

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

Escuela de Salud Pública

Nivel de satisfacción laboral de los médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras que realizan el año de salud rural en las unidades de salud del

Ministerio de Salud Pública en Ecuador durante el periodo

septiembre 2015 – agosto 2016

Álvarez Bolaños Harold David

Ramiro Echeverría, Dr., Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de

Especialista en Gerencia de Salud

Quito, Octubre de 2015

Universidad San Francisco De Quito

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Nivel de satisfacción laboral de los médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras que realizan el año de salud rural en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública en Ecuador durante el periodo septiembre 2015 – agosto 2016

Álvarez Bolaños Harold David

Ramiro Echeverría, MD.,
Director de Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.,
Director Especialización en Gerencia de Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.,
Decano Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD, M. Ed., F.A.A. P.,
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, Octubre de 2015

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del Estudiante: _____

Nombre: Harold David Álvarez Bolaños

Código del Estudiante: 00127513

C.C.: 1718689779

Fecha: Quito, Octubre de 2015

DEDICATORIA

A todos quienes fueron parte de mi año de salud rural y a todos mis profesores, colegas y amigos que durante un año compartieron sus saberes y experiencias para la culminación de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A todo quienes han sido y será participes de las decisiones que me permitan alcanzar el éxito.

RESUMEN

El año de salud rural es el programa nacional obligatorio, mediante el cual el Estado ecuatoriano emplea a los profesionales médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras graduados de universidades nacionales e internacionales como requisito indispensable para el libre ejercicio de sus profesiones en el territorio nacional. En el cual ponen en práctica sin tutoría, los conocimientos aprendidos durante su formación académica universitaria, en zonas urbano-marginales y rurales del territorio ecuatoriano.

El estudio propuesto considera la literatura referente a la motivación de los profesionales de la salud, enfatizando a aquellos que realizan atención primaria, concentrando en la teoría de Frederick Herzberg " Teoría de la motivación e higiene "

Ante la escasez de información en relación a la satisfacción laboral de los profesionales de salud que cumplen su año obligatorio de salud rural, se plantea la realización de un estudio descriptivo de corte transversal, dada la necesidad de conocer de manera cualitativa la apreciación de los profesionales partícipes de esta política de salud.

Lo que permitirá establecer una línea base de información que pueda ser útil para concretar cambios organizacionales, con un fin prioritario de mejoramiento continuo de la calidad de atención a los usuarios de los servicios del primer nivel de atención de salud del Ministerio de Salud Pública en las diversas zonas y distritos de salud del Ecuador.

Palabra Clave: Año de salud rural, satisfacción laboral, Ecuador

ABSTRACT

The year or rural health internship is a compulsory program, in which the Ecuadorian Government hires, medical professionals, nurses, dentists and obstetricians graduates, of national and international universities, as a mandatory requirement to exercise freely their profession in the country. During this practice, without tutoring, all the knowledge acquired during their college academic training is put in use in marginal urban and rural areas of Ecuador.

The propose study considers the motivation of health professionals, emphasizing in those that perform primary care, concentrating on the theory of Frederick Herzberg Theory" motivation and hygiene"

Given the small amount of information on job satisfaction of health professionals during their rural internship. A study is proposed, in a descriptive cross-sectional manner to qualitatively describe the appreciation of professionals participating in this health program.

The study will establish a baseline of information capable of achieving organizational changes, with the priority to continuously improve the quality of care to the users of service the first level of attention of the Ecuadorian Public Health System in rural areas and different parts of the country.

Keyword: Year of rural health, job satisfaction, Ecuador.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	7
Abstract	8
Listado de Tabla de Contenidos	9
Índice de Tablas	10
Índice de Figuras	11
1. Introducción al tema de investigación	
a. Antecedentes	13
b. Planteamiento del problema	22
c. Preguntas de investigación	25
2. Marco teórico	
a. Marco histórico	26
b. Marco referencial	28
c. Marco Conceptual	30
d. Indicadores	33
3. Justificación	36
4. Hipótesis y determinación de variables	37
5. Objetivo	38
a. Objetivos general	
b. Objetivos específicos	
6. Metodología	39
a. Tipo de estudio	
b. Lugar de estudio y periodo de investigación	
c. Universo y muestra	
d. Criterios de inclusión	
e. Criterios de exclusión	
f. Informe del comité de Ética	
g. Recolección de datos	
h. Herramienta a utilizar	
i. Tabulación y análisis de la información	
j. Seguridad y almacenamiento de datos	
7. Resultados esperados	41
8. Cronograma	42
9. Presupuesto	43
10. Referencia bibliográficas	44
11. Anexos	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Proyección de gastos	43
Tabla 2. Población según censos y demografía	49
Tabla 3: NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Establecimientos de Salud por Instituciones Ecuador (1980-2000)	15
Figura 2: Resultados del Decreto de Emergencia Sanitaria, Abril 06 – Sep. 07	20
Figura 3: Teoría de Motivación-Higiene	31
Figura 4: Cronograma	42

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Antecedentes

El Sector Salud y la estrategia de Atención Primaria

En el Ecuador, previo a la conformación del Ministerio de Salud Pública (1967), el Ministerio de Previsión Social desde 1936, era el encargado de las actividades de Sanidad, Higiene y Materno-Infantil, el cual elabora conjuntamente con una comisión asesora el primer código sanitario del país en el año 1944 (Sacoto). En esta década la población rural representaba el 71.46% en el país¹.

Posteriormente, para el año de 1966 este Ministerio reorganiza sus dependencias y establece el funcionamiento de la Oficina de Programación de Salud y 7 divisiones normativas: Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Fomento de la Salud, Atención Médica, Adiestramiento de Personal, Bioestadística y Administración; y se formula el Primer Plan Nacional de Salud, el cual no llegó a implementarse. En esta década la población rural abarca 63.98% y la urbana 28.54 %.

Para el año de 1967, el 16 de junio se publica en el Registro Oficial, promulgado por la Asamblea Nacional, la creación de Ministerio de Salud Pública (se dio un primer intento de creación en 1948). Entidad elaboró en 1968 el Código de Salud y el Plan de Medicina Rural, este último entró en vigencia en 1970 (Sacoto). Siendo el primer modelo que estableció las actividades en las cuales se centra y está facultado el Ministerio para ejercer sus actividades. Dicho plan se crea para fundamentalmente dar atención médica integral a la población rural fuente principal de la riqueza económica del país (58% de la

¹ INEC. mujeres y hombres DEL ECUADOR EN CIFRAS III serie información estratégica

población del Ecuador), Bajo esta definición, mediante decreto ejecutivo No 44², del entonces presidente José María Velasco Ibarra, dictamina la obligatoriedad de todo graduado de universidad pública de las carreras de medicina, obstetricia, odontología y enfermería, un año de servicio comunitario por los beneficios obtenidos a través de la educación universitaria; para la ejecución del Plan de Medicina rural.

Entre 1970 y 1979, gracias a la producción y exportación de petróleo, y a su alto precio, la economía ecuatoriana creció a la sorprendente tasa anual del 8.1%. Tan inusitado crecimiento permitió que se ampliaran los servicios de infraestructura, educación y salud, aparecieran nuevas oportunidades de empleo, mejoraran los ingresos de los individuos, se redujera la pobreza, se conformara una embrionaria clase media y apareciera una desconocida movilidad social. El país se urbanizó, la vieja sociedad rural perdió preeminencia y las actividades productivas urbanas (industria, comercio, finanzas y servicios) superaron a las rurales. (Osvaldo, 2011)

En 1973 entra en vigencia el Plan País, dentro del cual se formulaba el Primer Plan Quinquenal de Salud que creó la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, con la adscripción del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (I.E.O.S.); al igual que el Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" al MSP. Para el año de 1979 se publica el segundo Plan Quinquenal de Salud que no se ejecuta por el cambio del Consejo Supremo de Gobierno al gobierno de Jaime Roldós Aguilera. Ya para ese entonces el enfoque prioritario del MSP se centra en los Programas Materno-Infantil, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas Agudas, Programa de Control de Infecciones Respiratorias agudas, Control Epidemiológico de Endemias y

² Decreto Supremo No. 44. 3 de Julio de 1970. José María Velasco Ibarra

Epidemias, Servicios de Salud, Programa de Reducción de la enfermedad y muerte infantil (P.R.E.M.I.), Medicina gratuita para menores de edad (M.E.G.R.A.M.E.), Agua y saneamiento (Sacoto). En concordancia con la Declaratoria de Alma Mata (Kazajistán, 1978)³, que en esencia recalca la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000». Para eso entonces Ecuador afronta una fuerte crisis económica — agravada por situaciones políticas y climatológicas — en la cual la baja del precio del crudo en el mercado internacional y la creciente deuda externa desempeña un papel fundamental. Estos aspectos, lógicamente, repercuten en el desarrollo social del país y especialmente, en el nivel de salud de la población, en particular, la infantil.

Por otra parte, el desarrollo alcanzado por las distintas regiones del país es indudablemente desigual, concentrándose recursos y servicios en algunas provincias de la Sierra y la Costa, sobre todo en aquellas donde se asientan las principales ciudades del país, en detrimento del resto de las áreas, lo que por supuesto, se refleja en los principales indicadores de salud entre ellos, la mortalidad en el primer año de vida (González Pérez, Gálvez González, & Jaramillo Villarreal, 1988). Para esta decana la población urbana llegaba casi a igualar a la rural (49.23% vs 50.73%, respectivamente).

Figura 1: Establecimientos de Salud por Instituciones Ecuador (1980-2000)

Establecimientos de salud por instituciones. Ecuador (1980-2000)*

Año	MSP	IESS*	FF.AA. P.N.	Otras	Privados lucrativos	Privados no lucrativos	Total país
1980	961	359	144	86	122	94	1.766
1991	1.514	585	124	94	235	129	2.681
2000	1.685	662	101	188	384	171	3.191

* No se incluyen dispensarios anexos en 1991 y 2000
Fuente: INEC (1980, 2000)

Tomado de: Los modelos de atención de salud en Ecuador Fernando Sacoto

³ Declaratoria de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Ante la realidad que afrontaba el país entre 1988 a 1992 se elabora el Plan Nacional de salud 1991-2000; que obligará a priorizar actividades y a optimizar recursos disponibles, en una época de crisis nacional. Se establece un nuevo modelo de atención para la familia y la comunidad denominado "Salud familiar, integral y comunitario" (SAFIC). Planteando la estrategia de OMS de Atención Primaria en Salud como pilar fundamental para la consecución del Plan Nacional. Este proceso determinó logros tan significativos como la puesta en funcionamiento de cerca de 500 nuevas unidades del primer nivel de atención y la incorporación de alrededor de 1.500 puestos locales de trabajo para profesionales de salud distribuidos en todo el país. Esto se dio por la permanencia de un solo ministro de Salud (el Dr. Plutarco Naranjo) durante todo un período de gobierno. Junto a esto, desde el Ministerio, y con el concurso de personal técnico competente y comprometido, se dio una clara dirección política y un decidido apoyo al modelo SAFIC (Explored, 1992). Esta sumado a la tendencia de la urbanización de zonas rurales, siendo en ese entonces el sector urbano superior al rural. (55.12 vs 44.87, respectivamente)

Hacia 1992 se realizó una evolución del desempeño del SAFIC, que como narra la historia fue un tanto apresurada, ya que se encontraba en fase de desarrollo y perfeccionamiento. Era evidente una dinámica positiva que tenía impacto en la cobertura de los servicios, en la productividad y mejoramiento de la atención, así como en los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios. A pesar de aquello, ocasionó que el MSP volvió a su práctica habitual de errática discontinuidad. Pero no todo fue malo, se alcanzaron tres logros trascendentales: La implantación inicial y consolidación futura de las Áreas de Salud, como pilares administrativos y operativos de

los servicios de salud del MSP. El mantenimiento de un valioso capital humano capacitado y estable. Y se preparó el terreno para el subsecuente diseño y ejecución de la primera operación crediticia en salud con el Banco Mundial: el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador I y II (FASBASE) (Sacoto) con una préstamo inicial en 1993 al estado ecuatoriano por parte del Banco Internacional de Desarrollo (BID) de US\$ 70 millones y posteriormente en 1999 de US\$ 20 millones. Proyecto que se creó con el objetivo fundamental de “asegurar la atención de salud para dos millones de ecuatorianos desprovistos de atención, que viven en condiciones de pobreza y por tanto, en riesgo de enfermar y morir por problemas susceptibles de prevención o tratamiento precoz, por un sistema de servicios básicos de salud eficaz, de calidad y bajo costo” (Ministerio de Salud Pública; Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento ; Organización Panamericana de la Salud;, 1992)

Para el año de 1994, se elaboró el “Manual de organización de las Áreas de Salud” en el cual se describe la regionalización de la atención de salud en tres niveles: Área de Salud, provincial y nacional, dando a cada uno de estas sus competencias de atención (Sacoto). Estableciendo así jerarquías y prioridades para la atención.

En el año 1997 ocurre el Fenómeno del Niño, trayendo consigo cuantiosas pérdidas teniendo un gran impacto en el sector de la salud. Generando una crisis y caos del sistema de salud de aquel entonces, ocasión de carácter inmediato la destinación de US\$ 1 millón del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, US\$ 1 millón entregados al Ministerio por parte de la Defensa Civil y cerca de US\$ 8 millones del préstamo del Banco Mundial en el marco del Proyecto FASBASE, para solventar la crisis. (MSP, OPS)

Para 1998 se redacta, la que para ese entonces sería la nueva Constitución significativas incorporaciones en el campo de la salud de las cuales destacan el reconocimiento del derecho a la salud, fortalecimiento del rol rector del Estado, importancia de la promoción de la salud, construcción del Sistema Nacional de Salud, existencia del seguro médico universal, acceso a medicamentos y financiamiento del sistema.

Se da paso en 1999 al programa “Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)”, teniendo como objetivo el mejoramiento del acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, particularmente los cuidados de salud materna e infantil, en las provincias y municipalidades participantes, mediante un préstamo al BID por US\$ 45 millones.

En el año 2001, la población urbano superó ampliamente a la rural (61.13 vs 38.87, respectivamente) se realizó la evaluación al FASBASE por parte de Banco Mundial, se denominó ICR, (Implementation Completion Report) el cual señala que se alcanzó logros significativos para el Ecuador en su difícil trayectoria hacia la estructuración de un verdadero sistema de salud, que asegure la protección en salud para sus ciudadanos, especialmente los de menores posibilidades. Sin embargo, se debieron alcanzar más y mejores logros. El factor fundamental que limitó su consecución, fue el débil peso político que la salud tiene en el concierto nacional lo que permitió que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no mantuviese los recursos económicos para la creación de partidas estables. Por ello no fue posible garantizar la sostenibilidad de las prestaciones (Sacoto).

De las intervenciones de FASBASE y MODERSA, el Informe de Auditoría Integral del Endeudamiento Público en 2008, comisión creada por Decreto Ejecutivo 472⁴, en su apartado sobre el Análisis del sector salud, determina que las intervenciones fueron negativas sustentando su análisis en varios puntos determinando así, que los proyectos difundían a nivel nacional la necesidad de acabar con un Ministerio de Salud ineficiente e incapaz de revertir las condiciones de salud de la población (COMISIÓN PARA LA AUDITORÍA INTEGRAL DEL CRÉDITO PÚBLICO DEL ECUADOR, 2008) .

De igual forma, el IESS desarrolló una red de dispensarios ambulatorios de diversa capacidad resolutiva –incluidos los llamados dispensarios anexos de instituciones, fábricas y empresas– potenciada por las unidades del Seguro Social Campesino. Lamentablemente, no se desarrolló un sistema de coordinación con el Seguro Social Campesino, a pesar del convenio existente entre el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual data de 1990.

En el año 2002, mediante Registro Oficial No. 670 en el Congreso Nacional se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la ley determinaba mediante sus capítulos III y IV, principios y normas generales para la organización del Sistema Nacional de Salud sustentados en el artículos 45⁵ de la Constitución de ese entonces, de igual forma en su capítulo V establece mecanismos institucionales de participación de los actores de la salud a nivel local con la creación de los Consejos de Salud. (CONGRESO NACIONAL, 2002)

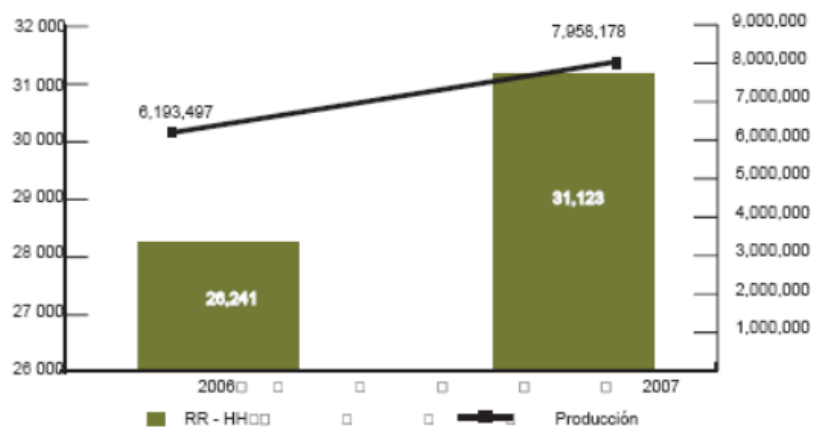
⁴ Decreto Ejecutivo 472, 9 de julio de 2007, creación de la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público –CAIC

⁵ Artículo 45 de la Constitución Política de la República 1998, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa

Cuatro años después, mediante Registro Oficial No. 423, del 22 de diciembre del 2006 se aprobó la Ley Orgánica de Salud que actualiza lo establecido en el Código de Salud vigente hasta ese entonces.

El Presidente Rafael Correa, en marzo del año 2007, declaró en estado de emergencia al sector salud, realizando así una inyección de recursos provenientes del no pago de los intereses de la deuda externa de aproximadamente US\$ 50 millones. Los recursos fueron empleados en distintas áreas: "alrededor de \$11 millones en la contratación de 2882 médicos y personal de salud; más de \$24 millones en infraestructura física, equipamiento e insumos; \$7 millones en medicinas (VIH, vacunas y otros); \$4 millones en ambulancias, y más de \$2 millones en la adquisición de tomógrafos" (Diario Hoy, 2008)

Figura 2: Resultados del Decreto de Emergencia Sanitaria, Abril 06 – Sep. 07



Fuente: MSP- Producción Establecimientos De Salud, Abril-Septiembre 2006, 2007

Tomado de: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Posterior a la consecución de la actual Constitución de 2008, y en relación al Plan Nacional del Buen Vivir, en el que se garantiza la salud como un derecho garantizado por el Estado y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país. (Díaz, 2007)

Por lo que en el año 2012, entra en vigencia el “Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural” incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico (62.77% urbano vs 37.23% rural) y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública, 2012). El cual se encuentra vigente y cuanta con un fuerte respaldo por parte de las políticas públicas, como se recalca en el Decreto Ejecutivo N 4696 de 2014⁷, en concordancia con el artículo 197 de la Ley Orgánica de Salud, en el cual se precisa,⁸ el año de salud rural será requisito indispensable para el registro de títulos y habilitación del

⁷ Decreto Ejecutivo No. 469. 21 de Octubre de 2014. Rafael Correa Delgado. ‘... Se considera año de salud rural de servicio social al tiempo de servicio profesional que prestan los profesionales de la salud, como requisito previo para su habilitación por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, para ejercer la profesión de la salud en el territorio ecuatoriano...’,

⁸ Ley Orgánica de Salud Art. 197.- Para la habilitación del ejercicio profesional y el registro correspondiente, los profesionales de salud deben realizar un año de práctica en las parroquias rurales o urbano marginales, con remuneración, en concordancia con el modelo de atención y de conformidad con el reglamento correspondiente en los lugares destinados por la autoridad sanitaria nacional, al término del cual se le concederá la certificación que acredite el cumplimiento de la obligación que este artículo establece.

ejercicio profesional, disposición que rige desde 1970 mediante el decreto Supremo No. 44.

Como ya se describió el año de salud rural data de casi 50 años atrás, sin modificación alguna desde su planteamiento inicial, siempre ligado con un respaldo e interés político particular, de precautelar la salud de las poblaciones con menor accesibilidad} a las prestaciones de salud en el país. Lo que plantea a la actualidad una reestructuración y/o modificaciones al objetivo y necesidad de la realización del año de salud rural, adecuándose a la realidad actual de nuestras comunidades rurales y a de las zonas urbanas marginales. Enfocándose en un modelo que sea puerta de entrada a una carrera sanitaria que permita potenciar al Ministerio de Salud en su afán del bienestar nacional.

b. Planteamiento del Problema

El año de salud rural es el legalmente el primer empleo de los profesionales médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras en nuestro país, en el cual ponen en práctica sin tutoría, los conocimientos aprendidos durante su formación académica universitaria. Como tal, este año constituye su primera experiencia dentro del servicio público por ende todos los profesionales se encontraran amparados sobre lo dispuesto en la LOSEP⁹.

Por lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo No. 469, los profesionales serán evaluados en relación a su desempeño laboral en base al perfil óptimo que se les elabora al momento de ingreso a la institución en relación a los GPR (Gestión por Resultados) y al POA (Plan Operativo Anual) determinados por la institución.

Bajo estos parámetros algunos de los profesionales, pasan a ser coordinadores de unidades de salud, sin que los mismos tengan un conocimiento adecuado sobre la

⁹ Ley Orgánica del Servido Público. 6 de Octubre de 2010. Asamblea Nacional.

administración de entidades de salud y a su vez deban realizar actividades de atención directa a personas, lo cual ha generado una inconformidad marcada en los profesionales. Los cuales han recibido amonestaciones y sanciones por parte de la autoridad, sin que esta haya considerado el desconocimiento de la no formación en temas administrativos sanitarios de los profesionales con formación propiamente dicha de atención en salud.

Igualmente las condiciones laborales actuales punitivas y hostiles, sustentados en el régimen disciplinario planteado por la LOSEP, ante el constante necesidad de cumplimiento de los GPR y envío de información permanentemente urgente, han generado un ambiente laboral nada agradable para los profesionales en el año de servicio rural y de nombramientos.

Ha esto se suma, que la gran mayoría de profesionales han tenido que desplazarse fuera de sus hogares, ya que las plazas rurales se distribuyen en todo el país, lo cual representa un gasto que los profesionales deben asumir y otros no, ya que muchas de las nuevas unidades que el Ministerio de Salud está creando e inaugurando y otras unidades antiguas en el país, ya cuentan con residencias para su profesionales y en muy pocas plazas cuenta con el bono de residencia.

De igual forma, las unidades de salud, muchas de estas se encuentran en zonas de difícil accesibilidad, ya sea por falta de vías de acceso, limitado y/o ausente transporte público, necesidad de transbordos y pagos adicionales de transporte (fletes, avionetas, lanchas), generan inconformidades que se suman en los profesionales.

Dejando de lado el contexto económico, las implicaciones de los cambios culturales que muchas veces deben afrontar los profesionales, generan controversia y

desaliento, de igual forma el desapego familiar, ocasiona un remesón personal, el cual muchas veces no resultan ser de importancia pero en otros casos termina siendo muy impactante, ya sea para bien o como para mal en los profesionales.

A pesar de que al momento el Ministerio de Salud está enfocado en el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante su proyecto emblemático “Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”, la diferencia de los recursos e insumos en relación de las nuevas y de las antiguas unidades de salud, resultan ser abismales. Lo que sumado a las implicaciones antes expuesta, generan aún más insatisfacción en los profesionales que trabajan en las unidades antiguas.

En relación a la remuneración percibida por parte de los profesionales rurales, es un carácter que genera desazón en los profesionales, ya que las funciones y responsabilidades de los profesionales rurales son iguales a las de los profesionales de nombramiento y/o contrato, quienes perciben una remuneración considerablemente mayor. Por citar un ejemplo un médico y una enfermera rural son considerados servidor público 3 y 2 respectivamente, mientras que un médico y una enfermera de nombramiento y/o contrato son servidor público 7 y 4 (986 y 901 vs 1676 y 1086 dólares).¹⁰

Todo lo antes mencionado, ha contribuido a que el personal que culmina el año de salud rural no desee continuar laborando en la institución y opte por buscar empleos similares pero en otras instituciones, lo cual genera inconformidad tanto de los usuarios como de los responsables de los diferentes procesos a la interna de los distritos. Ya que,

¹⁰ Ministerio de Relaciones Laborables. Tabla de escalas de remuneración. 2015

se tiene que capacitar a nuevo personal por un tiempo considerable y genera errores en la información recibida muchas veces, generando así mayor carga laboral y sanciones prevenibles.

Por lo señalado el presente estudio pretende determinar el nivel de satisfacción laboral de los profesionales que presta su año de servicio rural en el país, tanto al inicio como al final de su gestión, siendo este parámetro de evaluación pieza clave en la determinación de indicadores que permitan a la institución la optimización de los factores organizacionales con un objetivo final de retener al recurso humano que se dispone anualmente y así evitar la renovación continua y permanente de los profesionales en las unidades de salud.

c. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción laboral de los profesionales que realizan el año de salud rural en las unidades del Ministerio de Salud en el Ecuador?
- ¿Cuáles de los factores motivadores generan mayor satisfacción laboral?
- ¿Cuáles de los factores higiénicos generan mayor insatisfacción laboral?

2. MARCO TEÓRICO

a. Marco Histórico

El estudio propuesto considera la literatura referente a la motivación de los profesionales de la salud, enfatizando a aquellos que realizan atención primaria, concentrando en la teoría de Frederick Herzberg " Teoría de la motivación e higiene " ¹¹

Locke (1976) definió la satisfacción laboral como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto" (Pérez Bilbao & Fidalgo Vega , NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción, 1994)

Boxall en su estudio de los sistemas de trabajos de alto desempeño, afirma que el rendimiento es en función de la capacidad de los empleados, la motivación y la oportunidad de participar o contribuir. Para asegurar un buen rendimiento, los miembros del personal tienen que ser competentes y tener un ambiente de trabajo adecuado en términos de carga de trabajo aceptable y un abastecimiento adecuado y equipo. (Boxall, 2003)

Franco y colaboradores en su análisis de las muchas capas de influencias sobre la motivación del trabajador de la salud; definen a un empleado motivado a aquel que tienen la voluntad de ejercer y mantener un esfuerzo hacia las metas organizacionales. De igual forma señalan que el desempeño del sector de la salud es críticamente dependiente de la motivación de los trabajadores, con el servicio la calidad, la eficiencia y la equidad, todos directamente mediados por la voluntad de los trabajadores a aplicar a sí mismos a sus tareas. (Franco, Bennettb, & Kanfer, 2002)

¹¹ Pérez, J., Méndez, S., Jaca, M. (23 de abril de 2010). «Motivación de los empleados: Teoría de Herzberg» (en español). Sevilla, Bandera de España: Universidad de Sevilla. Consultado el 9 de Junio de 2015.

Huges define la satisfacción laboral como "el grado en que una persona le gusta su trabajo" y se relaciona con las actitudes y sentimientos de una persona hacia la tarea, el salario, las condiciones, la formación y las oportunidades de carrera de trabajo, en un ambiente de trabajo propicio. (Huges & Clancy, 2005)

En el 2006 Dieleman y Harnmeijer recalcan que, los recursos humanos calificados y motivados son esenciales para la prestación de servicios de salud adecuados, pero la escasez de profesionales ha alcanzado niveles críticos en muchos entornos de escasos recursos, sobre todo en las zonas rurales. En su revisión postulan que la motivación, la satisfacción en el trabajo, y el rendimiento son factores están relacionados entre sí y además sostienen que un personal motivado es más probable que este satisfecho con su trabajo y por lo tanto permanecen en sus puestos y tengan un buen desempeño. De igual forma describen que hay una amplia gama de razones porque los trabajadores de salud dejan sus puestos de trabajo, y las razones financieras a menudo no son el único (o la principal) razón. Precisan que hay factores que también se interrelacionan y su influencia en la salud depende del entorno político, socioeconómico y cultural. (Dieleman & Harnmeijer, 2006)

Moyle sostienen que los trabajos tienen una variedad de componentes los cuales pueden ser para los trabajadores satisfactorios y al mismo tiempo otros pueden ser insatisfactorios. (Moyle, Skinner, Rowe, & Gork, 2003)

b. Marco Referencial

La literatura publicada vigente, en la que se valore el nivel de satisfacción laboral de los profesionales en la salud, es relativamente reciente y las referencias se publican diariamente. Dicha tendencia claramente en ascenso se da por varias motivaciones, tanto de los profesionales como de las entidades prestadoras de salud.

Sin embargo, existente publicaciones en áreas potencialmente relacionados, de los años 1980 y 1990, las cuales puede permitir realizar comparaciones útiles. En estos estudios la atención administrada tuvo efectos mixtos sobre la satisfacción del médico. Estas investigaciones determinaron que los médicos con mayor proporción de atención atenciones realizadas reportaron niveles de satisfacción profesional más baja. (Leigh, Tancredi, & Kravitz, 2009) (Landon, Aseltine, Jr, Shaul, Miller, Auerbach, & Cleary, 2002) (Buchbinder., Wilson, Melick, & Powe, 1999) (Warren, Weitz, & Kulis, 1998). Este hallazgo fue especialmente pronunciado entre los médicos del primer nivel de atención, quienes informaron una disminución significativa en la satisfacción debido a la atención administrada, mientras que el efecto entre los especialistas no fue significativo. (Landon, Reschovsky, & Blumenthal, JAMA, 2003)

Los estudios realizados a través encuestados a profesionales de la salud de forma generalizada que los prestadores sanitarias estaban satisfechos con sus carreras , pero no diversas particularidades como el salario, las demandas de atención al paciente, el tiempo de ocio, autonomía, liderazgo, relaciones colegiales, oportunidades de educación continua, reconocimiento, las políticas públicas de salud, entre otros. (Kravitz, 2012) (Friedberg, 2013) (Numminen O, 2015) (Hastings, 2014) (Janus K, 2008) (Thomas R. Konrad, 1999)

Estudios posteriores en los cuales se analizó el grado de satisfacción de los médicos y enfermeras en sus respectivos trabajos en relación a la calidad de la atención primaria como también hospitalaria, denotaron niveles de calidad significativamente mayores sin que tuviese una implicación sobre los resultados. (Grembowski, 2005) (Van Bogaert, 2014) (Panattoni L, 2015)

De igual forma se ha estudiado con gran preocupación en relación a la sobrecarga de trabajo y agotamiento "burn out" concomitante a la satisfacción laboral en los cuales se expresa Los factores que disminuyen la satisfacción laboral fueron entre los que señalaron bajos ingresos, sobrecarga de trabajo, carga administrativa, entre otros. (Van Ham I1, 2006)

Como denotan varios estudios citados, existen aspectos que influyen en la satisfacción en el trabajo asociados con el contenido de la profesión, los cuales parecen aumentar la satisfacción laboral, de igual forma se evidencian aspectos relativos a las condiciones de empleo a los cuales e pueden atribuir disminuir la satisfacción laboral. (Ocampo, 2010)

Tomando en cuenta las implicaciones de las carreras en temas de salud, una encuesta transversal en siete diferentes países europeos postula a la compatibilidad con la vida familiar como un determinante que condiciona de forma marcada la selección de una carrera y el impacto que este influye en la satisfacción laboral. (Roos M, 2014). Datos que se asocian a médicos con especialidad en medicina familiar. (Sans-Corrales M, 2006)

c. Marco Conceptual

Teoría de los dos factores

Frederick Herzberg en 1959 con su obra "The motivation to work" expone los resultados de su investigación y da lugar a la formulación de la teoría de los dos factores. En la cual expone dos tipos de factores individuales que repercuten en el desempeño laboral. Los cuales están positivamente correlacionados con la satisfacción laboral. Aunque existe una dicotomía entre los dos factores, estos se relacionan, dados por el entorno laboral y el contexto laboral.

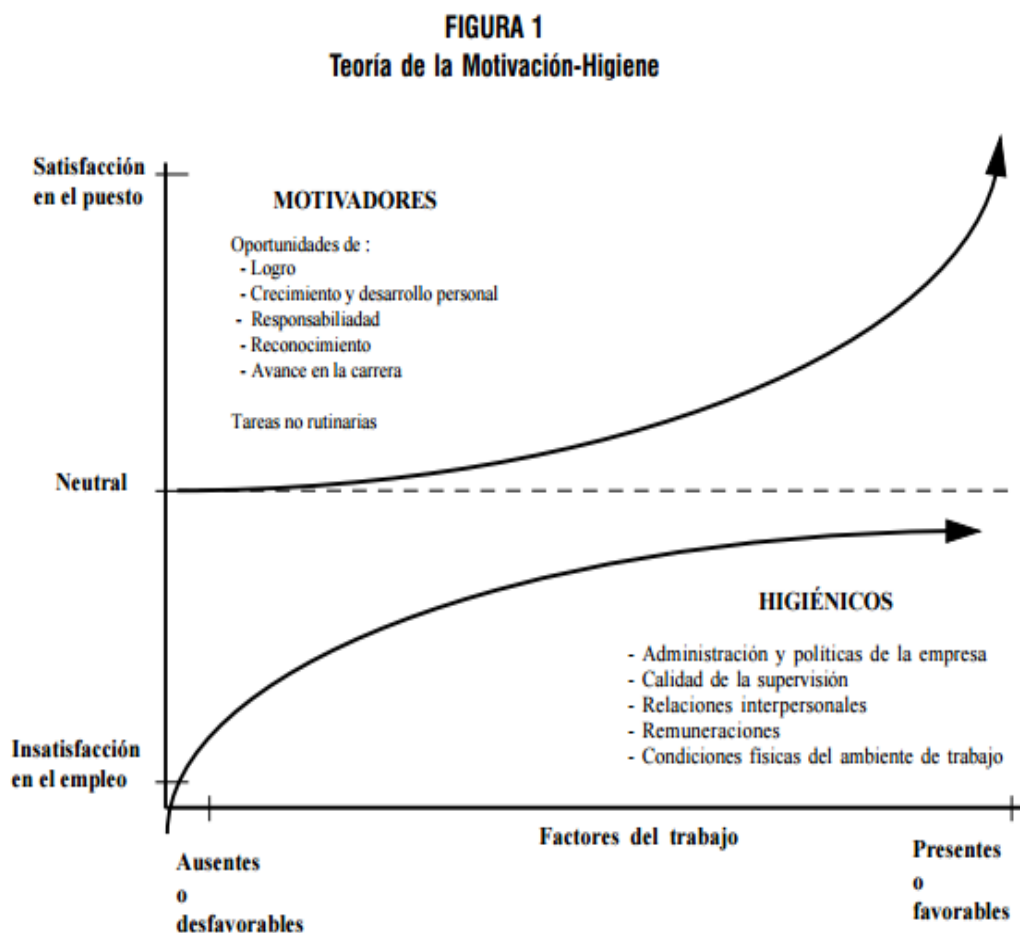
Los factores descritos se resumen de la siguiente forma, los intrínsecos también llamados motivadores los cuales producen satisfacción y los extrínsecos o higiénicos los cuales se relacionan con la insatisfacción.

Su afán de investigación surge, de la carencia de evidencia del porque las personas se mantenían sanas, en contra posición de la abundante información tanto en el campo de la salud física como psicológica, de las causas por las cuales las personas enfermaban. Dado este nuevo planteamiento se evidencia la necesidad de conocimiento, el cual a posteriori Herzberg determino que al ofrecer oportunidades para alcanzar logros, aumenta el crecimiento psicológico, bienestar psicológico bienestar y se satisfacen las necesidades humanas.

De su obra se puede concluir dos postulados esenciales en el cual, los factores involucrados que producen satisfacción en el trabajo difieren y no dependen de los factores que producen la insatisfacción en el mismo. A pesar de la dualidad de lo planteado por la Teoría, claramente se expresa que los rasgos propios de cada factor, son

determinantes independientes en la satisfacción laboral. Como tal los factores de higiene optan por la supervivencia y conservación de la persona, siendo estos factores inversamente proporcionales a la insatisfacción, mientras más seguro este menos insatisfecho estaré. En contra parte, los motivadores, plantea un deseo de crecimiento asociado a una tarea, que permita la autorrealización personal, de tal forma que los factores son directamente proporcionales en relación a la satisfacción.

Figura 3: Teoría de Motivación-Higiene



Tomado de: El legado De Frederick Irving Herzberg (Pinto, 2002)

Motivación

Partiendo de la definición de cada palabra según el diccionario de la Real Academia española se define a la satisfacción. Del lat. satisfactĭo,-ōnis, como la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse y laboral como la perteneciente o relativo al trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social. Se entiende la satisfacción laboral como el grado de conformidad de la persona respecto a su entorno de trabajo. (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2015)

La motivación se basa en las necesidades. (Spitzer, 1998). Al hablar de necesidades existen cuatro principales teóricas que delimitan las necesidades. El mismo Spitzer, señala a la teoría de ERG de Alderfer (existencia, relación crecimiento) teoría que precisa tres tipos de necesidades (Alderfer, 1972) Alderfer precisa que las personas pueden satisfacer más de una necesidad a la vez y que la gente tiende a satisfacer una necesidad mayor y luego regresan para satisfacer una necesidad inferior. Esta teoría surge de la teoría pirámide de Maslow (Maslow, 1943) o jerarquía de las necesidades humanas, en la cual sostiene que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados. De similar forma la teoría de dos factores de Herzberg (Pérez, Méndez, & Jaca, 2010), que distingue entre motivadores o satisfactores e insatisfactores del trabajo.

A su vez existe las teorías cognitivas (Gracián, 2012), como la teoría de la expectativas de Vroom (Droar, 2006) y la teoría de la fijación de objetivos de George T. Doran (Doran, 1981) las cuáles no consideran a la motivación un conjunto mecánico o innato de procesos, sino un conjunto intencionado y persistente de comportamientos basados en la información disponible. Estas teorías afirman que las personas comparten

un conjunto común de las necesidades básicas y que la gente va a llevar a cabo para satisfacer todas o algunas de sus necesidades.

En tiempos contemporáneos se plantean las teorías de Mihály Csíkszentmihályi. Teoría del “Flujo” (Csíkszentmihályi, 1990) se enfocan en los factores intrínsecos en los cuales cuando el comportamiento está autorregulado y surge de las necesidades, intereses o curiosidades personales.

d. Indicadores

Factores de higiene

Dados por el contexto de su trabajo. Factores que expresan sentimientos insatisfacción o negativos por parte de los empleados experimentan en sus trabajos

Actúan de manera análoga a los principios de la higiene médica: eliminando o previniendo los peligros a la salud. Como tal sólo contribuyen a disminuir o a eliminar la insatisfacción. (Plumise, 1991)

Se detallan a continuación cada factor:

- **Administración y política de la empresa.**

Determinen que determina en gran medida la insatisfacción, cuando sus políticas generan conflictos, ya sea porque estas no son claras y/o innecesarias.

- ***Calidad de la supervisión***

Capacidad de designar a un supervisor que trate a todos los empleados de manera justa, con capacidad de usar la retroalimentación positiva estableciendo un medio de ajuste de evaluación y retroalimentación

- ***Relaciones interpersonales***

Ayuda a desarrollar un sentido de camaradería, trabajo en equipo y colaboración entre las partes. Siendo componente destacado de la satisfacción en el contacto social.

- ***Remuneraciones***

Un empleado que considera ser mal pagado, es un empleado infeliz. Lo que pretenden es ser bien pagados. Políticas claras vinculadas a sueldos, alimentos, bonos, entre otros, es indispensable.

- ***Condiciones físicas del ambiente de trabajo***

Factor con alta influencias en el que se relaciona su nivel de orgullo con su desempeño. Siendo ideal establecer un espacio personal idóneo para alivianar tensiones es idóneo.

Factores de motivación

Dado por el contenido de sus puestos de trabajo. Factores dados por experiencias satisfactorias que los empleados experimentaban.

Factores que al estar presentes en el puesto de trabajo contribuyen a provocar en el empleado un elevado nivel de motivación, estimulándolo así a un desempeño superior.

(Plumise, 1991)

Se detallan a continuación cada factor:

- ***Independencia laboral***

Explicar a las personas que el trabajo que están haciendo es importante y que sus tareas son significativos, enfatizando cuan esenciales son sus actividades para alcanzar el éxito.

- ***Logros***

Establecer metas claras y estándares alcanzables para cada posición, asegurándose de que los empleados las conozca. Colocando a cada empleado en sitio donde sus habilidades y aptitudes se vean desafiadas en niveles alcanzables.

- ***Reconocimiento***

Las acciones particulares positivas merecen ser reconocidas, elogiando con sinceridad. Establecer un programa de empleado del mes, denota resultados positivos.

- ***Responsabilidad***

Dar a los empleados la suficiente libertad y el poder para llevar a cabo sus tareas de manera que sienta poseer el resultado, implica mayor motivación para desempeñar su trabajo.

- ***Avance de la carrera***

Recompensar la lealtad y el rendimiento con el avance, hará más valioso para su práctica y más cumplido profesionalmente al elogiado.

3. JUSTIFICACIÓN

Al estar próximo la quincuagésima promoción de profesionales de la salud, es prioritario la necesidad de conocer de manera científica la apreciación de los profesionales partícipes de esta política de salud, más allá de anécdotas y vivencias personales; por lo que conocer el grado de satisfacción laboral en el personal que cumple el año de salud rural, permitirá establecer la percepción de las condiciones laborales por parte de los profesionales en mención, determinando mediante múltiples parámetros de forma cualitativa los factores que establecen condiciones propias y a su vez impropias para permitir un ambiente laboral óptimo para el desarrollo y desempeño profesional.

De esta forma se detectarán y conocerán tanto las necesidades como los aspectos determinantes que contribuyan a concretar cambios organizacionales, los cuales permitan establecer normativas e incentivos que disminuyan la insatisfacción laboral, consintiendo así, potenciando el desempeño de los profesionales con un fin prioritario de mejoramiento continuo de la calidad de atención en la prestación de salud a los usuarios del sistema nacional de Salud.

4. HIPÓTESIS Y DETERMINACIÓN DE VARIABLES

Se proponen las siguientes hipótesis para establecer y medir el nivel de satisfacción laboral de los profesionales que realizan su año de salud rural mediante el cálculo de diversos factores.

Hipótesis

- ❖ El personal que realiza el año de salud rural presenta altos niveles de satisfacción laboral al inicio de su año en relación al final del año de salud rural.

Sub-hipótesis

- ❖ Los factores que mayor incidencia tienen en el nivel de satisfacción laboral de los profesionales que realizan el año de salud rural, se relacionan con:
 - Los logros, reconocimientos y avances de la carrera.
 - La independencia laboral y las responsabilidades.
 - El tipo de administración y su política empresarial, la calidad de la supervisión y la remuneración.
 - Las relaciones interpersonales y las condiciones físicas del ambiente de trabajo.

5. OBJETIVOS

a. Objetivo General

- i. Conocer el nivel de satisfacción laboral de los profesionales de salud que realizan el año de salud rural en Ecuador en el periodo 2015-2016, al inicio y fin de su periodo laboral.

b. Objetivos específicos

- i. Identificar y evaluar los factores intrínsecos que producen satisfacción en los profesionales de salud que realizan el año de salud rural en Ecuador en el periodo 2015-2016, al inicio y fin de su periodo laboral.
- ii. Identificar y evaluar los factores extrínsecos que producen insatisfacción en los profesionales de salud que realizan el año de salud rural en Ecuador en el periodo 2015-2016, al inicio y fin de su periodo laboral.
- iii. Valorar la percepción de las condiciones de trabajo relativas a la seguridad, higiene y ergonomía en los profesionales de salud que realizan el año de salud rural en Ecuador en el periodo 2015-2016
- iv. Establecer mediante medición la variación de las respuestas de los factores medidos al inicio y fin de la gestión de los profesionales de salud que realizan el año de salud rural en Ecuador en el periodo 2015-2016.

6. METODOLOGÍA

La metodología del estudio es descriptiva y cualitativa basada en un corte transversal en dos tiempos: antes (inicio de año rural) y después (fin del año rural) lo que permitirá comparar los cambios en la percepción del nivel de satisfacción a medir.

a) Tipo de Estudio

- ✓ Descriptivo de corte transversal

b) Lugar de Estudio y Periodo de Investigación

- ✓ Ecuador
- ✓ Septiembre 2015 – Agosto 2016

c) Universo

- ✓ Médicos 980
- ✓ Odontólogos 518
- ✓ Enfermeros 930
- ✓ Obstetras 126

d) Criterios de Inclusión

- ✓ Profesionales que realicen el año de salud rural en el periodo septiembre 2015 – agosto 2016

e) Criterios de Exclusión

- ✓ Profesionales que no realicen el año de salud rural en el periodo septiembre 2015 – agosto 2016

f) Informe del Comité de Ética

- ✓ La información recabada en este estudio será única y exclusivamente para fines investigativos.
- ✓ No implica riesgo de daño alguno a los participantes.

g) Recolección de Datos

- ✓ Encuesta digital en google forms: <http://goo.gl/forms/ZO4u48mf7t>

h) Herramienta a Utilizar

- ✓ Plantilla NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción

i) Tabulación y Análisis de la Información

Aplicando la escala general de satisfacción de Warr, Cook y Wall (1979), cuya estructura se muestra en la tabla 3. (Pérez Bilbao & Fidalgo Vega, INSHT, 1994)

- ✓ Asignando un valor de 1 a Muy insatisfecho y correlativamente hasta asignar un valor de 7 a Muy Satisfecho.
- ✓ La puntuación total de la escala oscila entre 15 y 105, de manera que una mayor puntuación refleja una mayor satisfacción general
- ✓ Sub escala de factores intrínsecos: Esta escala está formada por siete ítems
 - Números 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14
- ✓ Sub escala de factores extrínsecos: Esta escala la constituyen ocho ítems
 - Números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15

j) Seguridad y Almacenamiento de Datos

Toda la información recolecta de este estudio, se guarda con sigilo limitado exclusivamente al ámbito de las relaciones entre el investigador y los participantes, imponiéndose de igual forma la obligación de confidencialidad del investigador sobre la información proporcionada.

7. RESULTADO ESPERADO

- ✓ Determinación del nivel de satisfacción del personal que cumple el año de salud rural basado en datos estadísticos reales y proponer estrategias que permitan mejorar la condiciones laborales de los profesionales.
- ✓ Presentación de sugerencias objetivas a nivel de planta central del Ministerio de Salud Pública para mejor el funcionamiento actual de las unidades de salud, en las cuales trabajen profesionales en cumplimiento de su año de salud rural.
- ✓ Impulso a la implementación de un modelo de carrera sanitaria que asegure condiciones laborales satisfactorias y estables al personal de salud Y permita solventar las necesidades de la población ecuatoriana potenciando las capacidades de los profesionales de salud.

8. CRONOGRAMA

Figura 4: Cronograma

Actividad	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ago	Sep	Oct	Nov
Revisión documental	■										
Diseño operativo del estudio		■	■	■							
Recolección de datos (aplicación encuesta)					■	■		■	■		
Procesamiento y limpieza de datos					■	■		■	■		
Análisis e interpretación de resultados						■	■		■	■	
Preparación de informe del estudio con las conclusiones y recomendaciones						■	■		■	■	
Difusión de la investigación											■

Elaborado: Md. Harold D. Álvarez B.

9. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

Tabla 1: Proyección de gastos

Rubro	Actividades	Costo
Logística	Movilización	1000
	Reuniones	
Materiales	Impresos	750
Tecnología	Llamadas	1000
	Internet	
Humano	Directo	1500
	Indirecto	
Difusión	Exposiciones	750
Total		5000

Elaborado: Md. Harold D. Álvarez B.

10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Alderfe, C. (1972). *Existence, relatedness, & growth*. Recuperado el Junio de 2015, de New York: Free Press.: http://changingminds.org/explanations/theories/erg_theory.htm
- Boxall, P. (2003). *HR strategy and competitive advantage in the service sector*. Recuperado el Junio de 2015, de Human Resource Management Journal, Vol 13 No 3, 2003, pages 5-20: <http://down.cenet.org.cn/upfile/47/200571815220177.pdf>
- Buchbinder., S., Wilson, M., Melick, C., & Powe, N. (November de 1999). *Estimates of Costs of Primary Care Physician*. Recuperado el JUNIO de 2015, de Am J Manag Care: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&>
- COMISIÓN PARA LA AUDITORÍA INTEGRAL DEL CRÉDITO PÚBLICO DEL ECUADOR. (2008). *INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA INTEGRAL DE LA DEUDA ECUATORIANA*. Quito.
- CONGRESO NACIONAL. (25 de Septiembre de 2002). *REGISTRO OFICIAL No. 670*. Recuperado el Julio de 2015, de REGISTRO OFICIAL : <http://www.fenets.ec/LEYES/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20E%20SALUD.pdf>
- Correa Delgado, Rafael;. (2014). *Decreto Ejecutivo No. 469*. Quito.
- Csikszentmihályi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Recuperado el Junio de 2015, de New York: Harper & Row: <http://www.worldcat.org/title/flow-the-psychology-of-optimal-experience/oclc/20392741>
- Diario Hoy. (2008 de Agosto de 2008). Salud en estado de Emergencia. *Diario Hoy*.
- Díaz, G. V. (2007). SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 77.
- Dieleman, M., & Harnmeijer, J. (2006). *Improving health worker performance: in search of promising practices*. Recuperado el Junio de 2015, de WHO: http://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf
- Doran, G. (November de 1981). "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives". *Management Review*. Recuperado el Junio de 2015, de (AMA FORUM) 70 (11): 35–36: <https://rapidbi.com/history-of-smart-objectives/>
- Droar, D. (2006). *Expectancy theory of motivation*. Recuperado el Junio de 2015, de http://www.arrod.co.uk/archive/concept_vroom.php
- Ejecutivo, D. (2014). *Decreto Ejecutivo No. 469*. Quito.
- Explored. (17 de junio de 1992). Cronologia Del Ministerio De Salud Publica. Ecuador.
- Francoa, L., Bennettb, S., & Kanfer, R. (2002). *Health sector reform and public sector health worker*. Recuperado el Junio de 2015, de Social Science a Medicine 54 1255–126:

http://www.researchgate.net/profile/Sara_Bennett/publication/11380270_Health_sector_reform_and_public_sector_health_worker_motivation_a_conceptual_framework/links/02bfe5138dff508f59000000.pdf

- Friedberg, M. (2013). Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *RAND Corporation*, .
- González Pérez, G., Gálvez González, A., & Jaramillo Villarreal, M. (1988). Factores socioeconómicos y mortalidad infantil en Ecuador, 1970-1981. *Revista de Saúde Pública*, 22(4), 273-280.
- Gracián, B. (Julio de 2012). *Teorías sobre la Motivación* . Recuperado el Junio de 2015, de fundació factor humá:
http://www.factorhumana.org/attachments_secure/article/9624/teories_sobre_la_motivacio_cast.pdf
- Grembowski, D. P. (2005). Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 271–277.
- Hastings, H. A. (2014). Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 479.
- Herzberg, F. (1954). Work of the Nature of Man. *Cleveland: The World of Publishing Company*, 71-91.
- Huges, G., & Clancy, C. (2005). *Working conditions that support patient safety*. Recuperado el Junio de 2015, de *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 289-292.:
http://nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=603449
- J., O. (2010). Personal motivation of physicians: A study focused on motivation by job enrichment and job satisfaction of public sector physicians in Ecuador. *PROQUEST*, 134.
- Janus K, A. V. (2008). *J Health Polit Policy Law*. . *Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study*.
- Kravitz, R. L. (2012). Physician job satisfaction as a public health issue. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1:51.
- Landon, B., Aseltine, Jr, R., Shaul, J., Miller, Y., Auerbach, B., & Cleary, P. (October de 2002). *Evolving Dissatisfaction Among Primary Care Physicians*. Recuperado el JUNIO de 2015, de *Am J Manag Care*:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12395957
- Landon, B., Reschovsky, J., & Blumenthal, D. (January de 2003). *JAMA*. Recuperado el JUNIO de 2015, de *Changes in Career Satisfaction Among Primary Care and Specialist Physicians, 1997–2001*:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12533123
- Leigh, J., Tancredi, D., & Kravitz, R. (26 de September de 2009). *“Physician Career Satisfaction Within Specialties,”*. Recuperado el Junio de 2015, de *BMC Health Serv Res*:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&l>

- León, F. R., & Sepúlveda, M. P. (1979). Satisfacciones e insatisfacciones herzbergianas en el trabajo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 11, núm. 1,, 93-113.
- Maslow, A. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Recuperado el Junio de 2015, de *Psychological Review*, 50, 370-396: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública; Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento ; Organización Panamericana de la Salud;. (1992). *Proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE): atención de calidad para población de prioridad*. Quito.
- Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G., & Gork, C. (2003). *View of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long – term care*. Recuperado el Junio de 2015, de *Journal of Clinical Nursing*, 12.: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00732.x/abstract>
- MSP, OPS. (s.f.). *PAHO*. Recuperado el Julio de 2015, de *El Fenómeno El Niño en Ecuador*: <http://www1.paho.org/spanish/ped/ElNino-cap10-Ecuador.pdf>
- Numminen O, R. E.-K. (2015). Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. *J Nurs Manag.* .
- Ocampo, J. (2010). *PERSONAL MOTIVATION OF PHYSICIANS: A STUDY FOCUSED ON MOTIVATION BY JOB ENRICHMENT AND JOB SATISFACTION OF PUBLIC SECTOR PHYSICIANS IN ECUADOR*. Mineapolis.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C.
- Oswaldo, H. (17 y 18 de Enero de 2011). Economía política en la democracia ecuatoriana. (P. p. (UTPL), Entrevistador)
- Panattoni L, S. A.-S. (2015). Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access. *J Gen Intern Med.* , 327-33.
- Pérez Bilbao, J., & Fidalgo Vega , M. (1994). *NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción*. Recuperado el 2015 de JUNIO, de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
- Pérez Bilbao, J., & Fidalgo Vega, M. (1994). *INSHT*. Recuperado el JULIO de 2015, de NTP 394: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
- Pérez, J., Méndez, S., & Jaca, M. (23 de Abril de 2010). «*Motivación de los empleados: Teoría de Herzberg*» Sevilla, *Bandera de España España*. Recuperado el Junio de 2015, de Universidad de Sevilla.: http://ocwus.us.es/psicologia-social/psicologia-de-los-recursos-humanos/temas/tema3cg/page_04.htm
- Pinto, J. F. (2002). EL LEGADO De Frederick Irving Herzberg. *Universidad EAFIT*.

- Plumise, L. (1991). A Visit with Fred Herzberg. *Management Newsletter*, 2-7.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2015). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el JUNIO de 2015, de <http://lema.rae.es/drae/?val=satisfaccion>
- Roos M, W. J.-K. (2014). Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey. *Educ Prim Care.*, 202-10.
- Sacoto, F. (s.f.). *Los modelos de atención de salud en Ecuador*. Recuperado el Junio de 2015, de [Saludesa.org.ec](http://saludesa.org.ec) :
<http://saludesa.org.ec/biblioteca/INVESTIGACION%20MEDICA/FERNANDOSACOTO.pdf>
- Sans-Corrales M, P.-R. E.-B.-R.-P.-B. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.*, 308-16.
- Spitzer, D. (24 de March de 1998). *POWER REWARDS: Rewards that really motivat*. Recuperado el Junio de 2015, de <http://www.expert2business.com/PIGNC/articles/motivation/spitzer-rewards.htm>
- Thomas R. Konrad, E. S. (1999). Measuring Physician Job Satisfaction in a Changing Workplace and a Challenging Environment. *Medical Care*, 1174-1182.
- Van Bogaert, P. v. (2014). Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, 1261.
- Van Ham I1, V. A. (2006). Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* , 174-80.
- Warren, M., Weitz, R., & Kulis, S. (December de 1998). *Physician Satisfaction in a Changing Health Care Environment: The Impact of Challenges to Professional Autonomy, Authority, and Dominance*. Recuperado el JUNIO de 2015, de J Health Soc Behav:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9919857

11. ANEXOS

Tabla 2. Población según censos y demografía

CENSO	URBANO	%	RURAL	%
1950	913.932	28.54	2'288.825	71.46
1962	1'612.346	36.02	2'863.651	63.98
1974	2'698.772	41.38	3'822.988	58.62
1982	3'968.362	49.23	4'092.350	50.73
1990	5'307.858	55.12	4'302.331	44.87
2001	7'431.355	61.13	4'725.253	38.87
2010	9'090.786	62.77	5'392.713	37.23

Elaborado: Md. Harold D. Álvarez B.

Fuente: INEC. Mujeres y Hombres DEL ECUADOR EN CIFRAS

III serie información estratégica

Tabla 3: NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción

NTP 394: Satisfacción laboral: Escala General de Satisfacción	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente Insatisfecho	Ni Satisfecho Ni Insatisfecho	Moderadamente Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
1 Condiciones físicas del trabajo							
2 Libertad para elegir tu propio método de trabajo							
3 Tus compañeros de trabajo							
4 Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho							
5 Tu superior inmediato							
6 Responsabilidad que se te ha asignado							
7 Tu salario							
8 La posibilidad de utilizar tus capacidades							
9 Relaciones entre dirección y los trabajadores de la empresa							
10 Tus posibilidades de promocionar							
11 El modo en que tu empresa está gestionada							

12 La atención que se presta a las sugerencias que haces							
13 Tu horario de trabajo							
14 La variedad de tareas que realizas en tu trabajo							
15 Tu estabilidad en el empleo							

Desarrollada por Warr, Cook y Wall