

Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia

Ana Delgado Sánchez^a, Juan Ángel Bellón Saameño^b, María Teresa Martínez-Cañavate López-Montes^c, Juan de Dios Luna del Castillo^d, Luis Andrés López Fernández^e y Pablo Lardelli Claret^f

Objetivo. Crear y validar un instrumento para medir el clima organizacional percibido por los médicos que trabajan en atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento. Equipos básicos de atención primaria (EBAP) de las provincias de Málaga y Jaén.

Participantes. Muestra aleatoria de 38 EBAP y 387 médicos de familia (MF).

Mediciones principales. Cuestionario autoadministrado en marzo de 2001 con variables personales: sexo, edad, año de licenciatura, especialidad, tipo de adscripción-contrato, tiempo trabajado en equipos de atención primaria y tiempo en la plaza actual, población asignada, frecuentación, tutor de residentes y grado de doctor; variables del centro: distribución urbano/rural, composición del equipo, acreditación docente para el sistema MIR, cartera de servicios y dispensación de cuidados, y escala de clima organizacional (CO) con 40 preguntas de tipo Likert. Analizamos la validez de contenido de la escala de CO mediante un análisis factorial, la fiabilidad de los factores con el alfa de Cronbach y los coeficientes de correlación ítem-escala corregidos.

Resultados. Tasa de respuesta del 89,8%; el 71% de los médicos era varones, con 44 años de media; un 76%, propietario; un 37%, especialista MIR en medicina familiar; un 28%, tutor acreditado; un 17%, médico residente y un 9%, doctor. De los EBAP, 50% eran urbanos, con 13 MF y 4 pediatras de media.

Obtuvimos 12 factores que explican el 60% de la varianza, y quedan 7 con coeficientes de fiabilidad > 0,50.

Construimos una escala de CO positivo (alfa = 0,82) con las dimensiones trabajo en equipo, cohesión y vida social, y otra de CO negativo (alfa = 0,78) integrada por conflicto en el equipo, percepción de fracaso, exceso de autonomía, dirección autoritaria y tensión médico-enfermera.

Conclusiones. Cuestionario con validez de contenido y buena fiabilidad, útil para evaluar el CO percibido por los MF en atención primaria.

Palabras clave: Clima organizacional. Atención primaria. Análisis factorial.

THE DIMENSIONS OF THE ORGANISATIONAL CLIMATE AS SEEN BY GENERAL PRACTITIONERS

Objective. To create and validate a tool to assess the organizational climate (OC) perceived by general practitioners (GP).

Design. Descriptive, cross-sectional, and multi-site, study.

Setting. Health centres (HC) in Jaén and Málaga province Spain.

Participants. Random sample of 38 HCs and 387 GPs.

Main measurements. A self-administered questionnaire in March 2001, with the personal variables of sex, age, graduation date, speciality, kind of contract, time worked in primary care teams, time in current job, list size, case load, tutor of residents and academic qualification. HC variables: urban/rural, team structure, accreditation for teaching residents, service portfolio, out-patient care, and an OC scale of 40 Likert-like questions. We analysed the content validity of the scale by factorial analysis; and its reliability, by Cronbach's alpha and corrected scale-item correlation coefficients.

Results. Reply rate was 89.8%, 71% of the GPs were male, mean age was 44, 76% had tenure, and 37% were specialists in family medicine and 28% tutors, 17% with 3rd-year residents, 9% with doctors; 50% of HCs were rural and the mean team structure had 13 GPs and 4 paediatricians.

We obtained 12 factors that explained 60% of variance, and 7 factors with reliability coefficients >0.50. We made an OC-positive scale ($\alpha=0.82$) with the dimensions for team-work, cohesion and social life; and another OC-negative scale ($\alpha=0.78$) composed of team conflict, perceived team failure, excess autonomy, authoritarian management, and GP-nurse tension.

Conclusions. We found a questionnaire with good validity and reliability, which was useful for evaluating the OC perceived by GPs.

Key words: Organizational culture. Primary health care. Factorial analysis.

^aAgencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla. España.

^bCentro de Salud El Palo. Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga. Miembro del grupo GAISAM, redIAPP y COGRAMA. Málaga. España.

^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. España.

^dDepartamento de Bioestadística. Universidad de Granada. España.

^eEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^fDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. Granada. España.

Correspondencia:
A. Delgado Sánchez.
Alquería, 66. Cármenes de San Miguel. 18010 Granada. España.

Manuscrito recibido el 23 de junio de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de septiembre de 2005.

Financiación: Proyecto FIS 00/1046.

Introducción

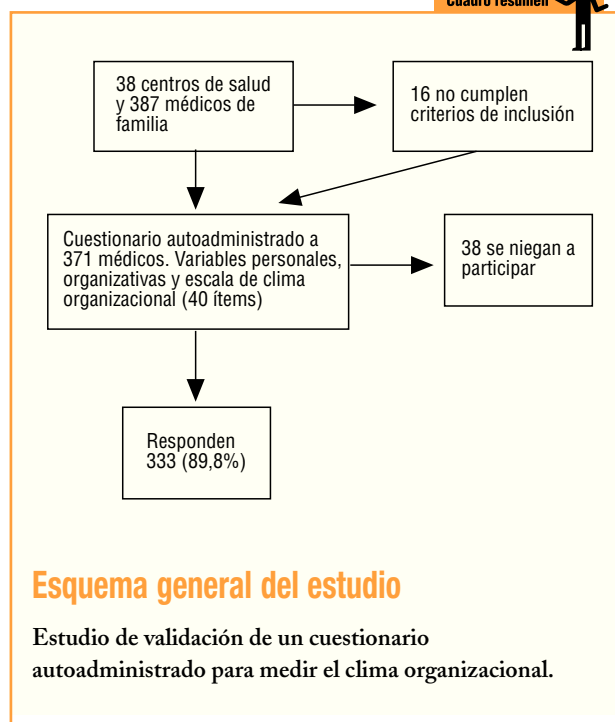
El clima organizacional (CO) se refiere a la atmósfera que se respira en un trabajo y se ha definido de diferentes formas.

Según Show¹, el CO es la percepción de cómo se siente una persona en un ambiente particular de trabajo y es uno de los determinantes más poderosos del desempeño profesional. Para Gershon et al² es la percepción que los trabajadores tienen de la cultura de la organización, entendida como el conjunto de valores y normas de ésta. Carr et al³ definen el clima como la percepción compartida de las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales. López Fernández et al⁴ definen el CO como el grupo de características que describen una organización y que: a) la distinguen de otras organizaciones; b) tienen una permanencia relativa en el tiempo, y c) influyen en la conducta de las personas. Finalmente, Sleutel⁵ plantea que el clima puede entenderse como un conjunto de dimensiones con significado para los implicados, por ejemplo, recompensas, apoyo o conflicto, o puede definirse en términos de características organizacionales, tales como clima seguro o clima ético.

Entendido como conjunto de dimensiones, opción que hemos elegido en esta investigación, éstas también varían según los autores. En un metaanálisis cuyo objetivo es obtener un *path analysis* (análisis de pasos o rutas) que explique las relaciones entre el clima y los resultados de las personas en su trabajo³, se observa que las dimensiones usadas en 51 estudios pueden incluirse en 3 factores de orden superior que responden a la taxonomía propuesta por Ostroff: afectivo, cognitivo e instrumental. El componente afectivo incluye las relaciones interpersonales y sociales entre los trabajadores, el cognitivo se relaciona con la autoimplicación psicológica, y el instrumental, con la implicación en las tareas y procesos del trabajo. Según el modelo usado en el metaanálisis, el impacto del clima en los resultados, medidos como desempeño, bienestar psicológico y abandono, se produce a través de aspectos cognitivos y afectivos, como son la satisfacción laboral y el compromiso con la organización.

En Estados Unidos, la preocupación por la calidad de los servicios y por la existencia de errores en la práctica médica ha dado lugar a un movimiento dedicado a estudiar el impacto de las condiciones del trabajo en la seguridad de los pacientes. Un grupo de trabajo creado por el Instituto de Medicina, en sus dos conferencias concluye que mejorar el lugar de trabajo, incluido el clima, mejora la calidad de los servicios de salud³. Se sabe que aspectos del CO como el liderazgo, la escasa comunicación, etc., se asocian con mayor estrés, más accidentes laborales, más *burnout* y más efectos adversos en los pacientes.

Material y métodos Cuadro resumen



El CO es uno de los factores que ejercen una influencia más poderosa en el desempeño de las personas y de la organización, y las organizaciones con un clima favorable hacen el trabajo más confortable y fácil, producen mayor satisfacción laboral y obtienen el mayor potencial de sus trabajadores.

Dada su importancia, parece necesario conocer el clima en nuestra organización sanitaria e identificar los elementos de éste, tal y como son sentidos por los profesionales, para poder mejorarlo. Sin embargo, hasta el momento, los gestores han manifestado poco interés por conocer el clima y por diseñar medidas para mejorar las condiciones que contribuyen a optimizarlo.

Medir un concepto abstracto como el CO requiere la creación y la validación de un instrumento que permita un acercamiento. Éste es el objetivo del presente trabajo, el cual forma parte de un estudio de seguimiento dirigido a elaborar un modelo explicativo sobre la utilización de las consultas médicas de atención primaria en Andalucía.

Sujetos y método

Diseño

Estudio observacional, transversal y multicéntrico.

Población y muestra

La población está constituida por todos los equipos básicos de atención primaria (EBAP) de las provincias de Málaga y Jaén y

los médicos de familia (MF) que trabajan en ellos y llevaban al menos un año utilizando de forma habitual la historia clínica informatizada en marzo de 2001; cumplía este criterio el 97% de los médicos.

Realizamos un muestreo aleatorio para seleccionar los EBAP de un total de 87, y en éstos seleccionamos a todos lo MF que cumplían los criterios de inclusión.

El tamaño muestral fue estimado para detectar diferencias de 0,15 con el test de proporciones de dos muestras independientes, con un error α de 0,05 y una potencia del 85%. Para conseguir este objetivo se necesitaban 370 médicos de familia. La muestra quedó constituida por 38 EBAP, 15 de Jaén y 23 de Málaga, y los 387 médicos adscritos a los mismos que cumplían los criterios de selección.

Variables de estudio

Recogimos las siguientes variables personales: sexo, edad, año de licenciatura, especialidad (medicina familiar y comunitaria MIR/otra especialidad MIR, otros), tipo de adscripción-contrato (propietario/interino), tiempo trabajado en (EBAP), tiempo en la plaza actual, población asignada, frecuentación, tutor de residentes (acreditación docente de MFyC/R3 asignado) y grado de doctor (sí/no).

De los centros de salud estudiamos la distribución urbano/rural, la composición del equipo (personal que compone el equipo: número y categoría profesional), la cartera de servicios (número de servicios y programas de salud que se oferta a la población), la acreditación docente del centro de salud (CS) para el sistema MIR y la dispensación de cuidados (sí/no) (uno o varios profesionales realizan la atención de pacientes sobre un servicio específico –avisos, programas, etc.– del resto de compañeros).

Medimos la variable «clima organizacional» con una escala de 40 ítems diseñada por López Fernández et al⁴. Incluye 5 dimensiones teóricas del clima que son cohesión, cooperación, trabajo en equipo, autonomía y vida social. Las 5 escalas tienen 8 preguntas con respuesta de tipo Likert de 4 opciones puntuadas desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo). El clima se evalúa en este trabajo como la percepción que tienen los MF, sin considerar la de otros profesionales del equipo de AP.

Toda la información fue obtenida con un cuestionario autocumplimentado que se entregó y se recogió en mano durante marzo de 2001.

Análisis de datos

Se analizaron las faltas de respuesta y se compararon las características de los profesionales que respondieron y no respondieron al cuestionario.

Para determinar la validez de contenido del cuestionario se exploraron las dimensiones subyacentes mediante el análisis factorial con extracción de factores por el método de componentes principales y rotación ortogonal varimax. Para determinar el número de factores que se debía extraer se utilizó el número de ítems con autovalores > 1 (*eigenvalue* > 1).

La medida de adecuación de la muestra se realizó mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (índice que compara los coeficientes de correlación observados y los coeficientes de correlación parcial y debe ser $> 0,5$). También se calculó el test de esfericidad de Bartlett, que sirve para contrastar la «normal multivariante» (si su resultado no es significativo, debe cuestionarse la pertinencia del análisis factorial).

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson y su test de significación, para cada factor obtenido estudiamos la relación

entre la puntuación de ésta y la puntuación de cada pregunta que lo integra, extrayendo la pregunta motivo de estudio (coeficiente de correlación ítem-escala corregido). Con ello se valora la posibilidad de que alguna pregunta con un coeficiente de correlación muy bajo se distribuya de manera independiente de la puntuación global.

Para estudiar la homogeneidad o consistencia interna de cada dimensión usamos el coeficiente alfa de Cronbach correspondiente, que mide la fuerza de la relación entre todos los ítems que la componen. Calculamos asimismo el alfa de Cronbach mediante la extracción de cada ítem y la eliminación del factor en aquellos en que se producía un aumento relevante del alfa obtenida tras este cálculo.

Se analizaron las relaciones entre las diferentes dimensiones del CO y se crearon de las escalas clima positivo, clima negativo y clima global.

Utilizamos el programa estadístico SPSS/PC, versión 11.5, para la construcción de la base de datos y los análisis mencionados.

Resultados

Análisis de la falta de respuesta

Excluimos a 16 médicos (4,13%) por no cumplir los criterios de inclusión (no utilizar historia clínica e informatizada, o baja laboral) y permanecieron 371 médicos. De éstos, 38 (10,24%) se negaron a participar en el estudio. No hubo diferencias significativas en edad (media \pm desviación estándar [DE]) entre los 333 médicos que cumplimentaron los cuestionarios ($44,2 \pm 5,7$) y los 38 médicos que no lo cumplimentaron ($46,6 \pm 8,9$; $p = 0,173$); tampoco hubo diferencias entre sexos, con un porcentaje de mujeres del 28,8% en el primer grupo y del 26,1% en el segundo ($p = 0,743$).

La muestra final quedó constituida por 38 EBAP pertenecientes a 9 distritos de atención primaria y 333 médicos de familia adscritos a dichos EBAP.

Características de los profesionales y de los centros del estudio

Entre los médicos del estudio, el 71% eran varones, la edad media era de 44 años y un 76% era propietario de su plaza. El 37% era especialista en medicina familiar y comunitaria vía MIR, un 28% era tutor acreditado por las unida-

TABLA 1
Características de los médicos estudiados (n = 333)

	Media \pm DE	IC del 95%	Mínimo	Máximo
Edad (años)	44,1 \pm 5,7	43,5-44,7	31	66
Tiempo de trabajo en centros de salud (meses)	132,5 \pm 53,7	126,7-138,3	4	348
Tiempo de trabajo en la plaza actual (meses)	86,6 \pm 93,5	76,5-96,7	2	432
Población asignada*	1,658 \pm 304	1,625-1,691	738	2949
Frecuentación	6,75 \pm 1,76	6,55-6,95	3,20	13,57

*Base de datos de usuarios.

**TABLA
2a**

Resultados del análisis factorial con las cargas factoriales^a y el alfa de Cronbach de los factores

Factor	Conflicto en el equipo	Trabajo en equipo	Percepción de fracaso	Cohesión
En las reuniones de equipo frecuentemente hay situaciones tensas	0,717			
Es muy frecuente que haya enfrentamientos y conflictos entre los compañeros	0,717			
Hay algunos compañeros que dificultan el trabajo de los demás	0,559			
En el centro se respira un ambiente amistoso ^b	0,48			
Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los otros	0,350			
Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando, suele echarle una mano		0,777		
La gente de mi centro se suele ayudar en el trabajo		0,635		
La gente de mi centro está muy unida		0,523		
En el centro hay muy poco espíritu de equipo ^b		0,504		
Mi equipo del centro de salud planifica su trabajo en conjunto		0,481		
Muchos compañeros están intentando cambiar de centro de salud			0,705	
La mayoría de mis compañeros, si pudiera, no trabajaría aquí			0,688	
Los compañeros opinan que nuestro centro de salud es el mejor de los que conocen ^b			0,551	
Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben			0,543	
Los compañeros opinan que nuestro centro nunca funcionará bien			0,408	
Si se critica a algún compañero del centro, nos sentimos afectados				0,655
Cuando alguien tiene una duda en su trabajo, le pregunta a un compañero				0,543
En general, conozco a los familiares de nuestros compañeros del centro de salud				0,530
En general, nos sentimos orgullosos de formar parte del equipo				0,407
Los compañeros no se interesan por los problemas personales de los demás ^b				0,402
Alfa de Cronbach del factor	0,67	0,80	0,69	0,61

^aSe han suprimido las cargas factoriales < 0,35.

^bPreguntas recodificadas.

des docentes de medicina familiar y comunitaria y durante el seguimiento, un 17% tenía asignado R3 y el 9% poseía el grado de doctor (tabla 1).

De los 38 centros de salud que participaron en el estudio, 19 eran rurales y 19 urbanos; tenían una composición media de 13 ± 4 médicos de familia, 3 ± 3 pediatras, $12,5 \pm 4$ enfermeras y 8 ± 3 miembros de personal de la unidad de atención al usuario.

La cartera de servicios era bastante similar entre los centros de salud, salvo que el 9% no ofrecía cirugía menor, el 48% no ofrecía citologías y el 23 no ofrecía dispensación de metadona; pero en el 22% se realizaba inserción de DIU. En cuanto a la organización dispensada, el 44% lo hacía con los avisos domiciliarios urgentes, el 60% con las consultas sin citas («no demorables»), el 60% con el programa de la mujer y el 55% con la consulta de enfermería.

Validez de contenido

El análisis factorial mostró que había 12 factores que explican el 59,92% de la varianza (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,850; test de Bartlett = 3.662,279 gl = 780; $p < 0,001$).

En la tabla 2 se exponen los pesos factoriales de los ítems en su factor, así como el alfa de Cronbach de cada

factor; de ellos, sólo 7 tienen coeficientes de fiabilidad > 0,5. En estos 7 factores, todas las preguntas presentan coeficientes de correlación ítem-escala corregidos > 0,20.

Sólo hay 2 ítems cuya extracción mejora el alfa de la correspondiente dimensión pero, en ambos casos, dada la pequeña magnitud del cambio observado y el interés conceptual de la pregunta para la comprensión del factor optamos por mantenerlos en su lugar. Se trata de la pregunta «Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los otros» en el factor «conflicto en el equipo», que al extraerla aumentaba el alfa de 0,668 a 0,673, y de la pregunta «Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando, suele echarle una mano» del factor «trabajo en equipo» en este caso el alfa aumentaba de 0,806 a 0,810.

Relación entre los factores de clima y análisis descriptivo

Los coeficientes de correlación entre los factores del clima, con su signo y su nivel de significación, se observan en la tabla 3, así como las correlaciones de las escalas clima positivo y clima negativo construidas con el conjunto de factores de estaban relacionados entre sí.

TABLA 2b

Resultados del análisis factorial con las cargas factoriales^a y el alfa Cronbach de los factores

Factor	Exceso autonomía	Dirección autoritaria	Tensión enfermera-médico	Cooperación multiprofesional	Vida social
Cualquiera del equipo puede tomar sus propias decisiones sin consultar	0,709				
La mayoría de las personas que trabajan en mi centro establecen sus propias reglas	0,666				
En el centro de salud cada uno decide lo que tiene que hacer	0,625				
Cualquier cambio en el centro tiene que ser aprobado por el director		0,764			
Nadie hace nada nuevo sin consultar al director		0,750			
A la gente del centro no se le deja introducir modificaciones en su trabajo		0,539			
El director del centro es el que dice lo que se hace en cada momento		0,418			
En mi centro, el médico y la enfermera no se comentan los problemas de los pacientes			0,790		
Se siente un ambiente tenso entre los médicos y las enfermeras			0,684		
Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales participan en reuniones para unificar sus criterios de trabajo				0,679	
Todos los miembros del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás				0,533	
La gente que trabaja en el centro no queda nunca para salir ^b					0,746
Después del trabajo solemos ir juntos a tomar unas cañas					0,610
Alfa de Cronbach del factor	0,57	0,60	0,58	0,29	0,44

^aSe han suprimido las cargas factoriales < 0,35.

^bPreguntas recodificadas.

TABLA 2c

Resultados del análisis factorial con las cargas factoriales^a y el alfa Cronbach de los factores

Factor	Vida personal no compartida	Protocolización del trabajo	Marginación
En el centro se separa el ambiente de trabajo de la vida personal	0,715		
Mucha gente del centro tiene como sus mejores amigos a sus compañeros ^b	0,535		
La gente de mi centro suele ocultar sus sentimientos a los demás	0,409		
El trabajo de cada uno está completamente definido por escrito		0,809	
Las decisiones importantes se discuten entre todo el equipo		0,372	
Hay poca gente marginada personalmente en el centro			0,815
Alfa de Cronbach del factor	0,34	0,19	–

^aSe han suprimido las cargas factoriales < 0,35.

^bPreguntas recodificadas.

Construcción de escalas del clima

Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas clima positivo y negativo se muestra en la tabla 4, con los valores del alfa al extraer cada ítem. En la construcción definitiva de la escala de clima positivo incorporamos las preguntas de los factores vida social y trabajo multiprofesional, pues aunque no tenían buena fiabilidad como tales dimensiones, aportan elementos importantes a la escala de clima positivo y muestran coeficientes alfa adecuados en esa escala.

Finalmente construimos la escala global «clima» mediante la ecuación ([clima positivo] – [clima negativo] + 50), con el fin de obviar valores negativos de ésta.

En la tabla 5 se observa la descriptiva de los factores que tienen un alfa > 0,5, así como de las escalas clima positivo y negativo y CO.

Discusión

En los últimos años son frecuentes en nuestro medio los estudios que indagan en diferentes aspectos de la vivencia que tienen los profesionales de atención primaria sobre su trabajo. Toda esta investigación está guiada por el convencimiento, unido a los hallazgos empíricos, de que la percepción que tienen los profesionales en su trabajo es un determinante fundamental de la calidad de la atención que prestan a las personas. A partir de los resultados de un amplio estudio realizado en Suecia para conocer las relaciones entre el ambiente de trabajo y la satisfacción laboral⁶, los autores concluyen que, tanto para los profesionales como para los pacientes, son necesarias unas buenas condiciones de trabajo para proporcionar cuidados de buena calidad.

TABLA 3 Relaciones entre las diferentes dimensiones del cuestionario multidimensional de clima organizacional (n = 320)

Dimensión	Trabajo en equipo	Conflicto del equipo	Percepción del fracaso	Cohesión	Exceso de autonomía	Vida social	Dirección autoritaria	Tensión médico-enfermera	Clima positivo	Clima negativo	Clima
Trabajo en equipo	1										
Conflicto del equipo	-0,50 ^a	1									
Percepción de fracaso (no pertenencia)	-0,34 ^a	0,37 ^a	1								
Cohesión	0,59 ^a	-0,42 ^a	-0,37 ^a	1							
Exceso de autonomía	-0,29 ^a	0,20 ^a	0,15 ^a	-0,24 ^a	1						
Vida social	0,29 ^a	-0,16 ^a	-0,16 ^a	0,52 ^a	-0,18 ^a	1					
Dirección autoritaria	-0,13 ^a	0,21 ^a	0,18 ^a	-0,13 ^b	-0,025	-0,039	1				
Tensión médico-enfermera	-0,37 ^a	0,33 ^a	0,16 ^a	-0,25 ^a	0,13 ^b	-0,13 ^b	0,14 ^b	1			
Clima positivo	0,91 ^a	-0,51 ^a	-0,37 ^a	0,81 ^a	-0,32 ^a	0,54 ^a	-0,12 ^b	-0,36 ^a	1		
Clima negativo	-0,57 ^a	0,74 ^a	0,67 ^a	-0,50 ^a	0,35 ^a	-0,21 ^a	0,50 ^a	0,53 ^a	-0,58 ^a	1	
Clima	0,82 ^a	-0,70 ^a	0,60 ^a	0,73 ^a	-0,38 ^a	0,41 ^a	-0,33 ^a	-0,33 ^a	0,88 ^a	0,89 ^a	1

Coefficiente de correlación de Sperman, ^ap < 0,001; ^bp < 0,05.

Clima positivo: trabajo en equipo + cohesión + vida social.

Clima negativo: conflicto del equipo + percepción de fracaso + exceso de autonomía + dirección autoritaria + tensión médico-enfermera.

Clima: (clima positivo) - (clima negativo) + 50

En un amplio estudio realizado en profesionales de AP en Finlandia se observa que el clima de equipo influye en el uso de guías clínicas⁷.

Existen estudios y revisiones en nuestro medio que expresan el interés por la satisfacción laboral^{8,9}, el síndrome de *burnout*¹⁰, la calidad de vida profesional^{11,12} o el clima organizacional. Al analizar estos conceptos observamos que hay numerosas áreas comunes entre ellos y, en realidad, no hay una separación nítida. La satisfacción laboral, la calidad de vida profesional y el *burnout* son ideas estrechamente relacionadas entre sí, y expresan aspectos de la esfera individual, de cómo cada persona siente que son sus condiciones en el trabajo en relación con la tarea que desempeña y su situación en la organización. Sin embargo, el clima organizacional recoge la vertiente grupal de las percepciones de un profesional, es una noción referida a cómo se perciben las relaciones con las personas que comparten la misma tarea.

En nuestro estudio, la tasa de respuesta fue muy buena, sólo un 10% de los médicos que cumplían criterios de inclusión se negó a participar y su perfil era igual al de los que sí lo hicieron.

Para operativizar y medir el clima, López Fernández et al⁴ seleccionaron las 5 dimensiones que consideraron esenciales del modelo de AP: la cooperación, la cohesión, el trabajo en equipo, la vida social y la autonomía. A nuestro juicio, estas dimensiones del clima siguen respondiendo al marco de referencia vigente en nuestro modelo de AP y, por ello, utilizamos la escala diseñada por dichos autores. En el análisis factorial aparecen 7 dimensiones que tienen las propiedades necesarias para considerarse como tales presentan coeficientes de fiabilidad aceptables, superiores en todos los casos a 0,50. Aparecen cuatro factores que se

refieren a las relaciones entre los profesionales: *tensión-conflicto*, integrado por 5 preguntas que reflejan la atmósfera más o menos amigable que se respira en el CS, *trabajo en equipo*, con 5 ítems sobre el grado de cooperación entre los profesionales, y *cohesión*, también con 5 preguntas, algunas de las cuales indican pertenencia. En estos tres factores se mezclan preguntas referidas de forma estricta a relaciones profesionales con otras que aluden a las relaciones personales. Ello indica que en la vivencia de los MF ambos niveles de relación no funcionan de forma independiente y están interconectados, es decir, que los MF se llevan bien en el trabajo con aquellas personas con las que trabajan bien, o viceversa. En cualquier caso, que no hay una separación clara entre la amistad o similares y el trabajo. Probablemente, en nuestro medio hay poca formación para el trabajo en equipo como un componente técnico de la práctica, y su desarrollo está demasiado condicionado al buen entendimiento en lo personal.

La cuarta dimensión referida a relaciones dentro del equipo es la *tensión médico-enfermera* y sus 2 ítems aluden claramente a dicha diada de profesionales, que aparece como un factor independiente. Ello indica que las relaciones con las enfermeras son para los MF un elemento que aparece diferenciado del conjunto de relaciones en el trabajo, en las que también participan las enfermeras, e indica que ese aspecto del trabajo en equipo, el que se hace con las enfermeras, tiene entidad propia para los MF.

La dimensión que hemos llamado *percepción de fracaso* cuenta con 5 preguntas y expresa el deseo de huida de los médicos de su centro ligado a la sensación de que las cosas no funcionan a su gusto, de que están en un CS «malo».

La dimensión que hemos llamado *exceso de autonomía*, con 3 ítems, es percibida por los médicos como un elemento

TABLA 4 Alfa de Cronbach de las escalas clima positivo y clima negativo y al extraer cada ítem

Ítem	Clima positivo	Clima negativo
Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando, suele echarle una mano	0,784	
La gente de mi centro se suele ayudar en el trabajo	0,765	
La gente de mi centro está muy unida	0,763	
En el centro hay muy poco espíritu de equipo ^a	0,761	
Mi equipo del centro de salud planifica su trabajo en conjunto	0,766	
Si se critica a algún compañero del centro, nos sentimos afectados	0,778	
Cuando alguien tiene una duda en su trabajo, le pregunta a un compañero	0,786	
En general, conozco a los familiares de nuestros compañeros del centro de salud	0,788	
En general, nos sentimos orgullosos de formar parte del equipo	0,765	
Los compañeros no se interesan por los problemas personales de los demás ^a	0,786	
La gente que trabaja en el centro no queda nunca para salir ^a	0,789	
Después del trabajo solemos ir juntos a tomar unas cañas	0,793	
Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales participan en reuniones para unificar sus criterios de trabajo	0,818	
Todos los miembros del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás	0,779	
Los compañeros opinan que nuestro centro de salud es el mejor de los que conocen		0,768
En mi centro el médico y la enfermera no se comentan los problemas de los pacientes		0,776
En el centro de salud cada uno decide lo que tiene que hacer		0,771
Se siente un ambiente tenso entre los médicos y las enfermeras		0,761
El director del centro es el que dice lo que se hace en cada momento		0,776
A la gente del centro no se le deja introducir modificaciones en su trabajo		0,759
Hay algunos compañeros que dificultan el trabajo de los demás		0,763
Muchos compañeros están intentando cambiar de centro de salud		0,769
Cualquier cambio en el centro tiene que ser aprobado por el director		0,778
En el centro se respira un ambiente amistoso		0,763
La mayoría de las personas que trabajan en mi centro establecen sus propias reglas		0,762
En las reuniones de equipo frecuentemente hay situaciones tensas		0,761
Es muy frecuente que haya enfrentamientos y conflictos entre los compañeros		0,754
Los compañeros opinan que nuestro centro nunca funcionará bien		0,751
Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los otros		0,767
La mayoría de mis compañeros, si pudieran, no trabajarían aquí		0,753
Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben		0,760
Nadie hace nada nuevo sin consultar al director		0,777
Cualquiera del equipo puede tomar sus propias decisiones sin consultar		0,791
Alfa de las escalas	0,817	0,776

Clima positivo: trabajo en equipo + cohesión + vida social.

Clima negativo: conflicto del equipo + percepción de fracaso + exceso de autonomía + dirección autoritaria + tensión médico-enfermera.

negativo en el grupo. Que cada cual decida por sí mismo y se regule de forma independiente parece producir un sentimiento que actúa de manera negativa en el clima. Por último, el factor *dirección autoritaria* recoge preguntas sobre aspectos del estilo de dirección vividos como exceso de control por parte de la dirección del CS, que obstaculiza las posibilidades de innovar o introducir cambios en el trabajo. Esta percepción tiene una cualidad negativa para los profesionales.

El signo de las relaciones entre los factores que aparecen en la tabla 3 ofrece la razón por la cual agrupamos en una dimensión positiva las dimensiones *trabajo en equipo* y *cohesión*, y en una dimensión negativa *tensión-conflicto*, *percepción de fracaso*, *exceso de autonomía* y *tensión médico-enfermera*. Posteriormente incluimos en la dimensión positiva las preguntas de *vida social* y de *trabajo multiprofesional*, que, aunque no puedan ser utilizadas como factores de manera aislada, representan conceptos coherentes con la idea

TABLA 5

Análisis descriptivo de las escalas del cuestionario multifactorial de clima organizacional cuyo alfa es superior a 0,50

Dimensión	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Sesgo de simetría
Trabajo en equipo	14,6	15	3,19	6	24	-0,27
Conflicto en el equipo	9,12	9	2,11		16	0,51
Percepción de fracaso	9,53	9	2,17	4	16	0,06
Exceso de autonomía	6,96	7	1,50	4	12	0,17
Cohesión	13,8	14	2,19	6	20	-0,40
Dirección autoritaria	7,51	7	1,62	3	12	0,60
Tensión médico-enfermera	3,83	4	1,31	2	8	0,80
Clima positivo	35,7	37	5,73	18	56	-0,25
Clima negativo	41,3	41	6,26	26	68	0,49
Clima	44,4	45	10,7	7	80	-0,32

Clima positivo: trabajo en equipo + cohesión + vida social.

Clima negativo: conflicto del equipo + percepción de fracaso + exceso de autonomía + dirección autoritaria + tensión médico-enfermera.

Clima: (clima positivo) - (clima negativo) + 50.

de clima y funcionan adecuadamente en dicha escala como muestra el coeficiente alfa de Cronbach.

Ambas escalas, clima positivo y clima negativo, constituyen un constructo con unidad y coherencia para entender cómo funcionan diferentes aspectos de la percepción que tienen los MF del clima en los CS y sus relaciones mutuas.

En el proceso de validación no hemos realizado un test-retest para evaluar la estabilidad en el tiempo del instrumento, aspecto que constituye una limitación en este trabajo.

López Fernández et al⁴ no llevaron a cabo una validación empírica del cuestionario, pero las correlaciones entre las dimensiones teóricas fueron muy similares a las encontradas en nuestra muestra, y es interesante destacar que la autonomía también se relacionaba negativamente con la cohesión, la cooperación y el trabajo en equipo.

Menárguez et al¹³ que, al igual que López Fernández et al, estudiaron el CO en todos los profesionales de los CS diseñaron un instrumento con los ítems procedentes de López Fernández en el que incluían sólo las dimensiones teóricas *cooperación*, *cohesión* y *trabajo en equipo*. Llevaron a cabo un análisis factorial en que se identificaron 3 dimensiones que denominaron *trabajo en equipo*, *cohesión* y *compromiso*. El factor *compromiso* recoge «la medida en que los miembros del equipo se sienten obligados con su centro» y engloba 3 preguntas que están en nuestra dimensión *percepción de fracaso* y aluden a los deseos de los miembros del grupo a abandonar el centro de salud. Sorprendentemente, en el estudio de Menárguez et al, la dimensión *compromiso* aparece correlacionada positivamente con *cohesión* y *trabajo en equipo*, que expresan aspectos favorables del clima. En nuestro caso, la *percepción de fracaso* se relaciona de forma negativa con las dimensiones incluidas en clima positivo.

La relevancia de las relaciones entre CO y resultados en el trabajo obligan a prestar atención especial a este aspecto de la vida de los CS. En el Reino Unido se ha comprobado que tanto la estructura de los equipos de atención primaria como el CO existente en ellos^{14,15} muestran relaciones positivas con la calidad asistencial de los MF, medida a través de resultados de la atención a los

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El clima de una organización tiene un efecto importante en diversos aspectos del desempeño profesional.
- Las dimensiones del clima de la organización contemplan aspectos cognitivos, afectivos e instrumentales.

Qué aporta este estudio

- Los médicos de familia que trabajan en atención primaria en Andalucía no discriminan con claridad las relaciones profesionales de las amistosas en su percepción del clima en el trabajo.
- Hay un componente positivo del clima organizacional que integra los factores trabajo en equipo, cohesión y vida social, y otro negativo compuesto por conflicto en el equipo, percepción de fracaso, exceso de autonomía, dirección autoritaria y tensión médico-enfermera.

diabéticos, la accesibilidad, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.

Por otra parte, es necesario clarificar los conceptos usados en la investigación de forma que sepamos qué medimos, cuál es su significado en la práctica clínica y el impacto en los resultados. Asimismo, es imprescindible investigar acerca de los componentes individuales y grupales en el ambiente de trabajo y las interacciones entre ellos. Según los hallazgos del metaanálisis anteriormente citado³, parece que la relación entre clima y desempeño profesional ocurre primariamente a través del componente afectivo de satisfacción laboral. Es decir, el clima influye en la satisfacción de los médicos y ésta lo hace en los resultados. La revisión llevada a cabo por Williams et al¹⁶ concluye que este efecto se produce por una vía doble, sobre los resultados en el profesional, tales como cambio de trabajo, salud física y mental, etc., y sobre los resultados en los pacientes, que tienen que ver con la calidad de los cuidados y de las relaciones paciente-médico. Y los autores plantean la preocupación por el descenso de la satisfacción laboral que se está produciendo entre los MF en los últimos años y las repercusiones que ello pueda tener en ambos tipos de resultados.

Una limitación del estudio es que evalúa la percepción de clima que tienen los MF, pero no incluye al resto de los profesionales que forman parte del equipo de AP. Sería interesante contrastar si el constructo empírico que hemos encontrado en los médicos es igual o diferente para las enfermeras y otros profesionales que comparten el trabajo con los primeros.

El cuestionario presentado en este trabajo muestra unas características conceptuales y psicométricas muy adecuadas para la atención primaria, por lo que su uso en futuras investigaciones puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre el clima en este ámbito asistencial.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todos los médicos que participaron en el estudio, los coordinadores de los centros de salud y los técnicos y miembros de los equipos directivos de los distritos de atención primaria de Jaén y Málaga. También estamos agradecidos al FIS por su apoyo económico.

Bibliografía

1. Show JL Enhancing work climate to improve performance and retain employees. *JONA*. 2002;32:393-7.
2. Gershon RRM, Srone PW, Bequen S, et al. Measurement of organizational culture and climate in healthcare *JONA*. 2004;34:33-40.
3. Carr JZ, Schmidt AM, Ford JK et al. Climate perceptions matter: A path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes. *J Applied Psychology*. 2003;88:605-19.
4. López Fernández LA, Sánchez-Cantalejo E, Caizas A, et al. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los centros de salud. *Aten Primaria*. 1988;5:531-5.
5. Sleutel MR. Climate, culture, context or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *JONA*. 2000;30:53-8.
6. Lovgren G, Rasmussen BH, Engström B. Working conditions and possibility of providing good care. *J Nursing Management*. 2002;10:201-9.
7. Elovainio M, Mäkela M, Sinervo T, et al. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes toward clinical guidelines. *Scand J Public Health*. 2000;28:117-22.
8. Olivar Castrillon C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral, el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24:352-9.
9. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:401-7.
10. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Supl:53-68.
11. Cortes Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, et al. Clima laboral en atención primaria: ¿Qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003;32:288-95.
12. Clúa JL, Aguilar Martín C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Aten Primaria*. 1998;22:308-13.
13. Menárguez JF, Saturno PJ, López A. Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en Centros de Salud. *Aten Primaria*. 1999;23:192-7.
14. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323:1-6.
15. Bower P, Campbell S, Bojke C, et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:273-9.
16. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev*. 2003;28:119-40.