base en mediana e con df ajustado	1,789	3	97,185	0,154
	Con base en media aparada	2,549	3	107	0,060
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	0,204	3	107	0,894
	Con base en mediana	0,189	3	107	0,904
	Con base en mediana e con df ajustado	0,189	3	88,202	0,904
	Con base en media aparada	0,225	3	107	0,879
F – Remuneración	Con base en media	1,186	3	107	0,319
	Con base en mediana	0,990	3	107	0,401
	Con base en mediana e con df ajustado	0,990	3	105,625	0,401
	Con base en media aparada	1,159	3	107	0,329
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,203	3	107	0,312
	Con base en mediana	0,977	3	107	0,407
	Con base en mediana e con df ajustado	0,977	3	99,593	0,407
	Con base en media aparada	1,180	3	107	0,321
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	3,810	3	107	0,012
	Con base en mediana	1,672	3	107	0,177
	Con base en mediana e con df ajustado	1,672	3	89,372	0,179
	Con base en media aparada	3,076	3	107	0,031
Promedio Global	Con base en media	0,127	3	107	0,944
	Con base en mediana	0,130	3	107	0,942
	Con base en mediana e con df ajustado	0,130	3	104,059	0,942
	Con base en media aparada	0,126	3	107	0,945

Fuente: Elaboración propia

Tabla 59 – Pruebas Robustas de igualdad de medias considerando a hipótesis de elección La misma carrera (por ex.: medicina da familia)

Pruebas Robustas de Igualdad de Medias					
«La misma carrera (por ex.: medicina da familia)»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		1,654	3	34,085	0,195
B – Condiciones de Trabajo & Salud		1,542	3	32,161	0,222
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		1,340	3	33,541	0,278
D – Relación Profesional/Usuario		1,441	3	31,320	0,250
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social		1,640	3	32,273	0,199
F – Remuneración		0,994	3	32,705	0,408
G – Seguridad en el Empleo		0,074	3	34,509	0,974
H – Estatus & Prestigio		2,226	3	31,979	0,104
Promedio Global		5,163	3	32,760	0,005

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 60 – Comparaciones múltiples considerando a opción da hipótesis la misma carrera (por ej.: medicina da Familia).

Comparaciones múltiples										
«La misma carrera (por ex.: medicina da familia)»				Diferencia a media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%			
							Límite inferior	Límite superior		
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	0,858	0,561	0,425	-0,62	2,33		
			Tal vez	0,017	0,510	1,000	-1,33	1,36		
			No se	1,275	0,755	0,367	-0,94	3,49		
		No	Tal vez	-0,841	0,557	0,438	-2,31	0,63		
			No se	0,417	0,788	0,951	-1,85	2,68		
			Tal vez No se	1,258	0,753	0,376	-0,95	3,47		
		B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-0,439	0,445	0,759	-1,61	0,73
					Tal vez	0,359	0,401	0,807	-0,70	1,42
					No se	-0,716	0,798	0,806	-3,12	1,68
No	Tal vez			0,798	0,409	0,218	-0,28	1,88		
	No se			-0,278	0,802	0,985	-2,68	2,13		
	Tal vez No se			-1,075	0,778	0,536	-3,46	1,30		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell			Si	No	0,503	0,431	0,649	-0,63	1,64
					Tal vez	0,876	0,492	0,294	-0,43	2,18
					No se	0,836	0,627	0,560	-1,02	2,70
		No	Tal vez	0,373	0,526	0,893	-1,02	1,77		
			No se	0,333	0,654	0,955	-1,57	2,23		
			Tal vez No se	-0,040	0,696	1,000	-2,02	1,94		
		D – Relación Profesional /Usuario	Games-Howell	Si	No	-0,820	0,402	0,183	-1,88	0,24
					Tal vez	-0,594	0,446	0,546	-1,77	0,59
					No se	-0,126	0,919	0,999	-2,95	2,70
No	Tal vez			0,226	0,444	0,956	-0,95	1,40		
	No se			0,694	0,918	0,872	-2,13	3,52		
	Tal vez No se			0,468	0,938	0,957	-2,37	3,31		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell			Si	No	-0,339	0,398	0,829	-1,39	0,71
					Tal vez	0,177	0,443	0,978	-1,00	1,35
					No se	-1,395	0,723	0,272	-3,57	0,78
		No	Tal vez	0,516	0,444	0,653	-0,66	1,69		
			No se	-1,056	0,724	0,492	-3,23	1,12		
			Tal vez No se	-1,571	0,750	0,207	-3,78	0,64		

F – Remuneración	Games- Howell	Si	No	0,789	0,465	0,332	-0,43	2,01
			Tal vez	0,361	0,505	0,891	-0,97	1,69
			No se	0,123	0,790	0,999	-2,21	2,46
		No	Tal vez	-0,429	0,472	0,801	-1,68	0,82
			No se	-0,667	0,769	0,822	-2,98	1,64
			Tal vez	No se	-0,238	0,794	0,990	-2,58	2,11
G – Seguridad en el Empleo	Games- Howell	Si	No	0,148	0,516	0,992	-1,21	1,51
			Tal vez	-0,086	0,515	0,998	-1,45	1,27
			No se	0,064	0,705	1,000	-1,96	2,09
		No	Tal vez	-0,234	0,499	0,966	-1,55	1,08
			No se	-0,083	0,693	0,999	-2,09	1,93
			Tal vez	No se	0,151	0,692	0,996	-1,86	2,16
H – Estatus & Prestigio	Games- Howell	Si	No	-0,561	0,476	0,641	-1,81	0,69
			Tal vez	-0,966	0,405	0,092	-2,04	0,11
			No se	-0,061	0,739	1,000	-2,22	2,10
		No	Tal vez	-0,405	0,365	0,685	-1,37	0,56
			No se	0,500	0,717	0,896	-1,63	2,63
			Tal vez	No se	0,905	0,672	0,559	-1,18	2,99
Promedio Global	Games- Howell	Si	No	-1,240*	0,313	0,001	-2,06	-0,42
			Tal vez	-0,486	0,338	0,481	-1,38	0,41
			No se	-0,580	0,529	0,698	-2,15	0,99
		No	Tal vez	0,754	0,326	0,106	-0,11	1,62
			No se	0,661	0,521	0,599	-0,90	2,22
			Tal vez	No se	-0,094	0,536	0,998	-1,67	1,49

*. A diferencia media é significativa no nivel 0.05.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 61 – Datos estadísticos de la opción la misma carrera
(por ej. Medicina da la familia)

N	Válido	111
Media		2,07
Mediana		2,00
Modo		1
Erro Desvío		0,960
Varianza		0,922

«La misma carrera (por ex. Medicina da la familia)»

Fuente: Elaboración propia

Tabla 62 – Resultados entre las opciones de elección de la misma carrera
(por ej.: Medicina da familia)

«La misma carrera (por ex. medicina da familia)»		Frecuencia	%
Válido	Si	38	34,2
	No, Tal vez, No	73	65,8
	Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 7

Cuadro 63 – Pruebas de Normalidad de distribución para a opción da hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador.

Pruebas de Normalidad

«El Sistema Único de Salud como principal empleador»	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.	
A – Autonomía & Poder	Si	0,193	35	0,002	0,902	35	0,004
	No	0,128	34	0,176	0,918	34	0,014
	Tal vez	0,138	36	0,082	0,920	36	0,013
	No se	0,175	6	0,200*	0,975	6	0,926
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,256	35	0,000	0,807	35	0,000
	No	0,218	34	0,000	0,773	34	0,000
	Tal vez	0,290	36	0,000	0,750	36	0,000
	No se	0,237	6	0,200*	0,927	6	0,554
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,138	35	0,091	0,905	35	0,005
	No	0,152	34	0,046	0,929	34	0,029
	Tal vez	0,139	36	0,074	0,926	36	0,018
	No se	0,368	6	0,011	0,682	6	0,004
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,164	35	0,018	0,928	35	0,024
	No	0,145	34	0,066	0,948	34	0,105
	Tal vez	0,151	36	0,038	0,916	36	0,010
	No se	0,175	6	0,200*	0,975	6	0,926
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	0,129	35	0,147	0,930	35	0,029
	No	0,208	34	0,001	0,916	34	0,012
	Tal vez	0,177	36	0,006	0,921	36	0,014
	No se	0,175	6	0,200*	0,975	6	0,926
F – Remuneración	Si	0,153	35	0,037	0,929	35	0,026
	No	0,136	34	0,113	0,934	34	0,040
	Tal vez	0,111	36	0,200*	0,946	36	0,078
	No se	0,212	6	0,200*	0,933	6	0,607
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,152	35	0,040	0,950	35	0,116
	No	0,165	34	0,019	0,914	34	0,011
	Tal vez	0,148	36	0,044	0,931	36	0,027
	No se	0,333	6	0,036	0,721	6	0,010
H – Estatus & Prestigio	Si	0,454	35	0,000	0,464	35	0,000
	No	0,318	34	0,000	0,642	34	0,000
	Tal vez	0,330	36	0,000	0,642	36	0,000
	No se	0,492	6	0,000	0,496	6	0,000
Promedio Global	Si	0,062	35	0,200*	0,986	35	0,922
	No	0,092	34	0,200*	0,983	34	0,853
	Tal vez	0,099	36	0,200*	0,975	36	0,579
	No se	0,177	6	0,200*	0,956	6	0,787

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 64 –Pruebas de Homogeneidad de variancias considerando a opción da hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador.

Pruebas de Homogeneidad de Variancias

«El Sistema Único de Salud como principal empleador»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,423	3	107	0,737
	Con base en mediana	0,377	3	107	0,770
	Con base en mediana e con df ajustado	0,377	3	104,007	0,770
	Con base en media aparada	0,416	3	107	0,742
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	1,067	3	107	0,366
	Con base en mediana	0,311	3	107	0,817
	Con base en mediana e con df ajustado	0,311	3	86,271	0,817
	Con base en media aparada	0,809	3	107	0,492
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,652	3	107	0,583
	Con base en mediana	0,634	3	107	0,595
	Con base en mediana e con df ajustado	0,634	3	99,945	0,595
	Con base en media aparada	0,812	3	107	0,490
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	0,029	3	107	0,993
	Con base en mediana	0,035	3	107	0,991
	Con base en mediana e con df ajustado	0,035	3	99,362	0,991
	Con base en media aparada	0,032	3	107	0,992
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	0,179	3	107	0,910
	Con base en mediana	0,191	3	107	0,903
	Con base en mediana e con df ajustado	0,191	3	103,247	0,903
	Con base en media aparada	0,189	3	107	0,904
F – Remuneración	Con base en media	0,598	3	107	0,618
	Con base en mediana	0,477	3	107	0,699
	Con base en mediana e con df ajustado	0,477	3	105,120	0,699
	Con base en media aparada	0,592	3	107	0,622
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,504	3	107	0,218
	Con base en mediana	1,329	3	107	0,269
	Con base en mediana e con df ajustado	1,329	3	106,065	0,269
	Con base en media aparada	1,479	3	107	0,224
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	1,224	3	107	0,305
	Con base en mediana	0,730	3	107	0,536
	Con base en mediana e con df ajustado	0,730	3	100,041	0,536
	Con base en media aparada	1,109	3	107	0,349
Promedio Global	Con base en media	0,140	3	107	0,936
	Con base en mediana	0,121	3	107	0,947
	Con base en mediana e con df ajustado	0,121	3	105,661	0,947
	Con base en media aparada	0,137	3	107	0,937

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 65 – Pruebas Robustas de Igualdad de Medias considerando como opción la hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador

Pruebas Robustas de Igualdad de Medias

«El Sistema Único de Salud como principal empleador»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		0,832	3	23,136	0,490
B – Condiciones de Trabajo & Salud		0,038	3	24,183	0,990
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		1,191	3	22,586	0,336
D – Relación Profesional/Usuario		0,316	3	22,359	0,814
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social		1,909	3	22,201	0,157
F – Remuneración		1,481	3	23,071	0,246
G – Seguridad en el Empleo		1,238	3	24,157	0,318
H – Estatus & Prestigio		0,656	3	23,040	0,587
Promedio Global		6,834	3	22,651	0,002

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 66 – Comparaciones múltiples considerando como opción la hipótesis El Sistema Único de Salud como principal empleador.

Comparaciones múltiples

«El Sistema Único de Salud como principal empleador»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
							Límite inferior	Límite superior
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	0,536	0,554	0,768	-0,92	2,00
			Tal vez	-0,284	0,536	0,952	-1,70	1,13
			No se	0,605	0,916	0,909	-2,40	3,61
		No	Tal vez	-0,820	0,552	0,452	-2,28	0,63
			No se	0,069	0,926	1,000	-2,94	3,07
			Tal vez	0,889	0,915	0,769	-2,12	3,89
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-0,015	0,429	1,000	-1,15	1,12
			Tal vez	0,070	0,454	0,999	-1,13	1,27
			No se	-0,152	0,636	0,995	-2,17	1,87
		No	Tal vez	0,085	0,452	0,998	-1,11	1,28
			No se	-0,137	0,634	0,996	-2,15	1,88
			Tal vez	-0,222	0,652	0,985	-2,25	1,81
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell	Si	No	0,241	0,477	0,958	-1,02	1,50
			Tal vez	0,439	0,462	0,778	-0,78	1,66
			No se	1,633	0,868	0,314	-1,22	4,49
		No	Tal vez	0,198	0,435	0,969	-0,95	1,34
			No se	1,392	0,854	0,424	-1,47	4,25
			Tal vez	1,194	0,846	0,533	-1,67	4,06
D – Relación Profesional/Usuario	Games-Howell	Si	No	-0,298	0,451	0,911	-1,49	0,89
			Tal vez	0,087	0,434	0,997	-1,05	1,23
			No se	0,310	0,890	0,984	-2,70	3,32
		No	Tal vez	0,386	0,443	0,820	-0,78	1,55
			No se	0,608	0,894	0,901	-2,40	3,62
			Tal vez	0,222	0,886	0,994	-2,79	3,23
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell	Si	No	-0,350	0,423	0,842	-1,46	0,77
			Tal vez	0,636	0,427	0,449	-0,49	1,76
			No se	0,052	0,891	1,000	-2,96	3,06
		No	Tal vez	0,985	0,404	0,080	-0,08	2,05
			No se	0,402	0,880	0,966	-2,61	3,42
			Tal vez	-0,583	0,882	0,908	-3,60	2,43

F – Remuneración	Games- Howell	Si	No	-0,439	0,477	0,794	-1,70	0,82
			Tal vez	-0,918	0,459	0,197	-2,13	0,29
			No se	-1,057	0,794	0,574	-3,69	1,58
		No	Tal vez	-0,479	0,493	0,766	-1,78	0,82
			No se	-0,618	0,815	0,871	-3,25	2,02
			Tal vez	-0,139	0,804	0,998	-2,77	2,49
G – Seguridad en el Empleo	Games- Howell	Si	No	-0,165	0,507	0,988	-1,50	1,17
			Tal vez	-0,261	0,487	0,950	-1,54	1,02
			No se	-1,400	0,715	0,278	-3,68	0,88
		No	Tal vez	-0,096	0,521	0,998	-1,47	1,28
			No se	-1,235	0,739	0,390	-3,54	1,06
			Tal vez	-1,139	0,725	0,442	-3,43	1,15
H – Estatus & Prestigio	Games- Howell	Si	No	0,637	0,470	0,531	-0,60	1,88
			Tal vez	0,343	0,402	0,829	-0,71	1,40
			No se	0,010	0,723	1,000	-2,39	2,41
		No	Tal vez	-0,294	0,474	0,925	-1,54	0,96
			No se	-0,627	0,766	0,844	-3,04	1,79
			Tal vez	-0,333	0,726	0,966	-2,74	2,07
Promedio Global	Games- Howell	Si	No	-0,956*	0,312	0,016	-1,78	-0,14
			Tal vez	0,227	0,318	0,891	-0,61	1,07
			No se	1,040	0,588	0,362	-0,92	3,00
		No	Tal vez	1,183*	0,314	0,002	0,36	2,01
			No se	1,996*	0,585	0,046	0,04	3,96
			Tal vez	0,813	0,589	0,548	-1,15	2,77

*. A diferencia media é significativa no nivel 0.05.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 67 – Datos estadísticos relativos a la opción del sistema único de Salud

N	Válido	111
Media		1,68
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvío		0,467
Varianza		0,218

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 68 – Resultados de las opciones de elección del Sistema Único de Salud

«El Sistema Único de Salud como principal empleador»		Frecuencia	%
Válido	Si	35	31,5
	No, Tal vez, No se	76	68,5
	Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 8

Cuadro 69 – Pruebas de Normalidad de distribución da amuestra considerando a hipótesis O sector privado (o social) da salud como principal empleador.

Pruebas de Normalidad

«El sector privado (o social) da salud como principal empleador»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Si	0,122	29	0,200 [*]	0,952	29	0,204
	No	0,136	30	0,162	0,961	30	0,319
	Tal vez	0,098	45	0,200 [*]	0,968	45	0,246
	No se	0,204	7	0,200 [*]	0,912	7	0,413
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,098	29	0,200 [*]	0,963	29	0,394
	No	0,161	30	0,046	0,958	30	0,271
	Tal vez	0,115	45	0,164	0,966	45	0,207
	No se	0,255	7	0,186	0,867	7	0,175
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,134	29	0,193	0,956	29	0,256
	No	0,100	30	0,200 [*]	0,961	30	0,324
	Tal vez	0,124	45	0,081	0,950	45	0,050
	No se	0,245	7	0,200 [*]	0,864	7	0,163
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,177	29	0,021	0,932	29	0,060
	No	0,155	30	0,065	0,957	30	0,263
	Tal vez	0,110	45	0,200 [*]	0,945	45	0,034
	No se	0,199	7	0,200 [*]	0,921	7	0,477
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	0,169	29	0,033	0,872	29	0,002
	No	0,113	30	0,200 [*]	0,983	30	0,890
	Tal vez	0,135	45	0,039	0,934	45	0,013
	No se	0,189	7	0,200 [*]	0,949	7	0,720
F – Remuneración	Si	0,093	29	0,200 [*]	0,973	29	0,636
	No	0,108	30	0,200 [*]	0,934	30	0,064
	Tal vez	0,140	45	0,027	0,928	45	0,008
	No se	0,211	7	0,200 [*]	0,921	7	0,479
G – Seguranza en el Empleo	Si	0,108	29	0,200 [*]	0,958	29	0,292
	No	0,129	30	0,200 [*]	0,935	30	0,065
	Tal vez	0,106	45	0,200 [*]	0,959	45	0,107
	No se	0,341	7	0,014	0,789	7	0,032
H – Estatus & Prestigio	Si	0,123	29	0,200 [*]	0,967	29	0,490
	No	0,147	30	0,096	0,899	30	0,008
	Tal vez	0,141	45	0,024	0,909	45	0,002
	No se	0,315	7	0,034	0,825	7	0,071
Promedio Global	Si	0,086	29	0,200 [*]	0,986	29	0,954
	No	0,081	30	0,200 [*]	0,969	30	0,500
	Tal vez	0,077	45	0,200 [*]	0,980	45	0,638
	No se	0,180	7	0,200 [*]	0,945	7	0,686

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 70 – Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis El sector privado (o social) de la salud como principal empleador.

Pruebas de Homogeneidad de Varianzas

«El sector privado (o social) de la salud como principal empleador»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	2,698	3	107	0,049
	Con base en mediana	2,281	3	107	0,083
	Con base en mediana e con df ajustado	2,281	3	103,984	0,084
	Con base en media aparada	2,715	3	107	0,048
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	1,107	3	107	0,350
	Con base en mediana	1,044	3	107	0,376
	Con base en mediana e con df ajustado	1,044	3	104,328	0,376
	Con base en media aparada	1,098	3	107	0,353
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base e media	0,538	3	107	0,657
	Con base en mediana	0,364	3	107	0,779
	Con base en mediana e con df ajustado	0,364	3	104,852	0,779
	Con base en media aparada	0,560	3	107	0,643
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	0,568	3	107	0,638
	Con base en mediana	0,409	3	107	0,747
	Con base en mediana e con df ajustado	0,409	3	95,301	0,747
	Con base en media aparada	0,545	3	107	0,653
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	0,598	3	107	0,618
	Con base en mediana	0,354	3	107	0,786
	Con base en mediana e con df ajustado	0,354	3	95,017	0,786
	Con base en media aparada	0,479	3	107	0,697
F – Remuneración	Con base en media	0,232	3	107	0,874
	Con base en mediana	0,334	3	107	0,801
	Con base en mediana e con df ajustado	0,334	3	100,292	0,801
	Con base en media aparada	0,286	3	107	0,835
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,386	3	107	0,251
	Con base en mediana	1,511	3	107	0,216
	Con base en mediana e con df ajustado	1,511	3	101,636	0,216
	Con base en media aparada	1,459	3	107	0,230
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	4,092	3	107	0,009
	Con base en mediana	2,307	3	107	0,081
	Con base en mediana e con df ajustado	2,307	3	63,298	0,085
	Con base en media aparada	3,696	3	107	0,014
Promedio Global	Con base en media	1,789	3	107	0,154
	Con base en mediana	1,501	3	107	0,219
	Con base en mediana e con df ajustado	1,501	3	103,365	0,219
	Con base en media aparada	1,773	3	107	0,157

Cuadro 71 – Pruebas Robustas de Igualdad de medias considerando la hipótesis El sector privado (o social) de la salud como principal empleador.

Fuente: Elaboración propia

Testes Robustos de Igualdad de Medias

«El sector privado (o social) de la salud como principal empleador» Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	2,361	3	24,513	0,096
B – Condiciones de Trabajo & Salud	1,689	3	25,255	0,195
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	4,020	3	25,302	0,018
D – Relación Profesional/Usuario	1,558	3	24,815	0,224
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	1,880	3	25,283	0,158
F – Remuneración	1,798	3	25,575	0,173
G – Seguridad en el Empleo	3,296	3	26,264	0,036
H – Estatus & Prestigio	2,396	3	23,915	0,093
Promedio Global	3,233	3	24,969	0,039

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 72 – Comparaciones múltiples de las respuestas considerando la hipótesis Lo sector privado (o social) de la salud como principal empleador.

Comparaciones múltiples

«El sector privado (o social) de la salud como principal empleador»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
							Límite inferior	Límite superior
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	0,517	0,37670	0,521	-0,479	1,514
			Tal vez	0,893*	0,32995	0,043	0,021	1,765
			No se	0,195	0,94968	0,997	-2,950	3,341
		No	Tal vez	0,375	0,34370	0,695	-0,533	1,284
			No se	-0,321	0,95455	0,986	-3,467	2,823
			Tal vez	-0,697	0,93708	0,876	-3,846	2,451
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	0,625	0,52235	0,631	-0,758	2,008
			Tal vez	0,971	0,44646	0,141	-0,205	2,149
			No se	1,272	0,98674	0,594	-1,923	4,469
		No	Tal vez	0,346	0,50004	0,899	-0,976	1,669
			No se	0,647	1,01211	0,916	-2,558	3,853
			Tal vez	0,300	0,97511	0,989	-2,893	3,495
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell	Si	No	0,600	0,36183	0,355	-0,357	1,557
			Tal vez	1,119*	0,31655	0,004	0,281	1,957
			No se	0,810	0,64028	0,606	-1,219	2,839
		No	Tal vez	0,518	0,32036	0,376	-0,328	1,366
			No se	0,210	0,64218	0,987	-1,820	2,240
			Tal vez	-0,308	0,61780	0,957	-2,331	1,713
D – Relación Profesional/Usuario	Games-Howell	Si	No	0,221	0,38924	0,941	-0,809	1,251
			Tal vez	0,721	0,33722	0,152	-0,168	1,611
			No se	0,327	0,85922	0,980	-2,493	3,147
		No	Tal vez	0,500	0,36461	0,522	-0,464	1,464
			No se	0,105	0,87033	0,999	-2,715	2,927
			Tal vez	-0,394	0,84834	0,964	-3,216	2,427
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell	Si	No	-0,008	0,40190	1,000	-1,073	1,057
			Tal vez	0,684	0,37519	0,274	-0,312	1,680
			No se	0,445	0,70558	0,919	-1,746	2,638
		No	Tal vez	0,692	0,32398	0,153	-0,162	1,547
			No se	0,454	0,67973	0,906	-1,722	2,630
			Tal vez	-0,238	0,66429	0,983	-2,411	1,934

F – Remuneración	Games- Howell	Si	No	1,237	0,63822	0,224	-0,452	2,926
			Tal vez	1,248	0,58865	0,159	-0,309	2,806
			No se	1,620	1,11043	0,498	-1,860	5,101
		No	Tal vez	0,011	0,55814	1,000	-1,462	1,484
			No se	0,383	1,09457	0,984	-3,088	3,854
			Tal vez	No se	0,372	1,06642	0,984	-3,088	3,833
G – Seguridad en el Empleo	Games- Howell	Si	No	1,150	0,62445	0,265	-0,504	2,806
			Tal vez	1,131	0,52421	0,146	-0,249	2,512
			No se	2,634	0,93349	0,082	-0,313	5,582
		No	Tal vez	-0,019	0,61522	1,000	-1,647	1,608
			No se	1,483	0,98748	0,470	-1,511	4,478
			Tal vez	No se	1,502	0,92734	0,418	-1,439	4,445
H – Estatus & Prestigio	Games- Howell	Si	No	0,036	0,42657	1,000	-1,094	1,168
			Tal vez	0,733	0,30875	0,094	-0,084	1,552
			No se	-0,206	1,01297	0,997	-3,582	3,169
		No	Tal vez	0,697	0,38519	0,282	-0,330	1,725
			No se	-0,243	1,038	0,995	-3,617	3,131
			Tal vez	No se	-0,940	0,996	0,784	-4,323	2,442
Promedia Global	Games- Howell	Si	No	0,548	0,356	0,422	-0,395	1,491
			Tal vez	0,938*	0,297	0,013	0,153	1,723
			No se	0,886	0,727	0,635	-1,498	3,272
		No	Tal vez	0,390	0,342	0,668	-0,517	1,298
			No se	0,338	0,747	0,967	-2,050	2,728
			Tal vez	No se	-0,051	0,721	1,000	-2,437	2,334

*. La diferencia media é significativa no nivel 0,05.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 73 – Datos estadísticos relativos a la opción del sector privado (o social) de la salud como principal empleador.

N	Válido	111
Media		1,74
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvío		0,441
Varianza		0,195

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 74 – Resultados de la elección del sector privado (o social) de la salud como principal empleador.

«El sector privado (o social) de la salud como principal empleador»		Frecuencia	%
Válido	Si	29	26,1
	No, Tal vez, No se	82	73,9
Total		111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 9

Tabla 75 – Pruebas de Normalidad de distribución para la hipótesis Exclusivamente la actividad independiente o liberal.

«Exclusivamente a actividad independiente o liberal»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Sin	0,108	22	0,200*	0,964	22	0,568
	No	0,076	48	0,200*	0,976	48	0,409
	Tal vez	0,110	35	0,200*	0,940	35	0,058
	No se	0,178	6	0,200*	0,911	6	0,445
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,139	22	0,200*	0,926	22	0,101
	No	0,125	48	0,059	0,967	48	0,186
	Tal vez	0,146	35	0,056	0,920	35	0,015
	No se	0,222	6	0,200*	0,891	6	0,324
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,118	22	0,200*	0,975	22	0,833
	No	0,116	48	0,112	0,967	48	0,194
	Tal vez	0,089	35	0,200*	0,956	35	0,168
	No se	0,229	6	0,200*	0,929	6	0,575
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,150	22	0,200*	0,970	22	0,714
	No	0,109	48	0,200*	0,951	48	0,042
	Tal vez	0,215	35	0,000	0,915	35	0,011
	No se	0,232	6	0,200*	0,955	6	0,783
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	0,152	22	0,200*	0,950	22	0,313
	No	0,088	48	0,200*	0,975	48	0,383
	Tal vez	0,144	35	0,065	0,921	35	0,016
	No se	0,295	6	0,111	0,829	6	0,106
F – Remuneración	Si	0,085	22	0,200*	0,982	22	0,945
	No	0,088	48	0,200*	0,953	48	0,051
	Tal vez	0,076	35	0,200*	0,963	35	0,279
	No se	0,268	6	0,200*	0,849	6	0,155
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,118	22	0,200*	0,980	22	0,913
	No	0,105	48	0,200*	0,947	48	0,029
	Tal vez	0,122	35	0,200*	0,944	35	0,076
	No se	0,233	6	0,200*	0,922	6	0,518
H – Estatus & Prestigio	Si	0,122	22	0,200*	0,951	22	0,331
	No	0,122	48	0,073	0,865	48	0,000
	Tal vez	0,222	35	0,000	0,850	35	0,000
	No se	0,102	6	0,200*	1,000	6	1,000
Promedio Global	Si	0,159	22	0,151	0,929	22	0,119
	No	0,057	48	0,200*	0,982	48	0,653
	Tal vez	0,120	35	0,200*	0,965	35	0,325
	No se	0,192	6	0,200*	0,930	6	0,584

*. Este es un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 76 – Pruebas de Homogeneidad de Varianzas analizando segundo la hipótesis de elección
Exclusivamente la actividad independiente o liberal

Pruebas de Homogeneidad de Varianzas

«Exclusivamente la actividad independiente o liberal»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,219	3	107	0,883
	Con base en mediana	0,166	3	107	0,919
	Con base en mediana e con df ajustado	0,166	3	100,656	0,919
	Con base en media aparada	0,193	3	107	0,901
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	1,274	3	107	0,287
	Con base en mediana	1,260	3	107	0,292
	Con base en mediana e con df ajustado	1,260	3	103,533	0,292
	Con base en media aparada	1,269	3	107	0,289
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,638	3	107	0,592
	Con base en mediana	0,566	3	107	0,639
	Con base en mediana e con df ajustado	0,566	3	104,057	0,639
	Con base en media aparada	0,657	3	107	0,580
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	0,791	3	107	0,502
	Con base en mediana	0,465	3	107	0,707
	Con base en mediana e con df ajustado	0,465	3	100,843	0,707
	Con base en media aparada	0,721	3	107	0,541
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	4,830	3	107	0,003
	Con base en mediana	4,284	3	107	0,007
	Con base en mediana e con df ajustado	4,284	3	93,894	0,007
	Con base en media aparada	4,731	3	107	0,004
F – Remuneración	Con base en media	1,281	3	107	0,285
	Con base en mediana	1,158	3	107	0,329
	Con base en mediana e con df ajustado	1,158	3	100,779	0,330
	Con base en media aparada	1,226	3	107	0,304
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	0,018	3	107	0,997
	Con base en mediana	0,020	3	107	0,996
	Con base en mediana e con df ajustado	0,020	3	104,591	0,996
	Con base en media aparada	0,013	3	107	0,998
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	2,041	3	107	0,112
	Con base en mediana	0,901	3	107	0,444
	Con base en mediana e con df ajustado	0,901	3	89,049	0,444
	Con base en media aparada	1,690	3	107	0,174
Promedio Global	Con base en media	1,398	3	107	0,248
	Con base en mediana	1,197	3	107	0,314
	Con base en mediana e con df ajustado	1,197	3	98,975	0,315
	Con base en media aparada	1,346	3	107	0,264

Fuente: Elaboración propia

Tabla 77 – Pruebas Robustas de igualdad de medias considerando la hipótesis de opción de elección de Exclusivamente la actividad independiente o liberal.

Testes Robustos de Igualdad de Medias

«Exclusivamente la actividad independiente o liberal»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		0,858	3	21,115	0,478
B – Condiciones de Trabajo & Salud		1,108	3	22,592	0,366
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		2,164	3	21,369	0,122
D – Relación Profesional/Usuario		0,778	3	22,552	0,519
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social		1,453	3	22,275	0,254
F – Remuneración		5,405	3	21,334	0,006
G – Seguridad en el Empleo		1,688	3	21,445	0,199
H – Estatus & Prestigio		1,049	3	25,720	0,388
Promedio Global		2,530	3	23,587	0,082

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 78 – Comparaciones múltiples entre las respuestas considerando a hipótesis de opción Exclusivamente la actividad independiente o liberal

Comparaciones múltiples

«Exclusivamente la actividad independiente o liberal»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%			
							Límite inferior	Límite superior		
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	0,524	0,391	0,543	-0,527	1,576		
			Tal vez	0,096	0,430	0,996	-1,051	1,244		
			No se	0,018	0,791	1,000	-2,572	2,608		
		No	Tal vez	-0,427	0,338	0,590	-1,320	0,465		
			No se	-0,506	0,745	0,901	-3,112	2,100		
			Tal vez	-0,078	0,767	1,000	-2,670	2,512		
		B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	0,723	0,500	0,480	-0,615	2,062
					Tal vez	-0,047	0,554	1,000	-1,519	1,425
					No se	0,260	0,795	0,987	-2,223	2,744
No	Tal vez			-0,770	0,473	0,370	-2,015	0,475		
	No se			-0,462	0,740	0,921	-2,920	1,995		
	Tal vez			0,307	0,777	0,978	-2,159	2,774		
C – Realización Personal e Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell			Si	No	0,890	0,383	0,113	-0,144	1,926
					Tal vez	0,368	0,415	0,812	-0,744	1,480
					No se	0,857	0,652	0,577	-1,176	2,891
		No	Tal vez	-0,522	0,300	0,312	-1,315	0,269		
			No se	-0,033	0,585	1,000	-2,053	1,986		
			Tal vez	0,489	0,607	0,850	-1,521	2,500		
		D – Relación Profesional/Usuario	Games-Howell	Si	No	0,274	0,410	0,908	-0,830	1,379
					Tal vez	0,039	0,448	1,000	-1,157	1,237
					No se	0,845	0,607	0,530	-0,992	2,683
No	Tal vez			-0,234	0,348	0,906	-1,151	0,682		
	No se			0,570	0,538	0,722	-1,214	2,356		
	Tal vez			0,805	0,567	0,521	-0,987	2,599		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Games-Howell			Si	No	0,861	0,457	0,258	-0,387	2,109
					Tal vez	0,425	0,498	0,829	-0,916	1,768
					No se	0,678	0,597	0,674	-1,028	2,384
		No	Tal vez	-0,435	0,312	0,507	-1,259	0,389		
			No se	-0,182	0,453	0,976	-1,700	1,334		
			Tal vez	0,252	0,495	0,955	-1,280	1,786		

F – Remuneración	Games- Howell	Si	No	1,931*	0,603	0,015	0,301	3,561
			Tal vez	0,142	0,694	0,997	-1,708	1,992
			No se	1,030	1,065	0,771	-2,324	4,385
		No	Tal vez	-1,789*	0,531	0,007	-3,193	-0,385
			No se	-0,901	0,966	0,790	-4,247	2,445
			Tal vez	0,888	1,026	0,822	-2,442	4,218
G – Seguridad en el Empleo	Games- Howell	Si	No	1,295	0,633	0,189	-0,401	2,993
			Tal vez	0,350	0,660	0,951	-1,413	2,113
			No se	0,524	1,207	0,971	-3,400	4,449
		No	Tal vez	-0,945	0,535	0,298	-2,353	0,461
			No se	-0,771	1,143	0,903	-4,706	3,163
			Tal vez	0,174	1,158	0,999	-3,751	4,101
H – Estatus & Prestigio	Games- Howell	Si	No	0,620	0,393	0,404	-0,437	1,677
			Tal vez	0,415	0,457	0,801	-0,801	1,631
			No se	0,772	0,472	0,386	-0,573	2,119
		No	Tal vez	-0,204	0,371	0,946	-1,186	0,777
			No se	0,152	0,389	0,978	-1,053	1,358
			Tal vez	0,357	0,454	0,859	-0,943	1,658
Promedia Global	Games- Howell	Si	No	0,890	0,368	0,092	-0,101	1,882
			Tal vez	0,224	0,409	0,946	-0,866	1,315
			No se	0,624	0,490	0,594	-0,810	2,059
		No	Tal vez	-0,666	0,316	0,163	-1,501	0,168
			No se	-0,266	0,416	0,916	-1,610	1,078
			Tal vez	0,400	0,452	0,814	-0,973	1,773

*. A diferencia media é significativa no nivel 0,05.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 79 – Datos estadísticos relativos a opción de escolla exclusivamente la actividad independiente o liberal

N	Válido	111
Media		1,80
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvío		0,400
Varianza		0,160

Fuente: Elaboración propia

Tabla 80 – Resultados da elección de opción exclusivamente la actividad independiente o liberal

«Exclusivamente la actividad independiente o liberal»		Frecuencia	%
Válido	Si	22	19,8
	No, Tal vez, No se	89	80,2
	Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 10

Tabla 81 – Pruebas de Normalidad de distribución de la muestra considerando la hipótesis El hospital como local de trabajo principal.

«O hospital como local de trabajo principal»		Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Sin	0,149	20	0,200*	0,887	20	0,023
	No	0,081	56	0,200*	0,975	56	0,287
	Tal vez	0,133	29	0,200	0,919	29	0,029
	No se	0,268	6	0,200*	0,901	6	0,377
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,153	20	0,200*	0,953	20	0,418
	No	0,127	56	0,026	0,967	56	0,133
	Tal vez	0,169	29	0,034	0,954	29	0,236
	No se	0,284	6	0,141	0,780	6	0,039
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,159	20	0,200*	0,903	20	0,046
	No	0,102	56	0,200*	0,973	56	0,233
	Tal vez	0,135	29	0,186	0,940	29	0,098
	No se	0,280	6	0,156	0,811	6	0,074
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,152	20	0,200*	0,960	20	0,550
	No	0,105	56	0,194	0,966	56	0,118
	Tal vez	0,102	29	0,200*	0,966	29	0,458
	No se	0,294	6	0,115	0,896	6	0,354
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	0,178	20	0,098	0,935	20	0,194
	No	0,149	56	0,003	0,941	56	0,009
	Tal vez	0,174	29	0,025	0,939	29	0,094
	No se	0,187	6	0,200*	0,947	6	0,714
F – Remuneración	Si	0,197	20	0,041	0,926	20	0,129
	No	0,069	56	0,200*	0,964	56	0,093
	Tal vez	0,100	29	0,200*	0,942	29	0,114
	No se	0,183	6	0,200*	0,936	6	0,629
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,155	20	0,200*	0,929	20	0,150
	No	0,117	56	0,052	0,946	56	0,014
	Tal vez	0,110	29	0,200*	0,970	29	0,550
	No se	0,207	6	0,200*	0,951	6	0,746
H – Estatus & Prestigio	Si	0,169	20	0,138	0,936	20	0,205
	No	0,129	56	0,020	0,918	56	0,001
	Tal vez	0,149	29	0,098	0,868	29	0,002
	No se	0,220	6	0,200*	0,921	6	0,510
Promedio Global	Si	0,110	20	0,200*	0,971	20	0,774
	No	0,049	56	0,200*	0,975	56	0,285
	Tal vez	0,119	29	0,200*	0,959	29	0,316
	No se	0,203	6	0,200*	0,939	6	0,649

*. Este es el límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 82 – Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis O hospital como local de trabajo principal.

Pruebas de Homogeneidad de Varianzas

«O hospital como local de trabajo principal»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	1,353	3	107	0,261
	Con base en mediana	1,200	3	107	0,314
	Con base en mediana e con df ajustado	1,200	3	95,797	0,314
	Con base en media aparada	1,369	3	107	0,256
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	0,848	3	107	0,471
	Con base en mediana	0,877	3	107	0,456
	Con base en mediana e con df ajustado	0,877	3	98,893	0,456
	Con base en media aparada	0,895	3	107	0,447
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,222	3	107	0,881
	Con base en mediana	0,306	3	107	0,821
	Con base en mediana e con df ajustado	0,306	3	103,843	0,821
	Con base en media aparada	0,274	3	107	0,844
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	1,786	3	107	0,154
	Con base en mediana	1,371	3	107	0,256
	Con base en mediana e con df ajustado	1,371	3	101,074	0,256
	Con base en media aparada	1,746	3	107	0,162
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Con base en media	0,197	3	107	0,898
	Con base en mediana	0,126	3	107	0,945
	Con base en mediana e con df ajustado	0,126	3	104,311	0,945
	Con base en media aparada	0,189	3	107	0,903
F – Remuneración	Con base en media	1,605	3	107	0,192
	Con base en mediana	1,004	3	107	0,394
	Con base en mediana e con df ajustado	1,004	3	83,114	0,395
	Con base en media aparada	1,541	3	107	0,208
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,627	3	107	0,187
	Con base en mediana	1,396	3	107	0,248
	Con base en mediana e con df ajustado	1,396	3	104,108	0,248
	Con base en media aparada	1,577	3	107	0,199
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	1,299	3	107	0,279
	Con base en mediana	1,187	3	107	0,318
	Con base en mediana e con df ajustado	1,187	3	95,535	0,319
	Con base en media aparada	1,245	3	107	0,297
Promedio Global	Con base en media	0,087	3	107	0,967
	Con base en mediana	0,097	3	107	0,961
	Con base en mediana e con df ajustado	0,097	3	101,422	0,961
	Con base en media aparada	0,095	3	107	0,963

Fuente: Elaboración propia

Tabla 83 – Pruebas robustas de igualdad de medias considerando la hipótesis O hospital como local de trabajo principal

Pruebas Robustas de Igualdad de Medias					
«O hospital como local de trabajo principal»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		1,716	3	25,823	0,189
B – Condiciones de Trabajo & Salud		0,514	3	20,833	0,677
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		0,317	3	21,104	0,813
D – Relación Profesional/Usuario		0,865	3	21,060	0,474
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social		0,015	3	21,865	0,997
F – Remuneración		0,597	3	19,782	0,625
G – Seguridad en el Empleo		1,095	3	20,638	0,374
H – Estatus & Prestigio		1,072	3	21,540	0,382
Promedio Global		0,078	3	21,295	0,971

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 84 – Comparaciones múltiples entre las opciones relacionadas con la hipótesis O hospital como local de trabajo principal.

Comparaciones múltiples									
«O hospital como local de trabajo principal»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%		
							Límite inferior	Límite superior	
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	-0,44286	0,40238	0,691	-1,5275	0,6418	
			Tal vez	-0,40345	0,43299	0,788	-1,5645	0,7576	
			No se	0,35000	0,45756	0,869	-0,9447	1,6447	
	No	Tal vez	0,03941	0,34401	0,999	-0,8686	0,9474		
		No se	0,79286	0,37445	0,207	-0,3354	1,9211		
		Tal vez	0,75345	0,40717	0,292	-0,4287	1,9356		
	B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-0,59786	0,51404	0,654	-1,9826	0,7869
				Tal vez	-0,36448	0,57938	0,922	-1,9131	1,1841
				No se	-0,89667	1,01396	0,813	-4,2080	2,4147
No		Tal vez	0,23337	0,47529	0,961	-1,0246	1,4913		
		No se	-0,29881	0,95830	0,988	-3,6240	3,0263		
		Tal vez	-0,53218	0,99488	0,948	-3,8400	2,7757		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell	Si	No	-0,34250	0,36402	0,783	-1,3262	0,6412	
			Tal vez	-0,20155	0,41700	0,962	-1,3163	0,9132	
			No se	-0,42167	0,63592	0,908	-2,4331	1,5898	
	No	Tal vez	0,14095	0,33392	0,974	-0,7443	1,0262		
		No se	-0,07917	0,58481	0,999	-2,0831	1,9248		
		Tal vez	-0,22011	0,61918	0,983	-2,2199	1,7797		
	D – Relación Profesional/Usuario	Games-Howell	Si	No	-0,54714	0,33590	0,373	-1,4418	0,3475
				Tal vez	-0,40207	0,39435	0,739	-1,4524	0,6483
				No se	-0,50667	0,75946	0,906	-3,0898	2,0764
No		Tal vez	0,14507	0,36833	0,979	-0,8297	1,1199		
		No se	0,04048	0,74628	1,000	-2,5501	2,6311		
		Tal vez	-0,10460	0,77435	0,999	-2,6816	2,4724		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Games-Howell	Si	No	0,02925	0,40567	1,000	-1,0674	1,1259	
			Tal vez	0,02334	0,44320	1,000	-1,1653	1,2120	
			No se	-0,08533	0,60871	0,999	-1,9342	1,7635	
	No	Tal vez	-0,00591	0,34349	1,000	-0,9138	0,9020		
		No se	-0,11458	0,54045	0,996	-1,9133	1,6841		
		Tal vez	-0,10868	0,56916	0,997	-1,9150	1,6976		

F – Remuneración	Games- Howell	Si	No	0,63036	0,73676	0,827	-1,3853	2,6460
			Tal vez	0,97026	0,78554	0,610	-1,1561	3,0966
			No se	-0,22083	1,61205	0,999	-5,5106	5,0690
	No	Tal vez	0,33990	0,50755	0,908	-1,0024	1,6822	
		No se	-0,85119	1,49641	0,938	-6,2052	4,5028	
		Tal vez	-1,19109	1,52102	0,860	-6,5153	4,1331	
G – Seguridad en el Empleo	Games- Howell	Si	No	0,84879	0,71871	0,643	-1,1046	2,8021
			Tal vez	0,11424	0,73785	0,999	-1,8852	2,1137
			No se	-0,52300	1,25358	0,974	-4,4561	3,4101
	No	Tal vez	-0,73454	0,50290	0,467	-2,0588	0,5897	
		No se	-1,37179	1,13135	0,642	-5,2871	2,5436	
		Tal vez	-0,63724	1,14360	0,941	-4,5448	3,2703	
H – Estatus & Prestigio	Games- Howell	Si	No	-0,54946	0,31015	0,298	-1,3710	0,2721
			Tal vez	-0,44198	0,40152	0,691	-1,5130	0,6290
			No se	-0,12250	0,65709	0,997	-2,3591	2,1141
	No	Tal vez	0,10748	0,39891	0,993	-0,9514	1,1664	
		No se	0,42696	0,65549	0,912	-1,8087	2,6627	
		Tal vez	0,31948	0,70334	0,967	-1,9183	2,5573	
Promedia Global A – Autonomía & Poder	Games- Howell	Si	No	-0,12168	0,38514	0,989	-1,1638	0,9204
			Tal vez	-0,08710	0,42302	0,997	-1,2216	1,0474
			No se	-0,30400	0,62975	0,961	-2,2589	1,6509
	Games- Howell	No	Tal vez	0,03458	0,32536	1,000	-0,8259	0,8950
			No se	-0,18232	0,56876	0,988	-2,1135	1,7489
			Tal vez	-0,21690	0,59507	0,982	-2,1461	1,7123

Fuente: Elaboración propia

Tabla 85 – Datos estadísticos relativos a opción El hospital como local de trabajo principal

Válido	111
Media	1,82
Mediana	2,00
Modo	2
Erro Desvío	0,386
Variancia	0,149

Fuente: Elaboración propia

Tabla 86 – Resultados de la elección de la opción El hospital como local de trabajo principal

«O hospital como local de trabajo principal»		Frecuencia	%
Válido	Si	20	18,0
	No, Tal vez, No Se	91	82,0
Total		111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 11

Tabla 87 – Pruebas de Normalidad de distribución considerando la hipótesis La unidad de ESF donde hoy trabaja.

Pruebas de Normalidad

«La unidad de ESF donde hoy trabaja»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Sin	0,112	34	0,200 [*]	0,970	34	0,459
	No	0,136	32	0,142	0,973	32	0,598
	Tal vez	0,112	36	0,200 [*]	0,944	36	0,067
	No se	0,193	9	0,200 [*]	0,893	9	0,216
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,171	34	0,013	0,934	34	0,041
	No	0,145	32	0,086	0,961	32	0,285
	Tal vez	0,074	36	0,200 [*]	0,975	36	0,565
	No se	0,210	9	0,200 [*]	0,925	9	0,434
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,120	34	0,200 [*]	0,950	34	0,120
	No	0,101	32	0,200 [*]	0,966	32	0,397
	Tal vez	0,115	36	0,200 [*]	0,968	36	0,367
	No se	0,204	9	0,200 [*]	0,849	9	0,072
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,136	34	0,112	0,944	34	0,083
	No	0,121	32	0,200 [*]	0,970	32	0,509
	Tal vez	0,124	36	0,181	0,948	36	0,092
	No se	0,192	9	0,200 [*]	0,875	9	0,141
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	0,144	34	0,070	0,960	34	0,241
	No	0,118	32	0,200 [*]	0,928	32	0,034
	Tal vez	0,078	36	0,200 [*]	0,963	36	0,271
	No se	0,159	9	0,200 [*]	0,946	9	0,648
F – Remuneración	Si	0,097	34	0,200 [*]	0,943	34	0,077
	No	0,074	32	0,200 [*]	0,981	32	0,821
	Tal vez	0,105	36	0,200 [*]	0,950	36	0,107
	No se	0,150	9	0,200 [*]	0,933	9	0,508
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,143	34	0,074	0,926	34	0,024
	No	0,123	32	0,200 [*]	0,976	32	0,679
	Tal vez	0,100	36	0,200 [*]	0,941	36	0,056
	No se	0,207	9	0,200 [*]	0,934	9	0,519
H – Estatus & Prestigio	Si	0,152	34	0,045	0,921	34	0,018
	No	0,151	32	0,061	0,880	32	0,002
	Tal vez	0,196	36	0,001	0,872	36	0,001
	No se	0,183	9	0,200 [*]	0,958	9	0,777
Promedio Global	Si	0,089	34	0,200 [*]	0,981	34	0,791
	No	0,084	32	0,200 [*]	0,975	32	0,654
	Tal vez	0,075	36	0,200 [*]	0,968	36	0,381
	No se	0,161	9	0,200 [*]	0,944	9	0,622

*. Este es un límite inferior de significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 88 –Prueba de Homogeneidad de varianzas considerando la hipótesis la unidad de ESF donde trabaja

		Pruebas de Homogeneidad de Varianzas			
«La unidad de ESF donde hoy trabaja»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,418	3	107	0,740
	Con base en mediana	0,359	3	107	0,783
	Con base en mediana e con df ajustado	0,359	3	101,310	0,783
	Con base en media aparada	0,427	3	107	0,734
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	0,597	3	107	0,618
	Con base en mediana	0,449	3	107	0,719
	Con base en mediana e con df ajustado	0,449	3	101,157	0,719
	Con base en media aparada	0,578	3	107	0,631
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,137	3	107	0,938
	Con base en mediana	0,083	3	107	0,969
	Con base en mediana e con df ajustado	0,083	3	98,334	0,969
	Con base en media aparada	0,134	3	107	0,940
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	0,614	3	107	0,607
	Con base en mediana	0,657	3	107	0,580
	Con base en mediana e con df ajustado	0,657	3	91,704	0,580
	Con base en media aparada	0,611	3	107	0,609
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Con base en media	3,475	3	107	0,019
	Con base en mediana	3,603	3	107	0,016
	Con base en mediana e con df ajustado	3,603	3	102,097	0,016
	Con base en media aparada	3,571	3	107	0,017
F – Remuneración	Con base en media	0,119	3	107	0,949
	Con base en mediana	0,106	3	107	0,956
	Con base en mediana e con df ajustado	0,106	3	106,494	0,956
	Con base en media aparada	0,120	3	107	0,948
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,019	3	107	0,387
	Con base en mediana	0,843	3	107	0,473
	Con base en mediana e con df ajustado	0,843	3	103,782	0,473
	Con base en media aparada	0,944	3	107	0,422
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	2,771	3	107	0,045
	Con base en mediana	1,714	3	107	0,168
	Con base en mediana e con df ajustado	1,714	3	85,337	0,170
	Con base en media aparada	2,483	3	107	0,065
Promedio Global	Con base en media	0,434	3	107	0,729
	Con base en mediana	0,355	3	107	0,786
	Con base en mediana e con df ajustado	0,355	3	102,012	0,786
	Con base en media aparada	0,424	3	107	0,736

Fuente: Elaboración propia

Tabla 89 – Pruebas de Igualdad de medias considerando la hipótesis la unidad de ESF donde hoy trabaja.

		Pruebas Robustas de Igualdad de Medias				
«La unidad de ESF donde hoy trabaja»		Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder			8,764	3	36,082	0,000
B – Condiciones de Trabajo & Salud			3,034	3	32,400	0,043
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional			8,316	3	32,602	0,000
D – Relación Profesional/Usuario			3,896	3	31,926	0,018
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social			7,780	3	34,633	0,000
F – Remuneración			2,175	3	32,992	0,110
G – Seguridad en el Empleo			2,827	3	35,033	0,053
H – Estatus & Prestigio			9,391	3	33,014	0,000
Promedio Global			8,940	3	32,630	0,000

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 90 – Comparaciones múltiples considerando la hipótesis La unidad de ESF donde hoy trabaja

Comparaciones Múltiples

«La misma unidad de ESF donde hoy trabaja»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%			
							Límite inferior	Límite superior		
A - Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	-1,40809*	0,34523	0,001	-2,3189	-0,4973		
			Tal vez	-0,03170	0,33619	1,000	-0,9172	0,8538		
			No se	0,44052	0,41761	0,720	-0,7487	1,6297		
		No	Tal vez	1,37639*	0,34366	0,001	0,4703	2,2825		
			No se	1,84861*	0,42365	0,002	0,6476	3,0496		
			Tal vez	No se	0,47222	0,41632	0,674	-0,7142	1,6587	
		B - Condições de Trabalho & Saúde	Games-Howell	Si	No	-1,23860*	0,45633	0,041	-2,4425	-0,0347
					Tal vez	-0,12124	0,49313	0,995	-1,4200	1,1776
					No se	-0,01569	0,86530	1,000	-2,6177	2,5864
No	Tal vez			1,11736	0,47203	0,094	-0,1271	2,3618		
	No se			1,22292	0,85345	0,507	-1,3663	3,8122		
	Tal vez			No se	0,10556	0,87368	0,999	-2,5062	2,7173	
				No	-1,11736	0,47203	0,094	-2,3618	0,1271	
C - Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell			Si	No	-1,36048*	0,31006	0,000	-2,1788	-0,5421
					Tal vez	-0,00180	0,29539	1,000	-0,7798	0,7762
		No se	0,21209		0,52842	0,977	-1,3771	1,8013		
		No	Tal vez	1,35868*	0,31359	0,000	0,5317	2,1857		
			No se	1,57257	0,53881	0,055	-0,0296	3,1747		
			Tal vez	No se	0,21389	0,53049	0,977	-1,3776	1,8054	
		D - Relación Profesional/ Usuario	Games-Howell	Si	No	-1,05956*	0,33337	0,012	-1,9397	-0,1794
					Tal vez	-0,07484	0,34318	0,996	-0,9793	0,8296
					No se	0,17516	0,68236	0,994	-1,9169	2,2672
No	Tal vez			0,98472*	0,36634	0,044	0,0191	1,9503		
	No se			1,23472	0,69430	0,335	-0,8690	3,3385		
	Tal vez			No se	0,25000	0,69907	0,983	-1,8586	2,3586	
E - Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell			Si	No	-1,61472*	0,33251	0,000	-2,4978	-0,7316
					Tal vez	-0,43191	0,30047	0,481	-1,2254	0,3615
					No se	-0,13052	0,38334	0,986	-1,2650	1,0040
		No	Tal vez	1,18281*	0,37767	0,014	0,1863	2,1793		
			No se	1,48420*	0,44643	0,016	0,2367	2,7318		
			Tal vez	No se	0,30139	0,42310	0,891	-0,8985	1,5013	
		F - Remuneración	Games-Howell	Si	No	-1,50735	0,60963	0,074	-3,1160	0,1013
					Tal vez	-0,32680	0,56124	0,937	-1,8054	1,1518
					No se	-0,24346	0,94745	0,994	-3,0558	2,5688
No	Tal vez			1,18056	0,58870	0,197	-0,3731	2,7342		
	No se			1,26389	0,96397	0,573	-1,5717	4,0995		
	Tal vez			No se	0,08333	0,93412	1,000	-2,7118	2,8785	

G - Seguridad en el Empleo	Games-Howell	Si	No	-1,54241*	0,57147	0,043	-3,0501	-0,0347
			Tal vez	-0,44342	0,61450	0,888	-2,0618	1,1750
			No se	-0,06425	0,78251	1,000	-2,3121	2,1836
		No	Tal vez	1,09899	0,58575	0,248	-0,4452	2,6432
			No se	1,47816	0,76014	0,255	-0,7329	3,6893
			Tal vez No se	0,37917	0,79300	0,963	-1,8866	2,6449
H - Estatus & Prestigio	Games-Howell	Si	No	-1,83017*	0,33888	0,000	-2,7319	-0,9285
			Tal vez	-0,42846	0,30169	0,492	-1,2260	0,3691
			No se	-0,58680	0,44095	0,564	-1,9208	0,7472
		No	Tal vez	1,40170*	0,39099	0,004	0,3699	2,4335
			No se	1,24337	0,50625	0,103	-0,1923	2,6791
			Tal vez No se	-0,15833	0,48214	0,987	-1,5498	1,2332
Promedio Global	Games-Howell	Si	No	-1,44454*	0,30010	0,000	-2,2362	-0,6529
			Tal vez	-0,23235	0,31681	0,883	-1,0668	0,6021
			No se	-0,02624	0,54128	1,000	-1,6500	1,5975
		No	Tal vez	1,21219*	0,31151	0,001	0,3911	2,0333
			No se	1,41830	0,53819	0,093	-0,2020	3,0386
			Tal vez No se	0,20611	0,54769	0,981	-1,4253	1,8375

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

.Fuente: Elaboración propia

Tabla 91 – Datos estadísticos de la opción la unidad de ESF donde hoy trabaja

N	Válido	111
Media		1,69
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvío		0,463
Varianza		0,214

Fuente: Elaboración propia

Tabla 92 – Resultado de la elección de opción la unidad de ESF donde hoy trabaja

«La unidad de ESF donde hoy trabaja»		Frecuencia	%
Válido	Si	34	30,6
	No, Tal vez, No Se	77	69,4
Total		111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 12

Tabla 93 – Pruebas de Normalidad considerando la hipótesis de elección da misma equipo de ESF donde trabaja

«La misma equipo de ESF donde trabaja»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Si	0,100	56	0,200*	0,977	56	0,373
	No	0,169	27	0,046	0,960	27	0,366
	Tal vez	0,150	25	0,151	0,947	25	0,211
	No se	0,350	3		0,829	3	0,187
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,127	56	0,024	0,966	56	0,110
	No	0,185	27	0,018	0,949	27	0,198
	Tal vez	0,088	25	0,200*	0,979	25	0,875
	No se	0,335	3		0,858	3	0,263
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,099	56	0,200*	0,970	56	0,170
	No	0,110	27	0,200*	0,961	27	0,399
	Tal vez	0,164	25	0,083	0,939	25	0,143
	No se	0,371	3		0,784	3	0,077
D – Relación Profesional /Usuario	Si	0,121	56	0,039	0,954	56	0,032
	No	0,111	27	0,200*	0,974	27	0,701
	Tal vez	0,138	25	0,200*	0,961	25	0,436
	No se	0,385	3		0,750	3	0,000
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	0,117	56	0,052	0,967	56	0,130
	No	0,132	27	0,200*	0,936	27	0,099
	Tal vez	0,130	25	0,200*	0,970	25	0,641
	No se	0,357	3		0,816	3	0,152
F – Remuneración	Si	0,110	56	0,088	0,960	56	0,060
	No	0,100	27	0,200*	0,973	27	0,677
	Tal vez	0,117	25	0,200*	0,945	25	0,191
	No se	0,302	3		0,910	3	0,417
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,095	56	0,200*	0,951	56	0,023
	No	0,107	27	0,200*	0,975	27	0,737
	Tal vez	0,114	25	0,200*	0,958	25	0,372
	No se	0,286	3		0,931	3	0,491
H – Estatus & Prestigio	Si	0,162	56	0,001	0,905	56	0,000
	No	0,119	27	0,200*	0,944	27	0,151
	Tal vez	0,153	25	0,134	0,900	25	0,018
	No se	0,253	3		0,964	3	0,637
Promedio Global	Si	0,057	56	0,200*	0,986	56	0,778
	No	0,072	27	0,200*	0,974	27	0,712
	Tal vez	0,159	25	0,102	0,965	25	0,516
	No se	0,355	3		0,820	3	0,163

*. Este é un límite inferior da significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 94 – Pruebas de Homogeneidad de varianzas considerando a hipótesis de elección de la misma equipo de ESF donde trabaja.

		Pruebas de Homogeneidad de Varianzas			
«La misma equipo de ESF donde trabaja»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,147	3	107	0,931
	Con base en mediana	0,146	3	107	0,932
	Con base en mediana e con df ajustado	0,146	3	98,687	0,932
	Con base en media aparada	0,133	3	107	0,940
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	0,849	3	107	0,470
	Con base en mediana	0,522	3	107	0,668
	Con base en mediana e con df ajustado	0,522	3	89,857	0,668
	Con base en media aparada	0,822	3	107	0,484
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	1,879	3	107	0,138
	Con base en mediana	0,389	3	107	0,761
	Con base en mediana e con df ajustado	0,389	3	50,976	0,761
	Con base en media aparada	1,730	3	107	0,165
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	4,344	3	107	0,006
	Con base en mediana	1,526	3	107	0,212
	Con base en mediana e con df ajustado	1,526	3	27,984	0,230
	Con base en media aparada	4,146	3	107	0,008
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	2,525	3	107	0,061
	Con base en mediana	1,928	3	107	0,129
	Con base en mediana e con df ajustado	1,928	3	84,526	0,131
	Con base en media aparada	2,629	3	107	0,054
F – Remuneración	Con base en media	0,180	3	107	0,910
	Con base en mediana	0,175	3	107	0,913
	Con base en mediana e con df ajustado	0,175	3	101,385	0,913
	Con base en media aparada	0,190	3	107	0,903
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	0,548	3	107	0,651
	Con base en mediana	0,428	3	107	0,734
	Con base en mediana e con df ajustado	0,428	3	100,661	0,734
	Con base en media aparada	0,518	3	107	0,671
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	2,332	3	107	0,078
	Con base en mediana	1,923	3	107	0,130
	Con base en mediana e con df ajustado	1,923	3	86,017	0,132
	Con base en media aparada	2,252	3	107	0,086
Promedio Global	Con base en media	2,288	3	107	0,083
	Con base en mediana	1,049	3	107	0,374
	Con base en mediana e con df ajustado	1,049	3	53,286	0,379
	Con base en media aparada	2,205	3	107	0,092

Fuente: Elaboración propia

Tabla 95 – Pruebas robustas de igualdad de medias considerando la misma equipo de ESF donde trabaja

Pruebas Robustas de Igualdad de Medias

«La misma equipo de ESF donde trabaja»	Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder		7,261	3	9,415	0,008
B – Condiciones de Trabajo & Salud		4,433	3	9,318	0,034
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional		9,159	3	9,153	0,004
D – Relación Profesional/Usuario		4,345	3	9,079	0,037
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social		8,257	3	9,141	0,006
F – Remuneración		1,262	3	9,362	0,343
G – Seguridad en el Empleo		1,114	3	9,348	0,392
H – Estatus & Prestigio		7,170	3	9,273	0,009
Promedio Global		8,114	3	9,178	0,006

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 96 – Comparaciones múltiples entre las respuestas presentadas para la opción La misma equipo de ESF donde trabaja.

Comparaciones múltiples

«La misma equipo de ESF donde trabaja»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confianza 95%			
							Límite inferior	Límite superior		
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Si	No	-1,47454*	0,32150	0,000	-2,3290	-0,6201		
			Tal vez	-0,07350	0,34347	0,996	-0,9916	0,8446		
			No se	1,02917	0,90548	0,707	-4,7296	6,7880		
		No	Tal vez	1,40104*	0,39638	0,005	0,3470	2,4551		
			No se	2,50370	0,92684	0,236	-2,8852	7,8926		
			Tal vez	1,10267	0,93469	0,683	-4,1716	6,3769		
		B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-1,35516*	0,42500	0,012	-2,4772	-0,2331
					Tal vez	0,36129	0,47169	0,869	-0,8927	1,6152
					No se	0,82262	1,70502	0,956	-10,3284	11,9737
No	Tal vez			1,71644*	0,50117	0,007	0,3826	3,0503		
	No se			2,17778	1,71341	0,649	-8,8019	13,1575		
	Tal vez			0,46133	1,72558	0,992	-10,2847	11,2074		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell	Si	No	-1,59425*	0,28685	0,000	-2,3574	-0,8311		
			Tal vez	-0,25336	0,30771	0,843	-1,0769	0,5702		
			No se	-0,13869	1,44298	1,000	-9,8782	9,6008		
		No	Tal vez	1,34089*	0,35797	0,003	0,3889	2,2928		
			No se	1,45556	1,45453	0,767	-8,0325	10,9436		
			Tal vez	0,11467	1,45878	1,000	-9,2860	9,5154		
D – Relación Profesional /Usuario	Games-Howell	Si	No	-1,31019*	0,33896	0,002	-2,2155	-0,4049		
			Tal vez	-0,31700	0,35053	0,803	-1,2575	0,6235		
			No se	-0,12500	2,00709	1,000	-13,8131	13,5631		
		No	Tal vez	0,99319	0,42538	0,104	-0,1376	2,1240		
			No se	1,18519	2,02151	0,928	-12,1795	14,5499		
			Tal vez	0,19200	2,02348	1,000	-13,1304	13,5144		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Games-Howell	Si	No	-1,79176*	0,34354	0,000	-2,7157	-0,8678		
			Tal vez	-0,63490	0,32238	0,218	-1,5031	0,2333		
			No se	-0,01583	1,06121	1,000	-7,0819	7,0502		
		No	Tal vez	1,15686*	0,42619	0,044	0,0242	2,2896		
			No se	1,77593	1,09721	0,504	-4,6246	8,1765		
			Tal vez	0,61907	1,09077	0,934	-5,8843	7,1224		

F – Remuneración	Games-Howell	Si	No	-1,21594	0,59581	0,188	-2,8041	0,3722
			Tal vez	-0,26964	0,58039	0,966	-1,8192	1,2800
			No se	0,33036	1,69330	0,997	-10,5667	11,2274
		No	Tal vez	0,94630	0,70638	0,543	-0,9310	2,8236
			No se	1,54630	1,74051	0,814	-8,5256	11,6182
			Tal vez No se	0,60000	1,73530	0,983	-9,5524	10,7524
G – Seguridad en el Empleo	Games-Howell	Si	No	-0,97051	0,54186	0,288	-2,4035	0,4625
			Tal vez	-0,05125	0,60475	1,000	-1,6626	1,5601
			No se	0,70875	1,92707	0,979	-11,7714	13,1889
		No	Tal vez	0,91926	0,65683	0,506	-0,8289	2,6674
			No se	1,67926	1,94404	0,825	-10,4694	13,8279
			Tal vez No se	0,76000	1,96250	0,976	-11,0610	12,5810
H – Estatus & Prestigio	Games-Howell	Si	No	-1,88021*	0,38420	0,000	-2,9152	-0,8452
			Tal vez	-0,51789	0,30798	0,347	-1,3436	0,3078
			No se	-0,07762	0,89474	1,000	-5,9001	5,7448
		No	Tal vez	1,36233*	0,44374	0,018	0,1810	2,5437
			No se	1,80259	0,95006	0,397	-3,1712	6,7764
			Tal vez No se	0,44027	0,92187	0,958	-4,9004	5,7809
Promedio Global	Games-Howell	Si	No	-1,44864*	0,27996	0,000	-2,1908	-0,7065
			Tal vez	-0,21999	0,33087	0,910	-1,1062	0,6663
			No se	0,31655	1,43142	0,995	-9,3106	9,9437
		No	Tal vez	1,22865*	0,36497	0,008	0,2562	2,2011
			No se	1,76519	1,43969	0,669	-7,6815	11,2119
			Tal vez No se	0,53653	1,45045	0,979	-8,6912	9,7643

*. A diferencia media é significativa no nivel 0,05.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 97 – Datos estadísticos relativos a opción la misma equipo de ESF donde trabaja

N	Válido	111
Media		1,50
Mediana		1,00
Modo		1
Erro Desvío		0,502
Varianza		0,252

Fuente: Elaboración propia

Tabla 98 – Resultado de la elección de la opción la misma equipo de ESF donde trabaja

«La misma equipo de ESF donde trabaja»		Frecuencia	%
Válido	Si	56	50,5
	No, Tal vez, No Se	55	49,5
Total		111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 13

Tabla 99 - Pruebas de Normalidad de distribución para opción lo mismo distrito regional de salud.

«Lo mismo distrito regional de salud»		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
A – Autonomía & Poder	Si	0,098	41	0,200*	0,974	41	0,470
	No	0,131	26	0,200*	0,971	26	0,640
	Tal vez	0,124	37	0,159	0,957	37	0,165
	No se	0,225	7	0,200*	0,872	7	0,193
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	0,125	41	0,104	0,953	41	0,087
	No	0,147	26	0,152	0,959	26	0,373
	Tal vez	0,084	37	0,200*	0,973	37	0,492
	No se	0,214	7	0,200*	0,908	7	0,380
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	0,139	41	0,044	0,962	41	0,190
	No	0,124	26	0,200*	0,965	26	0,492
	Tal vez	0,086	37	0,200*	0,953	37	0,122
	No se	0,224	7	0,200*	0,914	7	0,426
D – Relación Profesional/Usuario	Si	0,173	41	0,003	0,940	41	0,031
	No	0,135	26	0,200*	0,958	26	0,349
	Tal vez	0,097	37	0,200*	0,957	37	0,164
	No se	0,168	7	0,200*	0,933	7	0,580
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	0,093	41	0,200*	0,972	41	0,391
	No	0,137	26	0,200*	0,947	26	0,198
	Tal vez	0,116	37	0,200*	0,945	37	0,069
	No se	0,221	7	0,200*	0,928	7	0,531
F – Remuneración	Si	0,080	41	0,200*	0,963	41	0,205
	No	0,095	26	0,200*	0,970	26	0,631
	Tal vez	0,094	37	0,200*	0,929	37	0,020
	No se	0,182	7	0,200*	0,961	7	0,826
G – Seguridad en el Empleo	Si	0,125	41	0,110	0,938	41	0,026
	No	0,131	26	0,200*	0,986	26	0,970
	Tal vez	0,162	37	0,016	0,924	37	0,015
	No se	0,336	7	0,017	0,820	7	0,064
H – Estatus & Prestigio	Si	0,159	41	0,011	0,924	41	0,009
	No	0,116	26	0,200*	0,939	26	0,125
	Tal vez	0,147	37	0,041	0,883	37	0,001
	No se	0,276	7	0,115	0,784	7	0,029
Promedio Global	Si	0,087	41	0,200*	0,983	41	0,801
	No	0,104	26	0,200*	0,980	26	0,872
	Tal vez	0,107	37	0,200*	0,968	37	0,369
	No se	0,235	7	0,200*	0,862	7	0,157

*. Este é un límite inferior de la significancia verdadera.

a. Correlación de Significancia de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Tabla 100 - Pruebas de Homogeneidad de Varianzas considerando lo mismo distrito regional de salud.

		Pruebas de Homogeneidad de Varianzas			
«Lo mismo distrito regional de salud»		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder	Con base en media	0,975	3	107	0,407
	Con base en mediana	0,595	3	107	0,620
	Con base en mediana e con df ajustado	0,595	3	88,204	0,620
	Con base en media aparada	0,933	3	107	0,427
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Con base en media	0,324	3	107	0,808
	Con base en mediana	0,414	3	107	0,744
	Con base en mediana e con df ajustado	0,414	3	104,517	0,744
	Con base en media aparada	0,335	3	107	0,800
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Con base en media	0,640	3	107	0,591
	Con base en mediana	0,577	3	107	0,631
	Con base en mediana e con df ajustado	0,577	3	106,743	0,631
	Con base en media aparada	0,654	3	107	0,582
D – Relación Profesional /Usuario	Con base en media	1,105	3	107	0,351
	Con base en mediana	1,195	3	107	0,315
	Con base e mediana e con df ajustado	1,195	3	96,157	0,316
	Con base en media aparada	1,115	3	107	0,347
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Con base en media	3,372	3	107	0,021
	Con base en mediana	3,192	3	107	0,027
	Con base en mediana e con df ajustado	3,192	3	92,577	0,027
	Con base en media aparada	3,407	3	107	0,020
F – Remuneración	Con base en media	0,121	3	107	0,947
	Con base en mediana	0,128	3	107	0,943
	Con base en mediana e con df ajustado	0,128	3	106,709	0,943
	Con base en media aparada	0,133	3	107	0,940
G – Seguridad en el Empleo	Con base en media	1,424	3	107	0,240
	Con base en mediana	1,426	3	107	0,239
	Con base en mediana e con df ajustado	1,426	3	100,078	0,240
	Con base en media aparada	1,493	3	107	0,221
H – Estatus & Prestigio	Con base en media	1,466	3	107	0,228
	Con base en mediana	0,961	3	107	0,414
	Con base en mediana e con df ajustado	0,961	3	71,313	0,416
	Con base en media aparada	1,363	3	107	0,258
Promedio Global	Con base en media	2,152	3	107	0,098
	Con base en mediana	1,665	3	107	0,179
	Con base en mediana e con df ajustado	1,665	3	93,073	0,180
	Con base en media aparada	2,135	3	107	0,100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 101 – Pruebas Robustas de igualdad de las medias considerando lo mismo distrito regional de salud.

		Pruebas Robustas de Igualdad de Medias				
«Lo mismo distrito regional de salud»		Welch	Estadística ^a	df1	df2	Sig.
A – Autonomía & Poder			6,246	3	24,931	0,003
B – Condiciones de Trabajo & Salud			6,457	3	25,890	0,002
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional			6,498	3	24,935	0,002
D – Relación Profesional/Usuario			2,176	3	24,882	0,116
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social			4,484	3	24,728	0,012
F – Remuneración			3,021	3	25,441	0,048
G – Seguridad en el Empleo			6,355	3	27,012	0,002
H – Estatus & Prestigio			3,599	3	24,166	0,028
Promedio Global			9,593	3	25,203	0,000

a. F distribuido asintóticamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 102 - Comparaciones múltiples considerando como hipótesis la elección lo mismo distrito regional de salud

				Comparaciones múltiples			Intervalo de Confianza 95%			
«Lo mismo distrito regional de salud»				Diferencia media (I-J)	Erro Erro	Sig.	Límite inferior	Límite superior		
A – Autonomía & Poder	Games-Howell	Sin	No	-1,33677*	0,33671	0,001	-2,2303	-0,4433		
			Tal vez	0,07113	0,31804	0,996	-0,7651	0,9074		
			No se	-0,05436	0,76440	1,000	-2,5873	2,4786		
		No	Tal vez	1,40790*	0,35979	0,001	0,4555	2,3603		
			No se	1,28242	0,78269	0,414	-1,2514	3,8163		
			Tal vez	No se	-0,12548	0,77484	0,998	-2,6577	2,4067	
		B – Condiciones de Trabajo & Salud	Games-Howell	Si	No	-1,81914*	0,44719	0,001	-3,0032	-0,6351
					Tal vez	-0,09980	0,45083	0,996	-1,2854	1,0857
					No se	0,27317	0,81684	0,986	-2,3551	2,9015
No	Tal vez			1,71933*	0,48422	0,004	0,4394	2,9993		
	No se			2,09231	0,83574	0,129	-0,5457	4,7303		
	Tal vez			No se	0,37297	0,83769	0,969	-2,2646	3,0105	
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Games-Howell			Si	No	-1,37270*	0,32567	0,001	-2,2388	-0,5066
					Tal vez	-0,02624	0,28462	1,000	-0,7744	0,7219
					No se	-0,32160	0,67386	0,962	-2,5469	1,9037
		No	Tal vez	1,34647*	0,33985	0,001	0,4447	2,2482		
			No se	1,05110	0,69898	0,478	-1,1790	3,2812		
			Tal vez	No se	-0,29537	0,68082	0,971	-2,5204	1,9297	
		D – Relación Profesional /Usuario	Games-Howell	Si	No	-0,84353	0,34239	0,077	-1,7514	0,0644
					Tal vez	-0,04852	0,34584	0,999	-0,9587	0,8616
					No se	-0,09408	0,83575	0,999	-2,8752	2,6870
No	Tal vez			0,79501	0,38138	0,170	-0,2131	1,8031		
	No se			0,74945	0,85107	0,815	-2,0308	3,5297		
	Tal vez			No se	-0,04556	0,85247	1,000	-2,8253	2,7341	
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Games-Howell			Si	No	-1,39920*	0,38289	0,004	-2,4305	-0,3680
					Tal vez	-0,18102	0,29032	0,924	-0,9468	0,5848
					No se	-0,74091	0,59157	0,617	-2,6990	1,2172
		No	Tal vez	1,21818*	0,42262	0,029	0,0928	2,3435		
			No se	0,65830	0,66654	0,759	-1,3497	2,6663		
			Tal vez	No se	-0,55988	0,61803	0,802	-2,5225	1,4027	
		F – Remuneración	Games-Howell	Si	No	-1,49273	0,60886	0,080	-3,1098	0,1243
					Tal vez	0,35992	0,52848	0,904	-1,0286	1,7484
					No se	-0,43641	1,08656	0,977	-3,9576	3,0848
No	Tal vez			1,85265*	0,61901	0,021	0,2094	3,4959		
	No se			1,05632	1,13335	0,789	-2,4884	4,6011		
	Tal vez			No se	-0,79633	1,09228	0,883	-4,3189	2,7263	
G – Seguridad en el Empleo	Games-Howell			Si	No	-1,92447*	0,54130	0,004	-3,3544	-0,4945
					Tal vez	-0,02158	0,56192	1,000	-1,4984	1,4552
					No se	0,91707	0,84653	0,707	-1,7110	3,5451
		No	Tal vez	1,90289*	0,56951	0,008	0,3981	3,4077		
			No se	2,84154*	0,85159	0,034	0,2063	5,4768		
			Tal vez	No se	0,93865	0,86484	0,706	-1,7062	3,5835	
		H – Estatus & Prestigio	Games-Howell	Si	No	-1,22009*	0,38483	0,015	-2,2516	-0,1886
					Tal vez	-0,09371	0,30437	0,990	-0,8950	0,7076
					No se	-1,07746	0,89706	0,646	-4,1030	1,9480
No	Tal vez			1,12638*	0,41517	0,044	0,0218	2,2310		
	No se			0,14264	0,94045	0,999	-2,8811	3,1663		
	Tal vez			No se	-0,98375	0,91049	0,712	-4,0048	2,0373	
Promedio Global	Games-Howell			Si	No	-1,42496*	0,28449	0,000	-2,1776	-0,6724
					Tal vez	-0,00425	0,30693	1,000	-0,8120	0,8035
					No se	-0,19216	0,66261	0,991	-2,3767	1,9924

	No	Tal vez	1,42072*	0,32155	0,000	0,5713	2,2701
		No se	1,23280	0,66951	0,328	-0,9522	3,4178
	Tal vez	No se	-0,18792	0,67935	0,992	-2,3740	1,9982

Fuente: Elaboración propia

Tabla 103 – Datos estadísticos de la opción lo mismo distrito regional de salud

N	Válido	111
Media		1,63
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvío		0,485
Varianza		0,235

Fuente: Elaboración propia

Tabla 104 – Resultados de la elección de la opción lo mismo distrito regional de salud

«Lo mismo distrito regional de salud»		Frecuencia	%
Válido	Si	41	36,9
	No, Tal vez, No Se	70	63,1
	Total	111	100,0

Fuente: Elaboración propia

Anexo 14

Cuadro 80 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de especialidad)

«Solicitar la rescisión del contrato (cambiar de especialidad)»	N	Media	Erro Desvío	t	p	
A –Autonomía & Poder	Si	23	3,39	1,21	2,109	0,037
	No	88	2,66	1,55		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	23	4,84	1,77	2,498	0,014
	No	88	3,67	2,06		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	23	2,73	1,21	1,082	0,281
	No	88	2,37	1,45		
D – Relación Professional/Usuario	Si	23	3,01	1,34	1,913	0,058
	No	88	2,33	1,56		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	23	2,61	1,33	1,038	0,301
	No	88	2,25	1,53		
F – Remuneración	Si	23	3,99	2,03	0,679	0,499
	No	88	3,60	2,57		
G – Seguridad en el Empleo	Si	23	5,54	2,04	3,682	0,000
	No	88	3,52	2,41		
H – Estatus & Prestigio	Si	23	2,22	1,29	1,329	0,187
	No	88	1,73	1,63		
Promedio Global	Si	23	3,54	1,06	2,377	0,019
	No	88	2,76	1,46		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 15

Cuadro 81 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no solicitar la rescisión del contrato (cambio de profesión)

«Pedir rescisión del contrato (cambio de profesión)»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	6	3,35	1,68	0,895	0,373
	No	105	2,78	1,51		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	6	4,47	2,01	0,076	0,500
	No	105	3,88	2,06		
C – Realización Personal e Profesional & Desempeño Organizacional	Si	6	2,52	1,00	0,131	0,896
	No	105	2,44	1,43		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	6	3,00	1,82	0,869	0,387
	No	105	2,44	1,53		
E – Relaciones de Trabajo & Soporte Social	Si	6	2,40	1,89	0,131	0,896
	No	105	2,32	1,48		
F – Remuneración	Si	6	3,79	2,66	0,116	0,908
	No	105	3,67	2,47		
G – Seguridad en el Empleo	Si	6	6,17	2,60	2,320	0,022
	No	105	3,81	2,41		
H – Estatus & Prestigio	Si	6	2,83	1,85	1,621	0,108
	No	105	1,77	1,54		
Promedio Global	Si	6	3,56	1,42	1,132	0,260
	No	105	2,89	1,42		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 16

Cuadro 82 – Comparación de Satisfacción Profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar el traslado a otra unidad de la ESF

«Solicitar traslado a otra unidad de la ESF»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p																																																																																					
A – Autonomía & Poder	Si	38	2,9105	1,39	0,502	0,617																																																																																					
	No	73	2,7575	1,59			B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	38	4,2842	2,12	1,374	0,172	No	73	3,7233	1,99	C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	2,7289	1,44	1,552	0,124	No	73	2,2945	1,37	D – Relación Profesional/Usuario*	Si	38	3,0158	1,78	2,539	0,014	No	73	2,1836	1,32	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083	No	73	2,1488	1,50	F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703	No	73	3,6986	2,43	G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	38	4,2842	2,12	1,374	0,172																																																																																					
	No	73	3,7233	1,99			C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	2,7289	1,44	1,552	0,124	No	73	2,2945	1,37	D – Relación Profesional/Usuario*	Si	38	3,0158	1,78	2,539	0,014	No	73	2,1836	1,32	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083	No	73	2,1488	1,50	F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703	No	73	3,6986	2,43	G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38								
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	2,7289	1,44	1,552	0,124																																																																																					
	No	73	2,2945	1,37			D – Relación Profesional/Usuario*	Si	38	3,0158	1,78	2,539	0,014	No	73	2,1836	1,32	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083	No	73	2,1488	1,50	F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703	No	73	3,6986	2,43	G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																			
D – Relación Profesional/Usuario*	Si	38	3,0158	1,78	2,539	0,014																																																																																					
	No	73	2,1836	1,32			E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083	No	73	2,1488	1,50	F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703	No	73	3,6986	2,43	G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																														
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,6687	1,45	1,750	0,083																																																																																					
	No	73	2,1488	1,50			F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703	No	73	3,6986	2,43	G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																																									
F – Remuneración	Si	38	3,6382	2,56	0,122	0,703																																																																																					
	No	73	3,6986	2,43			G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176	No	73	3,7079	2,51	H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																																																				
G – Seguridad en el Empleo	Si	38	4,3776	2,35	1,361	0,176																																																																																					
	No	73	3,7079	2,51			H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066	No	73	1,6347	1,44	Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																																																															
H – Estatus & Prestigio	Si	38	2,2105	1,75	1,854	0,066																																																																																					
	No	73	1,6347	1,44			Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106	No	73	2,7692	1,38																																																																										
Promedio Global	Si	38	3,2289	1,47	1,628	0,106																																																																																					
	No	73	2,7692	1,38																																																																																							

* Asumiendo a no igualdad de varianza, teste de Levine $Z = 7,523$, $p = 0,007 < 0,050$

Fuente: Elaboración propia

Anexo 17

Cuadro 83 - Comparación de satisfacción profesional según si el profesional médico ha pensado o no en solicitar la rescisión del contrato (cambiar de carrera, p. Ej.: dejar la medicina familiar)

«Pedir la rescisión del contrato (cambiar de carrera, ej.: dejar la medicina familiar)»		N	Promedio	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	36	3,4083	1,56	2,977	0,004
	No	75	2,5227	1,42		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	36	4,6778	1,97	2,800	0,006
	No	75	3,5493	1,99		
C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	36	2,9639	1,23	2,779	0,006
	No	75	2,1933	1,43		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	36	2,8167	1,44	1,665	0,099
	No	75	2,3013	1,57		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	36	2,6781	1,67	1,726	0,087
	No	75	2,1581	1,39		
F – Remuneración	Si	36	4,4167	2,63	2,227	0,028
	No	75	3,3233	2,31		
G – Seguridad en el Empleo	Si	36	4,9078	2,42	2,969	0,004
	No	75	3,4713	2,37		
H – Estatus & Prestigio	Si	36	2,3328	1,74	2,378	0,019
	No	75	1,5913	1,43		
Promedio Global	Si	36	3,5253	1,33	3,200	0,002
	No	75	2,6392	1,38		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 18

Cuadro 84 – Comparación de Satisfacción Laboral según si el profesional médico ha pensado o no solicitar licencia sin goce de sueldo

«Pedir licencia sin sueldo»		N	Media	Erro Desvío	t	p																																																																																					
A – Autonomía & Poder	Si	8	2,6500	1,13	-0,308	0,759																																																																																					
	No	103	2,8223	1,55			B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	8	4,6000	1,77	0,981	0,929	No	103	3,8621	2,07	C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	8	2,9125	1,11	0,978	0,330	No	103	2,4068	1,43	D – Relación Profesional/Usuario*	Si	8	2,2000	0,68	-1,013	0,328	No	103	2,4893	1,59	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308	No	103	2,3674	1,53	F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358	No	103	3,5898	2,51	G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	8	4,6000	1,77	0,981	0,929																																																																																					
	No	103	3,8621	2,07			C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	8	2,9125	1,11	0,978	0,330	No	103	2,4068	1,43	D – Relación Profesional/Usuario*	Si	8	2,2000	0,68	-1,013	0,328	No	103	2,4893	1,59	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308	No	103	2,3674	1,53	F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358	No	103	3,5898	2,51	G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46								
C – Realización Personal y Professional & Desempeño Organizacional	Si	8	2,9125	1,11	0,978	0,330																																																																																					
	No	103	2,4068	1,43			D – Relación Profesional/Usuario*	Si	8	2,2000	0,68	-1,013	0,328	No	103	2,4893	1,59	E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308	No	103	2,3674	1,53	F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358	No	103	3,5898	2,51	G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																			
D – Relación Profesional/Usuario*	Si	8	2,2000	0,68	-1,013	0,328																																																																																					
	No	103	2,4893	1,59			E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308	No	103	2,3674	1,53	F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358	No	103	3,5898	2,51	G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																														
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	8	1,8038	0,97	-1,025	0,308																																																																																					
	No	103	2,3674	1,53			F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358	No	103	3,5898	2,51	G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																																									
F – Remuneración	Si	8	4,8125	1,47	1,357	0,358																																																																																					
	No	103	3,5898	2,51			G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439	No	103	3,9712	2,53	H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																																																				
G – Seguridad en el Empleo*	Si	8	3,5000	1,50	-0,804	0,439																																																																																					
	No	103	3,9712	2,53			H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757	No	103	1,8448	1,59	Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																																																															
H – Estatus & Prestigio	Si	8	1,6650	1,28	-0,311	0,757																																																																																					
	No	103	1,8448	1,59			Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752	No	103	2,9195	1,46																																																																										
Promedio Global*	Si	8	3,0175	0,75	0,323	0,752																																																																																					
	No	103	2,9195	1,46																																																																																							

*Asumiendo a no igualdad de varianza, teste de Levine $Z = 6,524$, $p = 0,012 < 0,050$ – D; $Z = 5,073$, $p = 0,26$ – G; $Z = 4,944$, $p = 0,28$ – Media Global

Fuente: Elaboración propia

Anexo 19

Cuadro 85 - Comparación de Satisfacción Profesional según el profesional médico (a) Nunca se le ocurrió ninguna de las hipótesis / No sabe o no recuerda

«Nunca pensó en ninguna de esas hipótesis / No sabe o no se recuerda»		N	Media	Erro Desvío	t	p
A – Autonomía & Poder	Si	38	2,2895	1,57	-2,676	0,009
	No	73	3,0808	1,43		
B – Condiciones de Trabajo & Salud	Si	38	3,1105	2,00	-3,101	0,002
	No	73	4,3342	1,96		
C – Realización Personal y Profesional & Desempeño Organizacional	Si	38	1,8632	1,41	-3,265	0,001
	No	73	2,7452	1,32		
D – Relación Profesional/Usuario	Si	38	1,8737	1,29	-3,046	0,003
	No	73	2,7781	1,57		
E – Relaciones de Trabajo & Suporte Social	Si	38	2,0000	1,57	-1,670	0,098
	No	73	2,4968	1,44		
F – Remuneración	Si	38	3,1053	2,38	-1,784	0,077
	No	73	3,9760	2,47		
G – Seguridad en el Empleo	Si	38	2,7018	2,26	-4,061	0,000
	No	73	4,5803	2,34		
H – Estatus & Prestigio	Si	38	1,2718	1,12	-2,794	0,006
	No	73	2,1233	1,69		
Promedio Global	Si	38	2,2782	1,41	-3,656	0,000
	No	73	3,2641	1,31		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 20**Baremo de Conversión a Puntaje “T”**

BAREMO DE CONVERSION A PUNTAJE “T” – EPQ-R-S – MUJERES														
16 a 20 AÑOS					21 a 30 AÑOS					> 30 AÑOS				
PD	E	N	P	L	PD	E	N	P	L	PD	E	N	P	L
0	25	25	33	28	0	25	25	35	23	0	25	27	34	25
1	25	25	36	31	1	25	26	38	26	1	25	29	37	25
2	25	25	39	34	2	25	27	41	29	2	28	31	40	25
3	25	25	42	36	3	28	28	44	33	3	30	33	43	26
4	25	27	45	39	4	30	31	47	36	4	33	35	46	29
5	26	29	48	42	5	32	33	50	39	5	35	36	48	32
6	29	31	52	45	6	35	35	53	42	6	38	38	51	35
7	31	33	55	48	7	37	37	56	45	7	40	40	54	37
8	32	35	58	51	8	39	39	59	48	8	42	42	57	40
9	38	37	61	54	9	42	41	61	51	9	45	44	60	43
10	40	39	64	57	10	44	43	64	54	10	47	45	63	46
11	43	41	67	60	11	46	45	67	57	11	50	47	66	49
12	46	43	70	63	12	49	47	71	60	12	52	49	69	52
13	49	45	73	66	13	51	49	73	63	13	55	51	72	54
14	52	47	75	69	14	53	51	75	66	14	57	53	75	57
15	55	49	75	72	15	55	53	75	69	15	60	55	75	60
16	57	51	75	75	16	58	55	75	72	16	62	56	75	63
17	60	54	75	75	17	60	57	75	75	17	65	58	75	66
18	63	56	75	75	18	62	59	75	75	18	67	60	75	69
19	66	58	75		19	65	61	75		19	70	62	75	
20		60	75		20		62	75		20		64	75	
21		62	75		21		64	75		21		65	75	
22		64	75		22		66	75		22		67	75	
23		66	75		23		68	75		23		69	75	

UBICACIÓN EN LA CURVA NORMAL	ADJETIVOS	NOTA “T”
Muy bajo	Muy poco	1 - 35
Bajo	Poco	36 - 45
Promedio	Moderadamente	46 - 55
Alto	Bastante	56 - 65
Muy alto	Muy	66 - 99

BAREMO DE CONVERSION A PUNTAJE “T” – EPQ-R-S – HOMBRES														
16 a 20 AÑOS					21 a 30 AÑOS					> 30 AÑOS				
PD	E	N	P	L	PD	E	N	P	L	PD	E	N	P	L
0	25	25	31	28	0	25	30	34	28	0	25	25	34	25
1	25	26	34	31	1	25	32	37	31	1	25	29	37	25
2	25	28	37	34	2	25	33	40	34	2	27	31	39	26
3	25	30	40	38	3	25	35	43	37	3	29	33	42	29
4	25	32	42	41	4	27	37	45	39	4	32	34	45	31
5	28	34	45	44	5	30	39	48	42	5	34	36	48	34
6	31	36	48	47	6	32	40	51	45	6	37	38	51	37
7	33	38	51	51	7	35	42	54	48	7	39	40	54	39
8	36	40	54	54	8	37	44	57	51	8	42	42	56	42
9	39	42	56	57	9	39	46	59	54	9	44	43	59	45
10	41	44	59	60	10	42	47	62	57	10	47	45	62	47
11	44	46	62	63	11	44	49	65	59	11	49	47	65	50
12	46	48	65	67	12	47	51	68	62	12	52	49	68	53
13	49	50	68	70	13	49	53	71	65	13	54	51	71	55
14	52	51	71	73	14	52	54	73	68	14	57	52	73	58
15	54	53	73	75	15	54	56	75	71	15	59	54	75	60
16	57	55	75	75	16	57	58	75	74	16	62	56	75	63
17	60	57	75	75	17	59	60	75	75	17	64	58	75	66
18	62	59	75	75	18	62	61	75	75	18	66	60	75	68
19	65	61	75		19	64	63	75		19	69	61	75	
20		63	75		20		65	75		20		63	75	
21		65	75		21		67	75		21		65	75	
22		67	75		22		68	75		22		67	75	
23		69	75		23		70	75		23		69	75	

Anexo 21 – Respuestas a las cuestiones abiertas.

Observaciones, comentarios, sugerencias o críticas que desee hacer, distribuidas de acuerdo con los grupos de perfil psicológico

Introversos/extroversos:

1 – P/MB/B/P – 1M, 2M, 11M, 23H, 72M, 96H, 103H, 105M, 110M, 111H (6 Mujeres e 4 Hombres)

1 M – Mejora de la flexibilización de horarios; Mejora salarial; Mayor reconocimiento; Plan de carrera.

2 M – Sin comentarios.

11 M – La inseguridad de los regímenes de contrato hace que el SUS, a pesar de ser el lugar que más aprecio por trabajar en él, no sea el objetivo principal. Como no hay estabilidad, permanecer en el trabajo se hace difícil. Mejorar las estructuras del PSF, fortaleciéndolas, también ayudaría.

23 H – Cuestionario con enunciado un poco confuso. Valoración profesional, plan de carrera, mejor remuneración.

72 M – Sin comentarios.

96 H – No tener la contra referencia del especialista; RXs sin laudos; Demora en la realización de los exámenes auxiliares de diagnóstico.

103 H - Sería necesario mejorar el servicio de especialidades, para una atención más ágil del paciente.

105 M – Actualmente actúo como médico de familia en el PSF, me considero realizada en el lugar donde trabajo y con la interacción del equipo que trabaja conmigo. Resido en BH y estoy muy contenta de ejercer mi profesión en el municipio de Contagem.

110 M – Aumentar el número de equipos de médicos de familia; Invertir más en prevención primaria; Mejorar el servicio de urgencia; Aumentar el número de profesionales con especialidades médicas, para reducir la cola de espera; Mejora la disponibilidad de medicamentos para el usuario.

111 H – Tener mayor estabilidad en el trabajo, para garantizar el trabajo y el plan de carrera de un profesional médico, garantía como profesional de salud en un contexto general; Más calificación de entrenamientos con equipos, para hacer un trabajo multidisciplinario adecuado.

2 – B/MB/P/B – 5M, 6M, 27M, 40M, 44H, 76M (5 Mujeres e 1 Hombre)

5 M - La UBS en general es una buena unidad para trabajar, principalmente por el equipo que posee, necesitando apenas de mejores condiciones de trabajo, que incluye insumos, material y remuneración adecuados, principalmente

6 M – Mejor gestión de los recursos financieros destinados al SUS en cuanto a: Contratación de profesionales en la Atención Secundaria, que es muy deficiente e perjudica la calidad de la atención; Direcccionar recursos para compra de medicamentos que siempre están faltando, lo que provoca descompensación del cuadro clínico de paciente que no tiene condiciones de comprar medicamentos; Elevar el salario del médico ESF de Contagem, que actualmente es muy bajo, el más pequeño de la región metropolitana.

27 M, 40 M, 44 H e 76 M – Sin Comentarios.

3 – P/B/B/MB – 14H (1 Hombre)

14 H – Suministro regular de insumos básicos como suero fisiológico, medicación analgésica y sintomática, para tratamiento de casos agudos; hoy, la regla es faltar tales insumos y medicamentos en la farmacia distrital; Disponibilidad de un médico referencia , con fácil acceso, para discutir dificultades, flujo y conductas para algunos casos; Reducción de la rotación de los cargos de dirección y de las referencias técnicas del municipio; Mejora de la comunicación entre la atención básica y los servicios de urgencia/emergencia y los CAPS; Existencia de la contra referencia de los profesionales de la atención secundaria.

4 – P/MB/MB/P – 15H, 85M (1 Hombre y 1 Mujer)

15 H – Deseo que nuestro municipio proyecte un crecimiento constante de las condiciones socioeconómicas y calidad de vida de toda su población.

85 M – Sin comentarios.

Introvertidos:

5 – B/B/MB/B – 3M, 43M (2 Mujeres)

3 M – Autonomía para definición de la agenda; Mejorar la referencia y contra referencia; Falta de material como papel higiénico y papel toalla en los consultorios.

43 M – Creo que la investigación es un trabajo importante, ya que la calidad en la atención es directamente proporcional a la calidad de la salud del profesional.

6 – B/MB/B/B – 7M, 9H, 13H, 17M, 22M, 26H, 29H, 32H, 35M, 36H, 37M, 38H, 42M, 45M, 47H, 48M, 50M, 53M, 54H, 55M, 58H, 59H, 60M, 64M, 66H, 67H, 68H, 73M, 75H,

79H, 80H, 82M, 88H, 89M, 92M, 94H, 98M, 102M, 106M, 108H (20 Mujeres e 20 Hombres).

7 M – Sin comentarios

9 H – Sugerencia de un cuestionario con preguntas más claras y objetivas.

13 H – Como profesional médico, desearía tener las medicaciones y equipos disponibles cuando lo necesitara, para poder asistir de manera integrada y de forma ecuánime a los usuarios y sus demandas. Otro punto que debe destacarse es la remuneración debida, no ideal, que los profesionales médicos encontramos al trabajar en el servicio público en el ámbito de la atención primaria de la salud.

17 M, 22 M, 26 H, 29 H – Sin comentarios.

32 H – Mejora en la seguridad en los puestos de salud; Remuneración más adecuada.

35 M – Sin comentarios.

36 H – Mejora de las condiciones de materiales y recursos humanos en la ESF.

37 M – Creo que debería haber incorporación de más equipos y contratación de más profesionales de todas las áreas, para no acarrear sobrecarga; Además, mejora en la comunicación dentro de la unidad.

38 H, 42 M – Sin comentarios.

45 M – Mejores condiciones de trabajo; Más autonomía; Mejor salario,

47 H – Creo que uno de los puntos principales para la satisfacción del profesional médico es una mejor atención secundaria y una mejor disponibilidad de medicamentos, dado el gran volumen de pacientes que quedan retenidos en las UBSF con tratamientos inferior al ideal. Tener el conocimiento, saber el tratamiento y no poder dar seguimiento al tratamiento es, en mi opinión y de varios colegas médicos, un gran punto de frustración con el funcionamiento del SUS.

48 M, 50 M, 53 M – Sin comentarios.

54 H – Solicitar al Secretario de Salud de Contagem agilidad para contratar colegas médicos para el equipo 6 desde PSF, por sobrecarga de trabajo.

55 M – Me gustaría la mejora de la comunicación entre PSF – SAMU – UPA; La falta de enfermero dificulta mucho el progreso del PSF.

58 H – Cuestionario largo para el tiempo disponible; Mejor reconocimiento salarial; Mejor nivel de integración entre el primario/ secundario/ terciario; Mejor estructura física.

59 H – Capacitación del personal a nivel básico, principalmente ACS y técnicos de enfermería.

60 M – Implementación del historial electrónico para facilitar la atención, así como reducir el problema de pérdida de registros o atención a personas no registradas; Levantamiento u adecuación de número de usuarios por equipo, para reorganizar equipos sobrecargados como la mía.

64 M – Estudio muy pertinente y aún considero que lo que más afecta la vida profesional de salud es la relación trabajador y usuario, en su forma de tratar el profesional; muchas veces de forma irrespetuosa o requiriendo aún establecer una relación dependiente; Y la remuneración también es importante para que podamos cuidar mejor de nuestra salud mental y física.

66 H – Sin comentarios.

67 M – Lo que podría mejorar sería la sala de urgencias. En el nuestro no tiene ventana, digo tiene una ventana muy pequeña, en la cual ocurre poca ventilación; Y en la unidad no hay, muchas veces, materiales importantes para ejercer el cuidado con el paciente, como, por ejemplo, otoscopio para realizar las atenciones, así como tener los materiales médicos para garantizar un cuidado de calidad al paciente.

68 H – Mi unidad presenta un número de habitantes muy por encima del límite orientado por el SUS; Sumado a esto, la remuneración ofrecida no estimula la permanencia del profesional.

73 M – Cuando hay desfaldo de personal médico en la unidad el médico queda solo con demanda de todos los equipos desasistidos, no hay médicos "feristas"/ sustituto de vacaciones para cubrir tales desfaldos.

75 H – Un cuestionario largo y agotador.

79 H – La gestión debería ser calificada, saber cómo ejercer el liderazgo, actuar con transparencia y establecer objetivos y metas, valorando a los buenos profesionales; El servicio debería disponer sus flujos y rutinas disponibles para consulta en internet; La política de educación permanente debería ser implantada como previsto; Las condiciones de trabajo, insumos y población adscrita deberían ser como preconizado; La remuneración podría valorizar el alcance de metas, por ejemplo, reducción de internación por condiciones sensibles, tratamiento y mantenimiento del abandono del tabaquismo, diabetes e hipertensión controlados, gestante y niños acompañados.

80 H – Mejoras en las condiciones de trabajo, más seguridad en las UBS, más apoyo de los gestores, mejores remuneraciones, menos interferencias políticas.

82 M – Mejor remuneración para estabilización de vínculos; Plan de carrera; Aumentar disponibilidad de medicación en la red; Estructuras físicas; Mayor efectividad y resolución, así como aumento de profesionales NASF.

88 H – Re división de equipos considerando una población máxima 3500 a 4500 usuarios; Seguridad en las unidades más vulnerables a delitos y amenazas contra funcionarios públicos; Mejora del flujo de Referencia y Contra Referencia; Mejora del flujo de exámenes complementarios de alto costo.

89 M – La demanda de los usuarios por las consultas es muy alta y a menudo son servicios innecesarios; Creo que es una cuestión cultural/ una cierta “dependencia” de la población en relación con el SUS.

92 M – Aumento del número de empleados para satisfacer la gran demanda y no sobrecargar a los profesionales.

94 H – Aumento del número de empleados para no sobrecargar a los profesionales.

98 M – Inversión e seguridad de acuerdo con cada área, tan pronto como el vínculo laboral esté en vigor.

102 M, 106 M, 108 H – Sin comentarios.

7 – MB/B/B/B – 19M, 31H, 62M, 63H, 74M, 77M, 99H, 109M (5 Mujeres e 3 Hombres)

19 M – Debería haber comunicación entre red del portal de la salud pública y más trabajo volcado en casos reales, proyectos que salgan del papel pero con aval de los profesionales en general para evaluar tal proyecto.

31 H – Sin comentarios.

62 M – En relación al cuestionario él es extenso y las preguntas son grandes; Medidas para mejor satisfacción profesional: mejores condiciones de trabajo e insumos, más capacitaciones, oportunidad para realización de maestría y mejores condiciones de trabajo, digo, salarios más dignos.

63 H – Sin comentarios.

74 M – Me pareció interesante el tema de la investigación y espero que contribuya a mejorar la calidad y la salud de los profesionales de salud de Contagem.

77 M – Una mirada más cercana de la gestión distrital al servidor, ya que todos tienen que "estar bien" para desempeñar su papel de "cuidar del otro".

99 H – Valorización profesional (pasa por remuneración, condiciones de trabajo, principalmente capacidad de resolver las cuestiones como por ejemplo, tener acceso a exámenes, encaminamientos con contra referencia); Valorización e implementación efectiva del SUS; Lo que veo es que no ha sido implantado y sufre críticas de todos, incluso nuestra; Cómo podemos juzgarlo si no conseguimos implantarlo; A mí me parece que interesa a muchos que él, SUS, no funcione.

109 M – En general mejorar las condiciones de trabajo, la seguridad de los trabajadores.

8 – B/B/P/P – 90M (1 Mujer)

90 M – Sin comentarios.

9 – MB/MB/B/P – 4H, 8H, 12M, 18H, 30H, 34M, 56H, 57H, 61M, 71M, 83M, 91H, 95M, 97M, 100M, 107M (7 Hombres y 9 Mujeres)

4 H – En el contrato podría adjuntarse: vacaciones, similar a los "más médicos", como menos impuestos y descuentos etc.

8 H – Mejorar el salario; Contratar más médicos; Tener más recursos en la unidad (como medicamentos y exámenes; Aumentar el personal y frecuencia de los profesionales del NASF; Tener un "day off", para poder estudiar/hacer un posgrado; Evitar los médicos reguladores que niegan nuestros encaminamientos sin ver al paciente; Más seguridad en la UBS.

12 M – En la primera parte de la encuesta podría entrar la opción tal vez.

18 H – La Salud de la Familia en Contagem está iniciando, muchas unidades de salud aún no están preparadas, por lo que hay mucho desafío; En el futuro puede mejorar, el usuario también está adaptando, muchos desconocen.

30 H, 34 M, 56 H, 57 H, 61 M, 71 M – Sin comentarios.

83 M – La garantía de la continuidad del cuidado al usuario en la red SUS Contagem, lo que hoy no sucede, ya que falta especialistas en la red para el encaminamiento de los pacientes; Mejora de la seguridad de los profesionales de las ESF que se encuentran a merced de la violencia de muchos usuarios.

91 H, 95 M, 97 M – Sin comentarios.

100 M – Mayor tiempo para consulta médica, buscando una atención más individualizada para cada usuario; Valorización de la calidad de atención y no del número de personas atendidas por día; Planificación de acciones preventivas para la comunidad, con ayuda a través del suministro de materiales.

107 M – Sin comentarios.

10 – MB/MB/P/P – 20H, 39M, 70M (1 Hombre y 2 Mujeres)

20 H – Sin comentarios.

39 M – Tener acceso a recursos básicos para el trabajo, como por ejemplo, otoscopio, pilas, cable de bisturí, impresora con tinta; tener disponibles recursos que a menudo faltan en UBS – pruebas rápidas, pruebas de embarazo, la posibilidad de realizar exámenes con urgencia, con resultado el mismo día; Programa de actualización de contenidos médicos; Más seguridad a

los trabajadores – física y mental; Aumento de la remuneración; Menor tiempo de espera para consultas con expertos y exámenes complementarios.

70 M – Sin comentarios.

11 – B/MB/MB/B – 25H, 51H, 52M, 65M, 78M, 87H, 101M (3 Hombres e 4 Mujeres)

25 H – Sin comentarios.

51 H – Me gustaron las preguntas y creo que es de buena utilidad para contribuir a mejorar las acciones en salud en las ESF.

52 H – Sin comentarios.

65 M – Creo que sería ideal e importante adaptar mejor la cantidad de pacientes por cada equipo, para que quede equilibrado y justo (considerando la misma cantidad de profesionales/equipo).

78 M – Me gustaría tener un equipo con agentes comunitarios de salud, porque nuestro equipo no tiene ninguno; Me gustaría un ambiente donde pueda ir al baño o a la cocina sin tener que pasar por la recepción; Quisiera una jefatura más presente y actitudes tomadas por la gerencia basadas en la priorización médica y no porque el paciente fue a la gerencia a pedir para el examen ser lanzado.

87 H – Redistribución de los equipos conforme población inserta; la ESF en Contagem requiere más recursos humanos; Mayor seguridad en los ambientes de trabajo e instalaciones como estacionamiento y ambiente de trabajo; Necesidad de planes de carrera con foco en la educación continuada.

101 M – Para satisfacción profesional en este momento sería la mejora de equipos y medicamentos en el PSF; Mejor reconocimiento salarial.

12 – MB/B/MB/P – 69M (1 Mujer)

69 M – Creo que el médico necesita mejores condiciones de trabajo para realizar mejor las atenciones a los usuarios; La condición médica es un tema crucial y de mucha relevancia, así como mejores condiciones salariales.

13 – B/B/B/B – 10M, 16M, 21H, 24M, 28M, 33M, 41M, 81H, 93M (7 Mujeres e 2 Hombres)

10 M – Mejorar la información para pacientes sobre cuáles son los medios de atención en salud disponibles, orientarlos sobre cómo está funcionando la atención del PSF.

16 M – Mejor estructura (informatización, materiales de trabajo); Ampliar equipo (administrativo y técnicos); Mejorar atractivos para disminuir rotación de médicos en la ESF; Seguridad (con cámaras).

21 H – Sin comentarios.

24 M – Sería interesante aumentar el salario de los médicos, ya que Contagem es una de las regiones que tiene peor salario; Sugiero mejores inversiones en infraestructura de esa unidad.

28 M – Mejora de la estructura física; Mejora de la remuneración y valoración del profesional de salud.

33 M, 41 M – Sin comentarios.

81 H – Salario irrisorio, incompatible con la carga horaria; Jerarquía de la ESF subordina al médico a la enfermera, gerente y otros profesionales no calificados; Un desánimo muy grande con la profesión y un descrédito con relación a posibles cambios.

93 M – Sin comentarios.

14 – MB/MB/MB/P – 46M, 49H, 84M, 86H (2 Mujeres e 2 Hombres)

46 M – Creo que la unión del equipo es fundamental para el buen funcionamiento del lugar de trabajo, debiendo las personas ser cooperativas unas con otras; También es importante que la población comprenda cuál es el papel de una ESF u cuándo la busca.

49 H – Imaginando que muchos colegas estarán pasando por situaciones de estrés o cansancio, posibilitar sesiones de terapia para el síndrome de Burnout.

84 M, 86 H – Sin comentarios.

15 – MB/P/B/MB – 104H (1 Hombre)

104 H – Sin comentarios.