

EL MÉDICO GENERAL DE ZONA IMÁGENES DE SU TRABAJO, VALORES OCUPACIONALES Y ESTUDIO DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL ⁽ⁱ⁾

Hace aproximadamente 16 años surgió en el Servicio Nacional de Salud la idea de crear un nuevo tipo de cargo médico: el de médico general de Zona (MGZ), idea que se consolidó el 22 de julio de 1955 al dictarse el Decreto 17.615 del SNS conteniendo el llamado “Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de Zona en el Servicio Nacional de Salud”. La creación de este nuevo cargo obedecía a la necesidad de resolver al menos en parte, la muy desigual distribución de médicos que existía en las diferentes regiones del país, y a la vez por especialidades. Proporcionaba además al médico joven la oportunidad de iniciar una carrera funcionaria y de cimentar una cultura médica amplia y útil.

Al cabo de aproximadamente 15 años de experiencia aparecía como un requerimiento importante, tanto para las autoridades del SNS como para los estudiosos de la profesión médica en Chile, realizar un análisis y evaluación de la puesta en práctica del sistema, con el objeto de señalar detalladamente cómo funciona, poder actuar sobre él y lograr con mayores éxitos los objetivos para los cuales fue creado.

Así fue como se planificó y llevó a cabo en los años 1969-1970 una investigación que respondiera algunas de esas interrogantes.

MÉTODO

En términos muy generales se procedió metodológicamente de la siguiente manera: Para los efectos de este estudio el universo fue delimitado a todos aquellos médicos generales de zona que en junio de 1969 llevaban en ejercicio de sus funciones por lo menos un año. Así definido, quedó constituido por 435 MGZ, distribuidos en 187 localidades correspondientes a las 25 provincias del país.

(i). Este trabajo se publicó originalmente en *Cuadernos Médico Sociales*, Volumen XIII N°1 de marzo de 1972. El artículo estaba precedido por la siguiente nota:

El estudio contenido en este trabajo fue planteado y discutido en sus distintas fases –desde el diseño hasta el análisis de la información– con la participación y colaboración de varios médicos, sociólogos y otros profesionales. En la fase de diseño de la investigación, como en la discusión de sus objetivos colaboraron de forma activa los Dres. Cristina Palma, Óscar Román A. y Juan Margozzini R., todos ellos del Departamento de Perfeccionamiento Científico y Docente del Colegio Médico. En la fase de codificación y tabulación de la información, la investigadora fue asesorada por Concepción Cayuela, Marcelo Reyes y Juan José del Río. En la fase de análisis y discusión crítica de todo el proyecto se contó con la colaboración de Guillermo Cumsille, Luis Alvarado y Claudio Jimeno.

Desde luego, todas las afirmaciones y conclusiones como los conceptos utilizados en este trabajo, son de responsabilidad de la investigadora.

En este artículo comentamos de manera muy general las conclusiones más importantes de este trabajo. En la redacción de estas conclusiones tengo que agradecer la valiosa colaboración de Dr. Juan Margozzini R.

Esta investigación fue patrocinada y financiada por el Departamento de Perfeccionamiento Científico y Docente del Colegio Médico de Chile.

XIMENA DÍAZ

Socióloga
Departamento de Salud
Pública y Medicina Social,
Unidad de Ciencias Sociales.
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Como instrumento de recolección de la información se utilizó un “cuestionario” (autoaplicado) que contenía en su mayor parte preguntas estructuradas y algunas abiertas. Éste fue puesto a prueba en un grupo de 16 MGZ, cuyas respuestas y comentarios permitieron corregirlo y diseñar el cuestionario definitivo. Al cabo de seis meses y medio se había obtenido respuesta de 316 MGZ los que, por cerrarse el plazo de recepción de cuestionarios en esa fecha, constituyeron definitivamente el grupo de estudio.

RESULTADOS Y COMENTARIOS.

De manera muy general, pasaremos a comentar a continuación las conclusiones más importantes de este trabajo.

1. Ingresos

La mayor parte de los médicos (74%) se agrupa (de acuerdo a lo que ellos mismos declararon) en torno a las categorías “ingreso bajo” (de E°2.500 a E°4.500) e “ingreso medio” (de E° 4.501 a E°6.500). En la categoría “medio-alto” (E°6.501 a E° 9.500) se ubica el 18% de los médicos y en la categoría “alto” (E°9.501 y más), el 8% de ellos.

El nivel de ingresos de estos médicos no depende exclusivamente del sueldo que ganan por el ejercicio funcionario de la profesión. Una parte importante de ellos tiene un ingreso adicional derivado del ejercicio privado de la profesión. Este ingreso adicional ha permitido que 141 médicos experimentaran una movilidad ascendente (en términos económicos) desde la categoría “ingreso bajo” hacia otras categorías de ingreso. Esta movilidad se dio de la siguiente manera: 87 médicos se movieron hacia la categoría “ingreso medio”; 43 hacia la categoría “ingreso medio-alto”, y 24 hacia categoría “ingreso alto”.

Se observó además que el nivel de ingresos tiende a aumentar en las ciudades de mayor tamaño, hecho que se debe probablemente a la mayor posibilidad que ofrecen estas ciudades de ejercer privadamente la profesión.

2. Tipos de trabajo que realizan los MGZ

Con el objeto de saber si el trabajo de los MGZ en ejercicio implicaba atención integral de los problemas de salud de la comunidad, se les solicitó que estimaran el porcentaje de tiempo que dedicaban a las siguientes actividades: administración hospitalaria, prevención, investigación, trabajo clínico y educación sanitaria a la población. Se les pidió además que estimaran qué parte del tiempo dedicado a trabajo clínico lo dedicaban a: ginecología y obstetricia, pediatría, traumatología, medicina interna, cirugía y urgencias médico-quirúrgicas.

De los 316 médicos encuestados, 259 dedican más del 50% de su tiempo a una de las actividades mencionadas. Para el 97% de estos médicos, esa actividad que consume más del 50% de su tiempo es “trabajo clínico”. Solo el 2,5% señaló no dedicar tiempo a trabajo clínico. En cambio, por otro lado, el 49% de los MGZ no dedica nada de tiempo a “administración hospitalaria”, el 34% no dedica nada de tiempo a actividades de “prevención”, el 40% no invierte tiempo en “educación sanitaria” a la población y el 80% no realiza ningún tipo de actividad de “investigación”.

De los 251 médicos cuya actividad consume más del 50% de su tiempo es la actividad clínica, 115 dedican más del 50% y 74 dedican más del 70% de su tiempo a una sola especialidad. En otras palabras, si se compara esta cifra con el total de 316 MGZ, se observa que corresponde al 24%. Es decir, el 24% de ellos dedicaría más del 70% de su tiempo clínico a una sola especialidad.

Esta información sugiere un predominio de la actividad clínica en el trabajo del MGZ y dentro de ésta una cierta tendencia a la especialización en un 24% de ellos.

3. Evaluación de recursos, humanos y materiales

Sobresale el marcado carácter negativo de la evaluación que hacen los MGZ de los recursos de que disponen para trabajar. La casi totalidad de los médicos, el 80% y el 76%, respectivamente, considera que los recursos materiales y humanos de que disponen son

insuficientes, independientemente de la localidad en donde trabajan.

En relación a los recursos materiales, la casi totalidad de los médicos señala que de lo que más se carece, es de “instrumental quirúrgico y elemento de dotación de pabellones y servicios pediátricos”.

Los médicos que trabajan en áreas rurales y pueblos, señalaron que además de la deficiencia anterior, se hacen necesarias “ampliaciones y reparaciones de edificios” y también, aunque en menor medida, contar con más “medios de movilización y de comunicación”. Los médicos que trabajan en localidades de mayor tamaño le dan muy poca importancia, o se refieren muy poco a estos aspectos, mencionando además del primero, la falta de otros, que son fundamentalmente “elementos de laboratorio clínico y radiológico”.

El hecho de que la demanda de recursos por parte de los médicos que trabajan en áreas rurales y pueblos se haya centrado en los recursos que señalamos, se debe a nuestro juicio a que existe todavía en el país tendencia a la centralización de la atención médica que se traduce en un mayor número y mejor equipamiento de los centros hospitalarios de las ciudades de mayor tamaño, que permite atender en forma eficiente y expedita a la población que recurre a dichos centros.

En relación a los recursos humanos, la casi totalidad de los médicos, independientemente de su localidad de trabajo, considera que faltan fundamentalmente tres tipos de recursos: 1) personal paramédico; 2) auxiliares; y 3) médicos.

4. Años de trabajo como MGZ

El grupo de 316 MGZ entrevistados se estratificó en dos grupos, de acuerdo a si llevaban más o menos de 3 años en el cargo. El grupo que ocupaba ese cargo por un período mayor de 3 años estaba constituido por el 43% de los médicos, y el que lo ocupaba hacía menos, el resto. De éstos, sin embargo, una parte (41%) señaló que pensaba ejercer en provincia como MGZ por un período mayor a los 3 años estipulados en el contrato. Este grupo y el que ya había cumplido 3 años en el cargo, señalo

las siguientes razones para permanecer en provincia un tiempo mayor que el requerido:

- Para ambos, las razones de índole económica son las más importantes: “tener un buen estándar de vida”, “tener ya una clientela formada”, o “considerar que trabajar como MGZ es, de las alternativas que tiene, la que menos lo perjudica económicamente” (alrededor del 35% de los médicos de ambos grupos se refirió a esta razón).
- Una proporción importante (20%) de los médicos que ya cumplió 3 años en el cargo, señaló que había permanecido en provincia porque deseaba prolongar una experiencia que consideraba había sido positiva desde el punto de vista profesional. Esta razón, sin embargo, fue mencionada solo por el 7% de los médicos que llevaban en el cargo menos de tres años. El no poder obtener la beca de especialización al cabo de los tres años, fue la razón más importante que dio un buen número de médicos, para quedarse en provincia mayor tiempo que el estipulado en el contrato. De los médicos que ya habían cumplido tres años en el cargo, alrededor del 13% señaló que permanecía aún en él por esa razón. Una proporción similar de los médicos que aún no cumplían los tres años, manifestó no creer en la posibilidad de que se les otorgue la beca inmediatamente terminado su período como MGZ.
- Para ambos grupos también, una razón tan válida como la anterior para permanecer en provincia un período mayor de tres años, fue el hecho de considerar que a través de su profesión estaban realizando una importante función social.

Al preguntárseles cuánto tiempo más pensaban trabajar en provincia, la casi totalidad de los médicos señaló no tener intenciones de hacerlo definitivamente como especialistas, como se verá más adelante.

5. Especialidad a la que van a optar

Dijimos que prácticamente el 100% de los médicos entrevistados piensa dejar de trabajar

como MGZ en un plazo relativamente corto. Todos ellos, con excepción de 12, piensan optar a una beca de especialización. Las seis especialidades más seleccionadas fueron: Cirugía (21% de los médicos), Pediatría (22% al agregar especialidades pediátricas), Obstetricia y Ginecología (13%), Medicina Interna (10% si se incluyen Broncopulmonares, Cardiología y Gastroenterología), Oftalmología (6%), Traumatología y Ortopedia (5%).

6. Evaluación de la experiencia

Prácticamente todos los médicos consideran que su experiencia ha sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y del aporte social de su labor. Creemos, sin embargo, que el marcado carácter positivo de la evaluación está determinado por el deseo de justificar la decisión que los llevó a ocupar el cargo de MGZ. El sistema de MGZ es prácticamente el único camino que se les ofrece a los médicos jóvenes de iniciar su carrera funcionaria dentro del SNS, porque éste les ofrece ciertas garantías económicas y profesionales que difícilmente encontrarían en otro cargo. Por esta razón, pensamos que la mayor parte de los médicos se vio compelido a tomar la decisión de aceptar ese cargo, no correspondiendo por lo tanto a sus intereses profesionales. Decimos entonces, que existe “disonancia” entre los intereses de los médicos y la decisión que han debido adoptar. La existencia de “disonancia” entre dos elementos que se conocen, tiende a producir siempre una situación psicológicamente inconfortable que motivará a la persona a tratar de reducirla, buscando evidencias que confirmen su decisión, y evitando situaciones o información que incrementen la disonancia.

La teoría de la disonancia nos indica que habría un aumento de atracción de la alternativa escogida y un decrecimiento de atracción de la alternativa rechazada.

Estas consideraciones nos han llevado a pensar que las razones por las que casi la totalidad de los médicos afirma que la experiencia ha sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y del aporte social de su labor, están relacionadas fundamentalmente con el hecho de tratar de justificar y confirmar la

decisión que los llevó a aceptar el cargo de médico general de zona.

Se observó que a medida que aumenta el número de años que llevan los MGZ en provincia, aumenta también la proporción de médicos que considera positiva la experiencia. A nuestro juicio, son dos razones que explicarían este hecho:

1° se produciría un alejamiento síquico y físico de la alternativa no escogida, por lo que disminuiría la atracción que ejercía primariamente sobre el médico, y

2° éste iría aprendiendo cada vez más elementos de la situación, correspondientes a la alternativa escogida: la de trabajar como MGZ, los cuales constituirían las evidencias que él busca para justificar su decisión.

Sin embargo, sea que las razones obedezcan a situaciones concretas y objetivas, o a una situación puramente subjetiva, el hecho real es que el efecto derivado de ellas, unas u otras, es que los médicos han llegado a evaluar positivamente la experiencia que les ha significado el trabajar como MGZ.

[...]

Aspectos más positivos y negativos en el trabajo de MGZ

Hemos visto que la casi totalidad de los médicos han emitido un juicio de valor positivo en relación a su experiencia. Creemos, sin embargo, que siempre que se emite un juicio de valor –positivo o negativo– sobre un objeto o situación, existen en ese objeto o situación elementos de carácter tanto positivo como negativo. Es decir, que cuando hablamos de una evaluación positiva lo que hay realmente es un saldo o balance positivo, y viceversa. Por esto, se elaboran dos listas, conteniendo aquellos aspectos que consideramos los más importantes en la experiencia de un MGZ, refiriéndose cada una respectivamente a los aspectos positivos y negativos de dicho trabajo o experiencia.

Los ítems que constituían la lista de aspectos positivos, pudieron agruparse para efectos de análisis, en tres categorías: la primera, relativa a beneficios o recompensas de carácter profesional derivadas de la experiencia; la

segunda, relativa a aspectos de la experiencia que brindan beneficios o satisfacción en el plano personal, y la tercera, relativa a recompensas de orden burocrático, específicamente a los estímulos creados por el SNS para el trabajo de MGZ.

Ítems de esta misma naturaleza fueron definidos negativamente e incluidos en la lista de aspectos negativos del trabajo.

La casi totalidad de los médicos (el 80%) señaló que el aspecto más positivo de su trabajo se refería a beneficios o recompensas profesionales derivados de la experiencia. De ellos, la mayor parte se refirió al hecho de poder adquirir una mayor expedición profesional al tener que estar en contacto y resolver un gran y variado número de problemas. Al analizar en conjunto los dos y tres aspectos que se consideran más positivos (mencionados en primer, segundo y tercer lugar), observamos que todos aquéllos que se derivan del ejercicio mismo del trabajo de MGZ ocupan los primeros lugares de importancia, sean los ya mencionados, de carácter profesional, u otros relativos a recompensas personales o humanas derivadas de su labor: “la satisfacción de estar cumpliendo una importante función social”; “la posibilidad de realizar una labor personal”; u “obtener una experiencia humana interesante”. Estos últimos aspectos fueron mencionados sobre todo por los médicos que trabajan en áreas rurales y pueblos.

En relación a los aspectos más negativos de su trabajo, existe prácticamente consenso en considerar que los dos más negativos son: en primer término, la “escasez de recursos para trabajar” y en segundo término, la “dificultad para continuar el perfeccionamiento profesional”. Los aspectos señalados a continuación dependen bastante de la localidad de trabajo. Los médicos que trabajan en áreas rurales y pueblos señalan el “alejamiento de la vida cultural” y el considerar que sus ingresos son insuficientes. Los médicos que trabajan en localidades de mayor tamaño no se refieren a este último aspecto, pero consideran también, aunque en menor medida, que uno de los aspectos más negativos es el “alejamiento de la vida cultural”.

[...] Concluimos que el ejercicio mismo de la profesión como MGZ, es decir, la experiencia misma, está proporcionando los estímulos más importantes para el trabajo, convirtiéndose en un estímulo en sí, y que los estímulos creados por el SNS para el trabajo de MGZ pasan a último plano cuando se los analiza dentro del conjunto de elementos o aspectos que conforman la experiencia.

7. Evaluación de los estímulos creados por el SNS para el trabajo de MGZ

Conocida la importancia relativa de estos estímulos dentro del conjunto de aspectos o elementos que conforman la experiencia, podremos entrar al análisis de su importancia absoluta, es decir, el valor que revisten para los médicos cuando los evalúan independientemente de cualquier otro elemento.

En general, los MGZ consideran que los tres estímulos (beca de perfeccionamiento posterior, bonificación en sueldo y puntajes especiales en concursos) son importantes, pero de ellos, la casi totalidad de los médicos piensa que el más importante es la beca de especialización al término del período, y el menos importante, el puntaje extraordinario. La mayor parte de los médicos, aproximadamente dos tercios, considera que esos estímulos son suficientes.

Los que opinaron lo contrario, dieron fundamentalmente las siguientes razones para hacerlo y se refirieron en primer término a una primera categoría de razones, que alude a aspectos negativos de los estímulos mismos:

1. La incertidumbre de obtener la beca de especialización al cabo de los tres años;
2. El sueldo base y/o el 50% de estímulo de sueldo como insuficiente, y
3. Razones relacionadas al poco significado del puntaje como estímulo.

La otra categoría de razones no alude directamente a los estímulos, sino que los considera insuficientes porque no compensan las condiciones de vida y de trabajo del MGZ. Éstas son:

1. Razones profesionales formativas;
2. Los estímulos se consideran insuficientes respecto a las condiciones de vida y de trabajo del médico; y

3. La falta de recursos, tanto materiales como humanos, para trabajar.

La primera categoría agrupa el mayor porcentaje de respuestas (el 49%), y de ellas a la que se alude más frecuentemente es a nivel de ingresos. Sin embargo, la diferencia (en términos de números de respuestas) entre los tres estímulos es prácticamente insignificante.

La segunda categoría de razones agrupa el 35% de las respuestas, pero la gran mayoría de ellas (el 25,5%) alude a razones profesionales formativas, es decir, se considera que los estímulos son suficientes porque no incluyen la posibilidad de perfeccionarse profesionalmente.

Todos los médicos, tanto los que consideran insuficientes los estímulos, como los que los consideran suficientes, sugirieron introducir en ellos algunos cambios, que se refirieron fundamentalmente a los siguientes aspectos:

1. El mayor número de médicos pidió que se proporcionaran o aumentarían las posibilidades de perfeccionarse profesionalmente;
2. A continuación, que se aumente el nivel de ingresos, a través de cualquier mecanismo: horas extraordinarias, aumento de porcentaje de estímulos, del sueldo base, etc., y
3. Finalmente, que la beca de especialización al cabo de los tres años, sea una realidad cierta y no una mera posibilidad.

[...] Aunque la mayor parte de los médicos considera que el aspecto más positivo del trabajo como MGZ es que éste da la posibilidad de adquirir mayor expedición profesional, por el hecho de tener que resolver un gran y variado número de problemas, una parte importante de ellos considera también que el aspecto más negativo del trabajo es que no da posibilidades de perfeccionarse profesionalmente. Esta situación (de carácter negativo) parece ser tan importante para los MGZ, que señalan la necesidad de que el sistema de estímulos creados por el SNS incluya medidas tendientes a permitirles o darles la posibilidad de continuar su formación profesional durante los tres años que dura dicha experiencia.

8. La satisfacción profesional del MGZ en Chile: un intento explicativo

Nos introdujimos en el estudio de la satisfacción profesional, preguntándoles directamente a los médicos entrevistados cuán satisfechos se sentían en su trabajo. Obtuvimos los siguientes resultados:

Se consideran:

	%
Muy satisfechos	20,9
Relativamente satisfechos	59,2
Insatisfechos	15,5
Muy insatisfechos	3,8
N.C.	0,6
Total	100,0% (316)

Es decir, que el 80% de los médicos se considera satisfecho con su trabajo y que solo un 19% declaró estar insatisfecho en su trabajo. En general los estudios que han intentado explicar la satisfacción ocupacional se han referido fundamentalmente al estudio de la relación entre satisfacción y variables sociológicas que no siempre apuntan al contenido empírico de la ocupación. [...]

Por una serie de consideraciones ampliamente expuestas en nuestro trabajo, planteamos un grupo de hipótesis relativas a la naturaleza de los determinantes de la satisfacción profesional y a la manera como éstos influyen sobre ella.

Postulamos que esos determinantes eran los siguientes:

1. Dimensión de la localidad de trabajo;
2. Aislamiento cultural;
3. Disponibilidad de recursos, materiales y humanos;
4. Realización en el trabajo de los elementos o componentes del trabajo, que más se valoran en términos de su contribución a la satisfacción profesional;
5. Evaluación de los estímulos que se crearon para el trabajo de MGZ; y
6. Nivel de ingresos.

El estudio de la relación entre estas variables y satisfacción profesional, nos llevó en primer término a la conclusión de que el mayor o menor grado de satisfacción profesional no depende de la dimensión de la localidad de trabajo ni del hecho de sentirse o considerarse en situación de aislamiento cultural. Este hallazgo invalida la creencia prejuzgada que existe al respecto, de que los factores más insatisfactorios y frustrantes del trabajo de un MGZ son el hecho de trabajar aislado culturalmente y en pequeñas localidades.

La variable que en mayor medida determina satisfacción profesional es la percepción de la realización de los elementos o componentes del trabajo que los médicos más valoran en términos de su contribución a la satisfacción profesional.

Con el objeto de poder llegar a determinar, a conocer, aquellos componentes del trabajo que los MGZ consideraban más valiosos en términos de su contribución a la satisfacción profesional, se elaboró una lista de 13 elementos que en términos generales definen, a nuestro juicio, el trabajo de un profesional médico.

Se les pidió que ordenaran estos elementos es una escala de 1 a 13, ubicando en el primer lugar de la escala aquél cuya presencia ellos consideraran contribuye más a la satisfacción profesional, y en el lugar 13 aquél que lo hace en menor medida.

Como resultado obtuvimos que el 76% de los médicos ubicó en el primer lugar de la escala, uno de los siguientes cuatro elementos (que enumeramos de acuerdo a la frecuencia con que se mencionaron):

1. Contar con la confianza y la amistad del paciente;
2. Realizar una amplia labor asistencial;
3. Participar en la organización y dirección de la atención de la salud en la comunidad y,
4. Tener contacto continuo con otros médicos y promover con ellos equipos de trabajo.

Es decir, esto significa que casi siempre apareció mencionado en el primer lugar de la escala de satisfacción alguno de estos cuatro elementos. Los mismos que fueron ubicados

por gran parte de los médicos en el segundo y tercer lugar de la escala. Es decir, ellos constituyen los elementos del trabajo que la mayor parte de los MGZ considera que contribuyen más a la satisfacción profesional.

Se les pidió, por otro lado, que señalaran de esos mismos 13 elementos, aquéllos que más percibían haber logrado o realizado a través de su ejercicio profesional como MGZ.

Al comparar las respuestas a ambas preguntas, es decir, las dadas en relación a los elementos más valorados en términos de su contribución a la satisfacción profesional (situación ideal) y las respuestas sobre los elementos que más perciben haber realizado o logrado a través de su ejercicio profesional (situación real), se configuró la siguiente situación:

Logran o realizan en su trabajo los tres elementos más valorados, o que más se considera contribuyen a la satisfacción profesional	19,0%
Logran o realizan en su trabajo dos de los elementos más valorados	45,0%
Logran o realizan en su trabajo solo uno de los elementos más valorados	25,0%
No logran en su trabajo ninguno de los elementos más valorados	8,0%

Es decir, que el 64% de los MGZ logran o realizan a través de su trabajo, al menos dos de los elementos que consideran más valiosos en términos de su contribución a la satisfacción profesional.

Al cruzar esta variable y la variable "satisfacción profesional", observamos la existencia de un fuerte grado de asociación entre ambas, indicado en toda su magnitud por un coeficiente de correlación de 0,94.

A nuestro juicio esto estaría indicando que siempre se puede esperar un alto grado de satisfacción cuando los elementos que definen el trabajo diario de los MGZ son evaluados positivamente por ellos. Es decir, que los contenidos empíricos de la rutina laboral son los determinantes más importantes de la satisfacción profesional.

En relación a la variable que en segundo lugar determina satisfacción profesional, es

interesante observar que ésta es la “disponibilidad de recursos, materiales y humanos”; es decir, el hecho de contar con las herramientas necesarias para realizar una adecuada y eficiente labor. Sin embargo, reviste mucho más importancia la disponibilidad de recursos materiales que humanos, ya que el valor de la correlación en éstos y satisfacción es mucho mayor respecto a los primeros (0,70) que respecto a los segundos (0,40).

Las variables que en menor grado determinan satisfacción, son las relativas a los estímulos que creó el SNS para el trabajo de MGZ.

Influye poco en la satisfacción profesional el hecho de considerar que los estímulos son suficientes o no; sin embargo, al analizar en forma independiente la relación entre el nivel de ingresos y satisfacción, vemos que la fuerza de la asociación aumenta. Postulamos entonces que de los estímulos que se crearon

para el trabajo de MGZ, el 50% de estímulo de sueldo es el que más determina satisfacción profesional.

Es decir, que la satisfacción profesional está fundamentalmente determinada por los factores que intervienen en el ejercicio mismo de la profesión como MGZ, que son el contenido intrínseco de las tareas diarias y las herramientas de que dispone para realizarlas. Los estímulos creados por el SNS para este trabajo determinan en mucho menor medida el grado de satisfacción profesional.

Este hallazgo confirma una vez más el planteamiento que hemos venido desarrollando a lo largo de todo el trabajo, y que se refiere a que la experiencia que significa trabajar como MGZ, se transforma en un estímulo en sí, más importante aún que los estímulos que fueron creados para ese trabajo.

REFERENCIAS

(Indicamos aquí solo los títulos más importantes)

1. Allport, Gordon W. "Attitudes in the History of Social Psychology" en Marie Jahoda and Neil Warren, editors: *Attitudes. Selected Readings*. Penguin Books. 1966.
2. Asch, Salomon E. "Attitudes Cognitive Structure", en Marie Jahoda and Neil Warren Editors: *Attitudes. Select Reading*. Penguin Books. 1966.
3. Zajonc, R.B. "Balance, Congruity and Dissonance", en Marie Jahoda and Neil Warren editors: *Attitudes. Select Readings*. Penguin Books. 1966.
4. Berdichesky, Adela. Investigación sobre valores, motivaciones y rol del médico joven. Un estudio interdisciplinario. Colegio Médico de Chile, Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico. (Mimeografiado)
5. Haavio-Manila, Elina. "The Structure of the Medical Profession in Finland". Publication N°25. Institute of Sociology, University of Helsinki.
6. -Haavio-Manila, Elina. "The Occupational Value structure of the finnish medical profession. Publication N°48. Institute of Sociology and University of Helsinki.
7. Ugarte, José M. "Alguna características de los recursos humanos médicos en Chile." Mimeo. Comisión Permanente de Formación Profesional.
8. Torres, Luis R. "El Médico General en el Servicio Nacional de Salud", en Educación Médica, *Cuadernos Médico Sociales*. Vol. 11. Diciembre, 1961, N°2.