

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**POSGRADO DE PSICOLOGÍA**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN LABORAL Y  
ORGANIZACIONAL**

**RELACIÓN DEL GRADO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y EL  
DESEMPEÑO LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN  
HOSPITAL PÚBLICO**

**PROYECTO FINAL DE CAMPO**

**PARA OBTENER GRADO DE MAESTRÍA**

**POR**

**LICENCIADA CLAUDIA BERENICE PÉREZ MARTÍNEZ**

**DIRECTOR**

**DOCTOR EDUARDO LEAL BELTRÁN**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**JUNIO 2013**

RELACIÓN DEL GRADO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y EL  
DESEMPEÑO LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN  
HOSPITAL PÚBLICO

---

DOCTOR EDUARDO LEAL BELTRÁN

DIRECTOR DE TESIS

---

DOCTOR CIRILO H. GARCÍA CADENA

REVISOR DE TESIS

---

DOCTOR FRANCISCO TREVIÑO ELIZONDO

REVISOR DE TESIS

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradezco a mis padres, quienes me han apoyado incondicionalmente tanto en el aspecto personal como en el profesional, brindándome su cariño, compartiéndome sus experiencias y permitiéndome tomar mis propias decisiones, lo cual me ha facilitado entre muchas otras cosas, alcanzar un objetivo más en mi carrera profesional.

A su vez, deseo reconocer a mis profesores por el tiempo concedido para compartirme sus conocimientos tanto teóricos como prácticos, que me permitieron desarrollar este producto integrador y que servirán de base para mi ejercicio laboral.

Por último, quiero agradecer con especial atención al Doctor Eduardo Leal Beltrán que, gracias a sus conocimientos de investigación y su capacidad para guiar mis ideas, fue un aporte invaluable para mi Tesis.

## RESUMEN

El desempeño de los profesionales de la salud en la atención pública es un tema amplio y polémico que atañe, preocupa y afecta a toda la población.

Debido a lo anterior, las organizaciones enfocadas en el cuidado médico comúnmente tienen el objetivo de mejorar los sistemas de salud para proporcionar una atención acorde a las necesidades de la sociedad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desarrollados, no se han obtenido los resultados deseados.

Existen diversos factores que contribuyen a la eficiencia o incompetencia del ejercicio médico, por tal motivo, la presente investigación se enfocó únicamente en el compromiso organizacional y el desempeño laboral de los médicos y enfermeras en un hospital público de Ciudad Victoria, Tamaulipas, teniendo como objetivo identificar la relación entre estos dos factores.

Para medir la responsabilidad y el ejercicio de los trabajadores se utilizaron tres cuestionarios, los cuales son: el cuestionario de compromiso organizacional de Meyer y Allen (1991), la cédula de evaluación del desempeño para personal médico y la cédula de evaluación del desempeño para personal de enfermería, siendo estos dos últimos desarrollados por el Comité nacional de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud (2012).

A través del análisis de los resultados de las escalas se logró detectar una relación positiva significativa entre el compromiso normativo, el desempeño y la capacitación de los médicos, así como, una relación negativa entre el compromiso organizacional, las aptitudes y la calidad técnica y atención médica en las enfermeras.

Se pretende con esta investigación aportar información de utilidad tanto para la organización como para futuras investigaciones que permitan el mejoramiento de los sistemas de salud públicos.

## ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....	9
1.1 INDUCCIÓN AL TRABAJO.....	9
1.2 OBJETIVO .....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.4 HIPÓTESIS .....	13
1.5 DELIMITACIONES Y LIMITACIONES .....	14
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 COMPROMISO ORGANIZACIONAL .....	15
2.2 DESEMPEÑO LABORAL .....	16
2.3 COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.....	18
2.4 PLAN DE VIDA Y CARRERA .....	20
2.5 CONTRATO PSICOLÓGICO .....	23
2.6 EL ROL DEL TRABAJO .....	26
2.7 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL BUEN DESEMPEÑO HOSPITALARIO .....	30
CAPÍTULO 3. MÉTODO.....	33
3.1 ESCENARIO.....	33
3.2 PARTICIPANTES .....	33
3.3 INSTRUMENTOS .....	34
3.4 ANÁLISIS DE DATOS.....	34
3.5 PROCEDIMIENTO .....	35
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE MÉDICOS.....	36

4.1.1 Edad .....	36
4.1.2 Tipo de contrato .....	37
4.1.3 Puesto.....	38
4.1.4 Área de trabajo.....	38
4.1.5 Turnos de trabajo .....	38
4.1.6 Número de empleos adicionales .....	39
4.1.7 Antigüedad del puesto .....	39
4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ENFERMERAS .....	40
4.2.1 Edad .....	40
4.2.2 Tipo de contrato .....	41
4.2.3 Puesto.....	42
4.2.4 Área de trabajo.....	42
4.2.5 Turnos de trabajo .....	43
4.2.6 Número de empleos adicionales .....	43
4.2.7 Antigüedad del puesto .....	43
4.3 CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL .....	44
4.3.1 Médicos.....	45
4.3.2 Enfermeras.....	51
4.4 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO .....	56
4.5 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	63
4.6 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA Y CORRELACIONES ENTRE EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y LA ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO .....	69

4.7 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA Y CORRELACIONES ENTRE EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y LA ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	70
4.8 CORRELACIONES ENTRE LA ANTIGÜEDAD Y EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL EN LA MUESTRA DE MÉDICOS .....	73
4.9 CORRELACIONES ENTRE LA ANTIGÜEDAD Y EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL EN LA MUESTRA DE ENFERMERAS.	73
4.10 COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATO. ....	74
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
5.1 CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL.....	76
5.1.1 Médicos.....	77
5.1.2 Enfermeras .....	77
5.2 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO .....	78
5.3 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	80
5.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN .....	80
5.4.1 H <sub>1</sub> Los médicos con alto compromiso organizacional obtienen mayor puntaje en el desempeño laboral.....	80
5.4.2 H <sub>2</sub> Las enfermeras con alto nivel de compromiso organizacional presentan mayor puntaje en el desempeño laboral.....	81
5.4.3 H <sub>3</sub> A mayor antigüedad mayor compromiso. ....	82
5.4.4 H <sub>4</sub> Los médicos y enfermeras con un puesto de base presentan un alto compromiso organizacional.....	83

5.4.5 H <sub>5</sub> Los médicos y enfermeras con un contrato de trabajo sujeto a modalidad de suplencia presentan un bajo compromiso organizacional.....	83
5.5 CONCLUSIONES.....	83
5.6 RECOMENDACIONES .....	85
REFERENCIAS.....	87
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS .....	92
ANEXO I .....	96
ANEXO II.....	97
ANEXO III.....	99



# **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 INDUCCIÓN AL TRABAJO**

Las instituciones de atención médica son organizaciones de servicio que requieren, como todas las demás, adaptarse a las exigencias de la sociedad, el ambiente y las nuevas tecnologías.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) hace más de tres décadas se adoptó una visión integral de la salud, reconociendo así, que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban del control del sector salud y, por lo tanto debían abordarse desde un enfoque amplio que abarcara a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la tasa de morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud.

Hoy en día los sistemas de salud no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado enormes progresos para mejorarlos, los sistemas de salud son menos eficaces que lo que podrían ser, por lo que, las expectativas de los usuarios no se cumplen, produciendo insatisfacción y conflictos sociales (OMS, 2008).

En los hospitales de México lo anterior no es muy diferente, a pesar de las transformaciones, siguen utilizando procesos de control del ejercicio médico desde una perspectiva administrativa, provocando efectos contraproducentes sobre la calidad de la atención médica (Ramírez, García, Fraustro, 1995).

El avance burocrático en las instituciones dedicadas a la salud permite observar un empobrecimiento en las instituciones médicas. Lo anterior transforma al personal de salud en trabajadores burocráticos que van perdiendo la orientación humanista y su deseo de actualización repercutiendo así, en la eficacia de la atención médica (Viniegra-Velázquez como se cita en Ramírez, García, Fraustro, 1995).

Martínez, Chávez, Cambero, Ortega y Rojas (2009) en su investigación *Factores inhibidores de la calidad en los Servicios de Salud* presentaron la opinión de diversos directivos acerca de los elementos que afectan de manera negativa la calidad de los hospitales públicos dentro de las siguientes categorías: infraestructura deficiente, limitantes culturales y organizacionales, marco laboral inadecuado, gestión inadecuada, gestión del talento humano deficiente, falta de apego a la normatividad hospitalaria y limitantes externos.

En infraestructura deficiente se mencionaron los siguientes factores: insuficiente presupuesto de operación, insuficiente plantilla de personal debido a la ineficiencia del personal y la sobreprotección de los sindicatos, el abastecimiento insuficiente e inoportuno de recursos, la rotación del personal interna (entre departamentos o clínicas) y falta de personal en áreas críticas.

En limitaciones culturales y organizacionales se seleccionaron los siguientes elementos: la falta de compromiso gerencial con la calidad, falta de cultura de calidad de personal operativo, falta de compromiso laboral del personal, la falta de responsabilidad y compromiso personal, la desmotivación personal, la pérdida de identidad o sentido de pertenencia con la institución y la insatisfacción del personal debido a que trabajan por necesidad y no por vocación.

De acuerdo al marco laboral inadecuado, el primer factor inhibidor de la calidad es la sobreprotección del trabajador por el sindicato, en segundo lugar el salario insuficiente y en tercero el horario de trabajo inadecuado además de, sobrecarga de trabajo e incertidumbre laboral. Esta última se encuentra en esta categoría debido a que, los empleados de la salud que labora en hospitales públicos más que la inseguridad de empleo se presenta la amenaza de perder las prestaciones.

En gestión inadecuada los elementos que se tomaron en consideración fueron: falta de liderazgo, comunicación deficiente, falta de planeación estratégica, exceso de burocracia, gestión orientada por funciones y no por procesos, deficiente trabajo en equipo, falta de coordinación entre hospitales y tiempos de espera prolongados.

La categoría de talento humano deficiente abarca factores de: insuficiente capacitación y deficiente selección de personal.

Por último, las limitaciones externas que señalaron los directivos fueron: mayor demanda que oferta, poca exigencia de los usuarios, situación económica mala del país.

Conforme a lo anterior se puede concluir que, el grado de calidad de los servicios de salud proporcionados por los hospitales presenta limitaciones tanto internas como externas. Sin embargo, debido a la amplitud de las restricciones externas y de las instituciones de salud, esta investigación se enfocó en dos principales condiciones provenientes de aspectos internos en una sola institución de salud: el desempeño laboral y el compromiso organizacional.

De acuerdo con Gibson, Ivancevich y Donnelly (2001) el desempeño laboral es el esfuerzo individual de las personas de acuerdo a sus capacidades y habilidades y las percepciones que estas tengan del papel que deben realizar en las organizaciones.

El compromiso organizacional en cambio, es un proceso mediante el cual las metas de la organización y las metas individuales se agrupan para formar una misma (Meyer y Allen, 1991).

## 1.2 OBJETIVO

Identificar la relación existente entre el compromiso organizacional y el desempeño laboral en profesionales de la salud de un hospital público.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La desidia de los profesionales de la salud que laboran en instituciones hospitalarias son síntomas de organizaciones gravemente enfermas, que en relación con otros factores desencadenan una calidad de vida laboral deficiente que impacta en la atención que ofrecen a sus pacientes (Cajigas, Leal, Santos, Reyna y González, 2011).

Esta apatía de los profesionales junto con los sistemas disfuncionales de atención médica produce errores que pueden causar lesiones irreversibles e incluso la muerte.

De acuerdo con varias investigaciones, en Estados Unidos mueren alrededor de 44,000 a 98,000 personas al año como resultados de errores médicos (Kohn, Corrigan y Donaldson, 1999).

Además de las vidas en riesgo, otros efectos que causa la negligencia son: gastos económicos elevados y un aumento de la exigencia de atención de calidad por parte de los usuarios que, cada vez se encuentran más informados desarrollando así, una posición crítica ante las instituciones de atención médica.

El hecho de que los pacientes deseen una mejor atención y que el personal desee otorgar servicios de mejor calidad no es suficiente para mejorar los sistemas de salud, también, es necesario contar con una serie herramientas, conocimientos y técnicas que ordenadas, estructuradas e interconectadas de manera adecuada conformen procedimientos de salubridad adecuados para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. (Martínez, Chávez, Cambero, Ortega y Rojas, 2009).

Por lo anterior, es de gran importancia evaluar la calidad y el desempeño de las instituciones de salud y de sus trabajadores, para optimizar los recursos que se

emplean, aumentar la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y optimizar la salud de las localidades (Vélez, 2011).

A su vez, el compromiso organizacional es otro factor relevante ya que, podría ser clave en la mejora de la eficacia organizacional de los hospitales y la atención médica. De acuerdo a una investigación realizada en Inglaterra por el Servicio Nacional de Salud, los hospitales con mayores niveles de compromiso por parte de sus empleados proporcionan servicios de mayor calidad y tienen un mejor rendimiento financiero (Lowe, 2012).

Una relación entre compromiso y niveles altos de desempeño podría ser importante porque se traduciría en la reducción de errores médicos, prestación de servicios de atención mejorada y mayor satisfacción por parte de los pacientes y, a su vez, todo lo anterior podría producir un impacto en la línea inferior de las organizaciones sanitarias e influir positivamente en el bienestar de la sociedad en general (Bret, Matthews, Hartley y Whitaker, 2009).

#### 1.4 HIPÓTESIS

H<sub>1</sub> Los médicos con alto compromiso organizacional obtienen mayor puntaje en el desempeño laboral.

H<sub>2</sub> Las enfermeras con alto nivel de compromiso organizacional presentan mayor puntaje en el desempeño laboral.

H<sub>3</sub> A mayor antigüedad mayor compromiso.

H<sub>4</sub> Los médicos y enfermeras con un puesto de base presentan un alto compromiso organizacional.

H<sub>5</sub> Los médicos y enfermeras con un contrato de trabajo sujeto a modalidad de suplencia presentan un bajo compromiso organizacional.

## 1.5 DELIMITACIONES Y LIMITACIONES

Cada investigación tiene limitaciones y delimitaciones en sus resultados debido a sus características propias. Por lo tanto, es necesario especificar aquí, las correspondientes a esta tesis.

Las delimitaciones con respecto a este estudio son las siguientes:

- Se refiere al compromiso y al desempeño laboral en un solo hospital público en Ciudad Victoria, Tamaulipas.
- La muestra consta únicamente médicos y enfermeras que laboraron en la institución de noviembre 2012 a marzo 2013.
- Se enfoca básicamente en la relación entre el desempeño laboral y el compromiso organizacional así como, en la antigüedad y relación contractual del los trabajadores, sin considerar los efectos de otros factores, tales como: relación con otras personas, satisfacción laboral, número de empleos adicionales.

Las limitaciones de esta investigación son:

- Disponibilidad y voluntad de los médicos y las enfermeras objetos de esta investigación para aceptar responder los instrumentos.
- Dificultad para recolectar información debido al ritmo de trabajo en una institución de este giro, el tiempo de los empleados y del investigador.
- Calificaciones del desempeño realizadas por un solo evaluador para cada muestra, sin capacitación previa.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 COMPROMISO ORGANIZACIONAL**

“El compromiso contribuye a que los trabajadores se identifiquen con sus roles profesionales y con la organización de trabajo, volviéndose más motivados y por lo tanto más involucrados” (Llapa, Trevizan, Shinyashiki y Mendes, 2009, p. 10).

El compromiso organizacional es un estado psicológico que caracteriza la conexión del empleado con la empresa y tiene implicaciones en la decisión de continuar o interrumpir la relación laboral (Meyer y Allen, 1991).

De acuerdo con Meyer y Allen (1991) es posible descomponer la responsabilidad en tres temas principales que son: afectivo, de continuidad y normativo. El primer enfoque se refiere a la unión emocional e identificación del empleado con la organización, refleja el deseo de mantener el vínculo con ella y se desarrolla a través de la experiencia, produciendo una sensación de comodidad y competencia personal. El segundo aspecto se refiere a la conciencia del costo material asociado al abandono de la organización y muestra la necesidad de permanecer en la institución, de no existir, aumentaría la posibilidad de que se presente el fenómeno de rotación. El tercero y último factor alude a la internalización de las normas de la compañía produciendo lealtad hacia ella y se expresa a través de un sentimiento de obligación de perpetuar la relación.

También, se ha comprobado en algunas investigaciones que el compromiso tiene una relación positiva con el desempeño, la satisfacción laboral, la asistencia, las bajas tasas de rotación de personal, la moral y la eficacia organizativa (Blau, 1986; Ferrell y Petersen, 1984; Pierce y Dunham, 1987; Steers, 1977; Colarelli et al., 1987; Lee, 1971; Dubin, 1974; Wiener y Vardi, 1980; como se citan en Meyer y Allen,

1991), pero no en otras (Angle y Perry, 1981; Ivancevich, 1985; Jamal, 1984; como se citan en Meyer y Allen, 1991, p. 73).

En el caso de los médicos que laboran en los hospitales públicos y poseen una baja rotación de personal, su falta de compromiso podría observarse a través del ausentismo y el bajo desempeño.

Cabe destacar una importante diferenciación entre el compromiso organizacional y la satisfacción laboral desde el punto de vista organizativo. El compromiso organizacional tiene una visión más global que refleja una respuesta afectiva del trabajador hacia la organización, y presta mayor atención a aspectos de la organización como lo son las metas y los valores, mientras que, la satisfacción laboral está ligada únicamente al puesto de trabajo y el entorno del trabajador (Baker y Baker, 1999).

## 2.2 DESEMPEÑO LABORAL

Palaci (2005, p.155) define el desempeño laboral como “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”.

A su vez, Chiavenato (2009) plantea que el desempeño es la estrategia personal del trabajador para lograr los objetivos institucionales la cual, es visible a través su comportamiento.

Sin embargo, el ejercicio profesional puede ser tanto exitoso como deficiente dependiendo así de: “múltiples factores, elementos, habilidades, características o competencias correspondientes a los conocimientos, habilidades y capacidades que se espera que una persona aplique o demuestre al desarrollar su trabajo” (Araujo y Leal, 2007 pp. 140-141)



De acuerdo con Chiavenato (2000) los elementos del desempeño laboral deben incluir factores actitudinales como: disciplina, cooperación, iniciativa, responsabilidad, seguridad, discreción, presentación personal, interés, creatividad, capacidad de realización y factores operativos como: conocimiento del trabajo, calidad, cantidad, exactitud, trabajo en equipo y liderazgo.

A su vez, existen otros elementos como: las compensaciones fijas o variables, satisfacción en relación con las tareas asignadas, competencias para realizar las tareas, capacitación y desarrollo del trabajador, factores motivacionales y conductuales del individuo, clima organizacional, cultura organizacional y expectativas del empleado que influyen de forma tanto positiva como negativa en el ejercicio profesional dependiendo así, de su aplicación en la organización. (Palaci, 2005).

Por lo tanto, para conocer de manera oportuna los errores y las limitaciones de los trabajadores que impiden el cumplimiento de los objetivos institucionales, es necesario que las organizaciones diseñen y apliquen sistemas de evaluación de desempeño (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Estos sistemas son uno de los procesos más importantes para administrar adecuadamente el talento humano, desarrollar la efectividad y alcanzar el éxito organizacional, ya que permiten mantener y aumentar la productividad y facilitar el avance de metas estratégicas (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Por lo anterior, es importante emplear sistemas de evaluación en los profesionales de la salud para: regular la práctica, aumentar la productividad y, promocionar y verificar el cumplimiento de las metas a través de su comportamiento, permitiendo así administrar adecuadamente el capital intelectual en las diversas instituciones de salud pública.

Los elementos necesarios para llevar a cabo una evaluación del desempeño incluye el análisis de los puestos y áreas de trabajo, la administración del ejercicio humano en las organizaciones y la medición del desempeño a través de estándares objetivos previamente definidos y valorados, los cuales deben ayudar a determinar la efectividad y eficiencia del trabajo de los empleados de acuerdo a los objetivos y la misión de la organización, tomando en consideración todos los niveles de operación en la empresa (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Es importante también, definir qué personas implementarán la evaluación del desempeño laboral, las cuales se seleccionarán de acuerdo con las necesidades de la organización. Algunas posibilidades son: los gerentes o supervisores, el trabajador, los subordinados, los compañeros, los clientes y los equipos de trabajo, las cuales se pueden combinar para obtener una valoración más amplia y completa (Huerta y Rodríguez, 2006).

### 2.3 COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL

La organización formal es una de las principales situaciones en las que el esfuerzo de los seres humanos requiere ser organizado para alcanzar metas institucionales y satisfacer las necesidades de los empleados. Sin embargo, las organizaciones y las personas cambian continuamente volviéndose cada vez más complejas, por lo cual, las estrategias para organizar a los individuos en las organizaciones requieren modificarse constantemente para conseguir que los trabajadores actúen con mayor eficacia (Argyris, 1960).

No obstante, algunas instituciones siguen utilizando tácticas inadecuadas para cubrir las necesidades y demandas actuales, siendo un ejemplo claro las instituciones hospitalarias.

La forma actual de organizar la actividad hospitalaria se ha tornado altamente ineficiente debido a que los sistemas de trabajo no se han modificado a pesar de los nuevos avances científicos y tecnológicos y la creciente demanda de los servicios asistenciales. La necesidad de mejorar la productividad y el financiamiento de los servicios sanitarios impulsa a nuevas formas de organización que permitan no solo reducir los costos sino, también mejorar su calidad.

Para lograr lo anterior, las instituciones recurren al comportamiento organizacional el cual de acuerdo con Newstrom (2007, p. 3) es “el estudio y aplicación sistemática del conocimiento sobre la forma en que la gente –como individuos o grupos- actúan en las organizaciones”, el cual tiene por objetivo crear teorías generalizadas y aplicables a todas las instituciones.

Por su parte Gibson, Ivancevich y Donnelly (2001) plantean que este campo de estudios utiliza la teoría, los métodos y los principios de diversas ciencias que estudian la conducta para aprender sobre las percepciones, valores, capacidades y acciones de las personas en un contexto organizacional, tomando en consideración los recursos, las misiones, objetivos y estrategias de las empresas y la influencia del ambiente externo.

El comportamiento organizacional opera en tres principales niveles de análisis: el individual como base del rendimiento organizacional, el grupal y su influencia interpersonal y el organizacional, los cuales intervienen en la realización de la organización (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 2001).

Las investigaciones realizadas en este área ayudan a entender el ambiente que se presenta en el trabajo en relación a los individuos y, proporciona una perspectiva amplia sobre las posibilidades de éxito en la proyección a futuro de los nuevos lugares

de trabajo de acuerdo con un ambiente dinámico, complejo y retador (Newstrom, 2007).

Las metas del comportamiento organizacional son: describir sistemáticamente la forma en que la gente se conduce en diversas situaciones, entender porqué la gente se comporta de la forma en que lo hace, predecir la conducta futura de los trabajadores y, controlar ciertos aspectos para lograr la conducta deseada en el personal (Newstrom, 2007).

Este campo de estudios se encuentra orientado principalmente hacia el desempeño laboral, ya que la efectividad de cualquier organización está muy influenciada por el comportamiento humano y es uno de los principales asuntos que interesan a los directivos en las organizaciones. Por lo cual, a través de estas investigaciones se desea dar respuesta a diversas interrogantes tales como: ¿Cuáles son los motivos de que el desempeño sea alto o bajo? ¿Qué estrategias se pueden utilizar para mejorar el desempeño? ¿Puede la capacitación tener un efecto significativo sobre el desempeño laboral? (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 2001).

#### 2.4 PLAN DE VIDA Y CARRERA

La planificación de carrera es un proceso mediante el cual los individuos evalúan las oportunidades que existen en su organización, determina sus objetivos de carrera y aprovechan las oportunidades de desarrollo tanto personal como profesional que les permitan estar en armonía con los cambios dinámicos que ocurren en el trabajo y en su vida privada (Sonmez y Yildirim 2009).

El desarrollo profesional se define como una actividad formal y estructurada que proporciona la organización a los individuos con el propósito de aumentar la conciencia sobre los factores que afectan su trabajo y progreso, sus conocimientos y capacidades (Sonmez y Yildirim 2009)

Estos sistemas son importantes porque benefician tanto a los trabajadores como a las organizaciones en que: propician la mejora personal y profesional, incrementan la calidad del servicio, permiten hacer un uso efectivo del personal, promueve la satisfacción de los trabajadores, proporcionan rentabilidad y se asegura de que los empleos y las posiciones se definan con el uso de herramientas de evaluación de desempeño (Rowland y Rowland 1997, Shapiro 1998, Kennington 1999, Lancaster 1999, Tomey 2000, como se citan en Sonmez y Yildirim 2009, p. 3462).

Por otro lado, si las organizaciones no le proporcionan la importancia necesaria al desarrollo profesional pueden producir una disminución en la satisfacción y motivación de su personal. Un ejemplo claro de esta situación se presenta en las instituciones de atención a la salud donde, el ejercicio de la medicina adquiere una posición cada vez más administrativa restando importancia a la actualización y desarrollo de los profesionales en áreas clínicas, desencadenando junto con otros factores, una calidad de vida laboral deficiente (Viniestra-Velázquez en Ramírez, García, Fraustro, 1995).

Sin embargo, para las organizaciones no es sencillo desarrollar un plan de vida y carrera ya que debe coincidir con las necesidades siempre cambiantes del mercado, la organización y los empleados, por lo cual, Schein (1990) propone dos conceptos que ayudan a resolver esta problemática: anclas de carrera y planeación del trabajo.

El ancla de carrera es el autoconcepto en evolución de cada persona en relación a sus necesidades, motivaciones, capacidades, y valores que gobiernan las decisiones correspondientes a su trabajo (Schein 1990).

La palabra “carrera” se utiliza aquí como el conjunto de roles y experiencias profesionales que constituyen la vida de una persona (Schein 1990).

Por su parte, la planeación del trabajo se centra principalmente en averiguar lo que hay que hacer para que la organización sobreviva, crezca y se desarrolle (Schein 1990).

Para lograr lo anterior, es necesario llevar a cabo una planeación estratégica, la cual, debe ser complementada con la descripción formal de cada uno de los puestos que existen actualmente en la organización (Schein 1990).

Una vez obtenidas las descripciones de cada cargo, se identifican los puestos clave de la organización en los que existen posibilidades de desarrollo y en los cuales es necesario identificar un personal de respaldo (Schein 1990).

De acuerdo al autor anterior, el primer paso para identificar candidatos posibles a ocupar el puesto es, crear un grupo compuesto por los actuales ocupantes del puesto y algunos de un nivel superior para, realizar un análisis de cómo el trabajo evolucionará en los próximos años. Una vez realizado el análisis, se procede a considerar las personas que podrían ocupar ese puesto.

Una planeación eficaz del trabajo permite que los ocupantes se concentren principalmente en su propia planificación de carrera y desarrollo y, facilita además el diálogo efectivo entre la organización y el individuo que permite una mejor adecuación de lo que ambos necesitan (Schein 1990).

Para realizar una planeación adecuada hay que evitar hacer suposiciones sobre los motivos, necesidades y valores de las personas que no se ajustan a la realidad y por lo tanto se producen estimaciones erróneas acerca de qué clase de personas, con que habilidades y anclajes se necesitará para el futuro (Schein 1990).

Los empleados prefieren conocer, evaluar y dirigir por ellos mismos de acuerdo con sus objetivos las oportunidades profesionales que ofrecen las organizaciones (Sonmez y Yildirim 2009).

## 2.5 CONTRATO PSICOLÓGICO

La relación trabajador-empresa es compleja debido a que implica tanto cuestiones económicas y legales como funciones sociales importantes, las cuales incluyen aspectos emocionales, afectivos, cognitivos y comportamentales de las personas. (Palací y Peiró, 1995, como se cita en Topa, Palací y Morales, 2004, p. 33). Es en este contexto donde el contrato psicológico como determinante de la conducta en las organizaciones ha adquirido una renovada relevancia ya que, parece ser una respuesta para abordar este vínculo (Tena, 2002).

El concepto “contrato psicológico” fue acuñado por Argyris (1960) quien lo describe como un proceso social recíproco donde, tanto el trabajador como la empresa desarrollan percepciones de las obligaciones implícitas en la relación laboral, desde una perspectiva individual y organizacional. A su vez, expresa que al existir una incongruencia entre las necesidades del trabajador y las situaciones laborales dentro de las organizaciones formales puede producir un fracaso psicológico en el trabajador.

Por otra parte, Schein (1980, citado en Tena, 2002, p. 88) define el contrato psicológico como “un conjunto de expectativas no escritas que operan en todo momento entre cada miembro de una organización”.

Ambos autores coinciden en que el contrato psicológico se conforma de las expectativas sobrentendidas y recíprocas de la relación laboral y estas no se encuentran establecidas dentro del contrato formal del empleado.

A pesar de los conceptos anteriores Rousseau (1989) plantea que la relación entre el trabajador y la empresa proporciona el contexto para la creación del contrato psicológico pero, la organización no puede tener un contrato psicológico con sus miembros debido a que no puede percibir las expectativas con los empleados y

responder en conformidad. A pesar de lo anterior, las personas como representantes de la organización sí pueden establecer contratos psicológicos con los trabajadores.

Por lo tanto, este concepto evolucionó y recibió una conceptualización mucho más compleja debido a las relaciones laborales inestables con la consiguiente disminución de la lealtad y del compromiso de los trabajadores (Rousseau, 1989)

Por esa razón se concluyó que el contrato psicológico es una creencia individual de las obligaciones mutuas entre el trabajador y su empleador. Sin embargo, estas percepciones son aceptadas tal como son comprendidas por cada una de las partes, lo que significa que, la persona acepta determinadas promesas a cambio de determinadas contraprestaciones por parte de la empresa de acuerdo a sus creencias subjetivas, las cuales no siempre coinciden con lo constituido en el contrato (Rousseau, 1989)

Las diferencias que se presentan entre las partes que participan en el establecimiento de este concepto con respecto a sus creencias, expectativas y mutuas obligaciones surgen de diversos factores que incluyen principalmente, las predisposiciones individuales y las experiencias previas (Tena, 2002).

La formación de un contrato requiere de un proceso social, que involucra la percepción de cada uno de los implicados acerca del contrato. Este proceso deriva de la comunicación directa o indirecta con la otra persona (Herriot y Pemberton.1997).

Existen dos grupos de factores principales que operan en este proceso, por un lado se encuentran los mensajes externos, las normas sociales y las prácticas organizacionales y por otro lado las interpretaciones, predisposiciones y cogniciones individuales, siendo estas últimas las que influyen en cuáles son los mensajes que se reciben y como se interpretan (Tena, 2002)



La formación del contrato inicia durante el proceso de reclutamiento y selección cuando las partes intercambian información acerca de las responsabilidades que corresponden a cada uno en la relación laboral. Una vez que la persona inicia a laborar en la organización complementa su información a través de la interpretación individual de: la revisión de las publicaciones de la empresa, la observación, las interacciones, la comunicación con sus compañeros, la retroalimentación, y la competencia de la dirección, los incentivos la reputación de la empresa (Rousseau, 1995 como se cita en Tena 2002, p. 94-95).

La percepción del contrato psicológico depende de las metas y objetivos tanto del trabajador como de los representantes de la organización. Así, el trabajador busca determinada información e ignora otra de acuerdo con sus expectativas mientras que, los diferentes representantes de la empresa pueden enviar mensajes incompatibles en cuanto a lo que la organización espera, ocasionando que la persona reciba señales distintas y lo lleve a tener una percepción confusa de los términos del contrato (Herriot y Pemberton, 1997).

De acuerdo con Rousseau y Parks (1993, como se cita en Tena 2002 p. 96) existen dos tipos de contratos: el transaccional que se considera únicamente como una relación de intercambio económico poco flexible y, el contrato relacional el cual es un acuerdo abierto entre las partes para establecer y mantener una relación que implica una inversión de ambas partes y cuyas obligaciones implican no únicamente aspectos económicos si no también socioemocionales.

El contrato relacional favorece al establecimiento de lazos afectivos y por lo tanto, se considera generador de compromiso y reductor de la rotación del personal (Rousseau y Parks 1993, como se cita en Tena 2002 p. 97).

Al percibir que una las partes ha fallado en el cumplimiento de sus problemas y obligaciones se produce una ruptura de contrato, el cual, debido a sus implicaciones emocionales, afectivas, cognitivos y de comportamiento afecta el compromiso organizacional, la confianza, las conductas enfocadas al rol y la satisfacción del trabajador (Topa, Palací y Morales, 2004).

En los contratos psicológicos de los médicos, existen comúnmente dos principales apartados: los aspectos administrativos y los profesionales. Las violaciones a los iniciales se asocian principalmente con la insatisfacción laboral mientras que, las infracciones en relación con el rol profesional se encuentran fuertemente relacionadas con un menor compromiso y desempeño laboral (Bunderson, 2001)

“La pérdida de compromiso y de iniciativa del trabajador puede ser muy costosa para las instituciones en términos de productividad, calidad y de clima laboral” (Parks y Kidder, 1994 como se cita en Tena, 2002, p. 101).

Sin embargo, las instituciones de salud pública prestan mayor atención a los aspectos burocráticos, dejando de lado el quehacer profesional el cual, puede desencadenar mayores consecuencias en la eficacia organizacional (Ramírez, García, Fraustro, 1995).

## 2.6 EL ROL DEL TRABAJO

Las funciones que deben asumir los médicos y las enfermeras en una institución hospitalaria son de gran interés debido a la importancia y prioridad existente en la atención primaria de salud y su calidad (Garrett, 1981).

La atención primaria de salud de acuerdo con la OMS (2012) es “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través

de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”.

El médico con este enfoque es un profesional que proporciona atención continua e integral al paciente, sus familiares y a la comunidad tanto en la salud como en la enfermedad, de manera individual o formando parte de un equipo multidisciplinario con profesiones afines tales como: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros (Garrett, 1981).

Sin embargo, tradicionalmente el rol que el clínico desempeña en las instituciones de salud es administrar el tratamiento correspondiente de acuerdo al diagnóstico de cada paciente, lo cual, es funcional cuando la intervención necesaria es única pero, no es efectivo para el tratamiento de enfermos crónicos que requieren integrar aspectos como: apoyo social, dieta especial, terapia física, ejercicio físico regular, estudios de laboratorio, cuidados de enfermería, etc. (Carrada, 2002).

Actualmente se espera por parte de las instituciones de salud que el clínico se enfoque en proporcionar atención primaria de la salud situándose así, en una posición más amplia y flexible que permita influenciar realmente las causas y determinantes de salud-enfermedad (Carrada, 2002).

Para lograr lo anterior, el médico requiere contar con habilidades y conocimientos necesarios para cuidar y educar a sus pacientes en materia de salud y, a su vez, desarrollar y desempeñar acciones de prevención considerando no solo el bienestar físico de sus clientes, si no también, el mental y el social (Garrett, 1881; Narro y Ruíz, 2004).

De acuerdo con Garrett (1981) y Carrada (2002) las funciones principales que debe ejecutar el médico son: ser un buen clínico, organizar, supervisar y enseñar.

Pero, ¿quién o qué significa ser un buen clínico?, un médico bueno requiere ser competente en una gran variedad de materias que puedan ser de utilidad para resolver problemas que caen dentro de su especialidad y a su vez, permitan mantener la salud de sus clientes una vez que se haya evaluado la situación correspondiente a cada caso. Desglosando esas funciones, podemos decir que el médico como clínico debe analizar cada caso, efectuar el examen físico, identificar los problemas de salud, elaborar la historia clínica y administrar el tratamiento correspondiente desde un contexto integral del paciente para no solo resolver los problemas si no también, mantener la salud (Garrett, 1981; Montoya, 2010).

Otra función importante como clínico es actualizarse continuamente para proporcionar una atención con la mejor calidad posible de acuerdo con enfoques innovadores que puedan ser utilizados de acuerdo a los recursos localmente disponibles (Garrett, 1981).

Como se mencionó anteriormente, el médico también debe ejecutar funciones de planificación, organización y administración de su trabajo. Tendrá que decidir cómo va a organizarse para poder atender a todos sus pacientes; planificar el movimiento de pacientes en su consulta, administrar los recursos de personal y financieros, el equipo y los suministros y, el pago de servicios prestados; determinar las funciones que desempeñará y sus responsabilidades con la familia del paciente. Además, de formar parte de un equipo multidisciplinario, el clínico tendrá que coordinarse con el resto del grupo para realizar sus actividades (Garrett, 1981; Narro y Ruiz, 2004).

Así mismo, el médico debe saber cómo supervisar su práctica, los registros de los pacientes, el equipo y los suministros. En lo que respecta a supervisar su práctica el doctor tiene que autoevaluarse continuamente tanto en la atención que presta al

paciente, a la familia y a la comunidad como en la eficacia de su práctica clínica adoptando métodos que le permitan proporcionar un servicio de calidad. Conjuntamente debe preocuparse por evaluar las necesidades de salud en la comunidad. (Garrett, 1981).

La última función que corresponde al rol del médico es la de profesor. El clínico deber proporcionar la información permitiente en materia de salud, así como delegar cierta responsabilidad por la atención de salud a los pacientes, familiares, y comunidades. En esta actividad es importante tomar en consideración las creencias y las actitudes locales al transmitir los mensajes (Garrett, 1981; Montoya, 2010).

En lo que respecta a la enfermería el Consejo Internacional de Enfermería ha clasificado sus funciones en cuatro áreas principales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (Zabalegui, 2003).

Al enfocarse en las intervenciones en el área hospitalaria Zabalegui (2003) menciona que el trabajo de enfermería se puede clasificar en cuatro categorías fundamentales: cuidado, competencia, servicios de información y asistencia jurídica y, conexión.

Las funciones principales del profesional en enfermería como cuidador es promover, mantener y recuperar la salud a través de medidas preventivas para evitar la aparición, progresión o secuelas de la enfermedad. Para lograr lo anterior, requiere que estar atenta a las necesidades y preocupaciones (físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales) del paciente y su familia, ser moralmente responsable y poseer habilidades de comunicación para escuchar, dialogar y responder a las situaciones complejas utilizando como base sus conocimientos teóricos y empíricos (Zabalegui, 2003).

En la categoría de competencia, las enfermeras deben ser practicantes responsables que poseen conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, realizar tareas eficientes y solucionar situaciones de crisis en el cuidado de la salud (Zabalegui, 2003).

En el área de servicios de información los profesionales en enfermería al igual que los médicos deben mantener notificados al paciente, a sus familiares y a la comunidad en lo que respecta a la enfermedad y proporcionar las diversas opciones disponibles de tratamiento con sus riesgos y beneficios existentes. También es importante dar a conocer temas en salud para promover la prevención de las enfermedades (Zabalegui, 2003).

Como última función pero no menos importante, las enfermeras están encargadas de realizar las conexiones y las relaciones con los pacientes, sus familiares y los diversos profesionales de salud para integrar los esfuerzos y prevenir la fragmentación de los servicios de salud (Zabalegui, 2003).

Los médicos y enfermeras en la atención primaria de salud poseen funciones complementarias sin embargo, no son los únicos factores que influyen en la percepción de la calidad de la atención médica. Todas las personas que laboran en los hospitales y los sistemas que se utilizan intervienen en dicho discernimiento (Oseguera y Viniegra, 2008).

## 2.7 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL BUEN DESEMPEÑO HOSPITALARIO

Es necesario establecer un modelo de la práctica clínica deseable y satisfactoria desde el punto de vista de los pacientes que sea equivalente al “deber ser” profesional de forma que sea posible establecer un patrón de referencia con el cual, se contraste el desempeño actual de los profesionales de la salud (Oseguera y Viniegra, 2008).

De acuerdo a una investigación desarrollada por Oseguera y Viniegra (2008) los requerimientos que solicitan los ciudadanos con respecto a las características del buen desempeño hospitalario en el siglo XXI constan de dos principales aspectos. En primer lugar solicitan que los profesionales de la salud posean habilidades de comunicación que les permitan escuchar, explicar y ser amables al emitir la información. En segundo lugar, demandan empatía por parte de las instituciones de salud incluyendo en este rubro un trato amable, calidez y efectividad, asociadas a la comprensión durante la atención médica.

Las quejas sobre la atención médica están relacionadas con la dimensión interpersonal más que con la falta de conocimientos. Sin embargo, los pacientes justifican el comportamiento de los profesionales de la salud debido al número de pacientes y tiempo con el que disponen para revisar a cada uno (Oseguera y Viniegra, 2008).

Las características relacionadas con los conocimientos, el trato profesional y la responsabilidad son características poco cuestionadas por los pacientes ya que, consideran que “deben” confiar en los servicios de salud proporcionados (Oseguera y Viniegra, 2008).

No obstante, durante la revisión clínica los pacientes demandan respeto a sus puntos de vista, desean ser escuchados a pesar de que su información pueda estar equivocada y, aunque no sea aceptada por el profesional solicitan una explicación del motivo de rechazo de sus ideas (Oseguera y Viniegra, 2008).

A su vez, la comunidad solicita a los médicos que se tome en consideración su contexto familiar, social y físico al proporcionar las indicaciones para el tratamiento así como, los recursos con los que cuenta la persona para solventar dichos servicios (Oseguera y Viniegra, 2008).

Oseguera y Viniegra (2008) afirman que:

La falta de características humanista en el personal de salud, además de diversos factores, ha favorecido la llamada deshumanización en la atención médica. En el ámbito de las instituciones de salud los responsables de esta imagen deshumanizada no son únicamente los médicos, sino el resto de los sujetos que participan en el proceso de atención, desde los administradores que dictan las políticas a seguir, las recepcionistas que no ofrecen un trato adecuado, hasta cada uno de los sujetos que directa o indirectamente participan en la atención médica, como puede ser un camillero o un intendente. (p. 177).

Lo anterior también se deriva de la falta de medicamentos y el tiempo de espera por otros servicios en condiciones inadecuadas, así como del desarrollo tecnológico que dificulta tanto la relación médico-paciente como la exploración adecuada del cliente (Oseguera y Viniegra, 2008).

En conclusión, las características que la sociedad considera necesarias para un buen desempeño de los profesionales de la salud se resumen en habilidades de comunicación, empatía, profesionalismo y respeto. (Oseguera y Viniegra, 2008).



## **CAPÍTULO 3. MÉTODO**

El tipo de estudio que se realizó es transversal de correlación, cuasi experimental descriptivo porque, se pretende identificar y describir la relación entre los factores del compromiso organización y el desempeño laboral y explicar dicha correlación.

El diseño que se utilizó es cuasi experimental, ya que se llevó a cabo en el contexto donde se desarrolla la problemática y se realizó la medición de las variables sin ejercer influencia en ellas.

La investigación se efectuó mediante un estudio descriptivo buscando especificar los factores y las características que influyen en dicho fenómeno.

### **3.1 ESCENARIO**

La indagación se desarrolló en un hospital público de Ciudad Victoria Tamaulipas, el cual tiene como misión brindar atención médica especializada, bajo estándares de calidad interna que cubra eficientemente las necesidades de cada usuario y garantice la seguridad de los pacientes.

La visión de la clínica es ser un hospital líder de la región que brinde servicios de la más alta calidad.

### **3.2 PARTICIPANTES**

Profesionales de la salud (médicos y personal de enfermería) que laboran en la institución, de edad entre 21 y 71 años, de diferentes condiciones de seguridad laboral (base y suplencia), puestos, turnos (matutino y vespertino), antigüedad y números de empleos adicionales, los cuales se seleccionaron de acuerdo a una muestra por conveniencia debido a los diversos criterios de inclusión que se tomaron en cuenta. Se invitó a participar libremente en la encuesta previa explicación del propósito de la

misma y se consideraron solo los cuestionarios que fueron completados en su totalidad.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Se emplearon tres cuestionarios de respuesta cerrada. El primero es un *Cuestionario de compromiso organizacional* (anexo I) desarrollado por Meyer y Allen en 1991. Este instrumento consta de 18 reactivos para medir el compromiso, a través de tres componentes diferentes: compromiso afectivo, compromiso de continuidad y compromiso normativo. Los rangos de respuesta van desde *totalmente en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, indeciso = 3, de acuerdo = 4 y totalmente de acuerdo = 5*.

El segundo y tercer cuestionario son escalas de evaluación del desempeño para personal médico y personal de enfermería respectivamente, los cuales son un adaptado de la *Cédula de evaluación del desempeño para personal médico y de odontología* (anexo II) y, *Cédula de evaluación del desempeño para personal de enfermería* (anexo III), ambos desarrollados por el Comité nacional de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud (2012). Los cuestionarios constan de cuatro distintos módulos los cuales son: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad y aptitudes.

### 3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para determinar la correlación se aplicó un análisis estadístico para describir el fenómeno, utilizando el sistema SPSS el cual, emplea métodos estadísticos para las investigaciones sociales tales como: frecuencia, porcentaje, medidas de dispersión, media, mediana, moda, entre otros.

### 3.5 PROCEDIMIENTO

Se pidió en primer lugar la autorización del hospital con el director de la institución a través de una carta informativa.

Una vez obtenidos los permisos, se solicitó la colaboración a 72 participantes de dicha organización, de los cuales fueron: 40 enfermeras, 30 médicos, la supervisora de enfermeras y el subdirector del hospital; estos dos últimos únicamente complementaron la información correspondiente a las evaluaciones de desempeño. Los instrumentos fueron aplicados durante su jornada de trabajo, donde se les solicitó unos minutos de su tiempo y se les proporcionó las instrucciones necesarias para lograr que el procedimiento de la aplicación fuera lo más efectiva posible, entre ellas, la de recalcar el anonimato de la aplicación y el propósito de estudio.

La aplicación se llevó a cabo de noviembre 2012 a marzo 2013.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE MÉDICOS

#### 4.1.1 Edad

Dentro de la muestra ( $N = 30$ ,  $M_{media} = 50.10$ , rango de edad: 30 - 71 años,  $DT = 9.25$ ), los 30 participantes dieron datos acerca de su edad.

La curtosis fue platicúrtica lo que indica que hubo una reducida concentración alrededor de los valores centrales de la distribución y, la asimetría fue negativa, revelando una mayor aglutinación de valores a la izquierda de la media que a su derecha (ver Tabla 1 para observar la estadística del reactivo *edad* y Figura 1 para conocer la distribución de las respuestas).

Tabla 1.

*Estadística descriptiva del reactivo edad de la muestra de médicos.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		50.10
Error típ. de la media		1.690
Mediana		49.50
Moda		48 <sup>a</sup>
Desv. típ.		9.256
Varianza		85.679
Asimetría		-.087
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-.010
Error típ. de curtosis		.833
Rango		41
Mínimo		30
Máximo		71

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

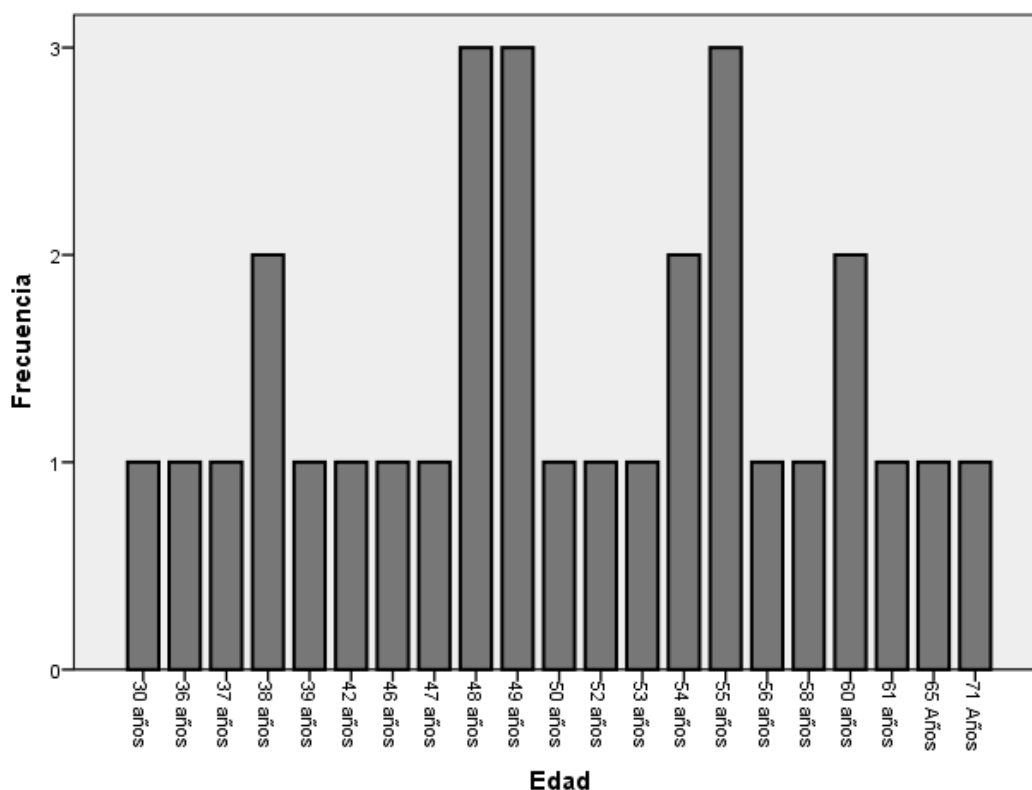


Figura 1. Distribución de la muestra de médicos de acuerdo a la edad.

#### 4.1.2 Tipo de contrato

Las tres opciones proporcionadas fueron: *base*, haciendo referencia al personal con contrato indefinido; *suplencia*, el cual incluye a los trabajadores que sustituyen temporalmente a un trabajador y, *confianza*, el cual engloba a todas aquellas personas que realizan funciones de dirección, inspección, vigilancia y de fiscalización de carácter general.

Los resultados demostraron que la mayoría de los encuestados eran de base, alcanzando una frecuencia de 24 médicos que equivale a un 80% de la muestra. El contrato de suplencia tuvo una frecuencia de 5 trabajadores correspondiente a un 16.7% y, el 3.3% restante lo conformó el grupo de confianza.

#### 4.1.3 Puesto

En cuanto al puesto se refiere, 20 trabajadores o un 66.7% fueron médicos generales, 7 o un 23.3% fueron médicos especialistas, 2 o un 6.7% pertenecen al grupo de médicos familiares y uno o un 3.3% fue de coordinación.

#### 4.1.4 Área de trabajo

En la Tabla 2 se aprecia la distribución de los participantes de acuerdo a su área de trabajo. Los resultados muestran una frecuencia mayor en el área de consulta externa integrada por 10 sujetos que conforman un 33.3% de la muestra, y, como mínima frecuencia se encuentra el área de auxiliar de diagnóstico y tratamiento con únicamente 1 participante correspondiente a un 3.3% de los encuestados.

Tabla 2

*Distribución de la muestra de médicos acuerdo al área de trabajo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento	1	3.3	3.3
Consulta Externa	10	33.3	36.7
Urgencias	8	26.7	63.3
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	2	6.7	70.0
Válidos Ginecología	2	6.7	76.7
Medicina Familiar	3	10.0	86.7
Pediatría	2	6.7	93.3
Ortopedia	2	6.7	100.0
Total	30	100.0	

#### 4.1.5 Turnos de trabajo

De la muestra 14 o 46.7% de sujetos laboraban en el turno matutino mientras que 16 o un 53.3% trabajaban en el turno vespertino al momento de la aplicación del instrumento.

#### 4.1.6 Número de empleos adicionales

Los resultados mostraron que, 10 sujetos o un 33.3% trabajaban únicamente en el hospital al momento de la aplicación del instrumento. De los demás médicos, 12 o un 40% tenían 1 trabajo adicional, 6 o un 20%, 2 trabajos adicionales y únicamente 2 o un 6.7% 3 empleos adicionales.

#### 4.1.7 Antigüedad del puesto

Los resultados de la estadística descriptiva de esta variable se aprecian en la Tabla 3, donde se observa una media de 17.16 años, una mediana de 15 y una desviación típica de 9.9311. A su vez, se presentaron dos modas de los puntajes, indicando el sistema aquella que es más baja, esto es, 12. Los años de antigüedad mínimos presentes fueron 2 y como máximos 39, obteniéndose así un rango de 37 años.

Tabla 3

*Estadística descriptiva del reactivo antigüedad de la muestra de médicos.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		17.167
Error típ. de la media		1.8132
Mediana		15.000
Moda		12.0
Desv. típ.		9.9311
Varianza		98.626
Asimetría		.441
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-.697
Error típ. de curtosis		.833
Rango		37.0
Mínimo		2.0
Máximo		39.0

La curtosis fue platicúrtica lo que indica que hubo una reducida agrupación alrededor de los valores centrales de la distribución y, la asimetría fue positiva mostrando una mayor concentración de los puntajes a la derecha de la media que a su izquierda (ver la Figura 2 para apreciar la distribución de la muestra).

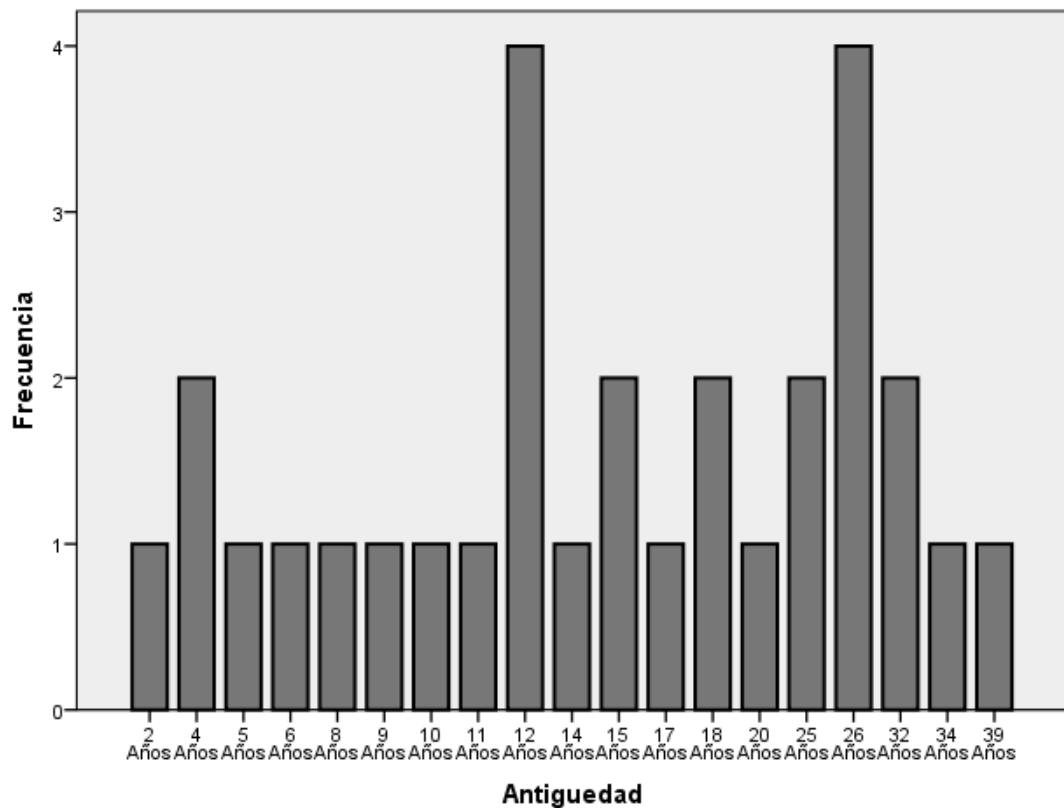


Figura 2. Distribución de la muestra de médicos de acuerdo a la antigüedad en el puesto.

## 4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ENFERMERAS

### 4.2.1 Edad

De acuerdo con los resultados, se detectó un rango de edad de 22 a 61 años, una media de 43.83, una mediana de 45.5 y una desviación típica de 10.737. Al unísono, se presentaron dos modas dentro de los puntajes, enseñando el sistema



aquella que es más baja, esto es, 39 (ver Tabla 4 para observar la estadística del reactivo *edad*).

Tabla 4.

*Estadística descriptiva del reactivo edad de la muestra de enfermeras.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		43.83
Error típ. de la media		1.698
Mediana		45.50
Moda		39
Desv. típ.		10.737
Varianza		115.276
Asimetría		-.495
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-.768
Error típ. de curtosis		.733
Rango		39
Mínimo		22
Máximo		61

Dentro de la muestra, la curtosis fue platicúrtica lo que indica que hubo una reducida centralización de la distribución de los puntajes; la asimetría fue negativa, con mayor conglomeración de valores a la izquierda de la media que a su derecha (ver Figura 3 para conocer la asignación de las respuestas).

#### 4.2.2 Tipo de contrato

Las dos opciones proporcionadas fueron: *base*, haciendo referencia al personal con contrato indefinido y, *suplencia*, donde se incluye a los trabajadores que sustituyen temporalmente a un trabajador.

Los resultados demostraron que la mayoría de los encuestados eran de base, obteniendo una frecuencia de 38 enfermeras lo que corresponde a un 95% de la muestra, mientras que, los 2 trabajadores restantes equivalentes al 5% poseían un contrato de suplencia.

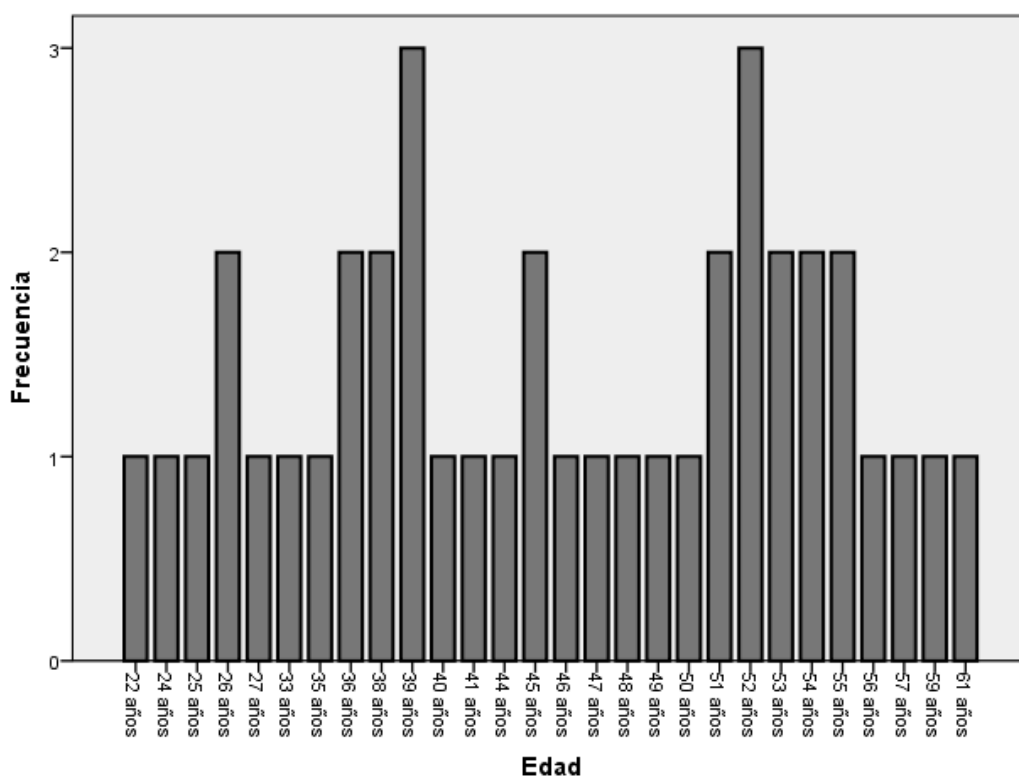


Figura 3. Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo a la edad.

#### 4.2.3 Puesto

En lo referente al puesto, 29 o un 72.5% de los participantes tenían el puesto de enfermera general, 7 o un 17.5% eran jefas de área, 3 o un 7.5% pertenecían a las enfermeras especialistas y una correspondiente al 2.5% de la muestra tenía el puesto de auxiliar de enfermería.

#### 4.2.4 Área de trabajo

En la Tabla 5 se aprecia la distribución de las enfermeras de acuerdo a su área de trabajo. Los resultados revelan una frecuencia mayor en el área de urgencias con 8 sujetos que conforman el 20% de la muestra y, como mínima frecuencia se encuentran las cuatro áreas siguientes: curaciones, hospital, ginecología y diálisis con 2 participantes o un 5% en cada área.

Tabla 5

*Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo al área de trabajo.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Somatometría	4	10.0	10.0
Curaciones	2	5.0	15.0
Hospital	2	5.0	20.0
Consulta Externa	5	12.5	32.5
Urgencias	8	20.0	52.5
Cirugía	6	15.0	67.5
Enfermería	3	7.5	75.0
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	6	15.0	90.0
Ginecología	2	5.0	95.0
Diálisis	2	5.0	100.0
Total	40	100.0	

#### 4.2.5 Turnos de trabajo

De acuerdo con los encuestados, 20 participantes o un 50% laboraban en el turno matutino mientras que, 18 o un 45% en el vespertino. A su vez, los 2 sujetos restantes correspondientes al 5% trabajaban en turnos indefinidos debido al contrato de suplencia que sostenían con el Hospital.

#### 4.2.6 Número de empleos adicionales

De la muestra, 32 enfermeras o un 80% trabajaban únicamente en el hospital; 4 o un 10%, tenían 1 trabajo adicional y, 2 o un 5%, 2 y 3 trabajos adicionales respectivamente al momento de la aplicación del cuestionario.

#### 4.2.7 Antigüedad del puesto

Los resultados de la estadística descriptiva de esta variable se aprecian en la Tabla 6, donde se revela una media de 16.98 años, una mediana de 18.5, una moda de 32 y una desviación típica de 12.13.

Tabla 6

*Estadística descriptiva del reactivo antigüedad de la muestra de enfermeras.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		16.980
Error típ. de la media		1.9192
Mediana		18.500
Moda		32.0
Desv. típ.		12.1380
Varianza		147.331
Asimetría		-.111
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-1.642
Error típ. de curtosis		.733
Rango		32.4
Mínimo		.6
Máximo		33.0

La curtosis de la muestra fue platicúrtica lo que indica que hubo una baja concentración alrededor de los valores centrales de la distribución, mientras que, la asimetría fue negativa mostrando mayor agrupación de valores a la izquierda de la media que a la derecha (ver Figura 4 para apreciar la distribución del reactivo *antigüedad*).

#### 4.3 CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL

Los resultados de la muestra en esta escala están divididos en las siguientes variables: compromiso afectivo, compromiso de continuidad y compromiso normativo que en conjunto conforman el compromiso organizacional.

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados obtenidos, se creó una equivalencia cualitativa de las puntuaciones observadas en cada variable (ver Tabla 7), la cual va de *bajo* a *alto*, pasando por *medio bajo* y *medio alto*.

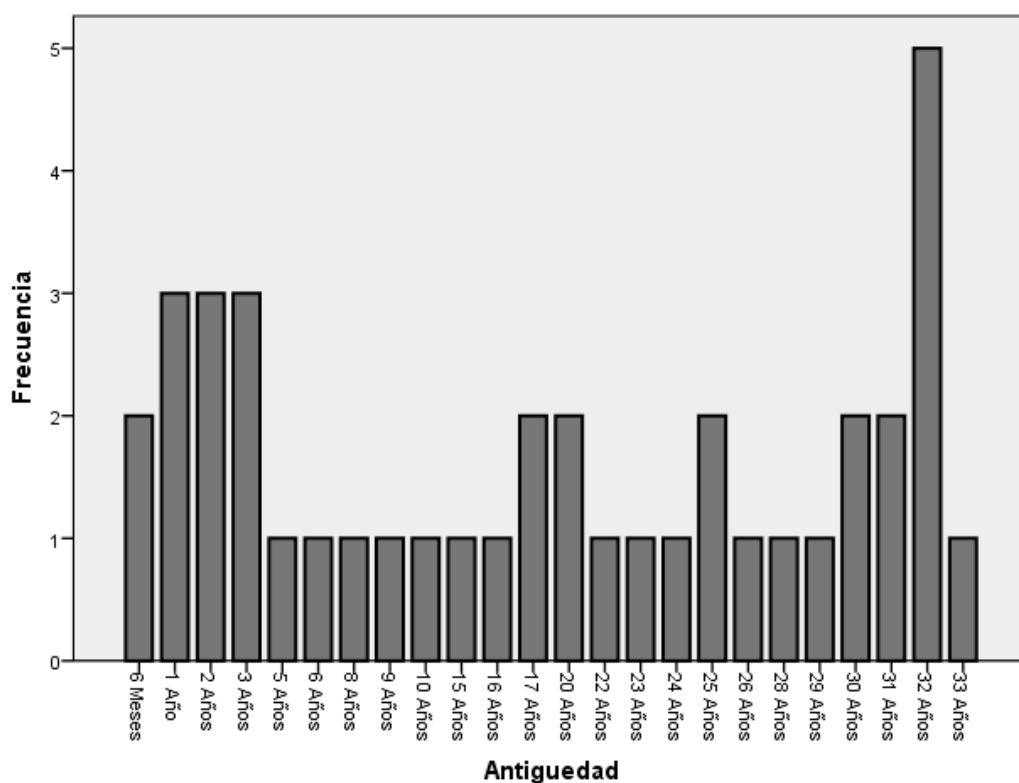


Figura 4. Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo a la antigüedad en el puesto.

Tabla 7.

*Equivalencias cualitativas de las puntuaciones del cuestionario de compromiso organizacional.*

Calificación	Nivel
$1 \leq x \leq 2$	Bajo
$2 < x \leq 3$	Medio bajo
$3 < x \leq 4$	Medio alto
$4 < x \leq 5$	Alto

#### 4.3.1 Médicos

En lo referente a los resultados del cuestionario que midió el compromiso organizacional en médicos el sistema analizó 30 respuestas, obteniendo así, un alfa de Cronbach de .899. De acuerdo a lo anterior, se puede presumir que la escala es

confiable debido a que el puntaje obtenido se encuentra por arriba de lo establecido como mínimo aceptable.

Los resultados descriptivos de la estadística sobre las puntuaciones del compromiso afectivo se aprecian en la Tabla 8, donde se muestra una media de 3.76 y una *DT* de .94848. La media obtenida por los encuestados se ubica en una calificación media alta, siendo asimismo una muestra leptocúrtica.

Tabla 8

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso afectivo.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		3.7667
Error típ. de la media		.17317
Mediana		4.1667
Moda		4.17
Desv. típ.		.94848
Varianza		.900
Asimetría		-1.213
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		1.225
Error típ. de curtosis		.833
Rango		3.83
Mínimo		1.00
Máximo		4.83

En la Tabla 9 se pueden observar las calificaciones obtenidas por la muestra en la variable anteriormente mencionada. De acuerdo a los resultados y sumando los trabajadores que calificaron alto y medio alto se obtiene un 76.6% de la muestra total. A pesar de lo anterior, 23.3% de los médicos tuvieron puntuaciones bajas, lo cual podría suponer que no se encuentra comprometido afectivamente con la organización.

Tabla 9

*Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso afectivo.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	3	10.0%	10.0%
Medio bajo	4	13.3%	23.3%
Válidos Medio alto	7	23.3%	46.7%
Alto	16	53.3%	100.0%
Total	30	100.0	

Los resultados descriptivos de la estadística sobre las puntuaciones de compromiso de continuidad se observan en la Tabla 10, en la cual se aprecia una *DT* de .55317 y una media de 3.14, ubicando el promedio de la muestra en una calificación media alta y, presentando a su vez, una distribución leptocúrtica. En lo referente a la moda de los puntajes se observaron dos valores, por lo cual, el sistema indicó únicamente aquel que es más bajo, esto es, 3.

Las calificaciones obtenidas por la muestra en la variable anterior se pueden ver en la Tabla 11. De acuerdo con las puntuaciones y sumando los trabajadores que calificaron alto y medio alto se logra un 53.3% de la muestra total, mientras que, los médicos que obtuvieron un nivel medio bajo conformaron el 46.7% restante.

La estadística descriptiva de los resultados obtenidos por los encuestados en la variable de compromiso normativo ( $N = 30$ ,  $M_{media} = 2.97$ ,  $DT = .91715$ ), se aprecia en la Tabla 12. De acuerdo a lo anterior, se puede indicar que la muestra tuvo un comportamiento mesocúrtico y alcanzó una media que se situó en una calificación media baja.

De acuerdo a los resultados de la variable antepuesta que se muestran en la Tabla 13, se detectó que el 56.7% de la muestra logró calificaciones altas y, el 43.4%

restante obtuvo puntuaciones bajas. Este último podría considerarse el porcentaje de médicos que no están comprometidos normativamente con la organización.

Tabla 10

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso de continuidad.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		3.1444
Error típ. de la media		.10100
Mediana		3.1667
Moda		3.00 <sup>a</sup>
Desv. típ.		.55317
Varianza		.306
Asimetría		.465
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		1.127
Error típ. de curtosis		.833
Rango		2.33
Mínimo		2.17
Máximo		4.50

Tabla 11

*Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso de continuidad.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio bajo	14	46.7%
	Medio alto	14	46.6%
	Alto	2	6.7%
	Total	30	100.0%

Integrando las tres variables anteriores que son: compromiso afectivo, de continuidad y normativo, se compone el cuestionario de compromiso organizacional. En la Tabla 14 se aprecian los resultados descriptivos de la estadística de acuerdo a las puntuaciones de los médicos obtenidas en esta escala. La información presentada



indica una *DT* de .70592 y una media de 3.29, ubicando a la muestra en una calificación media alta con un comportamiento leptocúrtico. En lo que respecta a la moda, se apreciaron varias puntuaciones, por lo cual se indicó únicamente la que es más baja, esto es, 3.56.

Tabla 12

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso normativo.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		2.9722
Error típ. de la media		.16745
Mediana		3.1667
Moda		3.17
Desv. típ.		.91715
Varianza		.841
Asimetría		.050
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		.045
Error típ. de curtosis		.833
Rango		4.00
Mínimo		1.00
Máximo		5.00

Tabla 13.

*Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso normativo.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	5	16.7%	16.7%
Medio bajo	8	26.3%	43.3%
Válidos Medio alto	15	50.0%	93.3%
Alto	2	6.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

Tabla 14

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el cuestionario de compromiso organizacional.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		3.2944
Error típ. de la media		.12888
Mediana		3.4722
Moda		3.56 <sup>a</sup>
Desv. típ.		.70592
Varianza		.498
Asimetría		-.468
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		.993
Error típ. de curtosis		.833
Rango		3.33
Mínimo		1.44
Máximo		4.78

La calificación obtenida por los médicos en el cuestionario se muestra en la Tabla 15. Sumando los sujetos que calificaron bajo y medio bajo se alcanza el 30% de la muestra y, el 70% restante se obtiene de los niveles medio alto y alto.

Tabla 15

*Calificaciones de la muestra de médicos en el cuestionario de compromiso organizacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	1	3.3%	3.3%
Medio bajo	8	26.7%	30.0%
Válidos Medio alto	19	63.3%	93.3%
Alto	2	6.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

### 4.3.2 Enfermeras

En lo pertinente a los resultados del cuestionario de compromiso organizacional en la muestra de enfermeras, el sistema analizó 40 respuestas, obteniéndose así, un alfa de Cronbach de .700 para la escala total. De acuerdo con la puntuación anterior, se puede considerar que el cuestionario es confiable, ya que representa la mínima aceptable.

En la Tabla 16 se aprecian los resultados descriptivos de la estadística sobre los resultados del compromiso afectivo, en donde se aprecia una media de 3.62, una moda de 3.7 y una *DT* de .3659. La muestra en promedio se ubicó en una calificación media alta y presentó una distribución leptocúrtica.

Tabla 16

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso afectivo.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		3.621
Error típ. de la media		.0579
Mediana		3.667
Moda		3.7
Desv. típ.		.3659
Varianza		.134
Asimetría		.982
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		1.638
Error típ. de curtosis		.733
Rango		1.7
Mínimo		3.0
Máximo		4.7

Las calificaciones obtenidas por la muestra en el compromiso afectivo se pueden observar en la Tabla 17. De acuerdo a los resultados se encontró que la

mayoría de las enfermeras o sea el 95% de la muestra, se hallaba en niveles altos en esta variable, mientras que, el 5% restante en niveles bajos.

Tabla 17

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso afectivo.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Medio bajo	2	5.0%	5.0%
Medio alto	35	87.5%	92.5%
Alto	3	7.5%	100.0%
Total	40	100.0	

Los resultados descriptivos de la estadística sobre las puntuaciones del compromiso de continuidad se observan en la Tabla 18, donde se aprecia que la media fue de 2.996 y la *DT* de .8895. La muestra en promedio se ubicó en una calificación media baja y se comportó de forma platicúrtica.

Tabla 18

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso de continuidad.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		2.996
Error típ. de la media		.1406
Mediana		2.833
Moda		2.8
Desv. típ.		.8895
Varianza		.791
Asimetría		.338
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-.845
Error típ. de curtosis		.733
Rango		3.0
Mínimo		1.7
Máximo		4.7

Las calificaciones obtenidas por los encuestados en la variable anterior se pueden ver en la Tabla 19. De acuerdo a las puntuaciones y sumando los trabajadores que calificaron alto y medio alto, se obtiene un 40% de la muestra total, mientras que, los sujetos que obtuvieron niveles bajo y medio bajo conformaron el 60% restante. Con lo anterior es posible deducir que la mayoría de las enfermeras no sienten la necesidad de permanecer en la organización.

Tabla 19

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso de continuidad.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	7	17.5%	17.5%
Medio bajo	17	42.5%	60.0%
Válidos Medio alto	10	25.0%	85.0%
Alto	6	15.0%	100.0%
Total	40	100.0%	

La estadística descriptiva de los resultados obtenidos por los encuestados en la variable de compromiso normativo ( $N = 40$ ,  $M_{media} = 3.258$ ,  $DT = .7396$ ), se aprecia en la Tabla 20. La muestra de acuerdo a su media se ubicó en una calificación media alta y presentó una distribución platicúrtica.

De acuerdo a los resultados de la variable antepuesta que se exponen en la Tabla 21, se detectó que el 52.5% de la muestra logró calificaciones altas y, el 47.5% restante obtuvo puntuaciones bajas. Este último grupo podría considerarse con escaso o nulo compromiso normativo.

Al agrupar los tres componentes principales de la responsabilidad (compromiso afectivo, de continuidad y normativo) anteriormente descritos y calificados, se compone el cuestionario de compromiso organizacional. En la Tabla 22 se aprecian los resultados descriptivos de la estadística de acuerdo a las

puntuaciones de las enfermeras en este cuestionario. La información expuesta revela una *DT* de .4905 y una media de 3.292, ubicando a la muestra en una calificación media alta con una distribución platicúrtica.

Tabla 20

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso normativo.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		3.258
Error típ. de la media		.1169
Mediana		3.250
Moda		3.7
Desv. típ.		.7396
Varianza		.547
Asimetría		.503
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-.426
Error típ. de curtosis		.733
Rango		2.7
Mínimo		2.2
Máximo		4.8

Tabla 21

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso normativo.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio bajo	19	47.5%	47.5%
Medio alto	15	37.5%	85.0%
Alto	6	15.0%	100.0%
Total	40	100.0%	

Las valoraciones obtenidas por los encuestados en esta escala se muestran en la Tabla 23. De acuerdo a los resultados, 12 enfermeras o un 30% de la muestra,

obtuvieron una calificación media baja en el cuestionario, la que podría traducirse como un escaso o nulo compromiso con la organización. No obstante, 28 trabajadores o un 70% presentaron puntuaciones altas en este rubro, dilucidando un sentimiento de amplia responsabilidad con el Hospital.

Tabla 22

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el cuestionario de compromiso organizacional.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		3.292
Error típ. de la media		.0775
Mediana		3.306
Moda		3.1
Desv. típ.		.4905
Varianza		.241
Asimetría		-.045
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-.971
Error típ. de curtosis		.733
Rango		1.8
Mínimo		2.4
Máximo		4.2

Tabla 23

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el cuestionario de compromiso organizacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio bajo	12	30.0%
	Medio alto	26	65.0%
	Alto	2	5.0%
	Total	40	100.0

#### 4.4 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO

La escala de desempeño para personal médico se encuentra compuesta por cuatro módulos, los cuales son: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad, y, aptitudes. En este instrumento se analizaron 30 respuestas, obteniéndose así, un alfa de Cronbach de .688. De acuerdo a la puntuación anterior, esta escala podría considerarse cuestionable, debido a que se localizó dos centésimas por debajo de lo mínimo aceptable.

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados de la escala, se creó una equivalencia cualitativa de las puntuaciones obtenidas en cada variable, la cual parte de *bajo* a *alto*, pasando por *medio bajo* y *medio alto* (ver Tabla 24). Sin embargo debido a que cada módulo contiene diferentes puntuaciones se manejó en porcentajes.

Tabla 24.

*Equivalencias cualitativas de las puntuaciones de las escalas de desempeño.*

Calificación	Nivel
$0\% \leq x \leq 40\%$	Bajo
$40\% < x \leq 70\%$	Medio bajo
$70\% < x \leq 90\%$	Medio alto
$90\% < x \leq 100\%$	Alto

A continuación se muestran los resultados de la escala así como de los módulos que la conforman.

En lo referente al módulo I donde se hace hincapié en la calidad técnica y atención médica, las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre los resultados de la muestra ( $N = 30$ ,  $M_{media} = 22.43$ ,  $DT = 2.359$ ), se aprecian en la Tabla 25. La mínima puntuación que podían lograr los participantes en esta variable era 0, y como máxima, 25. De acuerdo al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en una calificación media alta y presentó una distribución



platicúrtica, lo que indica que existió una reducida concentración alrededor de los valores centrales.

Tabla 25

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo I: calidad técnica y atención médica.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		22.43
Error típ. de la media		.431
Mediana		22.00
Moda		22
Desv. típ.		2.359
Varianza		5.564
Asimetría		-.426
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-.863
Error típ. de curtosis		.833
Rango		7
Mínimo		18
Máximo		25

En la Tabla 26, se aprecian las calificaciones de los médicos en el módulo anterior donde se vislumbra que, todos los encuestados obtuvieron niveles de calificación altos (63.3% de la muestra calificó medio alto y, 36.7% alto).

Tabla 26

*Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo I, calidad técnica y atención médica.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio alto	19	63.3%	63.3%
Válidos Alto	11	36.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

Los resultados descriptivos de la estadística sobre las calificaciones de la muestra en el módulo II referente a la capacitación y educación continua ( $N = 30$ ,  $M_{media} = 11.93$ ,  $DT = 5.291$ ), se distinguen en la Tabla 27. La mínima puntuación que podía obtener un sujeto en este modulo era de 0, y la máxima de, 18. La media obtenida por los encuestados se ubicó en la porción media baja del nivel de calificaciones, siendo así mismo una muestra platicúrtica

Tabla 27

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo II: capacitación y educación continua.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		11.93
Error típ. de la media		.966
Mediana		12.00
Moda		18
Desv. típ.		5.291
Varianza		27.995
Asimetría		-.333
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-1.384
Error típ. de curtosis		.833
Rango		14
Mínimo		4
Máximo		18

Las puntuaciones obtenidas por la muestra en el módulo II se pueden ver en la Tabla 28. Sumando los trabajadores que obtuvieron calificaciones altas se alcanzó el 43.3% de la muestra total, mientras que los sujetos que puntuaron bajo y medio bajo conformaron el 56.7% restante. Este último grupo podría considerarse con necesidades de capacitación.

Tabla 28

*Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo II, capacitación y educación continua.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	6	20.0%	20.0%
Medio bajo	11	36.7%	56.7%
Válidos Medio alto	6	20.0%	76.7%
Alto	7	23.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

En lo concerniente al módulo III donde se hace hincapié en la productividad, las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre los resultados de la muestra ( $N=30$ ,  $M_{media} = 11.60$ ,  $DT = 1.037$ ), se aprecian en la Tabla 29. La mínima puntuación que podían lograr los participantes en esta variable era 0, y como máxima, 12. De acuerdo al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en una calificación alta y presentó una distribución leptocúrtica, lo que indica que existió un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales.

Las calificaciones obtenidas por los encuestados en la sección anterior se pueden apreciar en la Tabla 30. De acuerdo a los resultados, todos los participantes obtuvieron puntuaciones altas. En específico, el 13.3% de la muestra se ubicó en el nivel medio alto y el 86.7% en la categoría alto.

Las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre las calificaciones de los médicos en el módulo IV relativo a las aptitudes ( $N=30$ ,  $M_{media} = 9.73$ ,  $DT = 3.373$ ), se aprecian en la Tabla 31. La mínima calificación que podían obtener los participantes en esta variable era de un puntaje de 0 y como máximo un puntaje de 15. La muestra de acuerdo a su media se ubicó en una calificación media baja y se comportó de forma platicúrtica.

Tabla 29

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo III: productividad.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		11.60
Error típ. de la media		.189
Mediana		12.00
Moda		12
Desv. típ.		1.037
Varianza		1.076
Asimetría		-2.273
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		3.386
Error típ. de curtosis		.833
Rango		3
Mínimo		9
Máximo		12

Tabla 30

*Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo III, productividad.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio alto	4	13.3%	13.3%
Válidos Alto	26	86.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

Las calificaciones obtenidas por los encuestados en el módulo antepuesto se muestran en la Tabla 32. De acuerdo a los resultados, un 53.3% de la muestra obtuvo puntuaciones bajas en esta variable, del cual, el 40% tuvo calificación baja y 13.3% media baja. A pesar de lo anterior, un 46.6% obtuvo puntuaciones altas.

Conjuntando los cuatro módulos anteriormente analizados, se integra la escala de desempeño para personal médico. En la Tabla 33 se aprecian los resultados

descriptivos de la muestra en este cuestionario, donde se obtuvo una media de 55.70 puntos y una desviación típica de 8.567. La mínima calificación que podía lograr un sujeto en esta escala era un puntaje de 0 y como máxima un puntaje de 70. De acuerdo al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en una calificación media alta y presentó una distribución platicúrtica, lo que indica que existió una baja agrupación alrededor de los valores centrales.

Tabla 31

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo IV: Aptitudes.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		9.73
Error típ. de la media		.616
Mediana		10.00
Moda		6
Desv. típ.		3.373
Varianza		11.375
Asimetría		.074
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-1.477
Error típ. de curtosis		.833
Rango		9
Mínimo		6
Máximo		15

Tabla 32

*Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo IV, aptitudes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	12	40.0%	40.0%
Medio bajo	4	13.3%	53.3%
Válidos Medio alto	10	33.3%	86.7%
Alto	4	13.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

Tabla 33

*Estadística descriptiva de los resultados de la escala de desempeño para personal médico.*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		55.70
Error típ. de la media		1.564
Mediana		55.00
Moda		55
Desv. típ.		8.567
Varianza		73.390
Asimetría		-.427
Error típ. de asimetría		.427
Curtosis		-.065
Error típ. de curtosis		.833
Rango		33
Mínimo		37
Máximo		70

Las calificaciones de la muestra a esta escala aparecen en la Tabla 34. Las valoraciones revelaron que el 20% de los médicos presentó un desempeño medio bajo, el 53.3% medio alto y solo el 26.7% obtuvo el nivel máximo de calificación.

Tabla 34

*Calificaciones de la muestra en la escala de desempeño para personal médico.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio bajo	6	20.0%
	Medio alto	16	53.3%
	Alto	8	26.7%
	Total	30	100.0%

#### 4.5 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

En la escala de desempeño para personal de enfermería se analizaron 40 respuestas, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.745. De acuerdo a la puntuación anterior, esta escala podría considerarse confiable, debido a que se localizó por encima de lo mínimo establecido.

Este cuestionario, al igual que la anterior, se encuentra compuesta por los cuatro módulos siguientes: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad, y, aptitudes, que en conjunto evalúan el desempeño de los trabajadores.

Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados de esta escala, se creó una equivalencia cualitativa de las calificaciones obtenidas en cada variable, la cual va de *bajo* a *alto*, pasando por *medio bajo* y *medio alto* (ver Tabla 24). Sin embargo, debido a que cada módulo contiene diferentes puntuaciones se manejó en porcentajes.

En lo que respecta al módulo I correspondiente a la calidad técnica y atención médica, las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre los resultados de la muestra ( $N = 40$ ,  $M_{media} = 24.93$ ,  $DT = 2.576$ ), se aprecian en la Tabla 35. La mínima puntuación que podían lograr los participantes en esta variable era 0, y como máxima, 26. De acuerdo al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en el nivel más alto de la calificación y presentó una distribución leptocúrtica, lo que indica un elevado grado de agrupación alrededor de los valores centrales de la distribución.

Las calificaciones de las enfermeras en la calidad técnica y atención médica aparecen en la Tabla 36. La mayoría de los trabajadores obtuvieron puntuaciones altas

en esta variable, ya que el 77.5% de la muestra calificó alto y el 17.5% como medio alto, sin embargo, el 5% restante obtuvo una puntuación media baja.

Tabla 35

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo I: calidad técnica y atención médica.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		24.93
Error típ. de la media		.407
Mediana		26.00
Moda		26
Desv. típ.		2.576
Varianza		6.635
Asimetría		-3.106
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		10.032
Error típ. de curtosis		.733
Rango		11
Mínimo		15
Máximo		26

Tabla 36

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo I, calidad técnica y atención médica.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio bajo	2	5.0%
	Medio alto	7	17.5%
	Alto	31	77.5%
	Total	40	100.0%

Los resultados descriptivos de la estadística sobre las calificaciones de la muestra en el módulo II referente a la capacitación y educación continua ( $N = 40$ ,  $M_{media} = 7.95$ ,  $DT = 3.935$ ), se distinguen en la Tabla 37. La mínima puntuación que podía obtener



un sujeto en este modulo era de 0, y la máxima de, 12. La media obtenida por los encuestados se ubicó en la porción media baja del nivel de calificaciones, siendo así mismo una muestra platicúrtica.

Tabla 37

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo II: capacitación y educación continua.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		7.95
Error típ. de la media		.622
Mediana		9.00
Moda		12
Desv. típ.		3.935
Varianza		15.485
Asimetría		-.668
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		-.538
Error típ. de curtosis		.733
Rango		12
Mínimo		0
Máximo		12

Las puntuaciones obtenidas por la muestra en el módulo II se pueden ver en la Tabla 38. Sumando los trabajadores que obtuvieron calificaciones altas se alcanzó el 57.5% de la muestra total, mientras que los sujetos que puntuaron bajo y medio bajo conformaron el 42.5% restante.

En lo concerniente al módulo III donde se hace hincapié en la productividad, las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre los resultados de la muestra ( $N= 40$ ,  $M_{media} = 11.40$ ,  $DT = 1.823$ ), se aprecian en la Tabla 39. La mínima puntuación que podían lograr los participantes en esta variable era 0, y como máxima, 12. De acuerdo

al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en el nivel más alto de calificación y presentó una distribución platicúrtica.

Tabla 38

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo II, calidad capacitación y educación continua.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	7	17.5%	17.5%
Medio bajo	10	25.0%	42.5%
Válidos Medio alto	9	22.5%	65.0%
Alto	14	35.0%	100.0%
Total	40	100.0%	

Tabla 39

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo III: productividad.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		11.40
Error típ. de la media		.288
Mediana		12.00
Moda		12
Desv. típ.		1.823
Varianza		3.323
Asimetría		-2.772
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		5.979
Error típ. de curtosis		.733
Rango		6
Mínimo		6
Máximo		12

Las calificaciones obtenidas por los encuestados en la sección anterior se pueden apreciar en la Tabla 40. De acuerdo a los resultados, la mayoría de los

participantes se ubicaron en el nivel de calificación alto, conformando el 90% de la muestra. El 10% restante se ubicó en el nivel medio bajo.

Tabla 40

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo III, productividad.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio bajo	4	10.0%	10.0%
Válidos Alto	36	90.0%	100.0%
Total	40	100.0%	

Las puntuaciones descriptivas de la estadística sobre las calificaciones de las enfermeras en el módulo IV relativo a las aptitudes ( $N= 40$ ,  $M_{media} = 17.30$ ,  $DT = 4.090$ ), se aprecian en la Tabla 41. La mínima calificación que podían obtener los participantes en esta variable era de un puntaje de 0 y como máximo un puntaje de 20. La muestra de acuerdo a su media se ubicó en una calificación media alto y se comportó de forma leptocúrtica.

Las calificaciones obtenidas por los encuestados en el módulo antepuesto se muestran en la Tabla 42. De acuerdo a los resultados, un 20% de la muestra obtuvo puntuaciones bajas en esta variable y un 80% obtuvo puntuaciones altas.

Conjuntando los cuatro módulos anteriormente analizados, se integra la escala de desempeño para personal de enfermería. En la Tabla 43 se aprecian los resultados descriptivos de la muestra en este cuestionario, donde se obtuvo una media de 61.58 puntos y una desviación típica de 8.412. La mínima calificación que podía lograr un sujeto en esta escala era un puntaje de 0 y como máxima un puntaje de 70. De acuerdo al promedio de las puntuaciones que se presentaron, la muestra se situó en una calificación media alta y presentó una distribución leptocúrtica, lo que indica que existió una alta agrupación alrededor de los valores centrales.

Tabla 41

*Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo IV: aptitudes.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		17.30
Error típ. de la media		.647
Mediana		20.00
Moda		20
Desv. típ.		4.090
Varianza		16.728
Asimetría		-1.316
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		.434
Error típ. de curtosis		.733
Rango		12
Mínimo		8
Máximo		20

Tabla 42

*Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo IV, aptitudes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	4	10.0%	10.0%
Medio bajo	4	10.0%	20.0%
Válidos Medio alto	7	17.5%	37.5%
Alto	25	62.5%	100.0%
Total	40	100.0%	

Las calificaciones de la muestra a esta escala aparecen en la Tabla 44. Las valoraciones revelaron que el 10% de las enfermeras presentó un desempeño medio bajo, el 40% medio alto y el 50% obtuvo el nivel máximo de calificación.

Tabla 43

*Estadística descriptiva de los resultados de la escala de desempeño para personal de enfermería.*

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		61.58
Error típ. de la media		1.330
Mediana		63.50
Moda		70
Desv. típ.		8.412
Varianza		70.763
Asimetría		-1.692
Error típ. de asimetría		.374
Curtosis		3.358
Error típ. de curtosis		.733
Rango		35
Mínimo		35
Máximo		70

Tabla 44

*Calificaciones de la muestra en la escala de desempeño para personal de enfermería.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio bajo	4	10.0%	10.0%
Medio alto	16	40.0%	50.0%
Alto	20	50.0%	100.0%
Total	40	100.0%	

#### 4.6 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA Y CORRELACIONES ENTRE EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y LA ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO

De acuerdo a las calificaciones del cuestionario de compromiso organizacional y la escala de desempeño para personal médico, se examinaron los estadísticos descriptivos de cada una de las variables que los integran (ver Tabla 45). Del primer

cuestionario se analizaron las siguientes tres variables: compromiso afectivo, de continuidad y normativo, mientras que, del segundo instrumento se revisaron las cuatro posteriores: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad y, aptitudes.

Tabla 45

*Estadística descriptiva de las variables del cuestionario de compromiso organizacional y de la escala de desempeño para personal médico.*

	Media	N	Desv. típ.
Calidad técnica y atención médica	3.37	30	.490
Capacitación y educación continua	2.47	30	1.074
Productividad	3.87	30	.346
Aptitudes	2.20	30	1.126
Desempeño	3.07	30	.691
Compromiso afectivo	3.20	30	1.0306
Compromiso de continuidad	2.60	30	.6215
Compromiso normativo	2.467	30	.8604
Compromiso organizacional	2.733	30	.6397

El análisis correlacional bivariado entre los dos instrumentos anteriormente mencionados se presenta en la Tabla 46. Los resultados mostraron que existe una correlación al nivel 0,05 entre la escala de compromiso organizacional y la variable de capacitación y educación continua, así como dos correlaciones significativas al nivel 0,01 que son: compromiso normativo con la escala global de desempeño y, compromiso normativo con capacitación y educación continua.

#### 4.7 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA Y CORRELACIONES ENTRE EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y LA ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Conforme a las calificaciones de cada cuestionario, se examinaron los estadísticos descriptivos de cada una de las variables que los integran (ver Tabla 47). Del cuestionario de compromiso organizacional se analizaron tres variables, que son:

compromiso afectivo, de continuidad y normativo, mientras que en la escala de desempeño para personal de enfermería, se revisaron las siguiente cuatro: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad, y, aptitudes.

Tabla 46

*Correlación entre el cuestionario de compromiso organizacional y la escala de desempeño para personal médico*

		Calidad técnica y atención médica	Capacitación y educación continua	Productividad	Aptitudes	Desempeño
Compromiso afectivo	Correlación de Pearson	.259	.100	-.116	-.273	-.116
	Sig. (bilateral)	.166	.600	.541	.144	.541
	N	30	30	30	30	30
Compromiso de continuidad	Correlación de Pearson	.272	.186	.064	-.177	.064
	Sig. (bilateral)	.146	.325	.736	.349	.736
	N	30	30	30	30	30
Compromiso normativo	Correlación de Pearson	.234	.577**	-.247	.256	.468**
	Sig. (bilateral)	.212	.001	.188	.172	.009
	N	30	30	30	30	30
Compromiso organizacional	Correlación de Pearson	.323	.388*	-.166	.172	.353
	Sig. (bilateral)	.082	.034	.380	.363	.055
	N	30	30	30	30	30

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis correlacional bivariado entre los instrumentos anteriormente mencionados se exhibe en la Tabla 48. Los resultados muestran que existe cuatro correlaciones al nivel 0,05 las cuales son: compromiso de continuidad con calidad técnica y atención médica, compromiso afectivo con capacitación y educación continua, compromiso afectivo con aptitudes, y, compromiso normativo con

aptitudes, además de dos correlaciones significativas al nivel 0,01 correspondientes a: compromiso organizacional con calidad técnica y atención médica así como con aptitudes.

Tabla 47

*Estadística descriptiva de las variables del cuestionario de compromiso organizacional y de la escala de desempeño para personal de enfermería.*

	Media	Desv. típ.	N
Compromiso afectivo	3.03	.357	40
Compromiso de continuidad	2.38	.952	40
Compromiso normativo	2.68	.730	40
Compromiso organizacional	2.75	.543	40
Calidad técnica y atención médica	3.7250	.55412	40
Capacitación y educación continua	2.7500	1.12660	40
Productividad	3.8000	.60764	40
Aptitudes	3.3250	1.02250	40
Desempeño	3.4000	.67178	40

Tabla 48

*Correlación entre la encuesta de compromiso organizacional y la escala de desempeño para personal de enfermería*

		Calidad técnica y atención médica	Capacitación y educación continua	Productividad	Aptitudes	Desempeño
Compromiso afectivo	Correlación de Pearson	.036	-.366*	.024	.328*	.171
	Sig. (bilateral)	.827	.020	.885	.039	.291
	N	40	40	40	40	40
Compromiso de continuidad	Correlación de Pearson	-.383*	.114	-.044	-.102	.120
	Sig. (bilateral)	.015	.486	.786	.531	.460
	N	40	40	40	40	40
Compromiso normativo	Correlación de Pearson	-.290	.304	-.150	-.336*	.010
	Sig. (bilateral)	.069	.056	.355	.034	.949
	N	40	40	40	40	40
Compromiso Organizacional	Correlación de Pearson	-.405**	.147	-.155	-.404**	-.141
	Sig. (bilateral)	.010	.366	.338	.010	.387
	N	40	40	40	40	40

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



#### 4.8 CORRELACIONES ENTRE LA ANTIGÜEDAD Y EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL EN LA MUESTRA DE MÉDICOS

De acuerdo a la muestra de médicos, se correlacionó el reactivo antigüedad con las calificaciones de las diversas variables que componen el cuestionario de compromiso organizacional (ver Tabla 49). El rango de antigüedad en el puesto parte de 2 años hasta 39 años.

Únicamente se encontró una relación positiva al nivel 0,05 entre antigüedad y el compromiso afectivo.

Tabla 49

*Correlación entre la antigüedad y el cuestionario de compromiso organizacional en la muestra de médicos.*

	Compromiso afectivo	Compromiso de continuidad	Compromiso normativo	Compromiso organizacional
Correlación de Pearson	.364*	-.257	-.078	-.020
Antigüedad Sig. (bilateral)	.048	.170	.682	.917
N	30	30	30	30

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

#### 4.9 CORRELACIONES ENTRE LA ANTIGÜEDAD Y EL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL EN LA MUESTRA DE ENFERMERAS

De acuerdo a la muestra de enfermeras, se correlacionó el reactivo antigüedad con las calificaciones de las diversas variables que componen el cuestionario de compromiso organizacional (ver Tabla 50). El rango de antigüedad parte desde 6 meses hasta 36 años.

En ninguna de las relaciones realizadas se encontró algún grado de significancia.

Tabla 50

*Correlación entre la antigüedad y el cuestionario de compromiso organizacional de la muestra de enfermeras.*

		Compromiso afectivo	Compromiso de continuidad	Compromiso normativo	Compromiso organizacional
Antigüedad	Correlación de Pearson	-.148	.187	-.097	.143
	Sig. (bilateral)	.363	.248	.550	.378
	N	40	40	40	40

#### 4.10 COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATO.

Al analizar los resultados del tipo de relación laboral que tenían tanto la muestra de médicos como la de enfermeras al momento de realizar la aplicación del instrumento, se detectó la presencia de 62 casos con contrato de base y 7 casos con contrato de suplencia.

Para conocer si existieron diferencias significativas entre estos dos grupos en la escala de compromiso organizacional se realizó una comparación de medias (ver Tabla 51), con la cual fue posible detectar la inexistencia de distas importantes entre estos dos conjuntos.

Cabe destacar que en el compromiso normativo los empleados de suplencia obtuvieron una puntuación promedio media baja con 2.9 puntos, mientras que los de base obtuvieron una calificación media alta con 3.2 puntos. No obstante, la diferencia en entre estos puntajes fue mínima.

Tabla 51

*Comparación de medias del cuestionario de compromiso organizacional para médicos y enfermeras de acuerdo al tipo de contrato.*

	Tipo de contrato	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Compromiso	Base	62	3.6694	.68119	.08651
Afectivo	Suplencias	7	3.9048	.65162	.24629
Compromiso de	Base	62	3.0699	.78612	.09984
Continuidad	Suplencias	7	3.0952	.51691	.19537
Compromiso	Base	62	3.1882	.82232	.10444
Normativo	Suplencias	7	2.8810	.71824	.27147
Compromiso	Base	62	3.3091	.59049	.07499
Organizacional	Suplencias	7	3.2937	.50278	.19003

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La presente investigación se desarrolló en un hospital público de Ciudad Victoria Tamaulipas, disponiendo de una muestra de 30 médicos y 40 enfermeras que laboraban en la institución al momento de aplicar los instrumentos.

Debido a que el objetivo de la exploración era encontrar la relación existente entre el compromiso organizacional y el desempeño laboral, se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluarlos: cuestionario de compromiso organizacional de Meyer y Allen (1991), escala de desempeño para personal médico y escala de desempeño para personal de enfermería desarrolladas por el Comité nacional de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud (2012).

Para realizar la aplicación de las dos últimas encuestas se requería la participación tanto del trabajador como de su jefe inmediato, sin embargo, en lo que respecta a la muestra de médicos se detectó que en la mayoría de las áreas no se contaba con un dirigente, por lo cual se recurrió al subdirector de la institución.

Es importante destacar que, de acuerdo al subdirector del hospital, la inexistencia de jefes de área se debe a que los médicos no desean obtener tal responsabilidad.

En los apartados siguientes se presentarán los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios, la confirmación o anulación de las hipótesis formuladas en esta investigación y las recomendaciones propuestas a la institución.

### **5.1 CUESTIONARIO DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL**

El cuestionario diseñado para medir el compromiso organizacional obtuvo un alto coeficiente de confiabilidad, por lo que se podría considerar adecuado para aplicarse en el futuro ya que sus resultados estarán adaptados a lo que se pretende medir.

La responsabilidad en esta escala está integrada por los siguientes tres componentes: afectivo, de continuidad y normativo. El primero corresponde a la adhesión emocional del empleado hacia la empresa. El segundo muestra la necesidad de permanecer en la institución debido al precio que ocasionaría al trabajador dejarla. Finalmente, el tercer componente refleja la lealtad hacia la organización de acuerdo a la internalización de las normas (Meyer y Allen 1991).

#### *5.1.1 Médicos*

En lo que respecta al cuestionario total, se observó que la mayoría de los médicos presentaron un amplio sentido de compromiso con el hospital esto es, el 70% de la muestra, mientras que el 30% restante presentaron bajo o nulo sentimiento de obligación.

No obstante, al analizar cada uno de los componentes de la escala fue posible apreciar con mayor detalle las áreas de oportunidad.

Las puntuaciones de nivel bajo se presentaron con mayor frecuencia en el compromiso de continuidad, abarcando un 46.7% del total de la muestra y, en segundo lugar, se encontró el normativo con, 43.4%.

En lo que respecta al área afectiva, únicamente el 23.3% de la muestra obtuvo puntuaciones bajas.

#### *5.1.2 Enfermeras*

Las enfermeras obtuvieron los mismos resultados que los médicos en esta escala, esto quiere decir que un 30% de la muestra presentó bajo compromiso con la organización y el 70% restante presentó puntuaciones altas.

Sin embargo, en lo que respecta a los componentes del cuestionario, se pudieron observar algunas diferencias. En la muestra de enfermeras un 60% obtuvo puntuaciones bajas en el compromiso de continuidad y en el normativo un 47.5%.

Martínez et al. (2009) mencionan que, en los hospitales públicos existe mayor rotación interna (de una clínica a otra de la misma institución o de un servicio a otro), y en las instituciones privadas una superior rotación externa. El motivo por el cual se desarrolla este fenómeno es que existe una amplia competencia con algunos hospitales públicos que ofrecen prestaciones difíciles de igualar. Sin embargo, en ambos casos el resultado es el mismo: disminución de la calidad y deterioro del capital humano.

Lo anterior junto con los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de las enfermeras no sienten la necesidad de permanecer en la institución ya que el abandonarla no generaría un costo considerable a su economía, lo cual podría deberse a la existencia de otras organizaciones públicas con necesidades de personal que ofrecen similares o mejores prestaciones.

En el sentimiento afectivo hacia la organización, la mayoría de los trabajadores obtuvieron puntuaciones altas (95%), por lo cual se descarta, como área de oportunidad.

## 5.2 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL MÉDICO

En el presente estudio esta escala obtuvo un índice de confiabilidad bastante cercano al estandarizado 0.7 ( $\alpha = .688$ ). Sin embargo, esto no implica que deba rechazarse esta escala. El mejor manejo al respecto, es tomar los resultados arrojados con mesura y recordar que este coeficiente es sólo un estimador aproximado.

Las puntuaciones totales del instrumento revelaron que, el 20% de los encuestados presentaron un desempeño medio bajo, el 53.3% medio alto y solo el 26.7% obtuvo el máximo nivel de calificación.

Sin embargo, para determinar con mayor precisión las áreas donde se presentaron las debilidades, se analizaron los cuatro módulos que integran esta

escala, que son: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad, y, aptitudes.

De acuerdo con las calificaciones podemos decir que las áreas que requiere mayor atención son: el módulo de capacitación con un 56.7% de trabajadores con puntuaciones bajas, y en segundo lugar, la sección de aptitudes con un 53.3%.

El modulo de capacitación se refiere a la participación de los médicos en: alguna asociación académica, proyectos de investigación médica y, programas de capacitación en calidad y seguridad del paciente o de valor curricular de acuerdo a su especialidad.

El área de las aptitudes consiste en las contribuciones realizadas por los doctores para: mejorar la prestación de los servicios, solucionar problemas y optimizar las habilidades y capacidades de sus compañeros. También hace referencia a la atención oportuna y de calidad proporcionada tanto a los pacientes como a los familiares de acuerdo a los estándares institucionales.

De acuerdo con los médicos que laboraban en el hospital al momento de aplicar los instrumentos, se detectó que la organización no cuenta con programas propios de capacitación, si no que, proporciona a los empleados días laborables libres a criterio de la organización para asistir a adiestramiento en otras instituciones. Por lo tanto, los médicos requieren encontrar las exposiciones y asistir mediante patrocinio de laboratorios o con sus propios medios económicos.

De acuerdo con lo anterior, Martínez et al. (2009) indica que, en la gestión del talento humano el principal factor inhibidor de la calidad es la insuficiente capacitación continua al personal. Lamentablemente este aspecto ha sido descuidado por los directivos, ya que lo consideran como un gasto y no como una inversión, lo que trae serias consecuencias en la prestación del servicio.

### 5.3 ESCALA DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

La escala de desempeño para personal de enfermería obtuvo un alto coeficiente de confiabilidad por lo que es adecuada para aplicaciones futuras, ya que sus resultados estarán ajustados a lo que se pretende medir.

De acuerdo a las puntuaciones de este instrumento se detectó que el 10% de la muestra de enfermeras presentó un desempeño medio bajo, el 40% medio alto y el 50% restante obtuvo el nivel máximo de calificación.

Para profundizar en los resultados obtenidos se analizaron los cuatro componentes que integran este instrumento, los cuales son: calidad técnica y atención médica, capacitación y educación continua, productividad, y, aptitudes, que en conjunto evalúan el desempeño de los trabajadores.

Al analizar los componentes anteriores en la muestra de enfermeras se detectaron resultados similares a los de los médicos. Los dos módulos que presentaron puntuaciones más bajas fueron capacitación y educación continua con un 42.5% y aptitudes con un 20%

Las secciones restantes que son: productividad y, calidad técnica y atención médica, obtuvieron menos del 10% de respuestas bajas.

### 5.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

*5.4.1 H<sub>1</sub> Los médicos con alto compromiso organizacional obtienen mayor puntaje en el desempeño laboral.*

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de las encuestas se identifica que la hipótesis de investigación puede confirmarse en lo que respecta a la relación positiva significativa entre compromiso normativo y el desempeño, así como con capacitación y educación continua.



La deficiente aplicación de las normas, así como el escaso interés de los directivos y del personal por los programas de certificación hospitalaria y de capacitación, producen una disminución en la calidad de los servicios de salud (Martínez et al., 2009).

La falta de seguimiento de las normas organizacionales por parte del personal médico tiene repercusión negativa en su desempeño laboral y por lo tanto, en los estándares establecidos por la institución.

No obstante, el compromiso normativo no surge únicamente de la internalización de las normas organizacionales, se acrecienta también a través de proporcionar a los trabajadores recompensas por adelantado e incurrir en costes significativos para el desarrollo del empleo, tales como: gastos para capacitación laboral y pagos de estudios universitarios. El reconocimiento de los trabajadores de las inversiones que realiza la organización, los hace sentir obligados a corresponder, comprometiéndose con la organización (Meyer y Allen, 1991).

Al no existir programas de capacitación o de mejora continua en los hospitales públicos, es probable que los médicos no desarrollen un sentimiento de correspondencia hacia la institución y por lo tanto, su compromiso de continuidad se vea disminuido en consecuencia.

*5.4.2 H<sub>2</sub> Las enfermeras con alto nivel de compromiso organizacional presentan mayor puntaje en el desempeño laboral.*

El análisis de las calificaciones de ambas escalas refutó esta hipótesis. Los resultados demostraron una relación negativa significativa entre compromiso organizacional y dos módulos de la escala de desempeño: aptitudes y, calidad técnica y atención médica. Esto quiere decir que a menor apego a la institución existe mayor:

eficacia en la atención médica, contribución a la organización y resolución de problemas por parte de las enfermeras.

Lo anterior parece ser contradictorio a las investigaciones realizadas por diversos investigadores. Llapa et al. (2009) mencionan que el compromiso contribuye a que los trabajadores se vuelvan más motivados e involucrados con su trabajo mientras que, Bret et al. (2009) señalan que la relación entre compromiso y desempeño se traduciría entre muchos otros aspectos, en un mejor servicio de atención.

De acuerdo con los resultados antepuestos se podría considerar la existencia de otros factores involucrados en el efecto negativo de la correlación. Por ejemplo: el contexto organizacional al momento de aplicar las encuestas, competencia, capacitación y desarrollo del trabajador, factores motivacionales y conductuales, liderazgo, empleos adicionales que poseen los profesionales de la salud, entre otros.

No obstante sería necesario realizar futuras investigaciones incremento la muestra de enfermeras de hospitales públicos para detectar si estas características se siguen perpetuando, así como, involucrar otras variables que posean una posible relación.

#### *5.4.3 H<sub>3</sub> A mayor antigüedad mayor compromiso.*

En lo referente a esta hipótesis no se presentó una relación correlacional entre estas dos variables, resultando que, tanto los médicos y las enfermeras tienen similar compromiso organizacional sin incumbir la antigüedad en el puesto. Por lo que esta hipótesis se rechaza.

A pesar de lo anterior se logró observar una relación mínima (no significativa) entre el compromiso afectivo de las enfermeras con la antigüedad en el puesto, por lo que sería de interés indagar con mayor profundidad en esta concordancia.

*5.4.4 H<sub>4</sub> Los médicos y enfermeras con un puesto de base presentan un alto compromiso organizacional.*

Esta hipótesis se refuta. Los profesionales de la salud con una relación laboral de base obtuvieron diversas puntuaciones, que al conjuntarlas y promediarlas se obtuvo una media de 3.3 para la escala total, lo que equivale a una calificación media alta, siendo 4 la mínima para obtener una puntuación alta.

*5.4.5 H<sub>5</sub> Los médicos y enfermeras con un contrato de trabajo sujeto a modalidad de suplencia presentan un bajo compromiso organizacional.*

Al igual que la suposición anterior, esta hipótesis se rechaza, ya que no se encontró una relación entre el contrato de suplencia y un bajo compromiso organizacional en los encuestados.

A pesar de lo anterior, se observó una puntuación media baja en el componente de compromiso normativo del personal. Debido a que la muestra fue de únicamente 7 sujetos, sería necesario para futuras investigaciones incrementar la muestra para determinar si la internalización de las normas se ve afectada por el tipo de contrato que se poseen los trabajadores.

## 5.5 CONCLUSIONES

La salud es un estado necesario para la sobrevivencia del hombre, por consiguiente, su atención es primordial para todos los seres humanos. No obstante, es común observar que los hospitales públicos no satisfacen al cien por ciento las necesidades de la población en lo que a cuidado se refiere.

Debido a lo anterior, continuamente se buscan acciones que permitan mejorar la calidad de la atención médica.

Uno de los aspectos que podría estar relacionado con el servicio que se proporciona a los usuarios, es el desempeño de los trabajadores y su compromiso con la organización, motivo por el cual se desarrolló esta investigación.

Con esta indagación, fue posible apreciar que gran parte de la población de médicos y enfermeras no cumplen con los estándares de capacitación, facilitan atención de baja calidad y proporcionan escasas contribuciones, adaptaciones y estrategias que contribuyan tanto a la prestación del servicio, como a la respuesta ante el cambio.

A su vez, se detectó un amplio porcentaje de profesionales de la salud con baja necesidad de permanecer en la organización y mínimo sentimiento de obligación hacia el cumplimiento de las normas institucionales, lo cual se refleja en el ausentismo, rotación interna o externa del personal así como en la falta de apego a las normas o reglas que rigen a la institución.

Sin embargo, las áreas de oportunidad no son aisladas, existen relaciones que permiten entender con mayor facilidad la problemática y conocer cuáles son las acciones adecuadas para resolverla, logrando modificar no uno, si no todos los aspectos afectados.

Conjuntando las áreas de oportunidad se detectó que los médicos que presentaron un bajo compromiso normativo, presentan también, un bajo desempeño y mayores necesidades de capacitación. Mientras que las enfermeras que mostraron mayor compromiso organizacional obtuvieron menores puntajes en la calidad en atención médica y técnica así como, menor aportación a la organización.

En lo que respecta a las enfermeras, los datos obtenidos son de gran interés porque contradicen lo mencionado por diversos autores, sería necesario para futuras

investigaciones ampliar la muestra para determinar si los datos anteriores coinciden o fueron producto de otras variables.

Al indagar con mayor profundidad en lo que respecta a capacitación del personal de salud, se detectó, de acuerdo a los testimonios ofrecidos por los médicos, que, la organización no cuenta con programas propios de adiestramiento, lo cual dificulta su desarrollo en esta área.

Por lo anterior, sería importante que los líderes de la organización desarrollaran acciones que permitieran mejorar las áreas de oportunidad mencionadas. En el siguiente apartado se ofrecen algunas recomendaciones que se podrían utilizar.

Infiriendo, sería importante posteriormente analizar la implicación que tiene el hecho de que los médicos y las enfermeras posean uno o más trabajos adicionales en el compromiso organizacional y la influencia de falta de jefes de servicio así como de la protección del sindicato en el desempeño de los trabajadores.

El tema de la salud es un aspecto que requiere atención y mejora continua para mantener el bienestar de la población, por lo cual, es significativo desarrollar investigaciones que se enfoquen en los hospitales como organizaciones y no únicamente en el proceso de salud – enfermedad.

## 5.6 RECOMENDACIONES

En base a la información obtenida a través de esta investigación, se realizaron las siguientes recomendaciones, con el fin de mejorar tanto el desempeño de los profesionales como el servicio proporcionado a los usuarios:

1. Desarrollar procesos de capacitación continua para el personal de salud tomando en consideración los cinco pasos que conforman este proceso:

detección de necesidades, planeación, habilitación, desarrollo y evaluación tanto del personal en formación como del proceso llevado a cabo.

2. Detectar el liderazgo en la población de médicos por área de trabajo mediante la utilización de herramientas, tales como: entrevistas, encuestas y observaciones.
3. Promover las normas institucionales a través de la ejecución del reglamento interior de trabajo y de la ejemplificación clara por parte de los directivos y supervisores.
4. Evaluar la cultura organizacional para detectar cuáles son las características convenientes a modificar en beneficios de los objetivos institucionales, por medio de instrumentos objetivos que permitan describir la situación actual de la organización.
5. Integrar equipos multidisciplinarios de trabajo, para desplegar y desarrollar acciones preventivas en lo relativo a la salud mediante la selección apropiada del personal de acuerdo al perfil requerido.
6. Realizar evaluaciones periódicas de desempeño, para detectar los cambios que se presentan en el personal con la implementación de nuevas estrategias, a través de determinar objetivos específicos anuales de acuerdo al puesto de trabajo.
7. Realizar programas de sensibilización sobre las necesidades de la población mediante el fortalecimiento del desarrollo humano y, el análisis y discusión de casos tanto exitosos como fracasados.

## REFERENCIAS

- Araujo, M. C. y Leal Guerra M. (2007). Inteligencia emocional y desempeño laboral en las instituciones de educación superior públicas. *Centro de Investigación de Ciencias Administrativas y Gerenciales*, 4 (2), 132-147.
- Argyris, C. (1960). *Understanding organizational behavior*. [Version de Google-digitized]. Recuperado de: <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015001648545;page=root;view=image;size=100;seq=1>
- Baker, J. G. y Baker, D. F. (1999). Perceived ideological differences, job satisfaction and organizational commitment among psychiatrists in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 35 (1), 85-95.
- Bret Becton, J., Matthews, M. C., Hartley, D. L. y Whitaker, D. H. (2009). Using Biodata to Predict Turnover, Organizational Commitment, and Job Performance in Healthcare. *International Journal of Selection and Assessment* 17 (2), 189-202. doi:10.1111/j.1468-2389.2009.00462.x
- Bunderson, J.S. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: doctors' responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behavior* 22 (7), 717-741. Doi:10.1002/Job.112
- Cajigas Magaña, A, L., Leal Beltrán E., Santos Guzmán, J., Reyna Rodríguez, G. y González Guzmán, M. (2011). Análisis de la relación entre la calidad de vida profesional del personal de salud hospitalario y su compromiso con la calidad de la atención clínica. *Revista CONAMED*, 16 (1), 22-28.
- Carrada Bravo, T. (2002). El papel del médico como promotor de la salud. *Revista De La Facultad De Médica De La UNAM*, 45 (4), 170-175.

- Chiavenato, I. (2000). *Administración de recursos humanos*. (5° ed.) Colombia: McGraw-Hill
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento Organizacional: La dinámica del éxito en las organizaciones*. México: McGraw-Hill
- Garrett, E. J. (1981). Funciones del médico en la atención primaria de salud. [Versión electrónica]. *Educación Médica y Salud*, 15 (3), 249-257.
- Gibson, J. L., Ivancevich J. M y Donnelly, J. H. (2001). *Las organizaciones. Comportamiento. Estructura. Procesos*. (10° ed.). Chile: McGraw-Hill
- Herriot, P. y Pemberton, C. (1997). Facilitation new deals. *Human Resource Management Journal*, 7 (1), 45-55.
- Huerta J. y Rodríguez G. (2006). Desarrollo de habilidades directivas. México: Pearson Prentice Hall.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. y Donaldson M. S. (1999). *To Err Is Human. Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.
- Llapa Rodríguez, E. O., Trevizan, M. A., Shinyashiki, T. G. y Mendes Costa, I. A. (2009). Compromiso organizacional y profesional del equipo de salud. *Enfermería Global: Revista electrónica semestral de enfermería*, (17), 1-16.
- Lowe, G. (2012). How Employee Engagement Matters for Hospital Performance. *Health human resources*, 15 (2), 29-29. Recuperado de: [http://grahamlowe.ca/documents/274/HQ\\_vol15\\_no2\\_Lowe.pdf](http://grahamlowe.ca/documents/274/HQ_vol15_no2_Lowe.pdf)
- Martínez Ramírez, A., Chávez Ramírez, S., Cambero González, E. G., Ortega Larios, E. K. y Rojas Jiménez, Z. (2009). Factores Inhibidores de la Calidad en los Servicios de Salud. Análisis desde la perspectiva de los Hospitales privados y Públicos. *Revista CONAMED*, 14 (4), 5-14.



- Meyer, J. P. y Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1 (1), 61-89.
- Montoya Aguilar, C. (2010). La atención primaria de salud en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010. *Cuadernos Médico Sociales*, 50 (3), 167-177.
- Narro Robles, J. y Ruíz Ruisánchez, A. (2004). El papel del médico general en la atención médica en el México actual. *Gaceta Médica De México*, 140 Suppl 1, S13-S20. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms041d.pdf>
- Newstrom, J. W. (2007). *Comportamiento humano en el trabajo*. (12° ed.). México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Resumen del informe sobre la salud en el mundo 2008 “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Atención primaria de salud. Recuperado el 25 de noviembre de 2012, de: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
- Oseguera Rodríguez, J. y Viniestra Velázquez, L. (2008). Características humanistas del médico deseadas por la sociedad. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (2), 171-178.
- Palací, F. J. (2005). *Psicología de la organización*. Madrid: Pearson Prentice Hall
- Pedraza, E., Amaya, G. y Conde, M. (2010). Desempeño laboral y estabilidad del personal administrativo contratado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. *Revista de Ciencias Sociales*, 16 (3), 493-505.

- Ramírez, A. M., García, J. E. G. A. y Fraustro S. (1995). Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana. [Versión electrónica]. *Cadernos De Saúde Pública*, 11 (3), 456-462.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and Implied Contracts in Organizations. *Employee Responsibilities & Rights Journal*, 2 (2), 121-139.
- Schein, E. H. (1990). Career anchors and job/role planning: the links between career pathing and career development. *Massachusetts Institute of Technology, Sloan School of Management*. Recuperado de: <http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/2315/SWP-3192-22603401.pdf?sequence=1>
- Sonmez, B. y Yildirim, A. (2009). What are the career planning and development practices for nurses in hospitals? Is there a difference between private and public hospitals? *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3461-3471. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02906.x
- Tena Tena, G. (2002). El contrato psicológico: relación laboral empresa-trabajador. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (15), 85-107.
- Topa Carrisano, G., Palací Descals, F. y Morales Dominguez, J. F. (2004). La ruptura de contrato psicológico y las respuestas del trabajador. ¿Relaciones mediadas por la confianza organizacional? *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 20 (1), 31-45.
- Vélez, M. (2011). La investigación en sistemas de salud: Una necesidad mundial. *Revista Médica de Risaralda*, 17 (2), 106-112.

Zabalegui Yámoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Revista Aquichan*,  
3 (003), 16-20. Recuperado de:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74130304.pdf>

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Distribución de la muestra de médicos de acuerdo a la edad.....	37
Figura 2. Distribución de la muestra de médicos de acuerdo a la antigüedad en el puesto.....	40
Figura 3. Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo a la edad.....	42
Figura 4. Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo a la antigüedad en el puesto.....	45
Tabla 1. Estadística descriptiva del reactivo edad de la muestra de médicos.....	36
Tabla 2. Distribución de la muestra de médicos acuerdo al área de trabajo.....	38
Tabla 3. Estadística descriptiva del reactivo antigüedad de la muestra de médicos .....	39
Tabla 4. Estadística descriptiva del reactivo edad de la muestra de enfermeras.....	41
Tabla 5. Distribución de la muestra de enfermeras de acuerdo al área de trabajo.....	43
Tabla 6. Estadística descriptiva del reactivo antigüedad de la muestra de enfermeras .....	44
Tabla 7. Equivalencias cualitativas de las puntuaciones del cuestionario de compromiso organizacional.....	45
Tabla 8. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso afectivo.....	46
Tabla 9. Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso afectivo.....	47
Tabla 10. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso de continuidad.....	48
Tabla 11. Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso de	

continuidad.....	48
Tabla 12. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el compromiso normativo.....	49
Tabla 13. Calificaciones de la muestra de médicos en el compromiso normativo....	49
Tabla 14. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el cuestionario de compromiso organizacional .....	50
Tabla 15. Calificaciones de la muestra de médicos en el cuestionario de compromiso organizacional.....	50
Tabla 16. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso afectivo .....	51
Tabla 17. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso afectivo....	52
Tabla 18. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso de continuidad .....	52
Tabla 19. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso de continuidad.....	53
Tabla 20. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el compromiso normativo .....	54
Tabla 21. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el compromiso normativo.	54
Tabla 22. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el cuestionario de compromiso organizacional .....	55
Tabla 23. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el cuestionario de compromiso organizacional .....	55
Tabla 24. Equivalencias cualitativas de las puntuaciones de las escalas de desempeño.....	56
Tabla 25. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el	

módulo I: calidad técnica y atención médica.....	57
Tabla 26. Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo I, calidad técnica y atención médica.....	57
Tabla 27. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo II: capacitación y educación continua.....	58
Tabla 28. Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo II, capacitación y educación continua.....	59
Tabla 29. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo III: productividad.....	60
Tabla 30. Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo III, productividad.....	60
Tabla 31. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de médicos en el módulo IV: Aptitudes.....	61
Tabla 32. Calificaciones de la muestra de médicos en el módulo IV, aptitudes.....	61
Tabla 33. Estadística descriptiva de los resultados de la escala de desempeño para personal médico.....	62
Tabla 34. Calificaciones de la muestra en la escala de desempeño para personal médico.....	62
Tabla 35. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo I: calidad técnica y atención médica.....	64
Tabla 36. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo I, calidad técnica y atención médica.....	64
Tabla 37. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo II: capacitación y educación continua.....	65
Tabla 38. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo II, capacitación y	

educación continua.....	66
Tabla 39. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo III: productividad.....	66
Tabla 40. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo III, productividad.....	67
Tabla 41. Estadística descriptiva de los resultados de la muestra de enfermeras en el módulo IV: aptitudes.....	68
Tabla 42. Calificaciones de la muestra de enfermeras en el módulo IV, aptitudes.....	68
Tabla 43. Estadística descriptiva de los resultados de la escala de desempeño para personal de enfermería.....	69
Tabla 44. Calificaciones de la muestra en la escala de desempeño para personal de enfermería.....	69
Tabla 45. Estadística descriptiva de las variables del cuestionario de compromiso organizacional y de la escala de desempeño para personal médico. ....	70
Tabla 46. Correlación entre el cuestionario de compromiso organizacional y la escala de desempeño para personal médico.....	71
Tabla 47. Estadística descriptiva de las variables del cuestionario de compromiso organizacional y de la escala de desempeño para personal de enfermería.....	72
Tabla 48. Correlación entre la encuesta de compromiso organizacional y la escala de desempeño para personal de enfermería.....	72
Tabla 49. Correlación entre la antigüedad y el cuestionario de compromiso organizacional en la muestra de médicos.....	73
Tabla 50. Correlación entre la antigüedad y el cuestionario de compromiso organizacional de la muestra de enfermeras.....	74
Tabla 51. Comparación de medias del cuestionario de compromiso organizacional para médicos y enfermeras de acuerdo al tipo de contrato .....	75

## ANEXO I

### Cuestionario de compromiso organizacional

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ N° de empleos adicionales: \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_

**Importante:** Sus respuestas son confidenciales y quedarán en el anonimato.

A continuación encontrará una serie de enunciados con relación a su trabajo. Se solicita su opinión sincera al respecto. Después de leer cuidadosamente cada enunciado, marque con una **X** el número que corresponda a su opinión.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Declaración	1	2	3	4	5
1. Estaría feliz si pasara el resto de mi carrera en esta organización.					
2. Realmente siento como si los problemas de la organización fueran míos.					
3. No experimento un fuerte sentimiento de pertenencia hacia mi organización.					
4. No me siento ligado emocionalmente a mi organización					
5. No me siento integrado plenamente a mi organización.					
6. Esta organización significa personalmente mucho para mí.					
7. Hoy permanecer en esta organización, es una cuestión tanto de necesidad como de deseo.					
8. Sería muy duro para mi dejar esta organización, inclusive si lo quisiera.					
9. Gran parte de mi vida se afectaría si decidiera salir de mi organización en estos momentos.					
10. Siento como si tuviera muy pocas opciones de trabajo, como para pensar en salir de mi organización.					
11. Si no hubiera puesto tanto de mi mismo en la organización, podría haber considerado trabajar en otro sitio.					
12. Una de las pocas consecuencias negativas de dejar esta organización, es la inseguridad que representan las alternativas disponibles.					
13. No siento obligación alguna de permanecer en mi actual trabajo.					
14. Aún si fuera por mi beneficio, siento que no estaría bien dejar mi organización ahora.					
15. Me sentiría culpable si dejara mi organización ahora.					
16. Esta organización merece mi lealtad					
17. No abandonaría mi organización en estos momentos, porque tengo un sentimiento de obligación hacia las personas que trabajan en ella.					
18. Estoy en deuda con la organización.					



## ANEXO II

### Escala de desempeño para personal médico

Nombre: \_\_\_\_\_

#### MÓDULO I. CALIDAD TÉCNICA Y ATENCIÓN MÉDICA

CRITERIO	SI	NO	EVALUADOR
1.1 Participa en el desarrollo de las recomendaciones generadas por los comités de su unidad de adscripción (calidad, ética, investigación, etc.).	4	0	Jefe inmediato
1.2 Desempeña sus tareas con dedicación y cumple con los objetivos establecidos con la calidad requerida.	4	0	Jefe inmediato
1.3 Integra diagnósticos congruentes con los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física y vigila la evolución de sus pacientes.	4	0	Jefe inmediato
1.4 Aprovecha la diversidad del equipo de trabajo para otorgar una mejor atención a los pacientes a su cargo.	4	0	Jefe inmediato
1.5 Esta certificado por las instancias correspondientes a su especialidad o profesión.	3	0	Jefe inmediato
1.6 Las notas que realiza en los expedientes clínicos de los pacientes a su cargo cumplen con lo establecido en la normativa vigente (lenguaje técnico, sin abreviaturas, legibles, sin tachaduras ni enmendaduras, etc.).	3	0	Jefe inmediato
1.7 Se han documentado quejas de superiores, compañeros, pacientes y/o Aval Ciudadano por la prestación de sus servicios.	0	3	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			

#### MÓDULO II. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

2.1 Participa activamente en los programas de capacitación en calidad y seguridad del paciente.	4	0	Participante
2.2 Participa en proyectos de investigación médica desarrollados en su unidad de adscripción y/o publicaciones de artículos científicos.	2	0	Participante
2.3 En el periodo de evaluación ha sido instructor en cursos de actualización y capacitación en salud dirigidos al personal de la institución y/o recursos humanos en formación en la misma.	4	0	Participante
2.4 Ha asistido a cursos de su especialidad con valor curricular en el período de evaluación y aplica los conocimientos en beneficio de su servicio.	4	0	Participante
2.5 Es miembro activo de alguna asociación académica.	4	0	Participante
<b>SUBTOTAL</b>			

#### MÓDULO III. PRODUCTIVIDAD.

3.1 Se ajusta y sigue las guías de práctica clínica, protocolos y guías técnicas de la institución.	3	0	Jefe inmediato
3.2 En sus actividades diarias realiza análisis lógicos e identifica problemas, reconoce información significativa, busca datos relevantes y los verifica.	3	0	Jefe inmediato
3.3 La obtención de resultados es satisfactoria por su motivación, preparación, constancia y apoyo.	3	0	Jefe inmediato

3.4 Se ajusta a las necesidades del servicio utilizando los recursos con resultados óptimos.	3	0	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			

#### **MÓDULO IV. APTITUDES**

4.1 Presenta soluciones factibles para resolver problemas de acuerdo a los requerimientos de la institución.	3	0	Jefe inmediato
4.2 Realiza adaptaciones organizacionales y estratégicas en respuesta a los cambios y necesidades de la institución	4	0	Jefe inmediato
4.3 Emprende acciones eficaces para mejorar las habilidades y capacidades de sus compañeros.	2	0	Jefe inmediato
4.4 Atiende con calidad y oportunidad al paciente y a sus familias de acuerdo a los estándares institucionales y su trato es respetuoso de los derechos de los pacientes.	3	0	Jefe inmediato
4.5 Hay evidencia comprobable de que sus aportaciones y su compromiso han contribuido al mejoramiento de la prestación de los servicios.	3	0	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TOTAL DE LA EVALUACIÓN.</b>			

## ANEXO III

### Escala de desempeño para personal de enfermería

Nombre: \_\_\_\_\_

#### MÓDULO I. CALIDAD TÉCNICA Y ATENCIÓN MÉDICA.

CRITERIO	SI	NO	EVALUADOR
1.1 Participa en el desarrollo de las recomendaciones generadas por los comités de su unidad de adscripción (calidad, ética, investigación, etc.).	3	0	Jefe inmediato
1.2 Desempeña sus tareas con dedicación y cumple con los objetivos establecidos con la calidad requerida.	4	0	Jefe inmediato
1.3 Participa en la identificación del estado de salud de los usuarios, familia o comunidad y se involucra en el desarrollo de las intervenciones establecidas.	4	0	Jefe inmediato
1.4 Lleva a cabo acciones de protección y prevención contra riesgos que atenten contra la integridad de los pacientes y/o usuarios de los servicios.	4	0	Jefe inmediato
1.5 Participa con eficiencia en las acciones derivadas del plan terapéutico médico o de enfermería y prioriza las necesidades de atención de los usuarios.	4	0	Jefe inmediato
1.6 Registra en instrumentos técnico-administrativos, datos relevantes de los cuidados de enfermería otorgados conforme a los lineamientos normativos.	4	0	Jefe inmediato
1.7 Se han documentado quejas de superiores, compañeros, pacientes y/o Aval Ciudadano por la prestación de sus servicios.	0	3	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			

#### MÓDULO II. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

2.1 Participa activamente en los programas de capacitación en calidad y seguridad del paciente.	3	0	Participante
2.2 PERSONAL PROFESIONAL. Participa como ponente en actividades de capacitación, actualización y formación de recursos humanos en su disciplina. AUXILIAR. Imparte charlas de Educación para la salud.	3	0	Participante
2.3. PERSONAL PROFESIONAL. Participa en la elaboración de documentos técnico-administrativos o en publicaciones de revistas profesionales. AUXILIAR. Conoce y hace uso de los documentos técnico-administrativo para la realización de sus actividades.	3	0	Participante
2.4 Ha asistido a cursos de actualización en período de evaluación y aplica los conocimientos en beneficio de su servicio.	3	0	Participante
<b>SUBTOTAL</b>			

#### MÓDULO III. PRODUCTIVIDAD

3.1 Se ajusta y sigue las guías de práctica clínica, protocolos y guías técnicas de la institución.	3	0	Jefe inmediato
3.2 Identifica las necesidades de los usuarios e implementa las acciones que corresponden a su ámbito de competencia para darles solución.	3	0	Jefe inmediato

3.3 La obtención de resultados es satisfactoria por su motivación, preparación, constancia y apoyo.	3	0	Jefe inmediato
3.4 Se ajusta a las necesidades del servicio utilizando los recursos con resultados óptimos.	3	0	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			

#### **MÓDULO VI. APTITUDES**

4.1 Presenta soluciones factibles para resolver problemas de acuerdo a los requerimientos de la institución.	4	0	Jefe inmediato
4.2 Realiza adaptaciones organizacionales y estratégicas en respuesta a los cambios y necesidades de la institución.	4	0	Jefe inmediato
4.3 Emprende acciones eficaces para mejorar las habilidades y capacidades de sus compañeros.	4	0	Jefe inmediato
4.4 Atiende con calidad y oportunidad al paciente y a sus familias de acuerdo a los estándares institucionales y su trato es respetuoso de los derechos de los pacientes.	4	0	Jefe inmediato
4.5 Hay evidencia comprobable de que sus aportaciones y su compromiso han contribuido al mejoramiento de la prestación de los servicios.	4	0	Jefe inmediato
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TOTAL DE LA EVALUACIÓN</b>			