

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN TÉRMINOS DE CONDICIONES DE VIDA Y
CONDICIONES DE TRABAJO Y DESEMPEÑO LABORAL DEL PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA. 2013**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

TERESA ANGÉLICA MENDO NARVÁEZ

Asesora:

MARGARITA CERNA BARBA

Cajamarca - Perú

2015

COPYRIGHT © 2015 by
TERESA ANGÉLICA MENDO NARVÁEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**CALIDAD DE VIDA EN TÉRMINOS DE CONDICIONES DE VIDA Y
CONDICIONES DE TRABAJO Y DESEMPEÑO LABORAL DEL PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA. 2013**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

TERESA ANGÉLICA MENDO NARVÁEZ

Comité Científico

Dra. Rosa Carranza Paz
Miembro de Comité Científico

Mg. Tito Urquiaga Melquiades
Miembro de Comité Científico

Dra. Humbelina Chuquilín Herrera
Miembro de Comité Científico

Dra. Margarita Cerna Barba
Asesora

Cajamarca - Perú

2015

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen del Arco por darme siempre la fe y fuerza para lograr todo lo que me propongo.

A mis queridos Padres por su invaluable amor y estar siempre a mi lado enseñándome que las cosas se hacen con constancia y dedicación.

A toda mi familia y amigos que estuvieron allí para darme ánimos en este proyecto.

Teresa

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Dra. Margarita Cerna Barba por su apoyo en la elaboración de este estudio.

A mi padre Marcial Mendo Velásquez que con su experiencia, paciencia y entusiasmo logró que no desmayara en la culminación de este estudio.

A todos los Médicos del Hospital Regional de Cajamarca que me brindaron su valioso tiempo para realizar este estudio.

A todas las personas que directa e indirectamente me ayudaron en la realización y culminación de este estudio

ÍNDICE

Ítem	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Justificación e importancia	19
1.3. Delimitación de la investigación.....	23
1.5. Objetivos.....	23
CAPÍTULO II:.....	24
2.1 Antecedentes de la investigación.....	24
2.2. Marco de las teorías particulares en el campo de la ciencia	33
2.3. Marco conceptual.....	41
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	53
3.1. Hipótesis	53
3.2. Variables	53
3.3. Operacionalización de los componentes de la Hipótesis	53

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	58
4.1. Ubicación geográfica	58
4.2. Diseño de la investigación	59
4.3. Métodos de investigación	59
4.4. Población, muestra.....	59
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	61
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	62
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
5.1. Presentación de resultados y análisis.....	63
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	95

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Condiciones de vida del personal médico del HRC-2013.....	63
Tabla 2. Condiciones de consumo del personal médico del HRC.....	65
Tabla 3. Distribución de los médicos según el vínculo de la ideología dominante	67
Tabla 4. Condición Laboral del personal médico del HRC	68
Tabla 5. Características de trabajo del personal médico fuera del HRC	69
Tabla 6. Razones por tener más de un trabajo extra expresados por los médicos	70
Tabla 7. Dificultades en el centro de trabajo expresados por los médicos	71
Tabla 8. Distribución de los médicos que realizan algún curso de actualización.....	71
Tabla 9. Razones de satisfacción e insatisfacción en el desempeño laboral expresados por los médicos	73
Tabla 10. Como los entrevistados se sienten al atender a sus pacientes.....	75
Tabla 11. Relaciones interpersonales	76
Tabla 12. Correlación de las variables Calidad de Vida y Desempeño Laboral	83

LISTA DE ABREVIATURAS

HRC	:	Hospital Regional de Cajamarca
MINSA	:	Ministerio de Salud
EsSALUD	:	Seguridad Social de Salud
MOF	:	Manual de Organización y Funciones
EPS	:	Empresa Prestadora de servicios de Salud
SNP	:	Servicio No Personales
CAS	:	Contratación Administrativa de Servicios
OMS	:	Organismo Mundial de Salud
PBI	:	Producto Bruto Interno
PNUD	:	Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el desarrollo
SPSS	:	Pasw statistics
SAS	:	Sistema de Análisis Estadístico

RESUMEN

El presente trabajo permitió conocer y estudiar las características de la calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo del personal médico del Hospital Regional Cajamarca y su influencia en el desempeño laboral, 2013; siendo el objetivo del estudio: Conocer y estudiar las características de la calidad de vida del personal médico del Hospital Regional Cajamarca y su influencia en el desempeño laboral, utilizándose una metodología analítico descriptivo y analítico explicativo, estudiando a 46 médicos, seleccionados al azar, a través de un cuestionario y entrevistas. La comprensión del objeto de estudio tiene su base en el análisis de las condiciones de vida y de trabajo, del personal médico, explicando así el desempeño laboral en la misma institución. Los resultados presentan la relación que existe entre el desempeño laboral con las características socioeconómicas de los médicos del HRC, se descarta que existe una relación significativa entre el estado civil y condición laboral (nombrado y contratado); el aporte económico y la condición laboral, los ingresos y cantidad de hijos; y dependientes económicamente y el consumo familiar. En relación al desempeño laboral, de acuerdo a los resultados se deduce que la mayoría de médicos del HRC cumplen con sus tareas diarias con eficiencia y eficacia, tienen una calidad de vida relacionada a la satisfacción que tienen con el desempeño de sus labores asistenciales médicas que brindan a los pacientes cada día. Concluyendo así que en su mayoría los médicos del HRC tienen una alta calidad de vida, y por ende un buen desempeño laboral que les permite ubicarse en un estrato socioeconómico alto. Demostrándose así que existe influencia del desempeño laboral y la calidad de vida del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca, por el coeficiente de correlación de 0,94376, altamente significativa estadísticamente al 99,9%.

Palabras claves: calidad de vida, condición de vida, condiciones de trabajo, desempeño laboral.

ABSTRACT

This work allowed to know and study the characteristics of the quality of life in terms of living conditions and working conditions of medical staff Cajamarca Regional Hospital and its influence in the workplace, 2013 performance; It is the study objective: Understand and study the characteristics of the quality of life of the medical staff of Cajamarca Regional Hospital and its influence on job performance, using descriptive and analytical one explanatory analytical methodology, studying 46 physicians, selected at random, through a questionnaire and interviews. Understanding the object of study it is based on analysis of the conditions of life and work, medical personnel, explaining job performance at the same institution. The results show the relationship between job performance with the socioeconomic characteristics of the doctors at the HRC, rule out that there is a significant relationship between marital status and employment status (appointed and hired); and economically dependent and household consumption, the economic contribution and employment status, income and number of children. In relation to job performance, according to the results it follows that most doctors HRC fulfill their daily tasks efficiently and effectively, have a quality of life related to satisfaction with the performance of their medical care work that provide patients every day. Thus concluding that most doctors HRC have a high quality of life, and therefore a good job performance allowing them to be located in a high socioeconomic status. Thus demonstrating that there is influence job performance and quality of life of the medical staff of the Regional Hospital of Cajamarca, by the correlation coefficient of 0,94376, statistically highly significant 99,9%.

Keywords: quality of life, living conditions, working conditions, job performance.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los estudios que abordan el comportamiento humano del trabajador y su relación con su rendimiento laboral se inician con los experimentos de Hawthorne,¹ realizados en la Universidad de Harvard en la Western Electric Company, cuyos principales hallazgos fueron el efecto beneficio de la expresión libre de sentimientos y emociones del trabajador y sobre todo, el descubrimiento de una cultura organizacional (normas, códigos, reglas de conducta, símbolos, etc.), que por lo general pasa inadvertida por los directivos y aun en los casos en que se sospecha su existencia, no se comprende.

Feeboern G.² señalan que si las organizaciones desean crecer y sobrevivir, deben también servir a los profesionales. Donabedian A.³ menciona que la definición de calidad descansa sobre el grado en el que los intereses de los pacientes han sido atendidos y agrega que para mantener simetría, se debe considerar, cómo el grado de satisfacción de los trabajadores se relaciona con la definición de calidad. Una sensación de satisfacción general puede favorecer el mejor desempeño del profesional.

Aguirre H.,⁴ en México publico los resultados de un estudio sobre las expectativas de los pacientes y los trabajadores de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, concluyendo que la satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores, ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención, en virtud de que no es posible conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia sino se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo.

Existen factores difíciles de modificar como el nivel salarial y la estructura física donde se prestan los servicios médicos, en numerosos casos requiere modificaciones sustanciales y costosas. Con frecuencia los recursos para realizar un procedimiento con la calidad deseada, no son accesibles, causando insatisfacción del trabajador; sin embargo, existen situaciones que pueden mejorar la satisfacción del desempeño de las labores cotidianas, como una mayor participación en la organización del trabajo, expectativas de superación para el trabajador que actúa con eficiencia y calidad.

La atención de la salud tiene tres componentes: la dimensión técnica, la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La dimensión técnica es la aplicación y adecuación de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento al manejo de un problema de salud, es considerada la parte científica de la atención médica y está representada por la propia acción médica.⁵ La relación interpersonal es la interacción social que se establece entre el paciente y el profesional de la salud y es considerada como el arte de la medicina y la representante de la relación médico-paciente. El ambiente, por lo tanto, lo representan, las comodidades o el confort que el paciente obtiene durante el proceso de la atención médica.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores, ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención. No es posible conseguir que una persona realice un trabajo, con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo.⁶ La mayor parte de la investigación en Comportamiento Organizacional se ha interesado en tres actitudes: compromisos con el trabajo, satisfacción laboral y compromiso organizacional. Locke D.,⁷ hizo una revisión de una serie de modelos causales y teorías que tenían relación con la

satisfacción laboral y concluyó que es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo lo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, es decir, que la satisfacción laboral es una respuesta afectiva o sentimental asociada con una percepción diferente entre lo esperado y lo experimentado con relación a las alternativas disponibles de una situación determinada.⁸ Otros factores generadores de la satisfacción fueron descritos por Robbins S, Werther W.,⁹ (1996) quienes conceptualizan la satisfacción laboral como la actitud favorable o desfavorable del individuo hacia su trabajo, un alto grado de satisfacción se verá reflejado en una actitud positiva hacia las actividades diarias. Para Chiavenato I.¹⁰ los factores que determinan la satisfacción laboral son un trabajo mental interesante, la equidad de los premios, las condiciones propias del trabajo y la buena relación con los colegas.¹¹

El trabajador ocupa la mayor parte de su vida adulta en algún empleo, esto determina su nivel económico, su seguridad emocional y felicidad. El trabajo proporciona un sentido de identidad, indica lo que somos, mejora el sentido de autoestima y pertinencia. La insatisfacción en el trabajo ocasionada por un inadecuado ambiente genera daños a la salud física y psíquica, además define en cada uno de los integrantes de la organización, su comportamiento laboral, el cual genera diferente impacto en cada sujeto ocasionando expectativas laborales que se traducen en rendimiento y productividad.¹²

La satisfacción en el desempeño laboral asume compromisos y responsabilidades, para lo cual se requiere óptima capacidad para establecer relaciones interpersonales, ya que en todos los puestos se trabaja siempre en grupo y por lo mismo es útil conocer los mecanismos de las relaciones humanas.¹³

Los motivos, incentivos y necesidades son las razones que dirigen el comportamiento hacia ciertas metas. El liderazgo, las metas y las recompensas pueden inducir al comportamiento y dirigirlo a un fin particular. Las influencias potenciales pueden filtrarse a través de actitudes personales por medio de la percepción, cognición y motivación.¹⁴ En cada uno de estos elementos existen expectativas de los actores de la atención médica: el usuario, el proveedor del servicio y la institución (directivos), que, en caso de ser satisfechas, posibilita garantizar la calidad de atención médica que se otorga en las diferentes instituciones de salud. La principal expectativa de la institución es la satisfacción de la demanda de atención médica, de acuerdo con la normatividad dictada, con énfasis en la productividad, dentro de un marco presupuestal; sin quejas de los derechos y que además le represente al directivo status social, profesional y político, así como satisfacción individual y motivación, el auto desarrollo y la satisfacción, que el propio trabajador obtiene en el desempeño de sus actividades;¹⁵ la dotación de recursos (humanos, materiales y equipos) suficientes y oportunos, así como incentivos laborales y económicos, abarcan toda una serie de factores que influyen en manera directa e indirecta para establecer una satisfacción laboral, en el personal médico. Un clima laboral adecuado implica seguridad de empleo, participación del trabajador en el diseño y aplicación en los planes de trabajo, comunicación horizontal, coordinación, información oportuna, respeto, justicia, liderazgo democrático, bienestar y confort. Dentro de las expectativas de los usuarios se incluyen la accesibilidad social, cultural y geográfica; oportunidad en el otorgamiento de los servicios médicos, otorgar el tiempo necesario para establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento; cortesía y trato amable, solución del problema que genero la demanda de servicios, información y educación sobre la naturaleza de la enfermedad, el control y prevención de complicaciones, así como tratamiento, dieta y ejercicio.

Por lo expuesto, resulta muy importante conocer el grado de satisfacción laboral (como parte del desempeño) de los médicos en los diferentes servicios en el Hospital Regional de Cajamarca, para lograr identificar aquellos factores que pudieran ser modificables y que permitan obtener una mejor calidad de vida profesional y finalmente brindar mejor calidad de atención a cada paciente.

Actualmente el trabajo es la manera de ganar dinero para satisfacer necesidades básicas; obtener estatus y sobre salir.¹⁶

El surgimiento de una necesidad se ve acompañado de una fuerza que impulsa o motiva al sujeto a actuar en búsqueda de la satisfacción de este, (Robbins, J.)¹⁷ menciona la Teoría de la Motivación y la Higiene que toma en cuenta los factores que alteran el medio ambiente y, aplicado al ámbito laboral se refiere a la posibilidad de que los empleados se sientan satisfechos por la influencia de factores provenientes del trabajo mismo, con el sentimiento de logro al realizar ciertas tareas, el reconocimiento por parte de los jefes, en inclusive el progreso y crecimiento personal.

Porter L., citado por Arellano C.,¹⁸ realizó un estudio de calidad de vida laboral, se encontró que los empleados se sienten más motivados a conseguir lo que les hace falta, por lo que, si desean mantener una calidad de vida dentro de su trabajo, deben ser capaces de satisfacer sus necesidades secundarias, según la teoría de la Pirámide de Maslow, mas importante a través del trabajo mismo. Esto es, alcanzar un crecimiento personal relacionando la satisfacción de sus necesidades con las satisfacciones que ofrece la organización.

No cabe duda que la calidad de vida del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca, está relacionado con el contexto laboral y por ende con las condiciones de trabajo que actualmente dispone con la nueva infraestructura, equipamiento y material, sintiéndose satisfechos en el servicio que brindan a la comunidad Cajamarquina, contribuyendo a la calidad de vida de dicha población y por ende su satisfacción profesional.

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

La necesidad de condiciones de trabajo favorables en las instituciones de salud frente a las exigencias de un mejor desempeño de sus recursos humanos – médicos, enfermeras y otros profesionales – es un hecho incuestionable y emergente en nuestro país, sobre todo teniendo en cuenta que las políticas del sector plantean lineamientos muy claros respecto a... “políticas de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad”.¹⁹

Paralelamente a estos eventos, en el contexto social, se viene generando algunos mecanismos de presión por parte de las organizaciones gremiales de los trabajadores de salud – médicos, enfermeras, obstétricas, etc. -, cobrando de estas instituciones de salud – la demostración de sus resultados. Esta presión social refleja la necesidad de actualización y reorganización de los servicios de salud, incorporando métodos y tecnologías compatibles con nuestro medio y con la prestación de servicios, y aún la capacitación y muchos otros beneficios de los recursos humanos.

No existe, sin embargo, evidencias por parte de los servicios de salud de que invertir en los recursos humanos de sus organizaciones sea un objetivo claramente definido en términos de una política de personal y que haga parte del proceso de modernización de sus instituciones,

únicamente “el campo de recursos humanos en salud ha sido estudiado desde una perspectiva económica en función de su concurrencia como factor productivo en el proceso de trabajo que concluye con la prestación de servicios de salud”.²⁰

En el marco del contexto latinoamericano, se viene observando que empleados, formadores, corporaciones, sindicatos de distintas profesiones de salud, usuarios, organizaciones populares y grupos de trabajadores construyen en la práctica en forma interactiva una base de políticas de reforma del sector salud y de reforma de los recursos humanos en salud, y compiten bajo reglas o sin ellas para hacer prevalecer sus propias perspectivas de análisis y sus propios intereses. Esta situación se viene dando, en general, toda vez que la capacidad reguladora de los estados latinoamericanos en este campo es débil y se está debilitando intencionalmente en parte argumentando que el Estado al ser formador y empleador, es juez y parte en esta problemática.²¹

Este argumento viene siendo identificado por los estudiosos del campo como de doble uso, ya que sirve al mismo tiempo para descalificar al Estado como juez y parte y, es que habiéndose establecido en el mundo el neoliberalismo, y haberse introducido este modelo de desarrollo con mucha fuerza en el sector salud - al igual que en otros sectores como educación -, la creciente inversión de capital en empresas educacionales y de servicios de salud privados, aunado a una prédica ideológica que no supera aquello de la libre competencia y el mercado liberal, como característica de lo moderno, se ha complejizado menormente y, sus consecuencias son vistas claramente en el campo de la salud, de la atención y servicio a la problemática de salud y, particularmente en el campo de los recursos humanos en salud.²²

Así “desempleo, migraciones selectivas, subempleo, multiempleo, desajustes entre formación y calificaciones requeridas, sobre especialización, superposición y sobre oferta de servicios a poblaciones de altos ingresos, abandono de poblaciones de bajos ingresos o dispersas, huelgas, matriculas gigantescas, materias filtro, restricciones migratorias, proliferación de facultades, escuelas y academias, cambios súbitos en las modalidades de prestación y/o de financiamiento, boicots institucionales, surgimiento de nuevas especialidades, etc.; distan mucho de ser fenómenos inconexos e inexplicables si uno aplica una perspectiva analítica de actores sociales que pugnan por alcanzar objetivos complejos y conflictivos”.²³

Desarrollar recursos humanos para la salud, significa incluirlos en las políticas de Desarrollo, dentro de estas a las Políticas de Salud y de Educación, buscando como objetivo último la atención de las necesidades de salud de la población. Estos recursos humanos del área de la salud – médicos, enfermeras, obstetrices, etc.- permanecen, así sujetos a las condiciones que definen las prácticas de salud y la forma como estas prácticas están socialmente organizadas.

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento de la organización y para conseguir que este ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda el cuidado de los recursos humanos en las organizaciones de salud, invirtiendo en su mantenimiento y con lo cual se evita su deterioro rápido. Según la Organización Mundial de la Salud los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia, porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas y de la motivación de los profesionales que trabajan en este sistema. También recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos

considerando que las condiciones de trabajo de los profesionales tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre su desempeño en la organización.²⁴

En América Latina sólo hay algunos pocos países con legislaciones globales sobre la reforma del sector salud, y es el caso del Perú, donde no tenemos aún reformas explícitas, pero sí reformas sanitarias parciales desde hace ya varios años que autores como Arroyo, ha denominado como “la reforma silenciosa de salud”. Este proceso se ha desarrollado desde 1988 en varias etapas y sólo a partir de 1997 se ha convertido en reforma explícita o legal, sin que se detenga la reforma silenciosa”.²¹

1.1.2. Descripción del problema

Según los responsables de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en nuestro país especialmente Ministerio de Salud (MINSA), el tema de los recursos humanos, particularmente el recurso profesional médico, es identificado como uno de los principales problemas del sector. Los aspectos enfatizados sin embargo privilegian sobre todo la dimensión cuantitativa dejando de considerar su relación con las determinaciones sociales más amplias que podrían revelar, por ejemplo, la oferta insuficiente de profesionales médicos sobre todo en el interior del país, sus bajas remuneraciones, distribución geográfica desigual, falta de oportunidades para capacitarse, horarios y jornadas de trabajo deshumanizantes y, en general, condiciones de trabajo deficientes. “La visión cuantitativa reduce el concepto de recursos humanos como mano de obra, insumo de proceso productivo institucionalizado en el sector”. En este contexto el personal médico, incluido como recurso humano en las instituciones públicas del sector, particularmente en MINSA reflejan una situación laboral que ha venido deteriorándose, no solamente en aspectos relacionados con los ingresos

económicos de recompensa por su ejercicio, sino también con la estabilidad laboral, posibilidad de crecimiento y satisfacción de necesidades individuales y familiares, en general deterioro de su calidad de vida.

Según el Foro Salud,²³ en América Latina, pocos son los países que han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos y ello se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en la distribución de recursos humanos, concentración urbana, crecimiento asimétrico de oferta y demanda de recursos humanos, crecimiento de la esfera de la educación mayor a los requerimientos de la esfera del trabajo en salud, desfases en la calidad de los recursos humanos, renovación desordenada de las profesionalización y estancamiento del empleo público.

El Compendio Estadístico Perú, 2014²⁵ indica que el Ministerio de Salud tenía registrado 65 110 profesionales médicos de los cuales el 55.95 % estaban centralizados en la capital. Para la Región de Cajamarca tenía un registro de 728 médicos, siendo la población usuaria de 1 519 764. Aunque no hay ninguna recomendación de OMS u OPS sobre número de médicos por habitante para países, sin embargo, a comienzos de la Década del 70 un plan de salud para las Américas recomendaba un médico cada mil habitantes.²⁶

Las situaciones de centralización en grandes ciudades, el subempleo de médicos, así como las condiciones de trabajo nada satisfactorias para estos profesionales vienen siendo objeto de estudios en algunas investigaciones, a nivel nacional y de Latinoamérica.

Son investigaciones que sin embargo, no están revelando los condicionantes y/o determinantes de estas situaciones por los enfoques de investigación que se aplican. Así, en el estudio “Médicos contratados por servicios no personales: Inhumana realidad”,²⁰ se

registra como problema muy serio que afecta actualmente a la profesión médica en el Perú, la carencia de empleo seguro, digno y edificante.

Carrasco, V.²⁶ precisa que, de las facultades de medicina en el país, el promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el periodo de 1917-1926 a 1 026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995, habiendo un reporte de variación desde 1 287 en 1998 a 2 183 en 2003. Cada año centenares de estos egresados de los de las 28 facultades de medicina de las universidades nacionales y particulares, se incorporan a la oferta de servicios profesionales sin que puedan encontrar una opción laboral adecuada a su preparación.

Los médicos graduados peruanos tienen inevitablemente que presentarse para cumplir con el Servicio Rural y Urbano-Marginal de Salud (SERUMS), programa que, sin embargo, no es garantía para ser empleado reconocido oficialmente en una institución de salud, toda vez que, mediante un sorteo de plazas sólo 1 de cada 4 egresados obtiene un puesto temporal rentado por un año, con un salario mensual aproximado de S/ 3,800. Los que no lograron alcanzar este puesto temporal de trabajo. Algunos médicos se ven obligados a realizar el SERUMS en la modalidad equivalente, sin remuneración alguna, debiendo trabajar en el Puesto o Centro de Salud asignado, con sus propios recursos. El único beneficio que adquieren a cambio, es el puntaje que les servirá en el concurso para el Residentado Médico o algún remoto empleo público que pudiera presentarse, ya que el SERUMS es requisito indispensable para el ejercicio profesional dentro del Estado. Al concluir el SERUMS, la mayor o la única opción de superación personal u ocupación temporal la constituyen los programas de segunda especialización de las diversas universidades e instituciones de salud a nivel nacional. Los médicos recién egresados, ex serumistas, tienen que presentarse a un concurso de admisión

para el Residentado Médico si pretenden seguir en la carrera profesional o alcanzar un espacio laboral, aunque sea transitorio.²⁶

Después de los concursos, sólo 1 de cada 4 postulantes logra una plaza remunerada de Médico Residente por tres años, que es lo que dura la mayoría de los currículos de las especialidades. Al terminar su formación como especialista, el ex Médico Residente se halla, paradójicamente, en la condición de desempleado. Como se puede deducir, año tras año se ha venido incrementando el contingente de médicos que no encuentran un puesto de trabajo adecuado en el sistema actual de la salud pública del país.²⁶

Aun cuando en el 2013 se llevó en el MINSA el último y limitado proceso de nombramientos, ya desde hacía 16 años que había desaparecido en el Perú la opción legal de un empleo adecuado, generándose en el sector privado y público una situación deprimente respecto a beneficios laborales, muy cuestionada. En efecto, fue en el marco del reajuste económico neoliberal llevado a cabo por el gobierno de Fujimori cuando desde 1992 es instalada, con más énfasis, la llamada política de flexibilización laboral. Esta estrategia economicista consecuencia del denominado programa de reforma estructural del régimen pasado se presentaba como un “aporte a la modernidad” que el país requería para garantizar la “movilidad” y “ocupación” de la fuerza laboral, e incrementar la producción y la productividad.

Bajo un mecanismo autoritario la flexibilización laboral se aplicó, particularmente en el sector público, dentro de ellos MINSA y se definió en cuatro pasos: 1) Congelamiento de remuneraciones y minimización de la negociación colectiva, 2) Restricción del derecho de huelga y dispersión sindical, 3) Debilitamiento de la estabilidad laboral, promoción de retiros

voluntarios y despidos masivos, y 4) Eliminación de la estabilidad laboral, y de todo derecho o beneficio del trabajador.

En esta reflexión laboral significaría la relativización del empleo y, básicamente la exoneración al empresario de las responsabilidades sociales para con el trabajador, situación que le permite al empleador – privado o público – extraer más ganancias o reducir sus costos de producción a expensas del personal contratado, dándole la prerrogativa de fijar salarios, condiciones y jornadas de trabajo en forma arbitraria, incluso al margen de los referentes del mercado laboral.

Anteriormente, un contrato de trabajo implicaba una relación vinculante de dos partes: el trabajador vendía su fuerza laboral o sus habilidades laborales en un horario determinado y de acuerdo a las normas legales vigentes; el empleador compraba esa fuerza laboral o habilidad laboral por una remuneración fijada en el contrato, y se comprometía a mantenerlo en el trabajo, a respetar el horario pactado, y a pagar los beneficios laborales correspondientes. Con la flexibilización laboral esa relación vinculante entre dos componentes sociales desaparece. Ya no se contrata a una persona que brinda ciertos trabajos o servicios, sino se alquilan los “servicios” de ésta, disolviendo los atributos de la persona en las capacidades laborales que presta, lo cual, aunque parezca moderno, constituye una regresión histórica en la que, como en el feudalismo, el hombre es considerado como un esclavo y como tal es tratado.

El mismo nombre lo dice en una de sus modalidades más ominosas: el contrato por Locación de Servicios o Servicios No Personales, que también ha llegado a este sector profesional y es que, después del despido masivo de empleados públicos en las diferentes entidades estatales

durante la década de los 90, se dio carta blanca a miles de contrataciones bajo esta siniestra modalidad de Servicios No Personales (SNP). Apareciendo en el año 2008 la modalidad de contratación administrativa de servicios (CAS), con la que se trata de mejorar las condiciones laborales, pero aún persisten las brechas remunerativas y de oportunidades de capacitación en comparación al personal nombrado.

El MINSA y Seguridad Social (EsSALUD), ante la mayor demanda de atenciones, sobre todo del primer nivel, incorporaron bajo esta forma de subempleo a un número creciente de médicos y otros profesionales de la salud. Graves son las consecuencias para la condición de vida y de trabajo del médico peruano; algunas se verifican como: la contratación no reconoce vínculo laboral alguno, ya que los contratos sólo son de naturaleza temporal y para realizar actividades que se encuentren fuera del Manual de Organización y Funciones (MOF) de la institución; modalidad de contratación que viola de manera sistemática la Constitución Política del Perú, que defiende y consagra el derecho de toda persona a un trabajo digno y decoroso, y reconoce los beneficios laborales como irrenunciables; se trasgrede la propia Ley del Trabajo Médico, que estipula la legítima opción del médico de trabajar en calidad de nombrado para el Estado, e incorporarse al desarrollo de la carrera pública; atenta contra las normas fundamentales del derecho Laboral, consagradas por el progreso social y reconocidos universalmente, como: el derecho a la lactancia materno y descanso por maternidad o enfermedad, el derecho al seguro social, y el derecho previsional, entre otros.²⁰

De esta manera los profesionales médicos, al igual que otros profesionales del sector salud y de otros sectores, para poder sobrevivir se ven obligados a aceptar un empleo temporal, son colocados en una situación laboral de despojo legal abusivo y arbitrario. Situación que se torna agravante cuando, como viene ocurriendo en la mayoría de los casos, se mantiene a

médicos y demás profesionales de la salud por más de 10 años bajo este inicuo régimen de contratación. Además, se ha implementado como parte de una secular pobreza y escasez de recursos para dotar de personal y equipos suficientes a los establecimientos de salud.

Según Palomino C.,²⁰ el problema es también social, pues decenas de miles de profesionales y demás trabajadores, entre ellos cinco mil médicos del MINSA se hallan en esta situación. Todos ellos, y muchos otros con especialización, subespecialización y maestrías, sobreviven con remuneraciones ínfimas que los ponen al borde de la pobreza crítica, sin poder proyectar la economía de sus hogares a un mediano o largo plazo, pues la posibilidad del término de sus contratos siempre está amenazante.

Esta situación ha derivado indudablemente, a que numerosos médicos busquen alternativas laborales complementarias, igualmente precarias y lesivas a la dignidad de su profesión. Si antes se habló de la proletarización de los intelectuales, entre ellos los médicos, hoy se tiene que hablar de la informalización y precarización del trabajo en la que la mayoría de médicos jóvenes y de mediana edad tienen que laborar. Sin embargo, la consecuencia más grave lo constituye el desmejoramiento de la calidad del ejercicio médico y el reforzamiento de la deshumanización del acto médico, extendiendo y afianzando las prácticas burocráticas en la atención a los pacientes.

El criterio principal de estos contratos es el llamado incremento de la producción y la productividad, es decir, afrontar la demanda privilegiando el número y no la calidad de la atención. Y, esta situación viene ocurriendo en un país que necesita de médicos, determinada por la falta de responsabilidad del Estado para generar plazas sobre todo en zonas más deprimidas del país como lo son la sierra y la selva.

Asimismo, esta situación administrativa pone en riesgo cualquier política de salud a largo plazo, dado que sería imposible pensar siquiera en llevarla a cabo, con médicos quienes no tienen la certeza de trabajar por lo menos tres meses de manera continua y quienes sufren serias restricciones en cuanto a su capacitación por su condición de contratados por CAS. Estas implicancias, hacen prácticamente inviables la aplicación eficaz y eficiente del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud, ya que quienes ejecutarían sus programas estarían fuera del mismo, condenándolo al fracaso.

Los resultados de esta política de contratación son nefastos para el médico y para muchos otros profesionales del sector salud, de acuerdo con las estadísticas, muchos han perdido su trabajo a consecuencia de su maternidad (CNP) y otros han sido despedidos (CAS), han quedado al margen de la carrera pública, no han podido concursar para alguna Jefatura, tampoco pueden gozar de licencias remuneradas para perfeccionamiento, ni tener un verdadero descanso por vacaciones.

En el campo de la medicina social, muchos cuestionamientos se vienen dando a los modelos vigentes de prestación de servicios de salud, los cuales no vienen respondiendo a las necesidades de salud enfermedad de las colectividades. De igual manera se viene haciendo un cuestionamiento muy profundo a aquellas realidades latinoamericanas, como el Perú, que cuenta con una política de recursos humanos en salud, no bien implementados. Estas controversias exigen a las entidades responsables de esta área la adopción de estrategias y posicionamientos, delante de la necesidad de adecuación de las prácticas médicas desarrolladas en los servicios. Discutir sobre recursos humanos en salud, especialmente sobre el recurso médico en salud, no es por lo tanto tarea fácil, sobre todo cuando se trata de la

complejidad y amplitud de sus aspectos de formación y utilización como recursos humanos de salud en el contexto económico, político y social del país.

El problema de determinar las tareas que son posibles y necesarias para aquellas profesiones, que buscan el compromiso de servicio con los sectores populares, como es el caso de la medicina cuyo objeto de trabajo es la atención al usuario, no puede ser enfrentado considerando solo a los profesionales mismos. No se puede buscar respuesta atendiendo solo a las funciones que ellos creen que les corresponden la naturaleza de la profesión – menos aún, concretándose sobre aquellas acciones que, de hecho, los profesionales realizan – las tareas socialmente asignadas según su perfil – estos caminos no son los únicos y no ofrecen ningún destino para los profesionales que buscan definirse comprometidos.

El propósito de abordar de manera integral el problema de la salud pública nacional pasa ciertamente por ampliar, mejorar y modernizar la infraestructura y la organización sanitaria, pero tiene también que atender la mejora de la condición laboral de sus ejecutantes, pues a través de un empleo seguro, digno y edificante será posible impulsar con dedicación, entrega y continuidad los planes y programas que se implementen; trayendo consigo mejorar ampliamente el desempeño laboral.

En este marco, consideramos que las relaciones existentes entre la profesión de medicina, el ejercicio profesional y el trabajo en salud comprenden un sinnúmero de aspectos, algunos de estos lo constituyen las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y sobre todo las repercusiones que estos generan en la atención de servicio que se ofrece a los usuarios (desempeño laboral) en las distintas áreas como son la hospitalización, emergencia, consulta externa y otras. Estos aspectos aún no han sido revelados en las investigaciones realizadas

con grupos profesionales, como es el caso del personal médico, no obstante, exista un creciente reconocimiento que lo más importante en el sector salud es la inversión en el recurso humano, para mejorar la producción de servicios en salud, es decir mejorar el desempeño laboral.

Es necesario sin embargo revelar que en las instituciones de salud se tiene establecido que el recurso humano de salud, particularmente el identificado como “personal médico” se constituye en un importante factor de producción, ya que es un factor que puede fortalecer con el tiempo, en el sentido que es el único que tiene mayores posibilidades para capacitarse siempre y cuando sea consciente de que como factor de producción puede disputar el control del proceso productivo y, siendo así, es el único que discute las condiciones bajo las cuales ingresa al proceso productivo y por último, el recurso humano médico es el único factor productivo que puede crear el proceso productivo mismo en salud.²¹

El Hospital Regional de Cajamarca al igual que los diversos hospitales del Ministerio de Salud presenta características similares a la problemática descrita; así mismo las características de la población a la cual atiende ha ido cambiando y en incremento; es así que el personal médico con el que cuenta el HRC presenta características importantes y aun no estudiadas en relación a su calidad de vida y desempeño laboral, información que ayudara a tomar decisiones en cuanto a la política de recursos humanos establecida por la institución.

1.1.3. Formulación del problema

Por todo lo expuesto, el presente estudio “Calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo y desempeño laboral del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca 2013”, buscará encontrar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre la calidad de vida, en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo; y el desempeño laboral del personal médico del HRC?

1.2. Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica

Dentro de este marco, se inscribe la finalidad del presente estudio sobre la Calidad de vida y desempeño laboral del personal médico como recurso humano en el Hospital Regional de Cajamarca, el encontrar respuestas a las cada vez mayores inquietudes y cuestionamientos a su ejercicio profesional condicionado y/o determinado por estas variables sociales. Además, el trabajo está orientado a la obtención de información sobre las relaciones humanas satisfactorias y/o insatisfactorias de los médicos en la institución y con la organización del trabajo, la satisfacción y/o insatisfacción de las necesidades de bienestar y de motivación del personal, a fin de impulsar desde nuestro modesto entendimiento algunas estrategias que fortalezcan en la institución implementación de acciones orientadas a fortalecer o mejorar el comportamiento más productivo y la generación de una actitud favorable hacia la organización y el trabajo.

Para el proceso de comprensión de esta realidad, se está teniendo en cuenta que en el marco teórico de la variable calidad de vida, como categoría de estudio, viene siendo estudiada por diversas vertientes con diferentes ideologías, de allí que, las organizaciones, instituciones e investigadores interesados en el campo, lo visualicen y conceptualicen también de manera divergente. En el campo social, sobre todo, este tema es estudiado de manera articulada a los aspectos de condiciones de vida y condiciones de trabajo de la población. Podría decirse, que se coincide de alguna manera para afirmar que la calidad de vida se refleja en el bienestar y

la satisfacción de la persona, lo que consecuentemente le permite desarrollarse como ser social en el campo laboral. Este concepto subjetivo, sin embargo, nos remite a pensar que la calidad de vida humana o propia de cada individuo – personal médico del HRC para el caso de estudio -, estaría muy influenciado por el entorno en el que vive, lo que supone relacionada con la cultura, con las escalas de valores de su contexto, los aspectos socio políticos de la institución, entre otros.

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. En este sentido, calidad de vida humana es un concepto muy amplio que está condicionado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La investigación, en el campo de la salud sobre la calidad de vida y su relación con las características de su trabajo del personal médico, presupone, por un lado desvelar la satisfacción o insatisfacción de las necesidades primarias básicas en el entorno personal y familiar y por otro, descubrir en el entorno de su trabajo las condiciones en que viene desarrollándose este. En este sentido, la comprensión en estos espacios de la calidad de vida del personal médico de MINSA no quedará solamente traducido a registros cuantitativos de fácil traducción como ingreso económico, beneficios sociales de la institución, si no que ampliara el abanico de posibilidades para entender la determinación de, por ejemplo, la renta per cápita, las condiciones de vivienda, el estado de salud, patrones nutricionales, seguridad social, uso del tiempo libre, conocimiento de los derechos humanos en el servicio laboral, etc. Se supera así la visión de considerar en el estudio de esta temática los aspectos

involucrados como categorías separadas que solo requieren traducción individual de las condiciones de vida y el ejercicio profesional, por ende, de la calidad de vida de los trabajadores del sector salud, en general, y particularmente de los médicos del HRC Cajamarca.

Superando así la concepción tradicional que equipara al concepto de calidad de vida con el de nivel de vida, se añade el concepto que hace referencia o que tiene en cuenta la vida del ser humano junto al medio físico que es el de las condiciones de vida. Como señala Setién M.,²⁷ “La Calidad de Vida no equivale a bienestar o felicidad individual, pero sí a la satisfacción global. Se trata de un atributo colectivo, que contiene el nivel de vida y el modo de vida, pero va más allá abriendo camino a una potencialidad donde los objetivos y prácticas de la vida se retroalimentan mutuamente en un proceso continuo y permanente, en una aproximación hacia la satisfacción óptima de las necesidades sociales”.

Aunque cada día es más evidente el esfuerzo por contratar personas competentes para hacer de la institución más eficiente, las propias características de los individuos pueden hacer que esta tarea sea muy difícil. Lo expresado así, se refiere al aspecto de compatibilizar la calidad de vida en el personal médico y sus condiciones de trabajo como determinantes para un servicio de calidad que se pueda ofertar al público usuario en las áreas de emergencia, hospitalización y consulta externa del HR Cajamarca.

1.2.2. Justificación técnica-práctica.

La presente investigación constituirá un gran aporte por la información cuantitativa y cualitativa que desvelará de las categorías de estudio “calidad de vida y características del trabajo del personal médico del HR de Cajamarca”, sujetos de estudio que dentro del contexto

laboral de MINSA Cajamarca son parte de la responsabilidad social de la institución y con ellos se deben emprender acciones concretas que atiendan sus dimensiones personales, familiares, sociales y laborales. Bajo esta visión, se estará promoviendo los cambios de concepción de una acción paliativa, que particulariza el elemento humano, visto solo dentro de su contexto laboral y concebido como un instrumento, para que realmente se constituya en parte de la responsabilidad social de MINSA en general, y siendo así se adopte una visión integral del personal que colabora en la consecución de sus objetivos.

1.2.3. Justificación institucional y personal

Se considera que, en las instituciones como MINSA, el primer paso para poder hablar de responsabilidad social lo constituye el visualizar la atención del recurso humano como una inversión y no como un gasto. Si bien es cierto que la función social es primordialmente del Estado, también parece evidente el papel de contribución de MINSA Cajamarca al cumplimiento de tal función. Dentro de este marco se inscribe el presente estudio, cuyo objetivo primordial se dirige a dar respuesta a las cada vez mayores inquietudes relacionadas con la articulación entre la calidad de vida y las características del trabajo del personal médico y, la búsqueda de la superación de las contradicciones desveladas en esta realidad objetivo, a fin de impulsar un comportamiento institucional más productivo, pero sobre todo más humano y generador de actitudes favorables hacia la organización y el trabajo corporativo en la institución, basándose en que el factor esencial para lograr una alta satisfacción laboral lo encontramos en la riqueza del contenido de trabajo que se realiza y donde estén presentes elementos intelectuales, de iniciativa, creatividad, autonomía, variabilidad y dificultad, y por tanto, el individuo – médicos del HRC – tiene que poner la máxima tensión en el uso de su capacidad laboral. En tal sentido, hay que tener presente que el enriquecimiento del contenido

de trabajo es un proceso paulatino producto del avance de la ciencia y la técnica, la organización del trabajo, la producción y la dirección que elimine la estrecha división del trabajo y permita al hombre desarrollar todas sus potencialidades.

1.3.Delimitación de la investigación

La presente investigación se realizó con el apoyo de los 46 médicos que vienen laborando en las diferentes especialidades en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2013, estudiando los factores que influyen en su calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo y en el desempeño laboral.

Esta investigación no revistió riesgo alguno para los médicos que participaron, pues la información obtenida de los cuestionarios (encuestas y entrevistas) guarda confidencialidad.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida, en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo; y el desempeño laboral del personal médico del HRC.

Objetivos Específicos

- Describir las características de la calidad de vida en términos de condiciones de vida y de trabajo del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca
- Describir el desempeño laboral de los médicos del Hospital Regional Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En la presente sección, realizamos un acercamiento sobre los aportes e investigaciones realizados sobre calidad de vida y desempeño laboral.

Dentro de las diferentes investigaciones que se han realizado encontramos el abordaje de estos temas en forma fraccionada, es decir se estudia la calidad de vida y el desempeño laboral en forma individual, sin establecer relaciones directas entre ambas:

Internacionales

Garcés, Oswaldo en el año 2014 en su estudio de Calidad de Vida en el trabajo del profesional médico y de enfermería en una empresa social del estado de Bogotá, reporta que la calidad de vida en el trabajo del profesional de salud (médico y enfermera) fue globalmente percibida como baja. El multiempleo es un fenómeno que afecta en mayor medida a los hombres, al gremio médico y a los especialistas encontrándose relacionado con la flexibilización laboral y baja remuneración. Asimismo, concluye que toda la intervención de mejora de condiciones de trabajo y calidad de vida en el trabajo de los profesionales responsables directos al cuidado de la salud, impacta positivamente la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y la calidad de vida de la población en general.²⁸

Razo, J.,²⁹ en su investigación realizada en el Hospital Pediátrico de México, evaluó el desempeño y la satisfacción laboral; y reportó que la satisfacción laboral guarda estrecha relación con determinados aspectos del desempeño y una vinculación causa efecto positivo entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador.

Estudios sobre desempeño laboral: En Buenos Aires, Argentina, se realizó un estudio en el cual se propuso indagar las relaciones existentes entre condiciones de trabajo y salud de un grupo de profesionales médicos que se desempeñaban en un Hospital Público, ubicado en el Segundo Cordón del Conurbano Bonaerence, Provincia de Buenos Aires. La misma toma como marco de referencia la reforma del estado, proceso que, a partir de 1990, introdujo cambios significativos en las condiciones laborales del sector salud. Este estudio revela la existencia de un persistente malestar que afectaba el desempeño laboral de sus integrantes y determinaba el surgimiento de padecimientos múltiples. Este malestar fue vinculado por los médicos con las condiciones laborales vigentes en el establecimiento Maynat (Foro Salud, 2005).²³

La serie de investigaciones conocida como los estudios de Hawthorne,¹ de la Wester Electric Company de Chicago en 1997, bajo la dirección de Elton Mayo, de Harvard Bussines shool, reconocieron la importancia de la supervisión sobre las actitudes de los trabajadores. Mediante entrevistas establecieron cuestionarios muy estructurados sobre que le agradaba o disgustaba a cada empleado en materia del ambiente físico del trabajo, supervisión y aspectos de la tarea. Los resultados de la entrevista se emplearon para mejorar las relaciones humanas. El estudio demostró que la satisfacción o insatisfacción tenía poca relación con el ambiente físico del trabajo. La satisfacción o insatisfacción dependía de las actitudes del grupo.³⁰

García A, Ovejero A.,³¹ en una encuesta, consideró a los estadounidenses de diversas partes de la nación para conocer sus actitudes hacia sus trabajos y sus lugares de trabajo. En una escala del 1 al 5 en la que 5 representaba “extremadamente satisfecho”, 71% de los encuestados calificaron su nivel de satisfacción con su lugar de empleo con 4 o 5, mientras sólo 9% lo calificó con 1 o 2. Consideraron los siguientes factores críticos para su satisfacción y desempeño en el trabajo. La oportunidad de hacer lo que ellos hacen mejor; lograr que sus opiniones cuenten, conseguir la oportunidad de aprender y crecer. Sesenta y dos de los que respondieron indicaron que en los siete días anteriores habían recibido el reconocimiento o la aprobación por un buen trabajo; 84% dijo que había tenido la oportunidad de trabajar para aprender y crecer durante el año anterior. Estos resultados son aplicables a lo largo del tiempo como también a lo largo de las fronteras nacionales. Sin importar los estudios que desee observar, cuando a los trabajadores se les pregunta si están satisfechos con sus trabajos, los resultados tienden a ser muy similares; entre 70 y 80% informan que sí se sienten satisfechos en sus puestos. Estos números tienden a variar con la edad – conforme más maduros son los trabajadores más alta es la satisfacción. Pero aún la gente joven – menores de 25 años – informan niveles de satisfacción excesiva de 70%. Además, estos resultados son generalmente aplicables a otros países desarrollados. Por ejemplo, estudios comparables entre trabajadores en Canadá, Gran Bretaña, Suiza, Alemania, Francia y México indican más resultados positivos que negativos.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España,³² realizó una encuesta en donde confirman que los trabajadores españoles manifiestan un nivel medio de satisfacción en el trabajo, al situarse en 6,79 puntos, en una escala de 0 a 10, en la que cero es ninguna satisfacción y 10 muy satisfecho. Los datos anteriores forman parte de los resultados

obtenidos por la tercera Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo, que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha realizado en 2001. El 89,7% de los entrevistados respondieron que estaban satisfechos o muy satisfechos con su trabajo, lo que significa una mejora con respecto a la valoración sobre el mismo tema de años anteriores: 89,1% en 1999 y un 86,7% en 2000. Las principales fuentes de gratificación laborales que mencionan los entrevistados son: el gusto por la realización de su trabajo (24,5%), el compañerismo (11,8%), el sueldo (7,7%), el buen horario (7,5%) y el desarrollo personal (7,4%).³³

Velarde, R.,⁶ llegaron a la conclusión que existe insatisfacción laboral como consecuencia de la falta de procedimientos para otorgar reconocimientos a la labor; becas, estímulos, enseñanza médica continua, de manera tal que motiven a los médicos a lograr su auto-eficacia; los pocos estímulos que existen se otorgan de manera empírica.

Locke E.,³⁴ hizo una revisión de una serie de modelos causales y teóricas que tenían relación con la satisfacción laboral y concluyo que es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo lo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, es decir, que la satisfacción laboral es una respuesta afectiva o sentimental asociada con una percepción diferente entre lo esperado y lo experimentado con relación a las alternativas disponibles de una situación determinada.

En el trabajo realizado en la provincia de Concepción, Chile,³⁵ se encontró insatisfacción por falta de promoción profesional, una de las dimensiones peor valoradas, ya que no hay oportunidad para ascender u ocupar un cargo de mayor responsabilidad; y otro en Madrid, España en el que los médicos de atención primaria se sentían muy satisfechos con la atención y relación con sus pacientes, pero insatisfechos con las autoridades y administradores.

La falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención provoca que se prolonguen los tiempos de espera de los pacientes, se defiere inadecuadamente las citas y existen limitantes para otorgar consulta o atención médica hospitalaria en condiciones óptimas, siempre como resultado de los volúmenes de población que atienden. Aunado a ellos se encuentran los bajos salarios y los escasos estímulos para el personal.

La investigación realizada en el Departamento del distrito federal,³⁶ y el estudio longitudinal en hospitales de tercer nivel del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS),³⁷ destacan la falta de reconocimiento a la labor. Los médicos perciben que su labor no es valorada por la institución o por el personal directivo, diariamente tienen excesivo trabajo y el equipo médico es insuficiente.

Para el Reconocimiento a la labor, los estímulos que se otorgan a los médicos son escasos, el Instituto de Seguridad Social del estado de Tabasco (ISSET), se apoya en la capacitación que ofrecen otras instituciones de salud, ya que su programa de enseñanza es limitado, la capacitación es el eje para el desarrollo de las organizaciones y es fundamental crear una cultura al respecto y de auto desarrollo para avanzar en la calidad. La falta de presupuesto, becas y las dificultades logísticas para los cursos es un común denominador, sin embargo, también es una realidad el desinterés del personal por los cursos que no requieren becas, así como el escaso compromiso del médico en la docencia y en la autocapacitación. Asimismo, no se promueve el reconocimiento por parte del gerente, y también se observa el hecho de que el paciente es quien reconoce la atención del médico con palabras de agradecimiento, y a veces con pequeños regalos.

Existen pocos estudios sobre satisfacción laboral en pediatría que nos informen sobre niveles de prevalencia en este grupo profesional, y cómo afecta a su calidad de vida laboral y a la calidad del servicio que ofrecen a la sociedad. Jiménez C. et.al.,³⁸ en un estudio realizado con cirujanos pediatras, concluyen que los niveles de satisfacción eran bajos o medios, y con una relación positiva y significativa con el nivel jerárquico, siendo la satisfacción intrínseca uno de los principales indicadores que promovieron la satisfacción laboral. En muestras menos especializadas, Velarde R. et al.,⁶ (2004) Concluyen en un estudio realizado con médicos que existe insatisfacción laboral, que hay problemas con la gerencia dado que se carece de procedimientos orientados al capital humano, existe desorganización, desequilibrio entre la oferta y la demanda, y un sueldo insuficiente que contribuye al fenómeno del poliempleo médico.

En la realidad Latinoamericana, Fernández B.,³⁹ investigó en una muestra representativa de españoles, cuáles eran los “ingredientes” principales que constituían su calidad de vida: estado de salud, habilidades funcionales, recursos económicos, relaciones familiares y sociales, actividades de la vida diaria y recreativas, servicios sociales y de salud, satisfacción vital, recursos culturales y entorno aparecieron , en ese orden, como los componentes de la calidad de vida de los españoles, sin encontrar diferencias significativas entre género, edad y condiciones socioeconómicas.

En Perú

Grimaldo Muchotriggo, Miriam, en el estudio de Calidad de Vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima en el año 2011, se encuentra un nivel de calidad de vida buena en todos los dominios evaluados, indica además que la interacción entre sexo e ingreso económico no

fue estadísticamente significativa, asimismo los que tenían más ingresos económicos percibían que su calidad de vida en el dominio bienestar económico era mejor.⁴¹

Huamán, Moisés y Coll con el estudio Características laborales del médico joven egresado de la facultad de Medicina San Fernando 2007, concluye que el índice de empleo fue alto; el centralismo, el trabajo médico múltiple, el modelo centrohospitalario público asistencial y la tendencia a la especialización fueron predominantes. El 78.8% afirmó haber alcanzado el desempeño laboral esperado, una aproximación a la cantidad de subempleo podría reflejarse el 14.5% de egresados que refirieron haber alcanzado parcialmente el desempeño laboral esperado. Entre los factores relacionados al desempeño laboral tenemos que los casados tenían mayor número de trabajos, existió una relación del lugar de nacimiento y lugar de trabajo. No existió diferencias significativas según sexo en alguna de las características laborales estudiadas, entre los más destacados.⁴²

Arellano C.,¹⁸ encontró una alta relación de la satisfacción laboral con las expectativas de poner en juego las habilidades personales con el puesto de trabajo, asimismo reportaron mayor satisfacción laboral a nivel de gerentes y profesionales frente a los de menor jerarquía de puesto; también la variable tiempo de servicios presenta una relación directa decreciendo ésta a partir de los diez años de servicio. En relación a la edad, no muestra un patrón uniforme y los puntajes relacionados con aspectos intrínsecos como logro y responsabilidad fueron de mayor puntuación mientras que el de remuneración como factor extrínseco, obtuvo menor puntuación.

Velásquez M.⁴² en un estudio realizado a empleados bancarios que pertenecen a diferentes puestos de trabajo, afirma que la satisfacción laboral está en función no sólo de lo que gana

por su situación laboral, sino también de donde él está situado respecto a su nivel de aspiraciones; afirma también que cuando el ambiente ofrece pocas posibilidades para la satisfacción de las necesidades, este tipo de personas serán las menos felices. También halló que ambos géneros tenían actitudes parecidas frente al puesto de trabajo y hacia la empresa. Afirmando también que a mayor grado de instrucción alcanzado por un empleado, éstos puntúan más alto y por ende logran mayor satisfacción, y a menor grado de instrucción tienden a tener puntajes bajos.

Izquierdo M.⁴³ en un estudio realizado en el Banco Central de Reserva del Perú, acerca de las actitudes de un grupo de trabajadores de diferente nivel jerárquico, afirma que la satisfacción laboral puede contribuir eficazmente al éxito y desarrollo personales, pero para que los trabajadores se sientan satisfechos, se requiere un alto grado de comprensión e integración del elemento trabajadores con la empresa. Reportó que existe relación entre la actitud positiva y el cargo jerárquico que se desempeña. No hay relación entre las actitudes positivas con respecto a la edad cronológica, existe independencia entre estas dos variables. No hay relación de la actitud positiva con respecto al género, si existe relación con respecto al grado de instrucción.

Palma F.⁴⁴ reportó en una muestra de 952 trabajadores en cinco grupos ocupacionales un nivel de satisfacción promedio en trabajadores dependientes en Lima Metropolitana, siendo los factores intrínsecos los de mayor satisfacción, las diferencias por género favorecen a la mujer con un mejor nivel de satisfacción laboral; así también a los trabajadores que atienden directamente al público siendo la remuneración un elemento directamente asociado al grado de satisfacción.

Torres J.⁴⁵ su investigación es acerca de la Satisfacción laboral que experimenta la enfermera general durante el servicio de su profesión en el hospital E. Rebagliati y Hospital Dos de Mayo durante su ejercicio profesional. Se llegó a la conclusión que el 65% de las enfermeras experimentan insatisfacción laboral, el 35% experimentan satisfacción, los factores que determinan la insatisfacción laboral, son los extrínsecos: organización, salario y ambiente físico; comparando la satisfacción laboral entre las enfermeras de ambas instituciones se tiene: en el hospital E. Rebagliati, el 60 por ciento de las enfermeras experimentan insatisfacción laboral, mientras que en el hospital Dos de Mayo el 90 por ciento de las enfermeras experimentan insatisfacción laboral al realizar su ejercicio profesional.⁴⁵

Regionales

En la región, uno de los estudios sobre condiciones de trabajo a destacar es el realizado en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2004,³⁰ en el cual muestran una población de usuarios internos con características socioeconómicas semejantes a las de los grupos insertados como trabajadores en el sector productivo del país, no constituyen limitantes de su trabajo, y generan preocupación y frustración. Las condiciones de trabajo en este grupo reflejan la problemática de los recursos humanos del sector salud del país, por falta de una política de gestión efectiva, concomitantemente se constituye en limitante para el desempeño adecuado de sus funciones particularmente en el campo de la promoción y educación en salud.

Todos los estudios antes mencionados, coinciden en que la calidad de vida guarda una estrecha relación con el desempeño laboral, y que es un aspecto imprescindible para otorgar una atención con calidad al paciente. Siempre se deberá tener presente que la satisfacción

laboral como parte del desempeño laboral es resultado del cambio cultural en las organizaciones, de ahí la importancia de tener una visión clara de las tareas por emprender, de líderes transformadores y, sobre todo, una cultura que combine el interés por los resultados y el individuo.

2.2. Marco de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio

La literatura más difundida sobre la calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como el crecimiento económico,⁴⁶ el nivel de vida,⁴⁷⁻⁴⁸ el bienestar,⁴⁹ la expansión demográfica,⁵⁰ como con los aspectos sectoriales del desarrollo, la productividad y los procesos y condiciones de trabajo,⁵¹ la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad o necesidades individuales,⁵²⁻⁵³⁻⁵⁴ y se alude ampliamente a las dificultades para su medición, principalmente,⁵⁵ sin propuestas concretas de cómo resolver tales dificultades.

Menciones interesantes a la calidad de vida como expresión del desarrollo integral y no tanto de la cantidad disponible de bienes y servicios se encuentran en Toffer A.,⁵⁶ y de manera reiterada en los difundidos Informes de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD de 1990 en adelante). Por su parte, Lassonde L.⁵⁰ señala que las insuficiencias en calidad de vida y en la formación de recursos humanos se plantean como uno de los principales obstáculos para un desarrollo más moderno, más competitivo y más dinámico en el futuro. No obstante, en ninguno de esos casos se desarrolla una propuesta conceptual clara sobre tales conexiones.

Tanto en publicaciones como en laboratorio, se encuentra una profusa literatura de investigaciones aplicadas de calidad de vida en el campo de la salud, lo que implica una redefinición –desde el punto de vista de la ética profesional – de las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas aquejadas por enfermedades diversas, tales como dolencias respiratorias, trastornos neurológicos (el caso de la Epilepsia y el Mal de Alzheimer), enfermedades terminales (tales como el cáncer o el SIDA), el climaterio, personas con problemas de discapacidad, personas mayores, o bien con desórdenes traumáticos como producto de efectos de guerra u otras situaciones de violencia.

De igual modo, se destacan los estudios en el campo de la educación, de manera especial ligados a poblaciones en condiciones especiales.⁵⁶⁻⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹

En otro orden, se ubican trabajos referentes a calidad de vida enfocados en acceso a recursos y redes de información, espiritualidad, y condiciones de trabajo y migraciones. En las interrelaciones se destacan los trabajos sobre medio ambiente y calidad de vida; así como, bioética y calidad de vida.

Con respecto a los esfuerzos por articular estudios de calidad de vida se destacan, tanto los trabajos auspiciados, como las publicaciones realizadas por The International Society of Quality-of-Life Studies (ISQOLS), organización, del 10 al 14 de noviembre de 2004, llevó a cabo en Philadelphia, la Conferencia Internacional “Avanzando en Calidad de Vida en un mundo turbulento”, con el propósito de incrementar el conocimiento de los estudios sobre calidad de vida, involucrando temas relativos a los aspectos objetivos y subjetivos del bienestar de individuos, grupos, comunidades y sociedades, focalizado en el concepto de calidad de vida: su conceptualización y medición.

En Europa, en 1996, se realizó el taller de expertos sobre el tema “Valores, bienestar y calidad de vida”, un estudio presentado sobre transporte y los cambios de hábitos de las personas, plantea que los valores juegan un papel importante en las decisiones de busca de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida. Por su parte, en la Unión Europea, en el marco del Quinto programa Marco de Investigación y Desarrollo, desarrollan trabajos de “Calidad de vida y gestión de los recursos vivos” (1994 – 1998), con el objetivo fundamental de lograr mejoras en la competitividad de la industria europea y en la calidad de vida de la ciudadanía. Los resultados de las líneas de investigación desarrolladas son recogidos por un segundo programa (1998-2002), el cual representa un cambio en relación con el anterior, al orientarse más a tomar en cuenta los aspectos económicos de las investigaciones, con el propósito de vincular la capacidad de investigación de la Unión Europea en ciencias de la vida, con el sistema productivo, y así responder a las demandas de la sociedad y las personas consumidoras.

Tanto desde el punto de vista conceptual, como operativo, la bibliografía sobre calidad de vida de las personas desde un enfoque integral y abarcadora, es escasa y dispersa. A pesar de que, en los últimos cinco años, es observable un repunte de la bibliografía sobre calidad de vida. Más aún, algunos aspectos del abordaje conceptual han evolucionado positivamente. Avanzándose en superar la tendencia anterior de concentrarse en resaltar la ambigüedad conceptual y adentrándose en formulaciones operativas para su superación.⁵⁶⁻⁵⁷

Sin lugar a dudas, el tratamiento más completo sobre calidad de vida – aun sin llegar a consideraciones concluyentes sobre su aplicabilidad práctica – aparece en la compilación bajo el mismo título de Martha Nussbaum y Amartya Sen. Este libro es producto de la conferencia promovida por el WIDER (World Institute for Development Economics

Research), de la Universidad de las Naciones Unidas, Helsinki, en 1988. Es publicado por primera vez cinco años después (1988) y la versión en español es editada en 1996.

Los autores citados anteriormente, proponen considerar aspectos sociales o humanos para definir y medir la calidad de vida de las personas, tales como la expectativa de vida, la educación, la salud, la satisfacción en el trabajo, la dignidad, las relaciones laborales, familiares y entre los géneros y los valores que permitan presuponer que la vida es más que un conjunto de relaciones comerciales.

En el plano micro social, contribuciones importantes para articular una propuesta integral de evaluación de la calidad de vida de las personas, se encuentran en la escala de satisfacción con la vida de Diener E.,⁵⁴ así como, en los modelos conceptuales propuestos por Borthwick-Duffy y colaboradores, quienes sugieren cuatro dimensiones esenciales de la calidad de vida: entorno, relaciones interpersonales, involucramiento con la comunidad y estabilidad y definen a la calidad de vida como la combinación entre las condiciones objetivas de vida y las satisfacción de las personas con sus condiciones de vida.

Por su parte, Felce D.⁶⁰ agregan la intermediación de los valores y las aspiraciones de las personas, como factor de ponderación entre la calidad de las condiciones objetivas de vida y la satisfacción personal y señala que las dimensiones de la calidad de vida deben satisfacer dos criterios: tener en cuenta la complejidad de la vida y reflejar los asuntos que son importantes para las personas.

Como parte del abordaje anterior, Verdugo A.⁶¹ señalan que la calidad de vida es interpretada de diferentes maneras por distintos autores. Por ejemplo, como un “sentido interno”, como un correlato del temperamento o personalidad, (Edgerton, 1996), como un constructo

sensible a las influencias antropológicas, sociológicas y psicológicas (Brown M.,⁵⁷) o como un producto de la interacción entre la persona y el ambiente. En la base de esas interpretaciones, como de la construcción de los modelos anteriores, subyace la discusión no resuelta, acerca de la naturaleza de las relaciones entre los factores objetivos y subjetivos del bienestar de las personas.

Por su lado, Verdugo A.,⁶¹ Schalock R.,⁶² , reconoce ocho dimensiones de la calidad de vida: bienestar emocional (seguridad, espiritualidad, felicidad), relaciones interpersonales (intimidad, afecto, familia), bienestar material (propiedades, posesiones, seguridad financiera), desarrollo personal (educación, destrezas, competencias personales), bienestar físico (salud, nutrición, recreación), autodeterminación (autonomía, control personal), inclusión social (aceptación, status, roles) y derechos (privacidad, debido proceso, elecciones). En los últimos años, este autor se ha dedicado a establecer un nexo entre calidad de vida y la organización de servicios sociales.

En el mismo sentido,⁵⁵ en lugar de definir a la calidad de vida, han optado por proponer un modelo compuesto por dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad y establecen principios para entender la calidad de vida y sugieren tres niveles que afectan la calidad de vida: micro sistema (crecimiento personal y desarrollo de oportunidades), meso sistema (técnicas de mejoras del programa y del entorno) y macro sistema (políticas sociales).

Las experiencias más conocidas alrededor del mundo para mejorar la calidad de vida de las personas muestran que somos las únicas personas preocupadas por esta búsqueda. No obstante, reproducen la situación encontrada en la literatura y se remiten, en lo fundamental, a iniciativas de laboratorios, universidades y comunidades norteamericanas y europeas en

aspectos de salud, tales como dolencias respiratorias y enfermedades terminales (el cáncer o el SIDA), personas mayores o con discapacidades, o bien desordenes traumáticos como producto de efectos de guerra, así como acceso a recursos y redes de información, espiritualidad y condiciones de trabajo.

Referente a indicadores de calidad de vida, como parte del movimiento que emerge en cuestionamientos al PIB o las rentas nacionales como indicador de bienestar, se destacan varias publicaciones (principalmente, Sen A.,⁴⁸). Otros esfuerzos han sido desarrollados, particularmente en el marco de las preocupaciones por la sostenibilidad, aunque los mismos no se orientan de manera directa a la medición de calidad de vida, constituyen iniciativas útiles para los fines de este trabajo de investigación.

Entre ellas, el proyecto Sistemas Ambientales Venezolanos, el Índice de Progreso Social, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la Agenda 21, el Índice de Desarrollo Social, el QALY (Quality-Adjustment Life Years), el Índice de Bienestar Económico Sustentable (conocido como ISEW, por sus siglas en inglés), el Programa MECOVI, el Latinobarómetro, el Índice de Calidad de Vida lanzado por el The Economist Intelligence Unit y la Encuesta Mercer.

La revisión teórica-conceptual, de experiencias prácticas e indicadores, permite reafirmar que la calidad de vida de las personas denota procesos sociales complejos, con múltiples componentes. Su conceptualización, debe tener en cuenta las opiniones de las personas y su medición requiere de un sistema de indicadores, de validez relativa para ciertas épocas históricas, contextos y variables. A esas aspiraciones, es que este trabajo pretende contribuir.

Al analizar el modo de producción capitalista y el proceso de trabajo en el sector salud se encontró semejanzas con el proceso de trabajo que ocurre en la producción industrial. De

igual modo, en el sector salud se observa que este trabajo no se caracteriza por la transformación de un objeto en un producto o una mercadería, sino que se caracteriza porque da origen a un servicio. Por este motivo esta actividad está incluida en el sector terciario de la economía, siguiendo la lógica de la organización capitalista del trabajo.²²

Competencias laborales genéricas del sector salud

Una mirada global del funcionamiento del sistema de salud peruano lo hace Johnson J.,⁵⁹ quien señala que nuestro sistema se ha caracterizado por su centralismo, burocratismo, corrupción, ausencia de participación ciudadana en la formulación y vigilancia de las políticas públicas y falta de respuesta a las heterogéneas necesidades regionales y locales, así como la fragmentación y consiguiente duplicidad de acciones. A ello, podemos agregar la existencia de un sector fragmentado; con débil rectoría; irracionalidad de las inversiones; débil ejercicio de la fiscalización sanitaria; ausencia; ausencia de una cultura de planeamiento estratégico concertado; frondosidad burocrática con funciones no muy claras, además de los graves problemas en la organización de los servicios de salud. Esta segmentación y fragmentación del sistema impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de servicios de salud y es causa de duplicidad e ineficiencia; por otro lado, persiste el centralismo en la mayoría de las instituciones del sistema, como es el caso de EsSalud y las Fuerzas Armadas.

Según Suarez R.,⁶³ las competencias laborales del sector comprometen directamente a los prestadores del sistema, ya que el objetivo es mejorar el desempeño individual de todos los trabajadores de salud que se encargan de gerenciar y proveer servicios de salud. En ese sentido, el Ministerio de salud es el principal prestador de servicios de salud, le pertenece el

86% de todos los establecimientos de salud (EESS) del sistema y de ellos el 98% son centros y puestos de salud. Por otro lado, cerca de 89% de todos los EESS del sector son del primer nivel de atención. Desafortunadamente, existen problemas de capacidad resolutive en estos establecimientos, con grandes carencias en infraestructura, equipamiento y recursos humanos que no permiten garantizar atenciones de calidad.

En relación a la generación de recursos, esta función se refiere principalmente al desarrollo de recursos humanos. Un bien intangible de cualquier país para el logro de su desarrollo lo constituyen sus recursos humanos. Mientras más competentes, mayor será su contribución con el desarrollo sostenible. Pero la competencia no solo es la combinación e interacción de saberes (saber hacer, saber, saber ser) sino el desarrollo de condiciones laborales que facilitan el despliegue de esas competencias. Un aspecto inicial para definir las competencias del sector, es conocer sobre quienes se va a actuar, es decir, la cantidad y distribución de los recursos humanos entre las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En relación al financiamiento de los recursos humanos, en salud, éste equivale al 4,7% del producto Bruto Interno del Perú, el mismo que está por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que es del 7,3%.

No basta contar con recursos humanos competentes, es necesario dotar de las herramientas normativas, de infraestructura, equipamiento y las condiciones mínimas para que pueda desempeñarse adecuadamente. Así como no basta contar con infraestructura, equipamiento y recursos humanos adecuados en cantidad, sino se asegura que tiene las competencias necesarias para que brinde una atención de calidad.

Los estudios de Mc Clelland ,⁶⁴ estuvieron orientadas al hallazgo de criterios científicos explicativos de la eficiencia de las personas en el desempeño laboral, reconociendo abiertamente un alto valor al factor humano como poseedor del conocimiento y capaz de aplicarlo a favor de los objetivos de la organización. Estos estudios, sentaron las bases para la ampliación de las competencias en la gestión de recursos humanos, convirtiéndose en la actualidad en una estrategia para alinear las competencias de las personas con los objetivos de la organización. Lograr este alineamiento, exige además de las competencias técnicas/específicas propias de una determinada profesión u ocupación, las competencias genéricas asociadas a comportamientos y conductas; identificación y definiciones de las competencias laborales genéricas para el sector salud; para el logro del propósito clave y los objetivos del sector, todos los trabajadores del sector salud deberán tener competencias laborales genéricas las que se complementarán con las competencias laborales específicas.

2.3. Marco conceptual

Calidad de vida en el contexto actual

Para la Organización Mundial de la Salud (1993), la calidad de vida es la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes”. Este es un concepto complejo, el que está enmarcado por la salud física de la persona, por su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con su ambiente.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1999), calidad de vida es la situación que engloba las diferentes dimensiones que determina el grado de bienestar de las personas o de una población, por esta razón, la calidad de vida no se expresa sólo en parámetros económicos o materiales sino sociales, psicológicos y ambientales, los que a su vez deben estar en armonía con la historia, tradición y cultura de esta población.

Para Inga, la calidad de vida es la interacción entre satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida, las que abarcan la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social. La satisfacción de vida incluye un juicio general (subjetivo y afectivo) hacia determinadas áreas de relación.

Cuando nos referimos al concepto de Calidad de Vida estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluirían tanto dimensiones mensurables (objetivas), como de otras de más incierta cuantificación (subjetivas), dimensiones todas ellas que conforman parte de un conjunto de valores y hechos que no se pueden disociar. Cavero, B.,¹⁶ desde una perspectiva de la psicología, propone una distinción entre los dos vocablos que componen el concepto de Calidad de Vida. Por un lado, el vocablo vida haría referencia al ámbito de las relaciones sociales, a las actividades humanas, al acceso a los bienes y los riesgos a los que se encuentra sometido. Vida sería, pues, sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, las condiciones objetivas y subjetivas indirectamente objetivables. El vocablo calidad aparece como aspecto central de comparación de los atributos o características de una cosa con los que poseen otras de nuestro entorno, se correspondería más con la percepción individual y subjetiva de unas condiciones de vida objetivas.

Precisamente el constructor de Calidad de Vida es el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y las percepciones individuales que de ellas se tienen, relación cuyo fruto es un mayor o menor grado de satisfacción. Así, autores como Levi L, y Anderson L.,⁴⁷ describen la calidad de vida como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y cómo lo perciben cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a ser componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en los otros” Reflexión que lleva a Gildenberger,⁶⁵ a la afirmación de que “esta definición nos acota una concepción de calidad de vida como un constructo complejo y multifactorial, sobre el que pueden desarrollarse algunas formas de medición objetivas a través de una serie de indicadores, pero en el que tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de él”.

Los componentes de la Calidad de Vida y su asociación

Como hemos visto hasta ahora el significado de la calidad de Vida no es unívoca, ni parcialmente aislada, ni total; es a la vez un subsistema y un metasisistema, y como tal es multidimensional admitiendo puntos de mira muy diversos. La naturaleza de cada dimensión no viene definida aisladamente, sino que se define en función y en interacción con el conjunto del sistema, y en función e interacción con todas y cada una de las dimensiones humanas que intervienen. Llegados a este punto surge el interrogante de si la Calidad de Vida, dada su naturaleza compleja, es mensurable. Es indudable que para que el sujeto pueda ser un sujeto activo precisa de criterios y programas operativos que sean causa y efecto (en forma de bucle) del conocimiento y el devenir consciente sobre sus propias condiciones de existencia. Sin

embargo, las técnicas de medición de las dimensiones tomadas aisladamente, que son esencialmente cuantitativas, no logran superar el estrecho marco de una objetividad siempre relativa, mientras que la medición de todas las dimensiones humanas en su conjunto es difícilmente abarcable desde una eficacia operativa, y además distorsionaría la realidad de los diversos componentes de la vida humana.

La medición mediante indicadores cuantitativos es parcial, mientras que la medición cualitativa: ¿es un contrasentido? Antes bien el alcance de la Calidad de Vida, que no puede medirse de forma directa, puede establecerse mediciones indirectas que complementando y combinando de manera operativa indicadores y análisis objetivos y subjetivos permitan obtener criterios operativos encaminados a una optimización de las necesidades humanas. En este sentido, y haciendo referencia a la dimensión ambiental pero que hacemos extensible a cualquier dimensión de la vida humana, se pronuncian Marans R, Rodgers W.,⁶⁶ “las medidas objetivas de los atributos ambientales son inadecuadas en sí mismas como indicadores de calidad de vida. Sólo tomando en cuenta sus relaciones con los indicadores subjetivos llegan a adquirir significado humano y pueden ser consideradas como una guía fiable para las decisiones políticas”.

En todo caso no es el objetivo del presente trabajo establecer un sistema más de indicadores de Calidad de Vida, pero si pretendemos una aproximación que nos ayude a hacer más comprensible el carácter complejo de la Calidad de Vida y, sobre todo, que nos permita el establecimiento del sentido de las condiciones necesarias (o los componentes complejos de los indicadores en la calidad de vida) para que ésta pueda encaminarse hacia unas metas óptimas de satisfacción humana.

Condiciones de vida

Se define como el estado o la situación en que se halla un grupo de personas en un contexto histórico determinado, que va a generar un comportamiento grupal de seres sociales. Las condiciones de vida se relacionan con grupos humanos. En la actualidad se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, determina la salud del grupo familiar y sus miembros y conduce a un estilo de vida familiar.⁶⁷

Condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo están referidas a los mecanismos y elementos de los que disponen las instituciones de trabajo que permiten o no desarrollar el trabajo en condiciones óptimas, teniendo como resultado el proceso de trabajo.⁶⁸⁻⁶⁹

Las condiciones en las que realizamos nuestro trabajo, no sólo influyen en la productividad y el rendimiento profesional, sino que son determinantes de nuestra propia calidad de vida. Un marco u organización productiva segura y saludable contribuye al bienestar de las personas que la integran y a su propia capacidad competitiva. El estrés, la fatiga, el accidente o la enfermedad son efectos que se contextualizan en organizaciones de trabajos deficientes y, probablemente, poco productivas.

En este sentido, las fuentes habituales de las que disponemos para el estudio de las condiciones de trabajo, como puedan ser las estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tienen una rentabilidad preventiva muy limitada, al estar basadas, fundamentalmente, en la constatación y cuantificación del daño y no en las características o cualidades del entorno laboral que los generan.²²

Desempeño laboral

Existen múltiples y variadas definiciones en torno al desempeño laboral. Un concepto generalmente aceptado la establece como una capacidad para llevar a cabo una actividad laboral plenamente identificada. La conducta de una persona, ejecutando su trabajo, en términos de los resultados que produce y la satisfacción que logra haciéndolo. Para que un trabajador tenga un buen desempeño laboral requiere de tres elementos fundamentales: recursos, competencias y compromisos. El desempeño es importante porque asegura eficiencia y satisfacción, siendo administradores del desempeño la línea misma, o sea los supervisores o jefes directos, a los cuales el área de Recursos Humanos les provee con herramientas para hacerla de mejor forma. Mejorando la administración del desempeño laboral a través de un Diagnostico de las condiciones básicas de desempeño laboral; identificando qué elementos están deficitarios con respecto a otros; optimizando los sistemas de aprendizaje-entrenamiento e incentivos.

Otras definiciones de desempeño laboral típicamente basadas en el comportamiento y el mejor desempeño son:

Una característica subyacente de un individuo, que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo, definido en términos de un criterio.⁶³

Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad.⁷⁰

Una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto, que puede definirse como características de su comportamiento, y, bajo la cual, el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable.⁷¹

Conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de términos de conductas observables, requerida para desempeñar eficazmente los roles asignados dentro de los procesos de la organización.⁶³

Conocimientos, habilidades y destrezas observables y medibles, así como características asociadas a un desempeño en el trabajo y en el logro de resultados (Buck Consultants, Inc).

Conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, cuya aplicación en el trabajo se traduce en un desempeño superior, que contribuye al logro de los objetivos clave del negocio.⁶⁴

En el campo del desempeño laboral, las personas trabajan para satisfacer necesidades económicas, pero también su desarrollo personal y profesional. Estas necesidades dan lugar a las motivaciones, que facilitan el rendimiento, por lo que la percepción está determinada por la historia del sujeto, sus anhelos y proyectos personales.⁷⁰

La evaluación del desempeño laboral, ha sido definida como conjunto de mecanismos, que permiten definir el grado en que las personas contribuyen al logro de los estándares requeridos para el cargo o ubicación funcional formal, que las diferentes personas deben asumir en la organización, como asimismo al logro de los objetivos, no son actividades aisladas, sino parte de todo un sistema de excelencia en el servicio.⁷¹

La evaluación del desempeño laboral adecuadamente entendida, se convierte en la forma de hacer más productivas a las personas, se diferencia de la apreciación diaria del jefe inmediato, que obviamente es permanente e indispensable para velar por el buen desempeño diario. Asimismo, la evaluación del desempeño resulta útil para validar y refinar las actividades de la empresa (selección y capacitación) y brindar información a los trabajadores que deseen mejorar su futuro rendimiento.⁷²

Medir el desempeño laboral significa establecer parámetros cuantitativos de cumplimiento de las tareas en el ámbito de una determinada profesión, a través de acciones en áreas de acciones en áreas de ocupación y en relación a un proceso de trabajo específico; con lo cual, al medirse el desempeño, se obtiene una fotografía actualizada del trabajador que nos permite establecer una base sustentable e indicador objetivo para identificar a que se dedica cotidianamente en su espacio laboral. Por lo tanto, la medición del desempeño representa una evidencia objetiva que representa la ocupación actual del trabajador.⁷³

Desempeño Laboral, es el comportamiento o conducta real del trabajador para desarrollar competentemente sus deberes u obligaciones inherentes a un puesto de trabajo. Es lo que en realidad hace no lo que sabe hacer. Esto comprende la peripetia técnica, la preparación técnica más la experiencia acumulada, eficacia en decisiones, destreza en la ejecución de procedimientos y buenas relaciones interpersonales, entre otros.⁷⁴

El desempeño de los empleados siempre ha sido considerado como la piedra angular para desarrollar la efectividad y éxito de una organización; por tal razón existe en la actualidad total interés para los gerentes de recursos humanos los aspectos que permitan no solo medirlo sino también mejorarlo. En este sentido, el desempeño son aquellas acciones o

comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización, y pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución a la empresa. Este desempeño puede ser exitoso o no, dependiendo de un conjunto de características que muchas veces se manifiestan a través de la conducta.⁷⁵ Al respecto, Robbins, S.,⁹ vincula el desempeño con la capacidad de coordinar y organizar las actividades que al integrarse modelan el comportamiento de las personas involucradas en el proceso productivo.

Por su parte, Pedraza, E.,⁷⁶ considera el desempeño laboral como el resultado del comportamiento de los trabajadores frente al contenido de su cargo, sus atribuciones, tareas y actividades, depende de un proceso de mediación o regulación entre él y la empresa. En este contexto, resulta importante brindar estabilidad laboral a los trabajadores que ingresan a las empresas tratando de ofrecerles los más adecuados beneficios según sea el caso, acorde al puesto que va a ocupar. De eso depende un mejor desempeño laboral, el cual ha sido considerado como elemento fundamental para medir la efectividad y éxito de una organización. La estabilidad laboral genera a la persona tranquilidad, salud, motivación y buen estado emocional. En estas condiciones el individuo está dispuesto a dar más y enfocarse hacia otros horizontes que lo lleven a mejorar su posición tanto en la organización como en la sociedad.

Palaci, F.,⁷⁷ plantea que: “El desempeño laboral es el valor que se espera aportar a la organización de los diferentes episodios conductuales que un individuo lleva a cabo en un período de tiempo”. Estas conductas, de un mismo o varios individuos(s) en diferentes momentos temporales a la vez, contribuirán a la eficiencia organizacional.

El desempeño laboral según Robbins, S.,⁹ complementa al determinar, como uno de los principios fundamentales de la psicología del desempeño, es la fijación de metas, la cual activa el comportamiento y mejora el desempeño, porque ayuda a la persona a enfocar sus esfuerzos sobre metas difíciles, que cuando las metas son fáciles.

Chiavenato, I.,¹⁰ plantea: “El desempeño es el comportamiento del evaluado en la búsqueda de los objetivos fijados. Constituye la estrategia individual para lograr los objetivos deseados”.

Características de desempeño laboral: corresponden a los conocimientos, habilidades y capacidades que se espera que una persona aplique y demuestre al desarrollar su trabajo.

- Adaptabilidad: se refiere a la mantención de la efectividad en diferentes ambientes y con diferentes asignaciones, responsabilidades y personas.
- Comunicación: se refiere a la capacidad de expresar sus ideas de manera efectiva ya sea en grupo o individualmente. La capacidad de acuerdo al lenguaje o terminología a las necesidades del receptor (es). Al buen empleo de la gramática, organizacional y estructura en comunicaciones.
- Iniciativa: se refiere a la intención de influir activamente sobre los acontecimientos para alcanzar objetivos. A la habilidad de provocar situaciones en lugar de aceptarlas pasivamente. A las medidas que toma para lograr objetivos más allá de lo requerido.
- Conocimientos: se refiere al nivel alcanzado de conocimientos técnicos o profesionales en áreas relacionadas con su área de trabajo. A la capacidad que tiene de mantenerse al tanto de los avances y tendencias actuales en su área de experiencia.

- Trabajo en equipo: se refiere a la capacidad de desenvolverse eficazmente en equipos/ grupos de trabajo para alcanzar las metas de la organización, contribuyendo y generando un ambiente armónico que permite el consenso.
- Desarrollo de talentos: se refiere a la capacidad de desarrollar las habilidades y competencias de los miembros de su equipo, planificando actividades de desarrollo efectivas, relacionadas con los cargos actuales y futuros.⁷⁸

Evaluación del Desempeño Laboral: de acuerdo a Flores, J.,⁷⁹ el sistema de evaluación del desempeño, contempla los procesos a los cuales se someten los recursos humanos, considerando diferentes métodos y criterios para la medición del rendimiento de los trabajadores:

- 1) *Planeación de Recursos Humanos.* Al evaluar los recursos humanos de una compañía, debe disponerse de datos que describan el potencial general y de promoción de todos los empleados, especialmente, de los ejecutivos clave.
- 2) *Reclutamiento y Selección.* Las clasificaciones en la evaluación del desempeño pueden ser útiles para predecir el desempeño de los solicitantes de empleo.
- 3) *Desarrollo de Recursos Humanos.* Una evaluación de desempeño debe señalar las necesidades específicas de capacitación y desarrollo de un empleado, permitiendo a los individuos aprovechar sus puntos fuertes y minimizar sus diferencias.
- 4) *Planeación y desarrollo de carrera*
- 5) *Programas de compensación*
- 6) *Relaciones internas con los empleados*

7) *Evaluación del potencial de un empleado*: en esta última se debe atender la posibilidad de desarrollar la capacidad de los trabajadores, y estimularlos a perfeccionarse y superar sus errores, una vez que conozcan objetivamente sus cualidades y sus debilidades.

Por último, las evaluaciones de desempeño laboral son útiles tanto para la organización como para sus empleados. A la primera le aporta toda la información útil para todas sus actividades, permitiendo así, verificar la efectividad total de su programa de desarrollo gerencial y selección; para los segundos puede influir en sus conductas generando cambios necesarios para un mejor desempeño organizacional.⁸⁰

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

3.1. Hipótesis

La calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo está relacionada con el desempeño laboral.

3.2. Variables de estudio

3.2.1. Variable independiente: Calidad de Vida del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca

3.2.2. Variable dependiente: Desempeño Laboral del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca

3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
1. Variable independiente Calidad de vida del personal médico del HRC.	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	1. Condiciones de vida: - Sexo	Condición orgánica y genética que distingue a médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
		- Estado Civil	Situación conyugal del médico	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero (a) • Casado (a) • Conviviente • Viudo (a) • Separado (a)
		- Procedencia	Espacio geográfico donde vivió el médico	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
		- Área de residencia	Espacio geográfico donde radica una persona –médico	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
		- Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • No Católica
		1.1.Características de consumo familiar: Tenencia de la vivienda	Es la relación definida en forma jurídica, entre personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Alquilada
		• Material de construcción	Un producto manufacturado, empleado en la construcción de obras de ingeniería civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Material noble • Adobe
		• N° integrantes de la familia	Es el número de miembros que comparten la misma vivienda y comen de la misma familiar	<ul style="list-style-type: none"> • De 2 a 3 • De 3 a 5 • De 5 a más
		• N° habitaciones	Parte del espacio de una casa.	<ul style="list-style-type: none"> • De 3 a 5 • De 5 a 8 • De 8 a más
		• N° dormitorios	Habitación usada para el descanso del residente u ocupante.	<ul style="list-style-type: none"> • De 2 a 4 • De 4 a 6 • De 6 a más

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en la vivienda 	Los servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica dentro de las viviendas, constituyen indicadores objetivos de los niveles de vida de las familias. La ausencia, es el testimonio de las desventajas o marginaciones en el acceso y disponibilidad de estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Agua • Desagüe • Luz • Ninguno
		<ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación 	Se refiere al instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional	<ul style="list-style-type: none"> • Hace uso • No hace uso.
		<ul style="list-style-type: none"> - Personas que trabajan en la familia 	Personas que tienen un empleo en una familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos • Esposa
		<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso económico 	Es la cantidad de dinero en soles que percibe el médico.	<ul style="list-style-type: none"> • N° Mínimo Legal ML: <ul style="list-style-type: none"> ○ De 3 a 5 ○ De 5 a 7 ○ De 7 a 10

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
		- Personas económicamente dependientes	Es una persona que no genera ganancias económicamente que contribuyan al sustento de una familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Hijos • Nietos • Sobrinos
		2. Condiciones de trabajo: - Condiciones de empleo	El trabajo es la medida del esfuerzo realizada por los seres humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Contratado • Nombrado • Destacado
		- Experiencia en el servicio	Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo acumula en su especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Años
		- Trabajo adicional en otro lugar	Trabajo desempeñado fuera de su principal trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica particulares • Consultorios • Empresas mineras
		- Beneficios sociales	Los beneficios que un empleado ha acumulado además del dinero en efectivo del salario.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro social • Seguro particular • Ambos • Ninguno

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
		- Capacitaciones por parte de la institución	Es un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de un objetivo determinado.	• N° capacitaciones/año
		- Capacitaciones a cuenta propia	Proceso continuo de enseñanza-aprendizaje.	• N° capacitaciones/año
		- Dificultades en el trabajo	Problema que impide el desarrollo normal de una actividad	• Si • No

Operacionalización de los componentes de las hipótesis				
Variables	Variables	Variables	Variables	Variables
		<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones interpersonales entre: • Médico-Médico • Médico-Paciente • Médico-Enfermera • Médico-Obstetrix • Médico-Interno • Médico-Residente • Médico-Personal técnico • Médico-Personal administrativo 	Son relaciones sociales en las que se da una interrelación recíproca entre personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Armoniosas • Intermedias • Conflictivas
2. Variable dependiente. Desempeño Laboral del personal médico del HRC	Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad.	1. Dimensional:	Al desempeño al ejecutar un proceso y obtener un mejor resultado.	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos • Competencias • Compromisos • Eficiencia
		<ul style="list-style-type: none"> - Resultados del desempeño laboral en base a: - Satisfacción en el desempeño laboral a partir de: 	Es una relación directa entre satisfacción laboral y desempeño laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa • Creatividad • Variabilidad • Dificultades
		2. Motivación laboral:	El impulso por sobresalir, por tener realizaciones sobre un conjunto de normas, de luchar por tener éxito.	<ul style="list-style-type: none"> • Empeño • Retos • Evaluación • Logro de metas • Satisfacción de logro

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación

El Hospital Regional de Cajamarca ubicado en el distrito de Cajamarca, ubicada en la provincia y distrito de Cajamarca, Región Cajamarca. El Hospital cuenta con 840 trabajadores, de los cuales 114 son médicos (86 nombrados, 17 CAS y 11 SNP), 259 no médicos en condición de nombrados y contratados. Atiende a una población referencial 746 759 habitantes (68% del total Regional), provenientes de 9 provincias (Cajamarca, Cajabamba, Celendín, Chota, Contumaza, Hualgayoc, San Marcos, San Miguel y San Pablo).

Es un centro de referencia de nivel regional, ya que cuenta con todas las especialidades Médicas, tales como: Medicina Interna, Cirugía General, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, neonatología y unidad de cuidados neonatales, además ofrece los servicios de atención de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios.

Cuenta también con centros de apoyo al diagnóstico, tales como: Laboratorio Clínico, Patología Clínica, Radiología y Diagnóstico Imágenes, Medicina Física y Rehabilitación y Psicología, etc., de las cuales están a cargo de profesionales post graduados altamente capacitados. Además, se ofrecen servicios de atención en programas Estratégicos de ámbito Regional, entre los cuales tiene: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades No Transmisibles, Prevención de Cáncer, Enfermedades Transmisibles, Emergencias y Urgencias.

4.2. Diseño de la investigación

En el presente estudio se utilizó el diseño descriptivo correlacional y analítico explicativo. La comprensión del objeto de estudio se basa en el análisis de las condiciones de vida y de trabajo, condiciones de salud física y emocional del personal médico del Hospital Regional de Cajamarca, explicando así el desempeño laboral en la misma institución.

4.3. Métodos de investigación

Se utilizó el método Hipotético-Deductivo

El método hipotético-deductivo se caracteriza por seguir pasos esenciales tales como: observación de la actividad a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicha actividad, deducción de consecuencias o proposiciones de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la forma de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

Población: Está constituida por todos los médicos del Hospital Regional de Cajamarca, cuyo número se registra en 114 (86 nombrados, 17 CAS y 11 SNP) para el año 2012 (Departamento de informática del HRC).

Muestra: Para determinar el tamaño adecuado de la muestra con población finita se hizo uso del muestreo aleatorio simple utilizando la fórmula de Cochran:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$N = 114$ Tamaño de la población

$Z = 1,96$ Si la confianza es del 95%

$p = 0,107$ Se asume este valor, por no tener antecedentes sobre la percepción de la calidad de vida del médico que viene laborando en el HRC

$q = 0.893$ $(1 - P) = 0.893$

$E = 0,07$ Tolerancia de error permitido en las mediciones del (0,085)

Reemplazando valores:

$n = 46$ Muestra

Criterios de inclusión:

Se ha seleccionado a médicos que trabajan en los diferentes servicios del HRC que voluntariamente desearon participar en el estudio.

Unidad de análisis

La Unidad de Análisis lo constituye cada uno de los médicos trabajadores del HRC.

Unidad de observación

La Unidad de Observación está representada por las características del hábitat personal, familiar y de trabajo de los mismos profesionales.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

La información fue recolectada por la investigadora durante los meses de julio a diciembre 2013, a través de la técnica de entrevista y de observación. Se aplicó un cuestionario que incluyó los indicadores cuantitativos para evaluar las variables de estudio. Se utilizó una ficha de observación para evaluar el contexto de condiciones de trabajo de los sujetos de estudio.

Para obtener los datos de los dominios de las variables consideradas, se ha necesitado aplicar o recurrir a lo siguiente:

- a) La técnica del análisis documental; utilizando como instrumentos fichas textuales y de resumen; recurriendo como fuentes a libros especializados, trabajos de investigación e internet; que hemos aplicado para obtener los datos de los dominios de las variables de estudio.
- b) La técnica de la aplicación de encuesta y entrevista; utilizando como instrumento para recolectar datos una “encuesta” y una “guía de entrevistas”, que se formuló especialmente; recurriendo a médicos que trabajan en el Hospital Regional de Cajamarca.
- c) La técnica de observación de campo; utilizando como instrumento para recopilar datos de campo al protocolo de observación previamente elaborado, actuando como informantes los médicos que fueron encuestado y entrevistados.

Los instrumentos fueron medidos en su validez con probabilidad con juicio de expertos y plan piloto.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Procesamiento

Este proceso consistió en el recuento, selección, clasificación y ordenación en tablas, previamente codificadas y tabuladas. La tabulación se realizó en forma electrónica y fue sometida a tratamiento por análisis matemático de carácter estadístico.

Para el procesamiento de la información se usó la estadística descriptiva, lo que permitió realizar el análisis cuantitativo, utilizando Microsoft Excel, generándose la base de datos. Luego se utilizó el Programa SPSS versión 18 y SAS.

Análisis e interpretación de los resultados

Los datos se describieron, en base a las estadísticas obtenidas del procedimiento. Luego fueron analizados a través de la confrontación de los resultados con las teorías relacionados al objeto de investigación.

El tipo de análisis, es mixto, predominantemente cuantitativo, pero con calificaciones e interpretaciones cualitativas, y con el apoyo de programas computarizados (Excel, SPSS y SAS)

Los resultados son presentados en tablas y utilizando porcentajes lo que permiten analizar mejor los resultados.

4.7. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Características del personal médico del Hospital Regional Cajamarca

Tabla 1 Condiciones de vida del personal médico del HRC- 2013

Características personales médico	N°	%
Procedencia		
. Cajamarca	25	54,39
. Lima	6	13,15
. Trujillo	6	14,03
. Chiclayo	4	8,78
. Bambamarca	1	1,75
. Chota	2	3,50
. Jaén	1	2,64
. Cajabamba	1	1,76
Residencia:		
. Cajamarca	46	100,00
Edad:		
30 - 39	11	23,91
40 - 49	21	45,66
50 - 59	11	23,91
60 - a más	3	6,52
Sexo		
Hombre	40	86,96
Mujer	6	13,04
Número de hijos		
1 - 2	34	73,92
3 - 4	8	17,39
5 - a más	4	8,69
Estado civil		
Casada(o)	41	89,14
Soltería	3	6,52
Divorciada(o)	1	2,17
Viuda(o)	1	2,17
Tipo de beneficio social		
ONP	10	23,91
AFP	33	76,09
Tipo de seguro salud		
EsSalud	43	93,48
Total	46	100,00

Fuente: Oficina de Estadística Hospital Regional Cajamarca – octubre 2013

Según la tabla 1, demuestra que la mayoría de médico que vienen trabajando en el HRC, tienen su procedencia en la ciudad de Cajamarca (54,39%); se ubica en el grupo etario de 30 a 39 años (23,91%), y entre 40 a más años (76,09%); está constituido por médicos de sexo masculino (86,96%) y sexo femenino (13,04%), predominando sexo masculino, como en la mayoría de hospitales

El estado civil está asociado con la integración familiar, relacionado con los resultados del estudio, casados (89,14%) y solteros (8,69%), cuya familia está compuesta entre 1 a 2 hijos (73,92%) y con 3 a más hijos (26,08%), demostrando la importancia de la familia por parte de los médicos del HRC.

El tipo de seguro social que están aportando actualmente, pertenecen a AFP (71,74%) y ONP (21,74%); en relación al seguro de salud, 100% por Ley reciben EsSalud.

El coeficiente de correlación Pearson entre la variable Condiciones de vida del personal médico del HRC- 2013 es $r=0,99917$ considerando que existe una correlación altamente significativa estadísticamente ($p<0,05$ y $0 <0.01$) al 99.9% entre variables.

Tabla 2 Características de consumo del personal médico del HRC

Consumo familiar	N°	%
Propiedad de la casa:		
Propia	41	88,59
Alquilada	2	5,26
Otra	3	6,15
Características de construcción de la casa:		
Material noble	46	100,00
Número de habitaciones:		
1 a 4	4	8,69
5 a 8	32	69,57
9 a 12	10	21,74
Número de dormitorios:		
1 a 2	4	8,69
3 a 4	36	78,26
5 a 6	6	13,04
Saneamiento y electricidad:		
Agua – red pública	46	100,00
Luz eléctrica	46	100,00
Teléfono	46	100,00
Atención de salud:		
MINSA	35	76,08
EsSALUD	4	8,70
EPS	4	8,70
Clínicas Privadas	3	6,52
Pertenencias:		
Radio	46	100,00
TV	46	100,00
Carro	23	50,00
Electrodomésticos:	46	100,00
Extra domésticos	46	100,00
Domésticos	46	100,00
Medios de comunicación		
Hace uso	46	100,00
Número de personas por familia		
1 a 2	4	8,69
3 a 4	28	60,87
5 a más	14	30,44
Personas que trabajan en la familia		
1 a 2		
2 a 3	46	100,00
Ingreso total HRC (miles de soles)		
0		
3,0 a 3,5		
3,5 a 4,0	3	6,52
4,0 a 4,5	14	30,43
4,5 a más	20	43,48
	9	19,56
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013.

En la tabla 2 muestra las características de la familia de los médicos que trabajan en el HRC, refiere que en su hogar hay 3 a 4 personas (60,87%) y tiene un hogar constituido por 5 a más personas, conformada por sus hijos (30,44%), de los cuales trabajan entre una y dos personas.

Los médicos que trabajan en el HRC, tienen casa propia (88,59%), caracterizadas por ser de material noble, disponen de 5 a 8 habitaciones (69,57%), su vivienda dispone de 3 a 4 dormitorios (78,26%), con instalaciones de agua y desagüe, red eléctrica y teléfono fijo; con pertenencias de radio, televisores, electrodomésticos, extra domésticos, domésticos, disponen de carro (50%).

En cuanto a los ingresos económicos que reciben por el desempeño de sus servicios profesionales, el 73,9% gana entre 3,5 y 4,5 mil nuevos soles/mes y 8,70% tienen unos ingresos de 3 a 3,5 mil nuevos soles/mes, correspondiendo a médicos generales y contratados bajo el sistema de Contrato Administrativo por Servicios y Servicios No Personales. Asimismo, los ingresos económicos de los médicos del HRC, están directamente relacionados a la condición de nombrados y contratados.

Si relacionamos los ingresos económicos que tienen los médicos en estudio, pertenecen al estrato económico medio alto (en términos de poder adquisitivo); teniendo la capacidad de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituyendo un elemento clave en la calidad de vida, convirtiéndose en una seguridad económica en la toma de decisiones diarias, permitiendo a los médicos satisfacer las necesidades objetivas que hacen una buena calidad de vida.

No existe diferencia significativa entre el sexo y el ingreso económico del médico, haciendo que las condiciones laborales sean equitativas.

Las familias de los médicos viven en buenas condiciones de vivienda, por sus comodidades que presentan.

La atención de salud de los médicos entrevistados y de sus familias la realizan generalmente en instituciones públicas como MINSA y ESSALUD, un bajo porcentaje utiliza seguro de salud privado (EPS) y clínicas particulares.

El coeficiente de correlación Pearson entre la variable Características de consumo del personal médico del HRC es $r=0,99991$, al 99.9%. considerando que existe una correlación altamente significativa estadísticamente ($p<0,05$ y $0 <0.01$) al 99.9% entre variables.

Tabla 3 Distribución de los médicos según el vínculo de la ideología dominante

Religión y medios de comunicación	N°	%
Religión:		
Católica	37	80,44
No católica/No precisa	9	19,56
Influencia de la religión en la vida:		
Siempre		
Nunca		
No precisan		
Influencia de la religión en la profesión:	46	100,00
Siempre		
Nunca		
No precisan		
	46	100,00
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

Los médicos entrevistados manifestaron pertenecer a la religión católica (80,44%) y no católicos 19,56% sin precisar la influencia de la religión en el día a día en el ejercicio de su profesión; lo queda demostrado por correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9%, altamente significativa.

Condiciones de trabajo del personal médico del HRC

Tabla 4 Condición Laboral del personal médico del HRC

Condición laboral	N°	%
Nombrado	34	73,91
Contratado:		
CAS	9	19,56
SNP	3	6,53
Tiempo de servicio en HRC en años		
1 a 5	12	26,10
5 a 10	22	47,82
10 a 15	7	15,22
15 a mas	5	10,86
Especialización		
Médico General	7	15,20
Especialistas	39	84,80
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

Los médicos del HRC, mayoritariamente poseen, el carácter de nombrados (73,91%). Dentro de los médicos contratados predomina la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (CAS). En cuanto al tiempo de servicio de los médicos del HRC en su mayoría está entre los 5 a 15 años de servicio (63,04%), siendo personal conocedor del sistema de trabajo de la institución. El HRC cuenta en su mayoría con Médicos especialistas en un 84,8%; lo queda demostrado por la correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9%, altamente significativa.

Tabla 5 Características de trabajo del personal médico fuera del HRC

Características	Número	%
Médicos que laboran fuera del HRC	43	100,00
Sector de actividad:		
Asistencial	28	65,11
Docencia UNC	6	13,95
Asistencial y docencia UNC	9	20,94
Tipo de institución:		
Publica	6	13,95
Privada	37	86,05
Remuneración:		
2 a 4 mil	12	27,90
4 a mas	31	72,10
N° de horas/día (5 días/semana)		
Menos de 6 horas		
6 horas	15	34,88
	28	65,12
Horario		
Fijo	0	0,00
Rotatorio	43	100,00
Total	43	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013.

El porcentaje de médicos que labora fuera del HRC es 93,48%. De ellos, los servicios prestados son del tipo asistencial en clínicas y en consultorios privados en un 65,11%, ejercen la docencia en la UNC en un 13,95%, ejercen ambas labores en un 20,94%. Dichas labores son ejecutadas después de cumplido su turno en el HRC; con un ingreso diferenciado en base a su productividad, cumpliendo un horario rotatorio de 06 horas en su mayoría (65,12%)

Los servicios prestados por médicos del HRC, son de tipo asistencial en clínicas y consultores privados, en su mayoría (65,11%) y ejercen la docencia en la Universidad Nacional de Cajamarca (13,95%) seguido de servicios asistenciales y docencia (20,94%), labores ejecutadas después de cumplido su turno en el HRC; con un ingreso diferenciado en base a su productividad, cumpliendo un horario por las tardes de tipo rotatorio de 6 horas. Estos datos evidencian que las condiciones laborales generales de los médicos del HRC, podrían calificarse como de “calidad restringida” particularmente si se toman en cuenta los que

trabajan en el HRC, clínicas privadas y UNC, ampliando sus horas laborales diarias (promedio de 12 horas/día durante 5 días a la semana). Sin embargo, a pesar de estas condiciones laborales, deben remarcarse dos aspectos importantes: los médicos, en su gran mayoría, trabajan en la profesión médica y, además, manifiestan un alto índice de satisfacción laboral, independientemente de la retribución económica; lo queda demostrado por correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9% altamente significativa.

Desempeño laboral del personal médico del HRC

Tabla 6 Razones por tener más de un trabajo extra expresadas por los médicos

Razones y cantidad de vínculos empleos	N°	%
Razones para tener único Trabajo		
No tiene tiempo	3	100,00
Razones para tener más de un trabajo extra		
Mejora económica	36	83,72
Tiene especialización	5	11,63
Aprovecha el tiempo	2	4,65
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013.

Según la tabla 6, la única razón para tener un sólo trabajo es no tener tiempo. En cuanto a las razones para tener otro trabajo predomina la mejora económica en un 84,78%, seguida de tener especialización 10,86% y finalmente por aprovechar el tiempo 4,36%. Según los datos recolectados, el trabajo desempeñado fuera del HRC no es exclusivo de los médicos especialistas; lo queda demostrado por correlación de las variables $r=0.45024$, al 99.9% altamente significativa.

Tabla 7 Dificultades en el centro de trabajo, expresadas por los médicos

Dificultades en el trabajo	N°	%
Salarios básicos	17	36,96
Escases de recursos materiales	5	10,87
Escasa capacitación	11	23,91
Inestabilidad laboral	6	13,05
Trabajo no es reconocido/no valorado	2	4,35
Falta de bioseguridad	5	10,86
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

En cuanto a las dificultades en el trabajo, está relacionada a los sueldos (36,96%), escasez de recursos materiales (10,87%), escasa capacitación (23,91%), inestabilidad laboral (13,05%), trabajo no reconocido (4,35%), falta de bioseguridad (10,86%); lo queda demostrado por correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9% altamente significativa.

Tabla 08 Distribución de los médicos que realizan algún curso de capacitación

Capacitación	N°	%
Por la Institución	7	15,22
Por el propio médico	19	41,30
Por invitación externa	20	43,48
Frecuencia de capacitaciones por año		
Dos cursos	25	54,35
Tres cursos	12	26,08
Más de tres	9	19,57
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

La capacitación del personal médico del HRC, a cargo de la Institución es escasa (15,22%), siendo predominante la invitación externa (43,48%) y la inversión del propio médico (41,30%). La frecuencia de asistencia a dos cursos (54,35%), tres cursos (26,08%) y más de tres cursos (19,57%) de médicos del HRC que han asistido a cursos, lo cual demuestra el poco interés de las autoridades de salud por capacitar a su personal médico y por ende elevar la calidad sus servicios médicos. Sin embargo, muestra también que pese al poco interés de

la institución, de capacitar a su personal, éste busca financiamiento externo y propio para encontrarse a la vanguardia de la evolución del conocimiento. Una de los factores en común que expresaron los médicos al aplicarles la encuesta en referencia a este punto es lo difícil de conseguir el permiso respectivo para asistir a estos cursos más aún si no son financiados por la institución, el problema se agrava si es personal contratado por CAS o SNP; lo queda demostrado por la correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9% altamente significativa.

Tabla 9 Razones de satisfacción y insatisfacción en el desempeño laboral expresados por los médicos

Satisfacción e insatisfacción	N°	%
Médicos Satisfechos	36	78,26
Razones de satisfacción:		
Trabaja por vocación	28	77,78
Realización personal o profesional	3	8,33
Siente ser útil	5	13,89
Condición laboral		
Nombrado	29	80,55
Contratado:		
CAS	5	13,89
SNP	2	5,56
Edad		
30-39	11	30,55
40-49	20	55,56
50-59	5	13,89
60 a más	0	0,00
Tiempo de Servicio en años		
1 - 5	12	33,33
5 - 10	20	55,56
10 - 15	4	11,11
15 a más	0	0,00
Médicos Insatisfechos	10	21,74
Razones de insatisfacción:		
Salarios bajos	5	50,00
Escasa Capacitación	3	30,00
Trabajo Excesivo	2	20,00
Condición laboral		
Nombrado	5	50,00
Contratado:		
CAS	4	40,00
SNP	1	10,00
Edad		
30-39	0	0,00
40-49	1	10,00
50-59	6	60,00
60 a más	3	30,00
Tiempo de Servicio en años		
1 - 5	0	0,00
5 - 10	2	20,00
10 - 15	3	30,00
15 a más	5	50,00
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

De los entrevistados, el 78,26% se encuentra satisfecho con su desempeño laboral, siendo la causa fundamental porque trabajan por vocación (77,78%), seguido por la sensación de sentirse útil (13,89%) y finalmente por su realización personal (8,33%). Dentro de los médicos insatisfechos con su desempeño laboral (21,74%), la mayoría de ellos indican que es por las condiciones pésimas de trabajo (50%), escasa capacitación (30%) y trabajo excesivo (20%); sin indicar factores intrínsecos al trabajador médico.

Con respecto a la edad encontramos que la satisfacción en el desempeño laboral en los médicos se encuentra en un mayor porcentaje en el intervalo de 40 a 49 años (55,56%), mientras que los trabajadores insatisfechos predominan en la edad de 50 a 59 años. De igual forma los médicos nombrados en un 80,55% se encuentran satisfechos con su desempeño laboral y los médicos contratados por CAS y SNP en su mayoría se encuentran también satisfechos por su desempeño laboral (58,33%)

En cuanto al tiempo de servicio y su relación con la satisfacción del desempeño laboral tenemos que los trabajadores de 1 a 10 años de servicio se encuentran más satisfechos (88,89%), en relación a los de 10 a más años de servicio que se encuentran insatisfechos (17,39%).

En relación al desempeño laboral, de acuerdo a los resultados se deduce que la mayoría de médicos del HRC tiende a cumplir con tareas diarias con mayor eficiencia y eficacia en su mayoría.

No se han encontrado evidencias en el HRC de una política de personal orientado a un proceso de modernización y que invierta en los recursos humanos, especialmente en capacitación, como capital productivo en el proceso de trabajo que beneficie a la prestación

de servicios de salud calidad; lo queda demostrado por la correlación de las variables $r=0.82086$, al 99.9% altamente significativa.

Tabla 10 Como los entrevistados se sienten al atender a sus pacientes

Percepciones	N°	%
Bien, útil en el cuidado de la salud de la gente	19	41,30
Bien, se sienten realizados	3	6,52
Bien, alcanzó metas y objetivos laborales	5	10,87
Bien, todavía con dificultades	8	17,40
Bien, trabajo seguro, reconocido y valorado	1	2,17
Mal, la profesión no es reconocida ni valorada	5	10,87
Mal, por falta de apoyo del cuerpo médico	1	2,17
Mal, por falta de capacitación	4	8,70
Total	46	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

Al estudiar algunos factores laborales relacionados con la satisfacción laboral, los hallazgos fueron, útil en el cuidado de la salud de la gente (41,30%), se sienten realizados (6,52%), alcanzaron metas y objetivos (10,87%), con dificultades (17,40%), reconocido y valorado (2,17%), no son reconocidos ni valorados (10,87%), falta de apoyo del cuerpo médico (2,17%) y por falta de capacitación (8,70%) Los médicos tienen una percepción de su profesión como una práctica de ayuda a los pacientes, lo cual es de mucha responsabilidad; lo queda demostrado por la correlación de las variables $r=1.00$, al 99.9% altamente significativa.

Tabla 11 Relaciones interpersonales

Relaciones interpersonales	Categoría	Nº	%
Médico – Médico	Armonioso	46	100
Médico – Paciente	Armonioso	46	100
Médico – Enfermera	Armonioso	46	100
Médico - Obstetra	Armonioso	46	100
Médico – Interno	Armonioso	46	100
Médico – Residente	Armonioso	46	100
Médico – Personal Administrativo			
Dificultades en el Trabajo	No	46	100
Condiciones de salud – física	Sano	46	100
Total		46	100

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013

Las relaciones interpersonales del cuerpo médico del HRC, es armonioso, no existiendo malos entendidos con médicos, pacientes, enfermeras, obstetras, residentes, internos y con el personal administrativo. Contrariamente a lo esperable, no se reporta en ninguna encuesta la presencia de conflictos a nivel interpersonal, este fenómeno es posible por la dificultad de la expresión del personal médico en referencia a estos conflictos.

Las relaciones existentes entre la profesión de medicina, el ejercicio profesional y el trabajo de salud comprenden un sinnúmero de aspectos, algunos de estos lo constituyen las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y sobre todo las repercusiones que estos generan en la atención de servicio que se ofrece a los usuarios, desempeño laboral, en las distintas áreas como son la hospitalización, emergencia, consulta externa y otras; existiendo un creciente reconocimiento que lo más importante en el sector salud es la inversión en el recurso humano, para mejorar la producción de servicios en salud.

Los resultados descritos revelan una parte de la realidad de las condiciones de vida y de trabajo de los médicos que trabajan en el Hospital Regional de Cajamarca, por tal razón realiza una interacción dialéctica de sus diferentes dimensiones, a través del análisis cualitativo utilizando los datos cuantitativos, teniendo como base la referencias teórica, producto de investigaciones realizadas anteriormente y precisar la realidad social de los médicos, los cuales evidencian una serie de contradicciones que coexisten en la realidad social, relacionadas fundamentalmente con la transformación histórica y económica vigentes en la sociedad peruana, en lo que concierne al desempeño de los médicos, considerándose fundamentalmente en sus condiciones de vida y de trabajo.

En este contexto general, de transformaciones tanto de los escenarios de la salud, como de los sistemas de atención y la propia dinámica de los ámbitos laborales de la profesión médica, se relacionan directamente con la calidad de vida de los médicos del Hospital Regional de Cajamarca.

Los médicos que trabajan en el HRC tienen una calidad de vida relacionada a la satisfacción que tienen con el desempeño de labores asistenciales médicas que brindan a sus pacientes cada día; determinándose que en su mayoría los médicos del HRC tienen una alta calidad de vida, por sus logros obtenidos en el desempeño laboral que les permite ubicarse en un estrato socioeconómico alto.

Estos resultados coinciden con los de Robbins S.,⁹ en su estudio sobre grado de satisfacción laboral del usuario interno donde se encontró que el personal nombrado se encuentra satisfecho con un (65,3%) y el personal contratado en un (34,7%), coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Núñez, R, Ordinola L.,⁸¹ demostraron que para sentir satisfacción era importante la alta calidad de la tarea realizada, para lo cual se tiene que percibir el trabajo como significativo, evaluar el resultado obtenido y ser responsable de él.

Teniendo en cuenta los resultados en cuanto al desempeño laboral; la evaluación debe constituir un aspecto básico de la gestión de recursos humanos en las organizaciones. Porque al evaluar el desempeño, la organización obtiene información para la toma de decisiones: si el desempeño es inferior al estipulado, deben emprenderse medidas correctivas; si el desempeño es satisfactorio, debe ser alentado. Sin embargo, evaluar el desempeño del trabajador no debe ser considerado un ejercicio de examen, ni un procedimiento para juzgar y sancionar, sino fundamentalmente un método para ayudar, colaborar y mejorar las relaciones humanas en la organización, así como de fortalecer las debilidades en cuanto al desempeño del personal.

Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es conocido por todos, que del desempeño de los profesionales depende en gran medida la calidad de la atención que se brinda en los servicios de Salud. La concepción de la calidad del desempeño integrada a la calidad de los servicios, se convierte en un proceso continuo de evaluación de la calidad de la atención en salud. No cabe duda, que el hombre y su conducta profesional y humana es el elemento fundamental en toda organización para proveer servicios de salud con eficiencia, eficacia y efectividad.⁶⁸

Resultados que coinciden con los de Zavala S.,⁸² quien afirma que los trabajadores más jóvenes tienen un mejor desempeño en el trabajo que los de mayor edad; esto debido al entusiasmo que les ponen a las actividades que realizan y que esto se va perdiendo por falta de factores motivacionales que no reciben de igual forma. Los resultados coinciden con los de Atalaya, M.,⁸³ quien afirma que los trabajadores más jóvenes expresan considerable satisfacción en el trabajo que los de mayor edad, que refieren una monotonía laboral y por ende, con una menor satisfacción. Asimismo, en el estudio de Saldaña T.,⁸⁴ encuentran mayor satisfacción en los trabajadores de 30 a 39 años de edad (70,8%) en relación a los de mayor de 40 años (64,7%). De otro lado nuestros estudios difieren de Furnham A.,⁸⁵ quien refiere que las mayores satisfacciones de años posteriores pueden estar relacionados con el hecho de que las personas se han reconciliado consigo mismas, con sus elecciones ocupacionales, o se han cambiado a puestos más estables. Es importante tomar en cuenta esto y tratar de mejorar las condiciones de trabajo del personal contratado, así como de poderles ofrecer un salario justo por el trabajo que realizan.

La calidad de vida en el trabajo, se refiere al desempeño positivo o negativo en un ambiente laboral. La finalidad básica es crear un ambiente que sea excelente para los empleados, tratar de cubrir tanto las necesidades prioritarias de los trabajadores, buscar desarrollar las habilidades más avanzadas de éstos y ofrecer un ambiente que los aliente a mejorar su rendimiento laboral.⁸³⁻⁸⁴

Estos resultados nos permiten tener en cuenta que las personas no son recurso, sino que tienen recurso y que deben ser desarrollados y no utilizados; es decir que cuenten con conocimientos, valores, habilidades y experiencias para desarrollar sus acciones; por lo tanto, quien maneja recursos Humanos debe tener en cuenta que administra talentos, competencias

y valores, esto es importante para evitar que con el transcurso de los años haya un desgaste en el desempeño del trabajador.⁸²

De lo descrito anteriormente se concluye que existe relación estadística significativa ($r=0,94376$) entre la calidad de vida y el desempeño laboral de los médicos del Hospital Regional de Cajamarca.

Los principales hallazgos de la presente investigación acerca de los graduados y su relación con el ejercicio de la profesión médica, revelan que los médicos, con 10 años de experiencia laboral, han logrado alcanzar una situación laboral satisfactoria, tanto desde el punto de vista del tipo del trabajo que desempeñan, como desde el punto de vista de las modalidades contractuales que han alcanzado y muestran, además, un alto grado de satisfacción laboral, que se asocia, posiblemente, al alto nivel de prestigio social atribuido a su especialidad.

De igual modo, los resultados de la presente investigación ponen en evidencia que en la inserción laboral de los graduados, la calidad de vida laboral que alcanzan está marcadamente condicionada por el nivel académico en la carrera de medicina, los antecedentes socioeconómicos de los graduados y las condiciones socioeconómicas y de los servicios de salud en el Hospital regional de Cajamarca.

En este contexto general, de transformaciones tanto de los escenarios de la salud, como de los sistemas de atención y la propia dinámica de los ámbitos laborales de la profesión médica, se relacionan directamente con la calidad de vida de los médicos del Hospital regional de Cajamarca.

Referente a la relación que existe entre la satisfacción laboral con las características socioeconómicas de los médicos del HRC, se descarta que existe una relación significativa

entre el estado civil y condición laboral; el aporte económico y la condición laboral, los ingresos y cantidad de hijos y dependientes económicamente y la inversión.

En relación al desempeño laboral, de acuerdo a los resultados se deduce que la mayoría de médicos del HRC tiende a cumplir con tareas diarias con mayor eficiencia y eficacia.

No se han encontrado evidencias en el HRC de una política de personal orientado a un proceso de modernización y que invierta en los recursos humanos, especialmente en capacitación, como capital productivo en el proceso de trabajo que beneficie a la prestación de servicios de salud calidad.

Se determinó que en su mayoría los médicos del HRC tienen una alta calidad de vida, por sus logros obtenidos en el desempeño laboral que les permite ubicarse en un estrato socioeconómico alto.

En síntesis, como hallazgo central puede destacarse que, tanto el rendimiento de los médicos del HRC y una especialización (residencia médica), están asociados, de modo directo o de modo indirecto, con el estatus socioeconómico de la familia y con las condiciones socioeconómicas de la región y su impacto directo en los servicios de salud y en el mercado médico laboral.

La percepción de los aspectos más importantes de la profesión médica, de acuerdo a las respuestas de los médicos corresponde a los aspectos éticos y humanísticos y, en segundo lugar, de importancia ubican a la competencia clínica en médica general.

Con respecto a las percepciones y actitudes de los médicos acerca de la profesión médica, se evidencia que los encuestados tienden, en general, a adoptar el modelo de médicos

especialistas y que, además, otorgan mayores niveles de importancia a las dimensiones éticas y humanísticas de la profesión médica, que es un aspecto central que se toma en cuenta en los actuales parámetros, nacionales e internacionales, que se aplican para la evaluación de la calidad de la educación médica.

Los resultados de los coeficientes de correlación Pearson de las variables en estudio, a nivel de calidad de vida y desempeño laboral del personal médico del HRC, muestra que existe correlación altamente significativa (0,94376).

Por lo antes expuesto, debemos considerar al centro de trabajo no solo como una entidad para producir o prestar un servicio eficientemente, para competir en el mercado con alta calidad y bajos precios, para crear riquezas, sino también como un eslabón básico y de suma trascendencia en la formación del hombre nuevo y especialmente en la conversión del trabajo en la primera necesidad vital mediante la elevación de la calidad de vida laboral, la cual es un complemento obligado de la educación y la cultura. Un centro de trabajo de éxito no se puede evaluar exclusivamente por los avances logrados en sus indicadores técnico-económicos; hay que considerar junto a ello el grado de maduración de los valores ético-morales del socialismo en el colectivo, su conciencia de dueño, su realización. El no alcanzar el desarrollo adecuado de estos aspectos a la larga frenará todo avance técnico-económico.

Análisis estadístico – Sistema SAS

Se ha utilizado el procedimiento CORR, utilizando las variables Calidad de Vida y Desempeño Laboral, obteniendo los resultados que a continuación se presentan en la tabla 12.

Tabla 12 Correlación de las variables Calidad de Vida y Desempeño Laboral

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
Calidad de vida	136	15,88971	15,76291	2161	0	46,00
Desempeño Laboral	136	38,52897	34,34483	5240	0	100,00
Coeficiente de Correlación Pearson, N=136 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		Calidad de vida			Desempeño laboral	
Calidad de vida		1,00000			0,94376	
					< .0001	
Desempeño laboral		0,94376			1,00000	

Fuente: Encuesta aplicada a médicos del Hospital Regional de Cajamarca – octubre 2013 y resultados de SAS

Referente a la variable calidad de vida, de una muestra de 136, se ha encontrado una media aritmética de 15,88 y un promedio de las variaciones respecto a su promedio de 15,76, la suma total de los valores de cada dato es 2161, el valor mínimo es 0 y valor máximo es 46.

Respecto a la variable desempeño laboral, de una muestra de 136, se ha encontrado una media aritmética de 38,52 y un promedio de las variaciones respecto a su promedio de 34,34, la suma total de los valores de cada dato es 5240, el valor mínimo es 0 y valor máximo es 46.

El coeficiente de correlación Pearson entre la variable Calidad de vida y Desempeño laboral es $r=0,94376$ considerando que existe una buena correlación significativa ($p<0,05$) entre ambas variables.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida del personal médico en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo está relacionada directa y significativamente con el desempeño laboral en el HRC, demostrado con el coeficiente de correlación de Pearson $r=0,94376$ ($p<0,05$) entre ambas variables
- En relación a las características de la calidad de vida del personal médico del HRC en su mayoría procede de Cajamarca, se ubica en el grupo etario de 40 a 49 años, es del sexo masculino, casado, cuya familia consta de 1 a 2 hijos y de 4 personas, pertenecen a AFP y EsSalud como beneficio social. En cuanto a los ingresos económicos por parte del HRC gana entre 3.5 y 4.5 mil nuevos soles por mes, relacionado directamente a la condición de nombrados. El tiempo de servicio va de 5 a 15 años, especialistas, trabaja fuera del HRC como docente y medico asistencial, como dificultades primordiales en el trabajo tenemos los sueldos básicos y la escasa capacitación (donde predomina la invitación externa siendo dos por año), por último, sus relaciones interpersonales son armoniosas.
- En cuanto al desempeño laboral del personal médico del HRC visto en términos de satisfacción laboral podemos afirmar que están satisfechos en su mayoría debido a su trabajo por vocación.

RECOMENDACIONES

- Los niveles de satisfacción obtenidos permiten recomendar a la Dirección Ejecutiva del HRC establecer acciones (reconocimientos y competencias saludables) para mantener y mejorar esta satisfacción laboral.
- Es claramente visible la falta de intervención en el aspecto de capacitaciones del personal médico, por lo que se sugiere la reorganización de ésta área a través de la Dirección Ejecutiva del HRC para que éste sea el eje directriz de la capacitación del personal asistencial de diferentes áreas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hawthorne. Labour satisfaction of the medical personnel in the Adults emergency Room in a general Regional Hospital; 1937
2. Feeboen, G. Satisfacción laboral del personal médico en el Servicio de Urgencias Adultos en el Hospital General Regional México; 1973
3. Donabedian A. La Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación; 1990
4. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud pública México; 1990
5. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro México. La satisfacción; 1998
6. Velarde R. et al. Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. Hit Cien Econ Admin; 27: 55-66; 2004
7. Locke D. Work stress, job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants". Community Dent. Oral Epidemiol. Vol. 24(N2):133-137; 1996
8. Valverde A. et al. Estudio de satisfacción laboral del médico ISSET. Rev. Med. IMSS; 41 (5): 399-405; 2004
9. Robbins S y Werther W.B. Satisfacción Laboral; 1996
10. Chiavenato I. Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones; 2009
11. Villagomez A. Una revisión de la política sectorial en México 1995-2003

12. Crevenna P. Medicina y Salud; 2006
13. Gonzales E. et. al. Tratado de Medicina del Trabajo; 1990
14. Cabrera E. et..al. Satisfacción laboral de los profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. Revista Médica IMSS; 28; 484-490; 2004
15. Miñana S, Chinchilla A. Motivación y médicos de familia.28:484-90; 2001
16. Cavero, B Influencia de la inteligencia emocional en el desempeño laboral de los trabajadores del Centro de Salud la Noria. [Tesis para optar el Grado de magister en Salud Pública con Mención en Planificación y Gestión].Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 2002
17. Robbins, J.A. et al. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. Family Medicine, 25, 17-20; 1993
18. Porter L. Job attitudes in management: I. Perceived deficiencies in need fulfillment as a function of job level. Journal of Applied Psychology. 46 (3), 375-384; 1961
19. Arellano C. (2004) Relación de las necesidades Individuales y la Satisfacción Laboral [tesis] Puebla: Universidad de las Américas; 2004
20. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Salud. Lima-Perú; 2002
21. Palomino C. Médicos contratados por servicios no personales: inhumana realidad. [en línea] 2003 [fecha de acceso 12 de mayo de 2005]. URL disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Paediatria/v05n1/M%C3%C3%A9dicos.htm>

22. Arroyo J. (2000) Salud: La reforma silenciosa. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración; 2000
23. Medici A.C. et. al. El Mercado de Trabajo en Salud: Aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. Ed. Med. Salud. V.25, n1; 1991
24. Foro Salud. Hacia una reforma sanitaria por el Derecho a la Salud. Declaración de la II Conferencia Nacional de Salud; 2005
25. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.
26. Sistema Estadístico Nacional. Compendio Estadístico Perú 2014. Tomo N° 1. Instituto Nacional de Estadística e Informática
27. Carrasco V, Lozano E, Velásquez P. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011
28. Setién M. Indicadores sociales de calidad de vida; 1993
29. Garcés, O. Calidad de Vida en el trabajo del profesional médico y de enfermería en una empresa social del estado (E.S.E) III Nivel, Bogotá Colombia 2014.
30. Razo J. Satisfacción de los pacientes en los servicios de salud. México Mayo 2006
31. Cerna M. et. al. Condiciones de Trabajo del usuario Interno y Características de la Atención Ofertada en los servicios del hospital Regional de Cajamarca; 2004
32. García A, Ovejero A. (2001) Feedback laboral y satisfacción. Universidad de Oviedo, España. [en línea] 2001 [fecha de acceso 11 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://www3.uniovi.es/-psi/reips/v_1_n0/art3.html

33. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-España. La conciliación de la vida laboral y personal en España; 2002
34. García A, Ovejero A. Trabajo, individuo y sociedad: perspectivas; 2001
35. Locke E. A. The nature and causes of job satisfaction, in Dunnette. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College; 1976
36. Fernández B, Paravic T. Nivel de Satisfacción laboral en Enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile; 2003
37. Bronfman M, Gleizar M. Cuadernos de Saúde Pública. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000100012; 1994
38. Salinas-Oviedo, C. et. al. La Satisfacción Laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica; 1994
39. Siordia R., Georgia (1994, 1996, 1998). Satisfacción laboral en un hospital de tercer nivel; 1994, 1996, 1998
40. Jiménez C. et al. Estudio del síndrome de “Burnout” en cirujanos pediatras españoles. Cir Pediatras; 15: 73-8; 2002
41. Fernández-Ballesteros R, Maciá A. Calidad de vida en la vejez. Revista de Intervención Psicosocial, 5,77-94. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid. ISSN: 1132-0559; 1993
42. Huamán, Moisés y Coll. Características Laborales del Médico Joven egresado de la Facultad de Medicina San Fernando. Lima Perú 2007
43. Velásquez M., Satisfacción laboral a empleados bancarios. Lima Perú; 1982

44. Izquierdo M. Satisfacción laboral de trabajadores de diferente nivel jerárquico en el Banco Central de Reserva del Perú; 1983
45. Palma F. Medicina y política. *Seminario médico*, ISSN 0488-2571, Vol. 51, n.º. 3; 1999
46. Torres J. Satisfacción laboral de enfermera en el hospital E. Rebagliati y Hospital Dos de Mayo durante su ejercicio profesional, 1988
47. Clark D, Fullerton T, Burdoff D. “Intra-Industry Trade Between the United States and Mexico: 1993-1998”, *Estudios Económicos*, 16, 167-183; 2001
48. Levi L, Anderson L. (1980) La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México, El Manual Moderno; 1980
49. Sen A. *The Standard de Living*. Cambridge University Oress; 1987
50. Dasgupta P. *Trust. Making and Breaking cooperative relationships*, London: Blackwell Publishers; 1988
51. Lassonde L. *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* UAM y FCE. México; 1997
52. Drucker P. *El cambiante mundo del directivo*, Barcelona, Grijalbo; 1983
53. Morgan C, Murgatroyd S. *Total Quality Management in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, UK; 1994
54. Holcombe R.G. *Public Policy and the Quality of Life: Market Incentives Versus Government Plannig*, Greenwood Press; 1995
55. Diener E. Subjecttive well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575; 1984

56. Brock D. Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética Médica; 1995
57. Toffer, A. El shock del futuro y Avances y premisas; 1970
58. Brown M.A. et. al. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy.40:133-38; 2000
59. Sander B. Gestión Educativa y Calidad de vida. Implicaciones para América Latina; 1990
60. Johnson J. Modelo de organización y funcionamiento del Ministerio de salud y de los órganos públicos del sector; 2005
61. Felce D, Perry J. Quality of life: The scope of the term and its breadth of measurement; 1997
62. Verdugo A. et. al. Situación actual del Empleo con Apoyo en España; 1998
63. Scharlock R, Verdugo, M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual; 2003
64. Suarez R. Competencias laborales para la mejora del desempeño de los recursos humanos en salud; 2011
65. Mc Clelland, M. Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria; 1973, 1997-2000
66. Gildenberger C. Estado de la investigación sobre calidad de vida; 1998
67. Marans R, Rodgers W. Towar an Understanding of Commnity Satisfaction; 1975

68. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas. Washington: OPS, 1998.p.1:109
69. Goncalves R.B.M. Tecnología e organizacao social das práticas de saude: Características tecnológicas deo proceso do trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de Dao Paulo. [Tesis para optar el grado de doctor]. Brasil. 1986
70. Campos N. Condiciones de trabajo y Proceso Salud-Enfermedad en las Enfermeras del Distrito de Chota-Cajamarca. [Tesis para optar el Grado de Maestro en Ciencias]. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2002
71. Juárez, S. Satisfacción laboral y el nivel de desempeño de los profesionales del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la provincia de Trujillo. [Tesis para optar el Grado de Magister en Salud Pública con Mención en Planificación y Gestión].Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 2003
72. Robles M, Diersen T, Martinez E. Variables relacionadas con la satisfacción laboral. Gaceta Sanitaria. 2005, 19: 127-134.
73. Valverde R, Priego H, López Naranji J. Estudio de satisfacción laboral del médico ISSET. Disponible en: Villagomez M, et. al. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia Rev. Med. IMSS; 41 (5): 399-405; 2003
74. Valverde C, Vargas R. Desempeño profesional y grado de satisfacción laboral percibido por el Enfermero del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2000.
75. Urbina, O. et al. Evaluación del desempeño del Profesional de Enfermería del Servicio de Neonatología, Cuba, 2006.

76. Pedraza, E., Amaya, G. y Conde, M. Desempeño laboral y estabilidad del personal administrativo contratado en la Facultad de medicina de la Universidad del Zulia. Venezuela 2010.
77. Palaci, F. Psicología de la Organización. Madrid, España, 2005.
78. Altuve Quintero, Evaly y Serrano Urriola, Claudia. Relacion entre estilos de liderazgo según el modelo de Bolman y Deal y el Desempeño laboral. Universidad Católica Andres Bello. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Caracas. Venezuela. 1999.
79. Flores García Rada Javier. Características de desempeño laboral, Perú; 2008
80. Núñez R, Ordinola L. (1994) Interrelación de la calidad de desempeño administrativo con actividades gerenciales, educación continua y tiempo de experiencia de las enfermeras directivas de los servicios hospitalarios. [Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería]. Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 1994
81. Zavala S. Evaluación de la formación ética en internos de medicina 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. An Fac med. 2006;68(1):5-18; 2005
82. Atalaya M. (1999) Satisfacción laboral y productividad. [en línea] 1999 [fecha de acceso 15 de mayo 2011]. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevista/psicologia/1999_n5/satisfaccion.htm
83. Saldaña T. Autoestima, satisfacción y factores laborales del personal de los establecimientos de salud del distrito de Moche. [Tesis para optar el Grado de Magister en Salud Publica con Mención en Planificación y Gestión]. Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 2000

84. Furnham A. Personalidad y Diferencias Individuales en el Trabajo. Edic. Pirámide, S.A. Madrid. 1ra. Publicación; 1995

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta aplicada al personal médico del Hospital Regional de Cajamarca, orientado a precisar las características de la calidad de vida en términos de condiciones de vida y condición de trabajo.

Sr. Doctor, estamos realizando una investigación orientado a precisar las características de la calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo, con la finalidad de precisar la influencia y plantear algunas sugerencias en la tesis “Calidad de vida en términos de condiciones de vida y condiciones de trabajo y desempeño laboral del personal médico del HRC. 2013”, le agradeceremos mucho su colaboración.

1. Ud. es nombrado () Contratado: CAS () Por servicios no personales ()
2. Que tiempo de servicios tiene en el HRC años
3. Especialidad Horario de trabajo
.....
4. Que cargo ocupa actualmente en el HRC.....
5. Masculino (), Femenino (), Casado (), Soltero (), Conviviente (), Viudo ()
Procedencia.....Religión.....
.Posición en la familia.....
6. Condiciones de consumo familiar:
 - i. Tenencia de la vivienda
 - ii. Material de construcción.....
 - iii. Número de integrantes de la familia.....

- iv. Número de habitaciones.....
- v. Número de dormitorios.....
- vi. Servicios sanitarios.....
- vii. Otros bienes.....
- viii. Personas que trabajan en la familia.....
- ix. Ingreso familiar.....
- x. Personas económicamente dependientes.....
- xi. Inversión de los ingresos económicos.....

7. Las condiciones de trabajo que Ud. tiene en el HRC están acorde con las exigencias de un mejor desempeño que exigen actualmente las autoridades de Salud.....

8. Condiciones del trabajo:

- i. Nombrado () Contratado () Por servicios no personales () En planillas ()
- ii. Área de trabajo: Emergencia () Hospitalización () Hospitalización () Consulta externa ().
- iii. Función que desempeña: Jefatura () Asistencial () Ambos ().
- iv. Jornada de trabajo Horas/díaHoras/semana
- v. Horario de trabajo:Experiencia en el servicioaños
- vi. Trabajo adicional en otro lugar: Si () No ()
- vii. Tiene beneficios sociales: Seguro social (), Seguro particular () Otros () ninguno ().

- a) Número de capacitación en el año, por parte de la institución
- b) Número de capacitaciones en el año por cuenta propia.....
- c) Tienen dificultades en el trabajo Si () No ()
- d) Tiene relaciones interpersonales, como las catalogamos en la presente investigación: Armoniosa, intermedias o conflictivas:
 - i. Médico-Médico
 - ii. Médico – Paciente.....
 - iii. Médico – Enfermera.....
 - iv. Médico – Obstetriz.....
 - v. Médico – Internos.....
 - vi. Médico – Personal Técnico
 - vii. Médico – Personal administrativo.....
- e) Condiciones físicas y emocionales del médico encuestado:
 - i. Sano Si () No () Enfermo Si () No ()
 - Estresado Si () No () .

9. Cree Ud. que es necesario una actualización y reorganización de los servicios de salud, incorporando métodos y tecnología compatibles con el medio y con la prestación de servicios

.....

.....

10. Cree Ud. que parte del proceso de modernización, debe ser la capacitación del personal, en términos de una política del recurso humano. Porque?

.....

.....

11. En nuestro país, no existe reforma explícita o legal pero si reformas sanitarias parciales (se la denominan “la reforma silenciosa de salud”), influye en su desempeño laboral
- Porque?.....
12. En el Ministerio de Salud, particularmente el recurso profesional médico, es identificado como uno de los principales problemas del sector. Cuál es su opinión?
-
-
13. Las bajas remuneraciones, distribución geográfica desigual, falta de oportunidades para capacitarse, horarios y jornada de trabajo deshumanizantes, afectan su calidad de vida.
- Porque?.....
-
-
14. Cree Ud. que existe una política adecuada de recursos humanos en HRC.
- Porque?.....
-
15. La condición laboral del médico, incrementa y/o afecta en el desempeño laboral (producción y productividad) Porque?.....
-

16. Existen prácticas burocráticas en la atención médica que contribuyen con el desmejoramiento de la calidad de ejercicio médico. Puede explicarnos?

.....
.....

17. El criterio principal de los contratos por servicios no personales es el llamado incremento de la producción y productividad. Se cumple con estos objetivos.

Porque?

.....
.....

18. La condición laboral condiciona para que el acto médico se desarrolle sin el respaldo de condiciones laborales y equipamiento apropiados.

Porque?.....

.....

19. La condición laboral limita la capacitación de los médicos del HRC.

Porque?.....

.....

20. Ud. cree que el Ministerio de Salud no cuenta con una política de recursos humanos en salud.

Porque?.....

.....

21. Las condiciones laborales actuales, contribuyen con la dedicación, entrega y continuidad de los planes y programas que se implementen en el HRC.

Porque?.....

.....

22. Existe factores de motivación en el HRC. Explicar
cuáles?.....
.....
23. Disculpe la pregunta, actualmente su trabajo en el HRC, le brinda bienestar y
satisfacción personal.
Porque?.....
.....
24. Que acciones debe impartir las autoridades del HRC para incrementar el bienestar y
satisfacción personal a su personal
médico?.....
.....
25. Ud. cree que las autoridades del HRC cumplen con la responsabilidad social hacia
los médicos.
Porque?.....
.....
26. Según su criterio, que se necesita en HRC, para impulsar un comportamiento
institucional más productivo, pero sobre todo más humano y generador de actitudes
favorables hacia la organización y el trabajo corporativo en la institución.
.....
.....
27. A su criterio existe una política de gestión efectiva orientado a un desempeño
adecuado de sus funciones, particularmente en el campo de la promoción y
educación en
salud.....

28. Ud. cree que la satisfacción o insatisfacción en su trabajo, tiene relación con el ambiente físico del trabajo, o depende de las actitudes del grupo de trabajo?.....
.....

29. Con que puntaje (de 1 al 5) calificaría su actitud hacia su trabajo, considerando los siguientes factores críticos para su satisfacción y desempeño en el Trabajo:

- i. Oportunidad de hacer lo que hacen mejor.
- ii. Que sus opiniones cuenten.
- iii. Conseguir la oportunidad de aprender y crecer.
- iv. Su remuneración es un elemento directo asociado al grado de satisfacción.

a) Muy satisfecho
.....

b) Satisfecho
.....

c) No satisfechos
.....

30. Ud cree que la calidad de vida de un médico esta en relación a su entorno, relaciones interpersonales, involucramiento con la comunidad, bienestar material (propiedades, posesiones, seguridad financiera), desarrollo personal (educación destrezas, competencias personales), bienestar físico (salud, nutrición, recreación) y estabilidad.
Porque?.....
.....

31. Las autoridades del HRC que factores toman en cuenta para futuros ascensos. Puede enumerarlos.....
32. Las condiciones de trabajo actual afectan su salud. Porque?
.....
.....
33. El cargo que ocupa un médico tiene relación con el grado de satisfacción que tiene por su labor diaria.
Porque?.....
34. La calidad de vida de un médico que labora en el HRC, está en relación al desarrollo integral y no tanto de la cantidad disponible de bienes y servicios. Cuál es su opinión?.....
35. Ud. cree que la calidad de vida de un médico del HRC está relacionado con la expectativa de vida, la educación, la salud, la satisfacción en el trabajo, la dignidad, las relaciones labores, familiares. Cuál es su opinión?
.....
.....
36. La calidad de vida laboral del médico del HRC está en relación con la posibilidad de ascenso laboral (por su capacidad, conocimientos y méritos laborales), por su seguridad, por el reconocimiento de la utilidad del trabajo que realiza, por su salario acorde a su aporte laboral (calidad y cantidad) que le permita cubrir sus necesidades fundamentales, clima laboral caracterizado por la solidaridad, la fraternidad, la colaboración, la ayuda mutua, el respeto entre los integrantes del colectivo (relaciones entre jefes y subordinados), la disciplina, legalidad, existencia de condiciones para elevar la calificación técnico-profesional, las condiciones laborales

satisfactorias (organización del trabajo, seguridad, alimentación, transporte, etc.) .

Cuál es su

opinión?.....
.....
.....

37. Realizan evaluación de desempeño al personal médico del HRC. Cuáles son las variables que tienen en cuenta en la evaluación de desempeño laboral. Puede explicar?.....
.....

38. Las condiciones de salud física y emocional tienen influencia en la calidad de vida de los médicos que laboran en el HRC. Porque?

.....
.....
.....

Muchas Gracias

Encuestador

Hora y Fecha

ANEXO 2

Resultados de la correlación entre variables según tabla

DATA CARACTERÍSTICAS PERSONALES MEDICO;

INPUT N P;	21 45.66	11 23.91
CARDS;	11 23.91	35 76.09
25 54.39	3 6.52	43 93.48
6 13.15	40 86.96	;
6 14.03	6 13.04	PROC PRINT;
4 8.78	34 73.92	RUN;
1 1.17	8 17.39	PROC CORR;
2 3.50	5 4 8.69	VAR N P;
1 2.64	41 89.14	RUN;
1 1.76	3 6.52	
46 100	1 2.17	
11 23.91	1 2.17	

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	25	14.64000	15.72917	366.00000	1.00000	46.00000
P	25	31.52840	34.43650	788.21000	1.17000	100.00000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=25 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
			N		P	
	N		1.00000		0.99917	
					<.0001	
	P		0.99917		1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 0.99917. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

DATA	10 21.74	46 100	0.00
CONSUMO DEL PERSONAL	4 8.69	46 100	3 6.52
HRC;	36 78.26	23 50	14 30.43
INPUT N P;	6 13.04	46 100	20 43.48
CARDS;	46 100	46 100	9 19.56
41 88.59	46 100	46 100	;
2 5.26	46 100	46 100	PROC PRINT;
3 6.15	35 76.08	4 8.69	RUN;
46 100	4 8.70	28 60.87	PROC CORR;
4 8.69	4 8.70	14 30.44	VAR N P;
32 69.57	3 6.52	46 100	RUN;

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	32	25.06250	18.68748	802.00000	0	46.00000
P	32	54.57688	40.46228	1746	3.00000	100.00000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=32 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			0.99991	
					<.0001	
P		0.99991			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 0.99991. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

```

DATA VÍNCULO DE LA      37 80.44      PROC PRINT;
IDEOLOGÍA              9 19.56      RUN;
DOMINANTE;            46 100      PROC CORR;
INPUT N P;           46 100      VAR N P;
CARDS;                ;      RUN;

```

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	4	34.50000	17.52142	138.00000	9.00000	46.00000
P	4	75.00000	38.09281	300.00000	19.56000	100.00000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=4 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			1.00000	
					<.0001	
					P	
P		1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

```

DATA PERSONAL          5 10.86
MÉDICO DEL HRC;       7 15.20
INPUT N P;           39 84.80
CARDS;                ;
34 73.91              PROC PRINT;
9 19.56               RUN;
3 6.53               PROC CORR;
12 26.10             VAR N P;
22 47.82             RUN;
7 15.22

```

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	9	15.33333	13.23820	138.00000	3.00000	39.00000
P	9	33.33333	28.78271	300.00000	6.53000	84.80000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=9 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			1.00000	
					<.0001	
P		1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

DATA MÉDICO FUERA DEL HRC;

INPUT N P;	37 86.05	;
CARDS;	12 27.90	PROC PRINT;
43 100	31 72.10	RUN;
28 65.11	15 34.88	PROC CORR;
6 13.95	28 65.12	VAR N P;
9 20.94	0 0.00	RUN;
6 13.95	43 100	

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	12	21.50000	15.28814	258.00000	0	43.00000
P	12	50.00000	35.55489	600.00000	0	100.00000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=12 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			1.00000	
					<.0001	
P		1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

```
DATA TRABAJO EXTRA      36 83.72      RUN;
EXPRESADAS POR LOS      5 11.63      PROC CORR;
MÉDICOS;
INPUT N P;              2 4.65      VAR N P;
CARDS;                  ;          RUN;
3 100.00                PROC PRINT;
```

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	4	11.50000	16.38088	46.00000	2.00000	36.00000
P	4	50.00000	48.87371	200.00000	4.65000	100.00000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=4 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			0.45024	
					0.5498	
P		1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 0.99917. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

```
DATA TRABAJO          11 23.91          RUN;
EXPRESADAS POR LOS   6 13.05          PROC CORR;
MÉDICOS;
INPUT N P;          2 4.35          VAR N P;
CARDS;              5 10.86          RUN;
17 36.96           ;
5 10.87            PROC PRINT;
```

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	6	7.66667	5.42832	46.00000	2.00000	17.00000
P	6	16.66667	11.80156	100.00000	4.35000	36.96000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=6 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
	N	1.00000			1.00000	
					<.0001	
	P	1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

DATA REALIZAN	19 41.30	PROC PRINT;
ALGÚN CURSO DE CAPACITACIÓN;	20 43.48	RUN;
INPUT N P;	25 54.35	PROC CORR;
CARDS;	12 26.08	VAR N P;
7 15.22	9 19.57	RUN;

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	6	15.33333	7.06163	92.00000	7.00000	25.00000
P	6	33.33333	15.35093	200.00000	15.22000	54.35000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=6 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
		N			P	
N		1.00000			1.00000	
					<.0001	
P		1.00000			1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

DATA DESMP LABORAL	5 13.89	1 10.00
EXPRESADOS POR LOS MÉDICOS;	0 0.0	6 60.00
INPUT N P;	12 33.33	3 30.00
CARDS;	20 55.56	0 0.00
36 78.26	4 11.11	2 20.00
28 77.78	0 0.0	3 30.00
3 8.33	10 21.74	5 50.00
5 13.89	5 50.0	;
29 80.55	3 30.00	PROC PRINT;
5 13.89	2 20.00	RUN;
2 5.56	5 50.00	PROC CORR;
11 30.55	4 40.00	VAR N P;
20 55.56	1 10.00	RUN;
	0 0.00	

Resultados Estadísticos

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	30	7.66667	9.45163	230.00000	0	36.00000
P	30	30.00000	24.60434	900.00000	0	80.55000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=30 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
			N		P	
N			1.00000		0.82086	
					<.0001	
P			0.82086		1.00000	

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 0.82086. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC CORR.

```

DATA ENTENDER A      1 2.17          VAR N P;
SUS PACIENTES;      5 10.87          RUN;
INPUT N P;          1 2.17
CARDS;              4 8.70
19 41.30            ;
3 6.52              PROC PRINT;
5 10.87            RUN;
8 17.40            PROC CORR;

```

Variable	N	Media	Desviación típica	Suma	Mínimo	Máximo
N	8	5.75000	5.82482	46.00000	1.00000	19.00000
P	8	12.50000	12.66255	100.00000	2.17000	41.30000
Coeficiente de Correlación Pearson, N=8 Probabilidades > (r) suponiendo HO: Rho = 0						
	N		N		P	
	N		1.00000		1.00000	
					<.0001	
	P		1.00000		1.00000	

Resultados Estadísticos

En la primera parte de la salida presenta el cálculo de los estadísticos tamaño de muestra, media, desviación típica, suma, mínimo y máximo para cada una de las variables.

En la segunda parte produce una matriz de correlación para número y porcentaje con el coeficiente de correlación de 1.00000. El valor que se encuentra debajo del coeficiente de correlación es la probabilidad de que el coeficiente de correlación sea cero (o sea que no haya correlación). En el ejemplo vemos que la probabilidad de que la correlación sea cero, es menor que 0.05 y 0.01 es decir la probabilidad de que haya correlación es altamente significativa estadísticamente (1 - 0.001) al 99.9%.

Al igual que en el caso anterior, en la primera parte da los estadísticos y en la segunda y tercera parte los coeficientes de correlación de Spearman y Hoeffding, en el orden indicado en la sentencia PROC COR