

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES QUE  
RESIDEN EN EL ECUADOR.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. EVELIN DE LAS MERCEDES HIDALGO MATA**

**DRA. DORA CONSUELO LEÓN MORENO**

**DIRECTOR: DR. GALO SÁNCHEZ DEL HIERRO**

**QUITO, 2011**

## 1. AGRADECIMIENTO

*Agradecemos a Dios quien dirigió nuestros pasos hacia esta especialidad. Al Hospital Vozandes Quito por compartir con nosotros sus riquezas en ciencia y espiritualidad, y a nuestras familias, cuyo apoyo, sacrificio y comprensión han permitido que alcancemos este sueño.*

*Evelyn y Dora*

## 2. TABLA DE CONTENIDO

1. AGRADECIMIENTO .....	2
2. Lista de tablas.....	5
3. Lista de Gráficos.....	6
RESUMEN .....	7
CAPITULO I: .....	9
INTRODUCCIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO II: .....	11
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	11
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD .....	12
Principios básicos .....	12
MEDICINA FAMILIAR.....	15
Definición .....	15
MEDICINA FAMILIAR EN EL ECUADOR .....	17
Perfil del médico familiar .....	19
Sistema de Salud en el Ecuador .....	21
CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES .....	23
Calidad de vida en profesionales de la salud .....	30
CAPITULO III .....	34
METODOLOGÍA .....	34
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	35
OBJETIVO GENERAL.....	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
HIPOTESIS.....	35
MATERIALES Y METODOS .....	36
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO .....	36
Variable Independiente: Grado de satisfacción laboral, personal y familiar.....	36
Variables control: Edad, ocupación, estado civil, número de hijos, actividades docentes, horas de trabajo, tipo de trabajo, ingreso mensual .....	36

TIPO DE ESTUDIO .....	40
POBLACION .....	40
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	41
Cuestionario de calidad de vida profesional.....	41
ANÁLISIS DE DATOS.....	42
ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPITULO IV .....	43
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	43
ANÁLISIS UNIVARIAL .....	44
ANÁLISIS BIVARIAL .....	56
CONCLUSIONES .....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS .....	71

## 2. Lista de tablas

Tabla No. 1 Operacionalización de variables.....	37
Tabla No. 2.- Características demográficas de los médicos familiares .....	45
Tabla No. 3.- Características laborales de los médicos familiares.....	46
Tabla No. 4.- Perfil y necesidades de formación académica de Médicos Familiars.....	48
Tabla No. 5.- Comentarios recibidos por familiares ante la noticia de escoger medicina familiar como especialidad .....	49
Tabla No. 6.- Asociación entre calidad de vida y características demográficas de médicos familiares .....	56
Tablas No. 7.- Asociación entre calidad de vida de los Médicos Familiars y Características laborales .....	57
Tabla No. 8.- Asociación entre calidad de vida de los Médicos Familiares y Efecto en la realización personal y familiar. ....	59

### 3. Lista de Gráficos

Gráfico No. 1 Pirámide de Jerarquía de necesidades humanas.....	25
Gráfico No. 2 Gráfico de las necesidades humanas.....	25
Gráfico No. 3 Diseño del estudio.....	40
Gráfico No. 4 Calidad de vida de los médicos familiares que laboran en el Ecuador.....	51
Gráfico No. 5 Percepción de la situación laboral actual de los médicos familiares.....	52
Gráfico No. 6 Preocupación por demandas de malas praxis de los médicos familiares.....	52
Gráfico No. 7 Malestar por inestabilidad laboral de los médicos familiares.....	53
Gráfico No. 8 Percepción de los médicos familiares si la retribución económica es adecuada a sus esfuerzos.....	53
Gráfico No. 9 Percepción de los médicos familiares de si su realización personal afecta su relación con el grupo familiar.....	54
Gráfico No. 10 Percepción de actividad profesional rutinaria de los médicos familiares.....	54
Gráfico No. 11 Sensación de realización personal con el ejercicio de su profesión médicos familiares.....	55
Gráfico No. 12 Percepción de la situación laboral en 10 años con respecto a la actual.....	55
Gráfico No. 13 Deseo de elegir la misma especialidad.....	56
Gráfico No. 14 Satisfacción de los médicos familiares en tener hijos médicos.....	56

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo de tipo observacional, descriptivo, transversal evaluó la calidad de vida de médicos familiares que laboran en el Ecuador utilizando una encuesta validada en médicos cardiólogos de Argentina. Se recolectaron 93 encuestas anónimas de un total de 145 médicos de familia contactados residentes en Ecuador, 80 encuestas fueron respondidas en forma completa (55.17% de las encuestas enviadas), 11 fueron excluidas por llenado incompleto, 1 por no residir en el Ecuador y 1 por no querer colaborar con el estudio.

Se observó que la calidad de vida profesional del médico de familia del Ecuador se encuentra entre muy buena (60%) y excelente (22.5%), ningún médico de familia percibe una mala calidad de vida en nuestro país.

El 52.5% de los médicos de familia del Ecuador tiene un promedio de ingresos entre \$2000 y \$4000 el mismo que influencia en su calidad de vida ( $p < 0.019$ ), el respaldo que tienen en su trabajo en caso de mala praxis ( $p = 0.001$ ), la sensación personal de realización y la relación del médico con su grupo familiar ( $p < 0.001$ ).

Además la calidad de vida no depende de la inestabilidad laboral y las características demográficas del grupo de estudio ( $p > 0.005$ ).

Palabras clave: Calidad de vida profesional, Médicos Familiares

## **5. ABSTRACT**

This observational-descriptive-cross-sectional study evaluated Ecuadorian family physicians' quality of life using survey validated in Argentinean cardiologists. Up to 93 surveys were collected from a total of 145 Ecuador residing family physicians. Data from 55.17% of sent surveys was included as only 80 participants responded in full, eleven were excluded because of incomplete filling, one does not longer reside in Ecuador and one abstained from contributing. The main endpoint evaluated was quality of life and the results were that the Ecuadorian family physician quality of life is overall very good (60%), and excellent (22.5%). No family physician was found to have a bad quality of life in our country.

The average income of 52.5% Ecuadorian family physicians corresponds to USD 2.000 and USD 4.000 which improves their quality of life score ( $p < 0.019$ ). Also, an adequate institutional support in case of malpractice was proven to increase this score with statistical significance ( $p 0.001$ ). In addition, feelings of accomplishment and a good relationship of the physician with his family has a positive effect in his quality of life ( $p < 0.001$ ).

Finally, their quality of life was not proven to depend on their job stability or on demographic characteristics of the study group ( $p > 0,005$ ).

Keywords: Quality of life, Family Physicians

## **CAPITULO I:**

## **INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. La administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo, hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo.<sup>1</sup>

La propuesta generadora del presente estudio es encontrar las variables más influyentes en la calidad de vida del médico familiar del Ecuador. Preocupa el hecho de no tener datos concretos acerca de dónde se encuentran los médicos familiares formados y qué sectores del país no poseen médicos familiares, así como desconocer cuál es su nivel de satisfacción en todos los ámbitos influyentes para una vida de calidad.

El presente estudio identifica el área donde se encuentran desempeñando su trabajo y evalúa cuál es su grado de satisfacción laboral, personal y familiar. Identifica además sus expectativas y necesidades pues la calidad de la atención médica de los sistemas de salud parece relacionarse con la satisfacción de los profesionales que los integran.

---

<sup>1</sup> Odile Fernández Martínez y otros, Calidad de vida profesional de los médicos residentes\_2007

## **CAPITULO II:**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

## **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

La Atención Primaria de Salud según la declaración de Alma Ata en 1978 debe ser entendida como el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicos, socialmente aceptables, con tecnología accesible para las familias de la comunidad constituyendo parte fundamental para el desarrollo social y económico de un país.<sup>2</sup>

La mayoría de los países con sistemas de salud basados en atención primaria tienen alrededor del 50% de médicos de familia. La medicina familiar, por definición, es la especialidad médica efectora de la APS; dado que el propósito y la unidad funcional de los cuidados primarios es el individuo dentro de la familia, el abordaje de la atención de la salud para la Medicina Familiar se desarrolla dentro de este contexto micro social, y evita fragmentar a cada integrante del grupo en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente .

La medicina familiar se ocupa de la resolución de problemas de salud frecuentes de la comunidad sin límites de edad, sexo, órgano o sistema afectado. Integrando a profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. Adaptándose a la población a la cual sirve.

### **Principios básicos**

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de “Salud para todos en el año 2000”. Veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad

---

<sup>2</sup> Rubinstein, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, 2da Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006.

sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud<sup>3</sup>.

Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros. Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la declaración del milenio, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano.<sup>4</sup>

Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. A los efectos del presente análisis, lo más importante son los principios<sup>5</sup> que se cifran en lo siguiente:

- Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- Enfoques intersectoriales de la salud.

En un estudio reciente sobre la APS se expresa esta perspectiva como el derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad, considerando la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población<sup>6</sup>. Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados.

---

<sup>3</sup> Taylor, Robert, Medicina de Familia, Práctica actual y Futura, 2006.

<sup>4</sup> Macinko, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007.

<sup>5</sup> McWhinney, Ian R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. New York. 1981.

<sup>6</sup> Stephens, G. Family Practice in the 1980-1990. STFM. Kansas City. Missouri. Taylor, Robert B. Family Medicine. Principles and Practice. Springer - Verlag: Second Edition. New York. 1983.

La evidencia disponible respalda el uso de esos modelos integrados como medio de aplicación de los principios de atención primaria, pues se ha observado una reducción del gasto sanitario, un menor uso de los servicios de atención de salud y un mejor estado de salud<sup>7, 8</sup>.

### **Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos**

En el 2008 la OMS plasmó de manera gráfica 4 reformas necesarias para orientar a los sistemas de salud en la articulación de una respuesta eficiente a los actuales desafíos sanitarios, basados en:

- Reformas en Pro de la cobertura universal que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud;
- Reformas de la prestación de servicios: que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados;
- Reformas de las políticas pública que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores;

---

<sup>7</sup> Informe sobre la salud 2008, La atención primaria de salud más necesaria que nunca, Suiza 2008

<sup>8</sup> National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006-2007);

<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, consultado el 19 de julio de 2008).

0 Heath I. A general practitioner for every person in the world. 9. BMJ, 2008, 336:861

- Reformas del liderazgo que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.”<sup>9</sup>

La Atención Primaria de Salud (APS) y la medicina familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del médico de familia, mientras que la medicina familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la medicina familiar la disciplina para realizarla<sup>10</sup>.

## **MEDICINA FAMILIAR**

### **Definición**

La medicina de familia es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global (Teoría Holística de la Práctica Médica).<sup>11</sup>

Es una especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (biopsicosocial o integral), capaz de resolver el 90 – 95% de los problemas de salud, proporcionando cuidados continuos e integrales del individuo, su familia y su comunidad que incorpora todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades (amplio campo de acciones), con particular énfasis en la medicina humanística, la relación médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos, la medicina integrada, y la medicina costo-efectiva.

---

<sup>9</sup> Informe sobre la salud 2008, La atención primaria de salud más necesaria que nunca, Suiza 2008

<sup>10</sup> Taylor, Robert B. Family Medicine. Principles and Practice. Springer - Verlog: Second Edition. New York. 1983.

<sup>11</sup> Taylor, Robert, Medicina de Familia, Práctica actual y Futura, 2006.

La Medicina Familiar es una especialidad reciente con 40 años de antigüedad, surge en Estados Unidos en la década de 1960, época de la guerra de Vietnam como respuesta a las necesidades de la población de crear un médico especializado en la asistencia sanitaria orientada a la familia. El informe de la Comisión Millis en 1966, titulado “La Educación Graduada de los Médicos”, recomendó el entrenamiento especializado de postgrado para todos los médicos de atención primaria. En los años siguientes se formaron los departamentos de medicina general o medicina familiar en las escuelas de medicina, se desarrollaron programas de entrenamiento, y se establecieron las calificaciones para la especialidad. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un Consejo ad-hoc. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969. En 1979 la *American Board of Family Practice* crea la certificación de la especialidad, hoy en día existen 471 programas en formación en Estados Unidos.<sup>12</sup>

El programa de medicina de familia se ha difundido ampliamente a nivel de Norteamérica, Latinoamérica, Europa, y países asiáticos. Por ejemplo: España, Inglaterra, Argentina, Cuba, México, Ecuador, Corea del Sur, Malasia, Singapur, Australia, Egipto, Nigeria, entre otros.

Los principios filosóficos y valores que mantienen unidos a los médicos familiares con firmes convicciones son:

- Asistencia Sanitaria Integral
- Coordinación asistencial.
- Abordaje centrado en la familia
- Asistencia sanitaria basada en la relación con el paciente antes que con la enfermedad
- Asistencia sanitaria basada en la comunidad
- Razonamiento clínico global, reconocer el papel de la familia frente a la enfermedad y el impacto de ésta en la familia.

---

<sup>12</sup> Rubinstein, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, 2da Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006

## MEDICINA FAMILIAR EN EL ECUADOR

En el año 1987 se inicia en Ecuador la formación de especialistas en medicina familiar con la implementación del primer programa de la especialidad, con sede en el Hospital Vozandes de la ciudad de Quito y el aval académico de la Universidad Católica de Cuenca. Un año después, en 1988, se funda la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, sociedad científica sin fines de lucro que aglutina a los médicos de familia del país y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA).<sup>13</sup>

Los médicos que ejercen la medicina familiar se consideran especialistas pero, hasta el momento, las especialidades tradicionales tienen dificultades para aceptar esta nueva especialidad en el país.<sup>14</sup>

En el año 2005 existían en el país algunos programas formales de entrenamiento de médicos familiares: dos en Quito, uno en Esmeraldas y uno en Loja. Los programas que forman médicos especialistas en medicina familiar duran 3 años, bajo la modalidad de residencia médica. Desde hace algunos años han aparecido programas aislados que ofrecen títulos en diplomatura y maestría en salud familiar o medicina familiar, que han formado un contado número de médicos pero que no tienen continuidad en su oferta.<sup>15</sup>

El Postgrado de Medicina Familiar de la PUCE, que es la principal fuente de formación de médicos de familia, promueve la adquisición de actitudes y destrezas propias de los médicos de familia, cuya atención se basa en una relación continua con el paciente, la familia y su comunidad. El cuidado de la salud está bajo el control directo del paciente, porque respeta sus decisiones según sus propias necesidades y valores. El Postgrado suscita que el médico de familia se convierta en un agente de

---

<sup>13</sup> Natalia Romero, Rodrigo Díaz, Erika Tinoco y Mónica Valle. La medicina familiar en Ecuador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):515

<sup>14</sup> *Ibíd.*

<sup>15</sup> *Ibíd.*

cambio en el sistema de salud, para que vigile permanentemente la calidad y seguridad en la atención.<sup>16</sup>

A partir de las reformas constitucionales llevadas a cabo en Ecuador, que culminaron con la elaboración de la Nueva Constitución de la república del Ecuador, aprobada en referendo nacional y publicada en el registro oficial NH 449 del 22 de octubre del 2008, se consagra la garantía del derecho a la salud de la población ecuatoriana.<sup>17,18</sup>

Entre los mecanismos para satisfacer las demandas en salud de la población, la autoridad sanitaria nacional representada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, plantea la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAISFC) y la creación de Equipos Básicos de Salud (EBAS).<sup>19</sup>

En el sector público no hay servicios asistenciales de medicina familiar, pero en el sector privado para el año 2006 funcionaban unos 20 centros de medicina familiar en la capital del país y otros 20 distribuidos en las grandes provincias, como Guayas, Azuay, Loja, Imbabura y Esmeraldas.<sup>20</sup>

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), a partir de la resolución 308 en marzo 2010, ha implementado importantes avances en el desarrollo de su modelo de atención basado en medicina familiar tanto para el Seguro General de Salud Individual y Familiar como para el Seguro Social Campesino, de tal manera que garantice la universalidad y la eficiencia de la atención de salud con enfoque individual, familiar, comunitario y en red.<sup>21</sup> El IESS es la institución con el mayor número de médicos de familia y tiene comprometida una importante inversión para reperfilar a los profesionales de atención primaria de los dispensarios rurales del

---

<sup>16</sup> Alvear S. Ref proyecto postgrado medicina familiar . Puce 2008

<sup>17</sup> Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011; 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)

<sup>18</sup> Natalia Romero, Rodrigo Díaz, Erika Tinoco . La medicina familiar en Ecuador. Aten Primaria. 2006;38(9):515-6

<sup>19</sup> *Ibid.*10

<sup>20</sup> Natalia Romero, Rodrigo Díaz, Erika Tinoco. La medicina familiar en Ecuador. Aten Primaria. 2006;38(9):515-6

<sup>21</sup> Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Resolución No C.D. 308.Enero/Marzo 2010.Págs. 1-13.

Seguro Social Campesino con un enfoque de salud familiar, en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.<sup>22</sup>

### **Perfil del médico familiar**

El médico de familia realiza un tipo de ejercicio profesional de la medicina que tiene un cuerpo doctrinal claro y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Si bien los médicos de familia por su formación pueden desempeñar su trabajo en diversos ámbitos laborales (servicios de urgencias y emergencias, unidades técnicas, etc.) su ámbito natural más frecuente de actuación es la atención en primer nivel.<sup>23</sup>

Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias.

Tiene un amplio campo de acción, sin distinción de edad, sexo, sistemas orgánicos y enfermedades, capaz de ir del individuo, a la familia y a la comunidad, integrando las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (medicina integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (medicina integrada).

Es el intercesor y abogado del paciente<sup>24</sup> con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas, capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos),

---

<sup>22</sup> Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)

<sup>23</sup> McWhinney, Ian R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. New York. 1981.

<sup>24</sup> Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)

comprometido con la persona y la medicina humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.<sup>25</sup>

El perfil del médico de familia es hacer función de porteros del sistema de salud, procurando el uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles. Coordina la atención en todos los niveles, asegurando eficacia y equidad.<sup>26, 27</sup>

El médico de familia realiza referencias de tipo colateral para problemas específicos que ameriten seguimiento, pero mantiene la responsabilidad de salud del paciente por lo que realiza interconsultas en vez de referencias, evitando así la “Galaxia de Especialistas” en el manejo según Michael Balint: Sabrá cómo, cuándo y a quién enviarlo al requerir otro especialista.<sup>28,29</sup>

Se estableció que en Ecuador para cumplir con la estrategia de Atención Primaria, un médico familiar debe:<sup>30</sup>

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
2. Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.
3. Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.
4. Hacer uso eficiente de los recursos de APS.

---

<sup>25</sup> Owens, T.P.; Dominici, L.E.; Saldaña, A. ¿Qué es la Medicina Familiar? Universidad de Panamá. 1998.

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter Health Promotion. Geneve: OMS; 1986

<sup>27</sup> Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)

<sup>28</sup> *Íbid*

<sup>29</sup> Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)

<sup>30</sup> *Íbid*.

5. Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.
6. Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
7. Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.
8. Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.
9. Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta, servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.
10. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
11. Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.

## **Sistema de Salud en el Ecuador**

Ecuador es un estado de derecho organizado multiétnico, multicultural formado por indígenas, afro-ecuatorianos, mulatos, mestizos, blancos con una población total para el año 2010 de 14'306.876.<sup>31</sup>

El sistema de salud del Ecuador está marcado por la fragmentación y segmentación, ya que hay una falta de coordinación entre los actores y no hay separación de funciones entre los subsistemas. Cada subsistema tiene una población de

---

<sup>31</sup> Censo Ecuador 2010. En línea: <http://www.inec.gob.ec/preliminares/somos.html>.

beneficiarios al acceso a servicios diferenciados y cada institución en el sector de la salud tiene su propio régimen de organización, administración y financiación.<sup>32</sup>

El subsector público incluye el Ministerio de Salud (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), la Seguridad Social de la Policía Nacional de (ISSPOL) y los servicios de salud en algunos municipios.<sup>33</sup>

En el sector privado, se encuentran unidades administradas por ONG, fundaciones, iglesias y otras organizaciones sin fines de lucro.<sup>34</sup> La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad de Protección de los niños de Guayaquil, la Sociedad contra el Cáncer (SOLCA), y La Cruz Roja Ecuatoriana son entidades privadas con actividades en el sector público.<sup>35</sup>

En conjunto, esta oferta de establecimientos confirma la existencia de una infraestructura sanitaria que puede servir de base para impulsar la reorganización del sistema nacional de salud, en especial, las propuestas de atención primaria.<sup>36</sup>

El MSP posee la red de servicios más importante del país, en cuanto a número, complejidad y recursos humanos; la capacidad instalada es de 1863 unidades operativas: 169 Área de Salud (85 Hospital base, 152 Centro de salud, 1127 Subcentro de salud, 434 Puesto de Salud, 21 Unidades Móviles, 3 Unidades Forenses); 42 hospitales (generales, especializados y de especialidades)<sup>37</sup>, que se encuentran distribuidos en tres niveles de atención.

---

<sup>32</sup> USAID y OPS. Health Systems Profile Ecuador. Monitoring and analysis Health systems change/reform. Octubre 2008. Tercera Edición.

<sup>33</sup> *Íbid.*

<sup>34</sup> Owens, T.P.; Dominici, L.E.; Saldaña, A. ¿Qué es la Medicina Familiar? Universidad de Panamá. 1998.

<sup>35</sup> USAID y OPS. Health Systems Profile Ecuador. Monitoring and analysis Health systems change/reform. Octubre 2008. Tercera Edición.

<sup>36</sup> Owens, T.P.; Dominici, L.E.; Saldaña, A. ¿Qué es la Medicina Familiar? Universidad de Panamá. 1998.

<sup>37</sup> *Íbid.*

El IESS posee centros de atención primaria sino también especializada. Este seguro social se ha encargado de beneficiar a la población económicamente activa y a los dependientes de los mismos.

El IESS tiene como misión proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.<sup>38</sup>

El IESS tiene 348 dispensarios rurales de seguridad social, 42 unidades ambulatorias y 25 centros ambulatorios en el nivel I, incluso algunos de ellos tienen instalaciones más complejas, como cirugía, laboratorios y subespecialidades. En el nivel II tienen cinco hospitales de primer nivel y diez de segundo nivel. En el nivel III tienen tres hospitales de tercer nivel.<sup>39</sup>

La diversidad de establecimientos de salud complejiza la elaboración, seguimiento y evaluación de políticas estatales de salud. Un objetivo no realizado del MSP desde su creación ha sido la integración de estas diversas instituciones en un sistema nacional de salud que opere bajo el modelo de redes de atención.

Es así que es necesaria la reformación del sistema de salud en el Ecuador puesto que las instituciones no trabajan como parte del sistema sino que cada institución trabaja por su cuenta. Además, se demostró que en el Ecuador hace falta la implementación de centros de atención primaria

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES.**

La calidad de vida es un concepto, multidimensional, que resulta muy difícil definirlo. La mayoría de los autores coinciden en que se trata de un concepto compuesto de elementos subjetivos relacionados a la percepción de bienestar de un

---

<sup>38</sup> Instituto Ecuatoriano de Seguro Social, Misión, En línea: <http://www.iess.gob.ec/site.php?content=292-quienes-somos>

<sup>39</sup> Pan American Health Organization. ECUADOR. Health in the Americas. 2007; 2: En línea: [http://www.paho.org/hia/archivosvol12/paisesing/Ecuador\\_english.pdf](http://www.paho.org/hia/archivosvol12/paisesing/Ecuador_english.pdf)

individuo en un momento dado <sup>40, 41</sup>, o más sencillamente como “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”<sup>42</sup>. Del mismo modo coinciden en que el mismo está comprendido, pero no confinado, al concepto de salud definido por la OMS como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.<sup>43</sup>

Al evaluar la calidad de vida de los individuos el principal problema con el que nos encontramos es definir lo que se va a medir.<sup>44</sup> Así, A. Dazord, P. Gevin y J. P. Boissel señalan que investigadores a lo largo de la historia han tratado de identificar los aspectos sociales más importantes en base a su validez aparente (Terleckyj, 1977; Kuz, 1978; Liu, 1978; Flanagan, 1978, ONU 1966; Drewnoski, 1974; OCDE. 1976), valorando en globalidad el bienestar físico, y material; relaciones interpersonales; actividades sociales, cívicas y en la comunidad; desarrollo personal, realización, y ocio.<sup>45</sup>

El humanista estadounidense Abraham Maslow en 1968, plasmó gráficamente la jerarquía de las necesidades humanas, sugiriendo que a medida que las necesidades básicas o inferiores se van cubriendo, van surgiendo otras necesidades superiores; determinando tentativamente que sólo podremos alcanzar los niveles más altos de auto-realización (o mejor calidad de vida) si los básicos han sido satisfechos.<sup>46</sup>

---

<sup>40</sup> Vicenta Escribà-Agüir y otros, Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas\_2008, España.

<sup>41</sup> Psic. Alicia García López, Uno de los elementos de la calidad de vida: El contrato médico\_ 1995, Uruguay.

<sup>42</sup> Joan Mónes, ¿Se puede medir la calidad de vida?¿Cuál es su importancia?\_2004, España.

<sup>43</sup> Psic. Alicia García López, Uno de los elementos de la calidad de vida: El contrato médico, 1995, Uruguay.

<sup>44</sup> *Ibíd.*

<sup>45</sup> P. González y otros\_ Evaluación de calidad de vida, 1993.

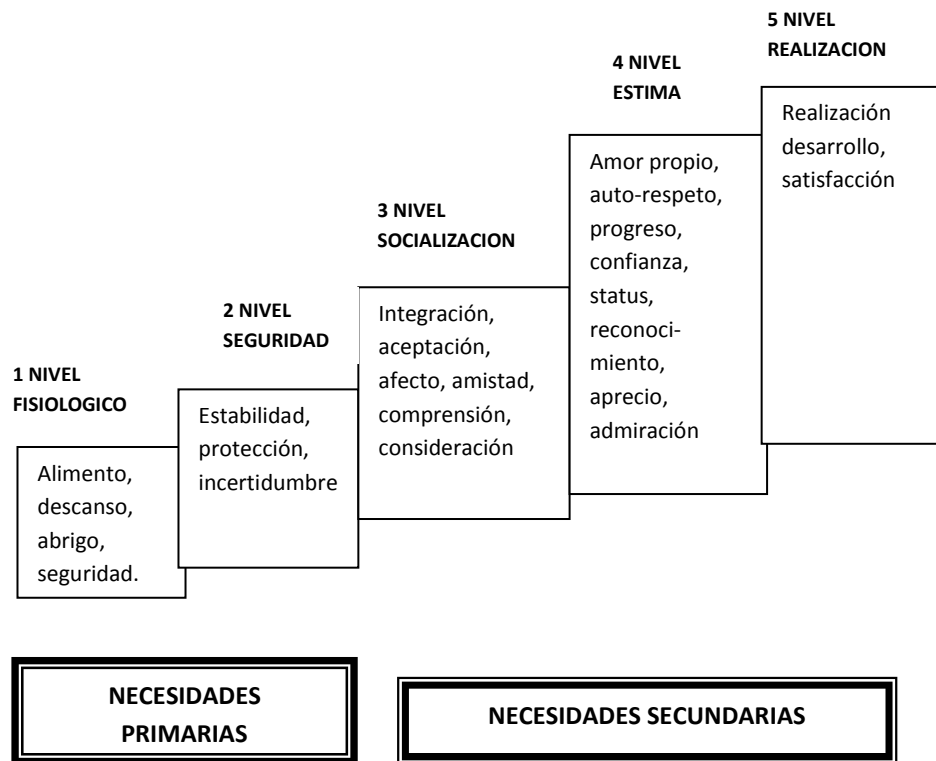
<sup>46</sup> Francis Heylighen, A COGNITIVE-SYSTEMIC RECONSTRUCTION: MASLOW'S THEORY, 1992, Bélgica.

## GRÁFICO NO. 1 Pirámide de Jerarquía de necesidades humanas



Fuente: Merino R. Pirámide de la Jerarquía de necesidades humanas. Instituto Juan de Mariana. En línea: <http://www.juandemariana.org/estudio/982/3/sociedad/propietarios>

## GRÁFICO NO. 2. Gráfico de las necesidades humanas



Fuente: La teoría de la motivación y la jerarquía de las necesidades de Maslow. En línea: <http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>

Sin embargo, el intento más consistente y prometedor de generar cierto acuerdo conceptual acerca de los indicadores objetivos que deben ser medidos, procede de los investigadores de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos 1973)<sup>47</sup>, en las 24 naciones más industrializadas de la época, que definen la calidad de vida en términos de situación del individuo en relación a una serie de aspectos sociales nucleares. Estos aspectos incluyen:

*A) Salud*

*B) Desarrollo individual mediante la educación*

*C) Empleo y calidad de vida laboral*

*D) Tiempo y ocio*

*E) Bienes y servicios*

*F) Entorno físico*

*G) Seguridad personal y administración de justicia*

*H) Oportunidad social y participación*

En el Ecuador, al tratar de dar un enfoque objetivo económico que nos permita evaluar la calidad de vida, debemos remitirnos a la realidad actual; en lo que se refiere al costo de la canasta básica familiar que es de \$555.27 (abril 2011), siendo el salario básico unificado de \$ 264 (enero 2011) y el salario mínimo sectorial del médico de \$ 314.97 según el registro oficial número 358 de Enero2011<sup>48</sup> .

Los salarios mínimos sectoriales determinados en el Acuerdo Ministerial 255 corresponden a los valores mínimos que el empleador debe pagar al trabajador conforme lo determina el Art. 81 del Código del Trabajo, independientemente de que el empleador pudiere pagar un valor mayor y/o valores que se hubieran negociado en contratos colectivos.

---

<sup>47</sup> Bertha Palomino Villavicencio y Gustavo López Prado, *Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo*, 1999.

<sup>48</sup> Nuevos salarios mínimos sectoriales: Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Ministerio de Relaciones laborales. En línea: [http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=296:salarios-minimos-sectoriales&catid=56](http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=296:salarios-minimos-sectoriales&catid=56)

El SENRES (Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público) considera al médico familiar en la misma escala que un médico general, constando como servidor público escala 7 y percibiendo un salario de \$ 1590<sup>49</sup>, mientras que en el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) se considera al médico familiar como Médico Especialista 2 percibiendo un salario mensual de \$ 2194.<sup>50</sup>

En el sector privado la remuneración está dada por el número de horas y es en promedio de 8 a 10 dólares la hora percibiendo un salario mensual de \$1500 a \$1700 por 8 horas por 22 días al mes. Además existen contratos como servicios profesionales, contrato a riesgo compartido y consultorías cuya remuneración es en acuerdo con el patrono.

Pero sería poco provechoso la evaluación de la calidad de vida en base únicamente a variables objetivas; Palmore y Luikart (1972); Larson (1978); Wilkening y McGranahan (1978) demostraron que las condiciones objetivas de vida (por ejemplo ingresos, educación y otras características socio-demográficas) estaban sólo marginalmente relacionadas con la experiencia subjetiva de una mejor calidad de vida. Levi y Andersson (1980) justificaron lo antedicho estableciendo que el determinante fundamental de la calidad de vida individual es el “ajuste” o la “coincidencia” entre las características de la situación (de exigencias y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal y como las percibe él mismo; es por esto que los estudios que utilizan únicamente variables objetivas contribuyen escasamente a la comprensión de la calidad de vida del individuo<sup>51</sup>.

Consecuentemente, en la evaluación de la calidad de vida, se han incluido marcadores subjetivos en términos de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar

---

<sup>49</sup> Ministerio de relaciones laborales. Acuerdo ministerial No. MRL 2010. En línea: [http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=190:escalas-de-remuneracions-del-sector-publico&catid=48](http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=190:escalas-de-remuneracions-del-sector-publico&catid=48)

<sup>50</sup> Grados y escalas salariales IESS 2010. En línea: [http://www.iess.gob.ec/documentos/transparencia/lotaip\\_2010/remuneraciones/extras.pdf](http://www.iess.gob.ec/documentos/transparencia/lotaip_2010/remuneraciones/extras.pdf)

<sup>51</sup> P. González y otros, Evaluación de calidad de vida, 1993.

general (Najman y Levine 1981). Diversos autores, como Campbell (1976); Wilkening y McGranahan (1978); Weaver (1978), mostraron que descripciones positivas de la situación matrimonial y familiar eran buenos, sino los mejores, predictores de felicidad o satisfacción con la vida. Kennedy (1978) señala la amistad; Robinson (1973) el compromiso con los demás; Palmore y Luikart (1972) la participación en organizaciones; y Hadaway (1978) la religión, siendo todos ellos factores asociados a un mayor nivel de satisfacción y/o bienestar.<sup>52</sup>

Resumidamente, los determinantes más importantes de un elevado nivel subjetivo de calidad de vida parecen ser:

1. Relaciones sociales positivas, estables e íntimas.
2. Ausencia de distancia entre las expectativas y los logros alcanzados.

### **Instrumentos para evaluar la calidad de vida**

Entonces, una vez analizados los componentes objetivos y subjetivos a juzgarse al intentar definir la calidad de vida en general, los instrumentos evaluadores de los mismos deberían cumplir ciertos requisitos ( Spitzer 1981, y Dracup y Raffin 1989):

1. Deben ser instrumentos simples, fáciles de entender, recordar, administrar y registrar.
2. Deben incluir todo el intervalo de dimensiones de la calidad de vida.
3. Su contenido debe ser compatible con la perspectiva de la comunidad, y las dimensiones deben surgir de las opiniones de los pacientes, de la población sana y de los profesionales de la salud.
4. Deben ser cuantitativos.
5. Deben ser aplicables a la mayoría de las situaciones y poco influenciados por factores como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad.
6. Deben ser fácilmente aceptados por aquellos que evalúan y los evaluados.

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*

7. Deben ser sensibles a los cambios en la situación clínica de la persona evaluada.
8. Deben ser discriminantes entre grupos de personas con diferentes niveles apreciables de calidad de vida.
9. Los resultados deben ser consistentes con otras medidas de salud, situación clínica o etapa vital.
10. Deben ser formalmente validados antes de recomendarse para uso amplio y general.

Además de lo expuesto, no debemos olvidar las importantes consecuencias que poseen la enfermedad y la discapacidad ( Kaplan y Anderson 1988), produciendo un acortamiento de la esperanza de vida y haciendo la vida menos deseable; de ahí nace el término “*Calidad de vida relacionada con la salud*”, el mismo que ha cobrado tanta importancia desde el punto de vista médico. Se han desarrollado un sinnúmero de test evaluatorios de la calidad de vida en circunstancias específicas de enfermedad sobretudo en patologías crónicas, siendo su principal punto de análisis la esperanza de vida (*mortalidad*), funcionalismo y sintomatología (*morbilidad*), preferencia por determinados estados funcionales (*utilidad*) y la duración de la permanencia en el estado de salud (*pronóstico*).<sup>53</sup> Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky 1948, enfocada principalmente a patología oncológica, siendo de carácter genérico y unidimensional.

Al parecer, el personal de salud que cuida del enfermo crónico tiene influencia en la calidad de vida de su paciente, pero no olvidemos que los pacientes en sí también influyen en la calidad de vida de su médico. Cuando un médico obtiene mayor cantidad de buenos resultados con sus tratamientos, establece vínculos satisfactorios en general con sus pacientes, y la situación profesional- desde los pacientes- mejora. Un médico se convierte en médico por su título, eleva su jerarquía por concursos y posgrados, pero también a través de la confirmación, brindada como tal, por los

---

<sup>53</sup> *Ibíd.*

pacientes. O sea que el producto de la interacción entre las tres áreas: tipo de enfermedad, vínculos entre médico y paciente y situación profesional y laboral del médico, va a incidir en la calidad de vida de ambos.<sup>54</sup>

### **Calidad de vida en profesionales de la salud**

García Sánchez define el concepto de “Calidad de vida profesional” como la “experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas”<sup>55</sup>.

No hay que desconocer que la administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente<sup>56</sup>, sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo<sup>57</sup>.

Es de igual interés saber que muchas veces se confunde calidad de vida del médico con posibilidades de trabajo y buena remuneración, mientras que la calidad de vida es mucho más, es también tranquilidad y comodidad en el ejercicio de la profesión, armonía entre expectativas ideales y posibilidades reales. Es por esto que se establece que la satisfacción o *displacer* de un médico con su situación laboral y profesional depende de<sup>58</sup>:

1. La capacidad técnica: condición necesaria pero no suficiente.
2. Los ideales: expectativas con la profesión, ilusiones.

---

<sup>54</sup> Psic. Alicia García López, Uno de los elementos de la calidad de vida: El contrato médico, 1995, Uruguay.

<sup>55</sup> García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. Revista de Qualitat.1993;11:4-9.

<sup>56</sup> Reyes Rodríguez JF. La mejora continua de la atención al usuario desde su perspectiva. Una condición necesaria. Cuadernos de Gestión. 1999;5:194-5.

<sup>57</sup> Grol R, Mokkin H, Smiths A. Work satisfaction of general practitioner and the quality of patient care. Fam Pract. 1985;2:128

<sup>58</sup> Psic. Alicia García López, Uno de los elementos de la calidad de vida: El contrato médico, 1995, Uruguay.

3. La relación con los pacientes.
4. La relación con los familiares de los pacientes.
5. La relación con las instituciones.
6. La relación con los colegas médicos.
7. La relación con otros profesionales de la salud.

Han surgido varios cuestionarios con el fin de evaluar la calidad de vida de los pacientes, siendo de carácter específico relacionado con la salud; sin embargo son pocos los cuestionarios genéricos que evalúan la calidad de vida poblacional y aún menos los diseñados selectivamente para evaluar la vida en el profesional de la salud.

El instrumento más usado para la evaluación de la calidad de vida profesional ha sido el CVP-35, el mismo que consta de 35 ítems que valoran 3 dimensiones: apoyo directivo, cargas en el trabajo, motivación intrínseca y la calidad de vida profesional percibida.

Las características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), fue investigado en Barcelona por: Martín, Cortéz, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez (2003) realizaron un estudio transversal analítico en un área de atención primaria entre 2001 y 2003, en dos ocasiones se seleccionó una muestra aleatoria de 450 profesionales estratificada en 3 grupos I (médicos, farmacéuticos y psicólogos), II (enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales) y III (auxiliares administrativos y de enfermería y celadores). Los autores concluyeron que el CVP-35 mantiene sus propiedades métricas en entornos diferentes y puede ser propuesto como elemento de medida y comparación de la calidad de vida profesional en atención primaria.

En la práctica, la aplicación del CVP-35 a médicos residentes en España determinó que en general los residentes perciben una mala calidad de vida profesional en toda España y que aquellos estudiando medicina de familia además de estar más motivados que el resto de sus compañeros, perciben una mejor calidad de vida

comparado con los residentes de Pediatría<sup>59</sup>; sin embargo en estudios realizados con médicos especialistas aquellos profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario perciben una mejor calidad de vida que los que trabajan en atención primaria<sup>60</sup>.

En España, Sánchez González, Álvarez Nido y Lorenzo Borda (2003) realizaron una investigación sobre la Calidad de Vida de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid, encuestaron a 419 profesionales de atención primaria, mediante el CVP- 35, además de variables demográficas y laborales, los autores pudieron detectar que la percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal médico que en el resto de los profesionales, no encontrando diferencias al analizar la CVP con el resto de las variables, concluyen los autores que los trabajadores del Área 10 de Madrid presentan un nivel medio de CVP, aunque la valoración entre los médicos es baja, por la excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización.

En México, Arías Amaral, Vargas Flores (2008) realizaron una investigación sobre Calidad de Vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel, encuestaron a todos médicos residentes que ingresaron al primer año del curso de especialidad médico-quirúrgica en el Hospital General de Occidente entre marzo 2004 y marzo de 2005. La calidad de vida se valoró mediante la aplicación del cuestionario en español, Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) que puede ser aplicado a personas sin enfermedades crónicas; en tres momentos: al ingreso, a los seis meses y al año. La mayoría de los residentes informó buena calidad de vida al inicio del estudio (93%), que disminuyó en la segunda medición (63%) y volvió a aumentar en la tercera medición (76%), pero sin llegar a los valores de base. Los autores concluyen que la calidad de vida relacionada con la salud de los médicos residentes sufre un descenso en los primeros seis meses, con recuperación a los 12 meses, pero sin retornar a los valores de base.

---

<sup>59</sup> Odile Fernández Martínez y otros, Calidad de vida profesional de los médicos residentes, 2007.

<sup>60</sup> *Ibíd.*

Beasley et all <sup>61</sup>, determinaron mediante un instrumento desarrollado por los mismos investigadores, que los médicos de atención primaria que trabajan en Wisconsin de manera independiente tienen significativamente mejor calidad de vida laboral comparado con los trabajadores empleados por las grandes organizaciones prestadoras de servicios de salud.

En 2008, Argentina, se evaluó la factibilidad, la consistencia interna, la capacidad discriminativa y la composición factorial de un cuestionario de CVP aplicado a una población de médicos cardiólogos, validando dicho instrumento en su población en tres dominios: percepción de la situación laboral, posibilidad de realización personal y expectativa de futuro. En la aplicación del cuestionario no se observaron problemas en la administración del mismo, ni se registraron datos faltantes en cada formulario, lo que demuestra que se trata de un instrumento de fácil aplicación. El análisis de las características métricas demostró a su vez la fiabilidad y la validez del instrumento para evaluar la CVP del médico cardiólogo, el mismo que puede extenderse a otros profesionales de la salud<sup>62</sup>. Por ser un instrumento mucho más corto y que requiere menor tiempo en su correcto llenado, decidimos utilizarlo para la medición de la calidad de vida de los Médicos Familiares en el Ecuador.

---

<sup>61</sup> John W. Beasley y otros, Quality of Work Life of Independent vs Employed Family Physicians in Wisconsin:A WReN Study, 2005, Estados Unidos.

<sup>62</sup> José Calderón y otros, Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos, 2008, Argentina.

## **CAPITULO III**

## **METODOLOGÍA**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la calidad de vida profesional con respecto a: percepción de la situación laboral, realización personal y expectativa de futuro de los médicos de familia que residen en Ecuador?

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la calidad de vida profesional de los médicos de familia que residen en el Ecuador

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el perfil demográfico de los médicos de familia que residen en el Ecuador.
- Determinar la percepción de la situación laboral, horas de trabajo, tipo de trabajo (de dependencia o independiente) e ingresos percibidos.
- Identificar el grado de realización personal y expectativa de futuro en Médicos de Familia que residen en el Ecuador.
- Determinar las necesidades de sub-especialización y de educación médica continua en los Médicos de Familia que residen en el Ecuador.
- Identificar la relación entre años de graduado y satisfacción laboral de los Médicos de Familia.

## **HIPOTESIS**

La calidad de vida de los Médicos Familiares se ve influenciada por la estabilidad laboral y familiar, el ingreso económico percibido, la capacidad de manejar su tiempo libre y actividades de esparcimiento, la posibilidad de mantener una educación médica continuada y de verse involucrado en actividades docentes y la seguridad de sentirse respaldado por una sociedad (SEMF).

## **MATERIALES Y METODOS**

Se evaluó la calidad de vida de nuestros colegas, identificando la percepción de su especialidad y el grado de satisfacción en todos los ámbitos (laboral, familiar, económico, etc.) alcanzado con la misma, se excluyó la evaluación del estado de salud de los profesionales, para que no sea un factor que interfiera en los resultados de su calidad de vida.

Se obtuvo los datos mediante la realización de una encuesta y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (José Calderón y col., Revista Argentina de Cardiología, septiembre-octubre 2008) aplicada y validada en médicos cardiólogos argentinos, vía correo electrónico con la aplicación del sistema Survey Monkey del Hospital Vozandes, previa conversación telefónica con cada uno de ellos y aceptación del consentimiento informado.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO**

**Variable Independiente:** Grado de satisfacción laboral, personal y familiar.

**Variable Dependiente:** Calidad de vida profesional

**Variables control:** Edad, ocupación, estado civil, número de hijos, actividades docentes, horas de trabajo, tipo de trabajo, ingreso mensual .

**Satisfacción laboral:** Es la actitud general de un individuo hacia su trabajo. Una persona con un alto nivel de satisfacción en el puesto tiene actitudes positivas hacia el mismo; una persona que está insatisfecha con su puesto tiene actitudes negativas hacia él”<sup>63</sup>.

**Satisfacción personal y familiar** es la satisfacción con la vida y en el grupo familiar que está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por

---

<sup>63</sup> Caballero, J. *La satisfacción personal y profesional de los/as Directores/as de los Centros de Educación Infantil, Primaria, Secundaria en Andalucía*. Tesis doctoral inédita, Universidad de Granada, 2000.

apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas.<sup>64</sup>

**La calidad de vida profesional:** Se define como la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero adecuada definición americana “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.<sup>65</sup>

**Tabla No. 1 Operacionalización de variables**

<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>			
	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Categoría/escala</b>
DEPENDIENTE	<b>Calidad de vida profesional</b>	Variable compleja: Realización personal+ Realización familiar+ Realización profesional+ Expectativa del futuro	0-10 Mala 11-20 Regular 21-30 Buena 31-40 Muy buena 41-55 Excelente
INDEPENDIENTE	<b>Grado de satisfacción laboral</b>	Estabilidad laboral  Riesgo de mala práctica  Estabilidad económica	Mala Regular Buena Muy buena Excelente Nada Muy poco Moderada Bastante Mucho Nada Muy poco Moderado Bastante Mucho

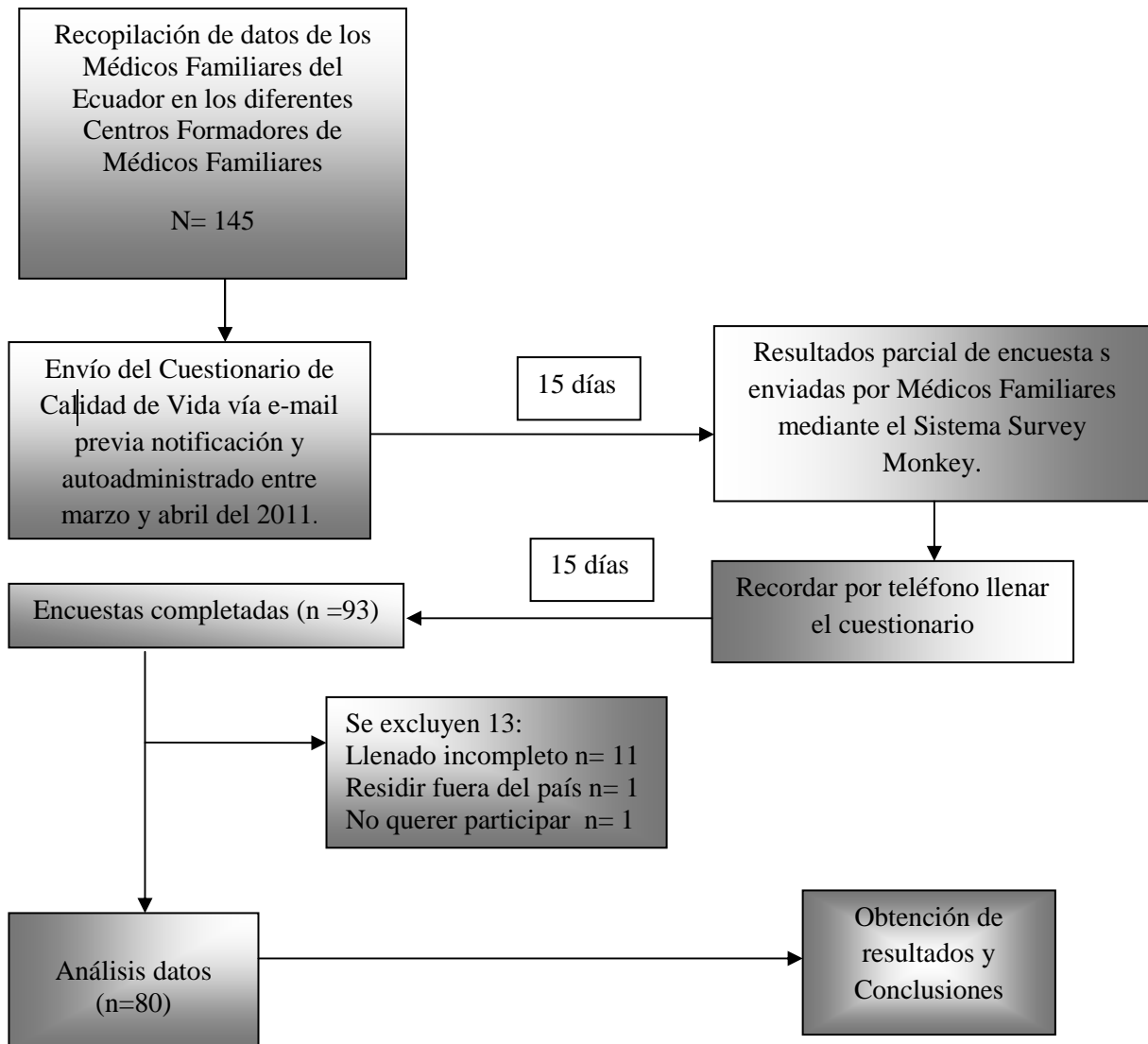
<sup>64</sup> Cardona D. y Agudelo H. Satisfacción personal como componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Descent Rev. salud pública. 9 (4):541-549, 2007.

<sup>65</sup> Joan Mónes, ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?, 2004, España.

	<b>Grado de satisfacción personal y familiar</b>	Afectación familiar  Espacios recreativos  Actividad profesional rutinaria  Percepción de realización personal	Nunca Raramente Ocasionalmente Frecuentemente Siempre Nunca Raramente Ocasionalmente Frecuentemente Siempre Nunca Raramente Ocasionalmente Frecuentemente Siempre Nada Muy poco Moderado Bastante Mucho
	<b>Expectativa del futuro</b>	Situación laboral en 10 años  Jubilación	Muy mala Peor de la actual Igual Buena Muy buena < 50 años 50-60 años 60-70 años > 70 años
CONTROL	<b>Edad</b>	60 años 51-60 años 41-50 años 29-40 años	Frecuencia
	<b>Sexo</b>	Femenino Masculino	Proporción
	<b>Estado civil</b>	Soltero/ Divorciado Casado/ Unión libre	Proporción
	<b>Hijos</b>	Si No	Proporción
	<b>Número de hijos</b>	1 2 3 4 >4	Frecuencia
	<b>Año de graduado</b>	5 años 5-15 16-25 >25	Proporción
	<b>Otros estudios realizados</b>	Diplomado Maestría	Proporción/ Pregunta abierta

	Doctorado Otra especialidad Subespecialidad/Fellows	
<b>Actividad docente</b>	Si No	Proporción
<b>Remuneración por actividad docente</b>	Si No	Proporción
<b>Actividad deportiva</b>	Si No	Proporción
<b>Carga horaria semanal por actividad docente</b>	1) < 10 h 2) 11 - 20 h 3) 21 - 30 h 4) 31 - 40 h 5) > 40 h	Proporción
<b>Carga horaria semanal de actividad asistencial</b>	>24 horas 24-48 48-72 > 72 horas	Proporción
<b>Ingresos mensuales</b>	< \$1000 \$1000 –\$ 2000 \$2000 – \$4000 \$4000 – \$6000 > \$6000	Proporción
<b>Cargos que desempeña</b>	Residente Médico de planta Coordinador Jefe de Servicio Cargo directivo Profesor	Proporción
<b>Lugar de ejercicio profesional</b>	Hospital público Hospital de comunidad Hospital privado Sanitario/clínica Consultorio privado Universidad/Instituto Escuela/Colegio	Proporción
<b>Pregunta abierta</b>	Universidad de Graduación Provincia de ejercicio profesional	
<b>Necesidades de educación continua que tenga</b>	Gestión de salud Procedimientos Destrezas clínicas Destrezas de comunicación Investigación Docencia	

### GRÁFICO NO. 3 DISEÑO DEL ESTUDIO



**TIPO DE ESTUDIO** Descriptivo Exploratorio Transversal .

**POBLACION:** Se realizó un listado de médicos familiares que laboran en el Ecuador graduados de las diferentes universidades formadoras de estos especialistas (Católica, Cuenca, Central) basados en la existencia de datos actualizados y direcciones electrónicas de los candidatos a ser encuestados (total 145), se incluyó además Médicos Familiares extranjeros que trabajan en unidades a las que teníamos acceso \*Hospital Vozandes Shell Puyo\* ; se recopilaron en total 93 encuestas , se trabajó con las encuestas respondidas totalmente (80) y se excluyó 13, 11 por llenado incompleto, 1 por residir fuera del país, y 1 por no querer participar.

No participaron del estudio aquellos médicos que realizaron diplomados o maestrías en Medicina Familiar y médicos generales que laboran en calidad de Médicos Familiares en las distintas provincias.

**UNIVERSO** Médicos Familiares que laboran en el Ecuador

### **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Se creó un directorio de todos los Médicos Familiares que laboran en el Ecuador, tanto los graduados de diversas Universidades Nacionales (Central y Católica Quito-Cuenca), así como los extranjeros que realizan su práctica laboral en el país; se obtuvo una base de datos que nos permitió ubicarlos en los distintos rincones del territorio Ecuatoriano con sus teléfonos y correos electrónicos. Se identificó el perfil sociodemográfico de los mismos mediante la aplicación de una encuesta vía correo electrónico adjunto al cuestionario de calidad de vida.

**Cuestionario de calidad de vida profesional :** El cuestionario estuvo constituido por 18 preguntas que definían distintas variables de caracterización o demográficas y 14 preguntas con 3 dimensiones diferentes que midieron la CVP: 1) La percepción de la situación laboral del Médico Familiar (5 preguntas), 2) La posibilidad de realización personal a través de la actividad profesional (4preguntas) y 3) La expectativa del futuro (5preguntas) véase el cuestionario en el anexo 2. La mayoría de las preguntas fueron cerradas, con una escala de respuesta ordinal tipo Likert con 5 opciones o categorías de valor creciente: a mayor puntaje, mayor bienestar o mejor calidad de vida. Los puntajes posibles del instrumento oscilan entre 0 y 55. De 0 a 10 Mala CVP, 11-20 Regular, de 21–30 buena, de 31-40 muy buena y más de 41 excelente. La sumatoria de los puntajes obtenidos por cada encuestado correspondió a la puntuación total del instrumento y señaló el nivel de CVP individual. La sumatoria de los puntajes logrados en cada dimensión correspondió precisamente a la puntuación parcial de cada dominio (situación laboral, realización personal y

expectativa del futuro). Se ha modificado los datos demográficos de acuerdo a nuestra realidad, no así las preguntas de satisfacción laboral.

**Sistema de recolección de datos Survey Monkey:** Es un sistema electrónico diseñado para la realización de encuestas, obtención y análisis de datos vía internet. Los entrevistados tuvieron acceso mediante links que se enviaron a sus correos electrónicos.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Se creó una base de datos en Excel a partir de la encuesta aplicada. Posteriormente los datos fueron exportados a paquete estadístico EPI INFO 2000. Se realizó el análisis estadístico de las variables en estudio. El análisis univariado estableció la proporción expresada de las variables demográficas, el grado de satisfacción laboral, satisfacción familiar y realización personal que manifestaron los médicos de familia. El análisis bivariado estableció correlaciones entre las variables demográficas, nivel de satisfacción laboral, personal y familiar y la calidad de vida. Como medida de asociación se utilizó la diferencia de promedios y como prueba de significancia la prueba de Kruskal Wallis.

## **ASPECTOS BIOÉTICOS**

Previamente a la encuesta, se le informó al participante acerca del estudio y los objetivos del mismo, su participación en el estudio fue confirmada mediante la aceptación del consentimiento informado el cual fue enviado previa realización de la encuesta (anexo 1). Cabe destacar que los datos recopilados en las encuestas fueron anónimos y por ningún motivo utilizados para otros fines que no sean los del estudio.

## **CAPITULO IV:**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## **ANÁLISIS UNIVARIAL**

Se recolectaron 93 encuestas de un total de 145 Médicos de Familia que residen en el Ecuador, respondieron en forma completa 80 médicos familiares con las que se trabajó (el 55.17% de las encuestas enviadas), 11 fueron excluidas por llenado incompleto, 1 por no residir en el Ecuador y 1 por no querer colaborar con el estudio.

De los participantes del estudio la mayoría fueron mujeres (41%), 82.6% tenían pareja (casado/unión libre) y el restante sin pareja (divorciado/soltero); la media de edad fue de 37 años ( $DE_{\pm} 7.45$ , rango: 29 a 65), el 80% tiene hijos y un 68.8% obtuvieron su título de postgrado en la Universidad Católica de Quito. De los que respondieron la encuesta, el 57.4% se graduaron en los últimos 5 años y un 57.5% practica actividad deportiva (Tabla 2).

**Tabla No. 2.- Características demográficas de los Médicos Familiares. Ecuador 2011.**

VARIABLES	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	F	41	51.3%
	M	39	48.8%
EDAD	>60	1	1.3%
	51-60	7	8.8%
	41-50	20	25%
	29-40	52	65%
ESTADO CIVIL	Casado/a	63	78.8%
	Divorciado/a	2	2.5%
	Soltero/a	12	15%
	Convive	3	3.8%
NUMERO DE HIJOS	0	16	20%
	1	24	30%
	2	27	33.8%
	3	13	16.3%
UNIVERSIDAD QUE CONFIRIO EL TITULO	U. Central del Ecuador	7	8.8%
	U. Católica del Ecuador	55	68.8%
	U. Brazil	1	1.3%
	U. Católica De Cuenca	11	13.8%
	U. Autónoma De Monterrey	1	1.3%
	U. Bélgica	1	1.3%
	U. Texas	2	2.5%
	U. Minnessota	1	1.3%
	U. Indiana	1	1.3%
AÑOS DE GRADUADO	<5 años	38	47.5%
	5-15 años	30	37.5%
	16-25 años	11	13.8%
	> 25 años	1	1.3%
ACTIVIDAD DEPORTIVA	Si	46	57.5%
	No	34	42.5%

Fuente: Encuesta actual

Actualmente el 95% de los participantes se encuentran ejerciendo su profesión como médico familiar, con una carga horaria profesional semanal entre 24 a 48 horas que corresponde al 48.8%. La mayoría no desempeña actividades docentes ni recibe remuneración por las mismas (65% y 56.3% respectivamente). El 52.5% de médicos familiares perciben ingresos mensuales entre \$2000 y \$4000, siendo el salario el tipo de remuneración prevalente (77.5%) seguido por la consulta privada (37.5%). La mayoría se desempeña como médico de planta (68.8%) y tiene un trabajo (58.75%). El 98.8% ejercen su profesión en entidades privadas, y un 26.3% en instituciones públicas. El 85% de Médicos de Familia trabajan en Pichincha, seguido del 6.3% que laboran en Azuay. (Tabla 3)

**Tabla No. 3 Características laborales de los Médicos Familiares. Ecuador 2011.**

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TAREAS DOCENTES	Si	28	35%
	No	52	65%
REMUNERACION POR TAREAS DOCENTES	Si	35	43.8%
	No	45	56.3%
CARGA HORARIA SEMANAL TOTAL DE TAREA DOCENTE	Menos de 10 horas	52	65%
	11-20 horas	11	13.8%
	21-30 horas	8	10%
	31-40 horas	7	8.8%
	Más de 40 horas	2	2.5%
PROVINCIA DONDE TRABAJA	Azuay	5	6.3%
	Loja	2	2.5%
	Manabí	2	2.5%
	Imbabura	1	1.3%
	Pastaza	2	2.5%
	Pichincha	68	85%

TRABAJA COMO MEDICO FAMILIAR	SI	76	95%
	No	4	5%
CARGA HORARIA SEMANAL TOTAL DE EJERCICIO PROFESIONAL	24-48 horas	39	48.8%
	48 – 72 horas	13	16.3%
	> 72 horas	8	10%
	Menos de 24 horas	20	25%
TIPO DE REMUNERACION	Salario	68	77.5%
	Contrato por horas	14	17.5%
	Contrato a riesgo compartido	17	21.3%
	Consulta privada	30	37.5%
	Administrativo	7	8.8%
	Docencia	28	35%
	Consultorías	8	10%
INGRESOS MENSUALES	1000-2000	33	41.3%
	2000-4000	42	52.5%
	<1000	5	6.3%
CARGOS QUE DESEMPEÑA	Médico de planta	55	68.8%
	Jefe de servicio o departamento	11	13.8%
	Cargo directivo	9	11.3%
	Cargo administrativo	31	38.8%
	Trabajador cuenta propia	15	18.8%
		20	25%
CUANTOS TRABAJOS	0	4	5%
	1	53	66.25%
	2	13	16.25%
	3	9	11.25%
	4	1	1.25%

TIPO DE INSTITUCION	Hospital público	11	13.8
	Hospital de la comunidad	10	12.5
	Hospital privado	35	43.8%
	Sanatorio/Clínica	14	17.5
	Consultorio privado	30	37.5%
	Universidad/Instituto	35	43.8%
	Escuela/Colegio	0	0

Fuente: Encuesta actual

En cuanto a la formación de los médicos de familia 2 de cada 3 (62.5%) de los encuestados tiene estudios adicionales, predominando estudios en áreas de gestión, gerencia, administración y auditoría en salud (34.8%), seguido de un 13.9% en docencia e investigación y un 11.62% en epidemiología y salud pública. Las necesidades de educación continua que tuvieron los participantes fueron: 62.5% en investigación, 51.3% destrezas clínicas, 47.5% de gestión en salud, y 46.3% procedimientos. (Tabla 4).

**Tabla No. 4 Perfil y necesidades de formación académica de Médicos Familiares. Ecuador 2011.**

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	%
OTROS ESTUDIOS	Si	50	62.5%
	No	30	37.5%
NUMERO DE ESTUDIOS/ SUBESPECIALIDADES REALIZADOS	0	30	37.5%
	1	30	37.5%
	2	12	15%
	3	5	6.3%
	4	3	3.8%

TIPO DE ESTUDIOS/ SUBESPECIALIDAD REALIZADOS	Gestión/Gerencia	30	34.88%
	Administración/auditoria	12	13.95%
	Docencia/investigación		
	Saludo ocupacional/seguridad	7	8.13%
	Salud pública	10	11.62%
	/Epidemiología		
	Otros	27	31.39%
NECESIDAD EDUCACION CONTINUA	Gestión En salud	38	47.5
	Procedimientos	37	46.3
	Destrezas clínicas	41	51.3
	Destrezas en comunicación	9	11.3
	Investigación	50	62.5
	Docencia	37	46.3

Fuente: Encuesta actual

Al indagar cuales fueron los comentarios recibidos por sus familiares ante la noticia de escoger medicina familiar como especialidad, el 38.8% recibió aprobación, el 32.5% de los familiares desconocían de la especialidad y un 16.3% lo rechazaron.

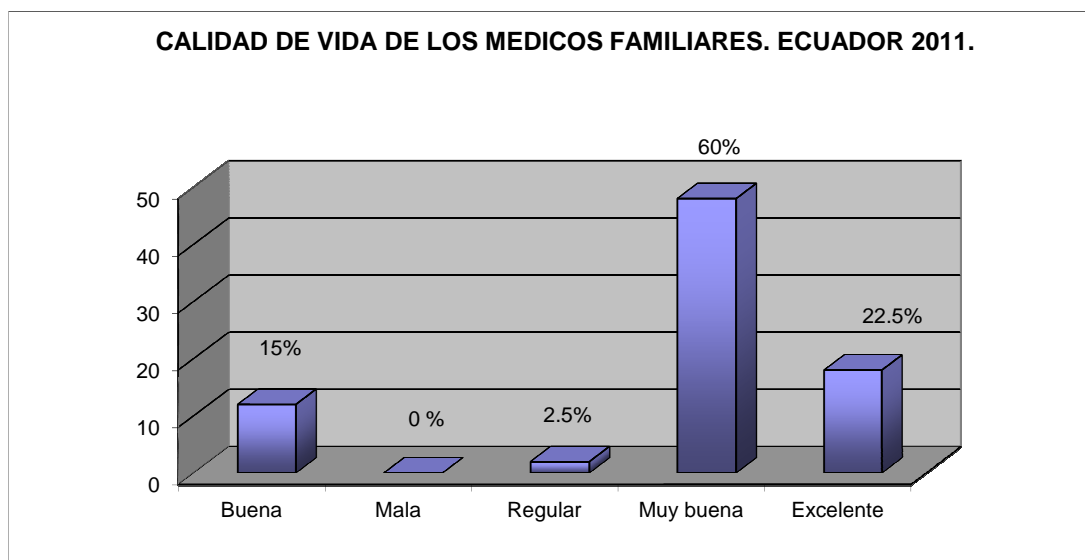
**Tabla No. 5. - Comentarios recibidos por familiares ante la noticia de escoger medicina familiar como especialidad**

VARIABLE	CATEGORIA	FREC.	%
COMENTARIOS	Aprobación	31	38.8%
	Desconocimiento	26	32.5%
	Indiferente	10	12.5%
	Rechazo	13	16.3%

Fuente: Encuesta actual

El 60% de los Médicos Familiares que laboran en el Ecuador tiene muy buena calidad de vida seguida 22.5% con una excelente calidad de vida, ninguno de los profesionales tiene mala calidad de vida. (Gráfico No. 4).

#### GRÁFICO NO. 4



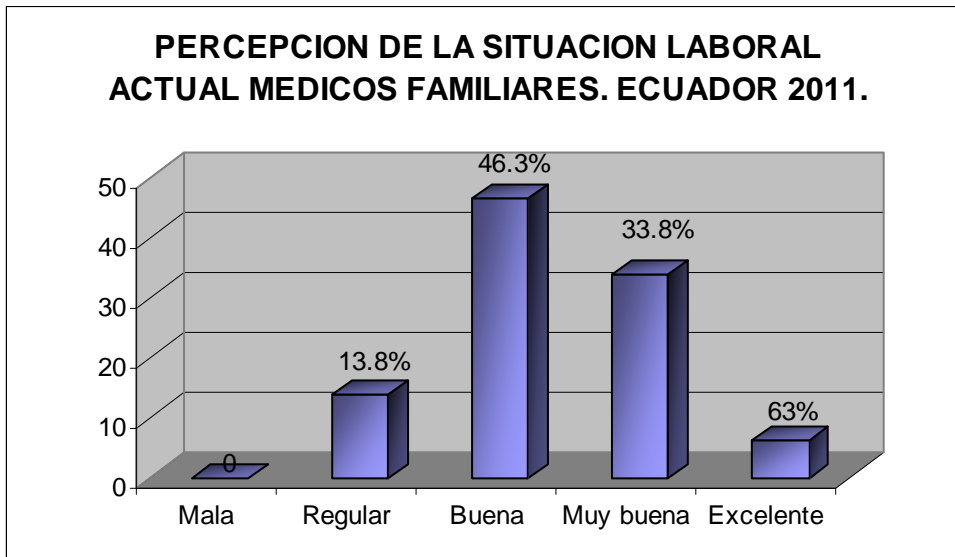
Fuente: Encuesta actual.

Al analizar los diferentes dominios que conforman la calidad de vida, encontramos los siguientes hallazgos:

#### PRIMER DOMINIO: PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DEL MÉDICO FAMILIAR

El 46.3% percibe que su situación laboral actual es buena seguido de un 33.8% muy buena (Gráfico No. 5).

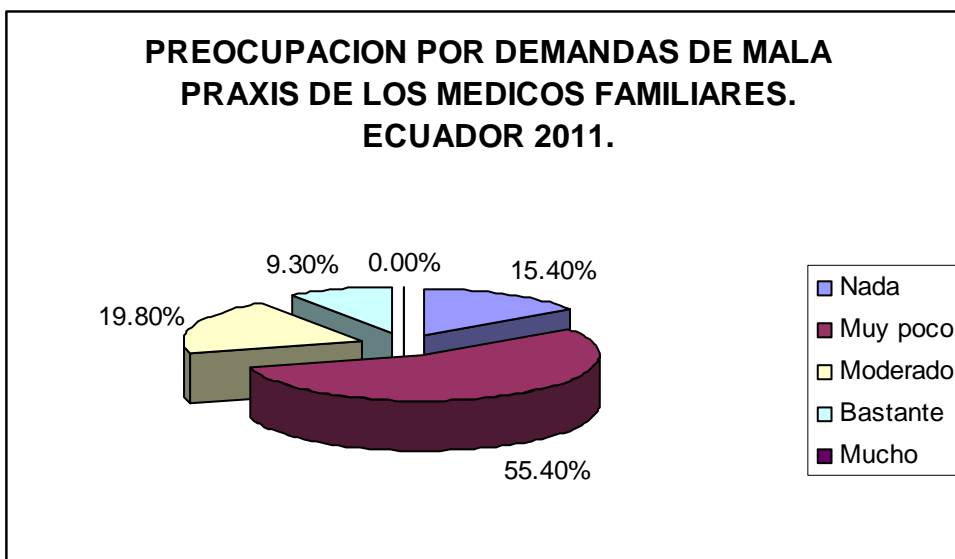
**GRÁFICO NO. 5.**



Fuente: Encuesta actual

El 55.4% de profesionales se preocupan muy poco acerca de demandas por mala praxis (Gráfico No.6).

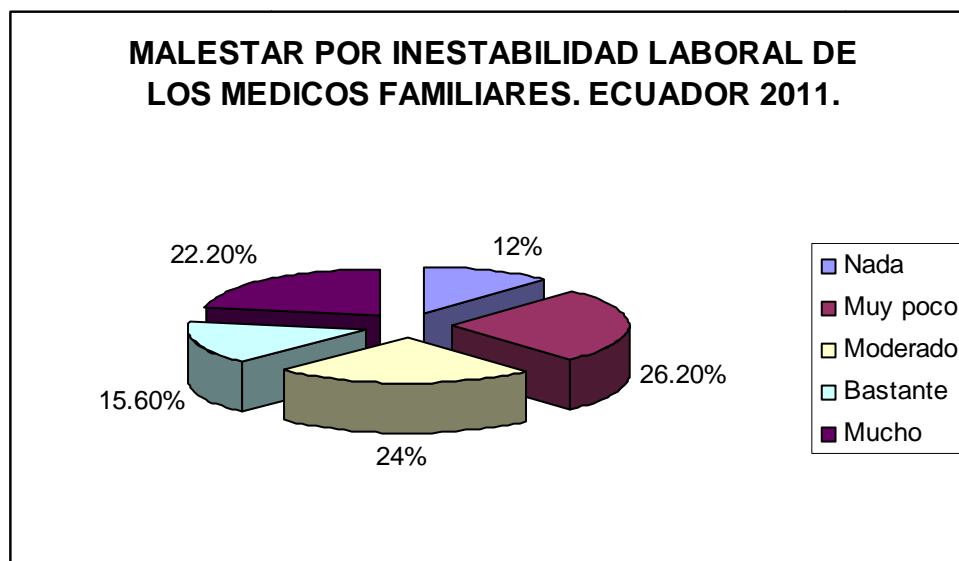
**GRÁFICO NO. 6**



Fuente: Encuesta actual

El 26.2% maniesta muy poca molestia por inestabilidad laboral, seguida de un 24% que tiene moderado malestar al respecto (Gráfico No. 7).

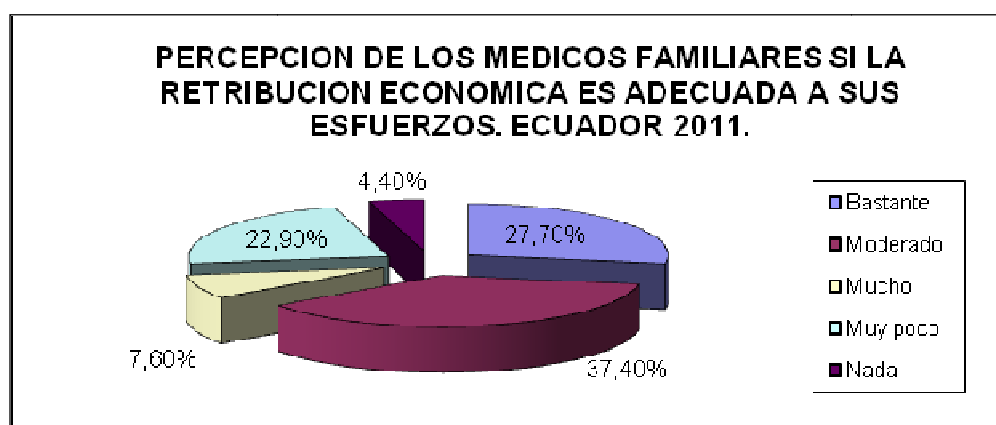
**GRÁFICO NO. 7**



Fuente: Encuesta actual

El 37.5% de los medicos de familia considera que su retribución económica es moderadamente adecuada a sus esfuerzos (Gráfico No.8).

**GRÁFICO NO. 8**

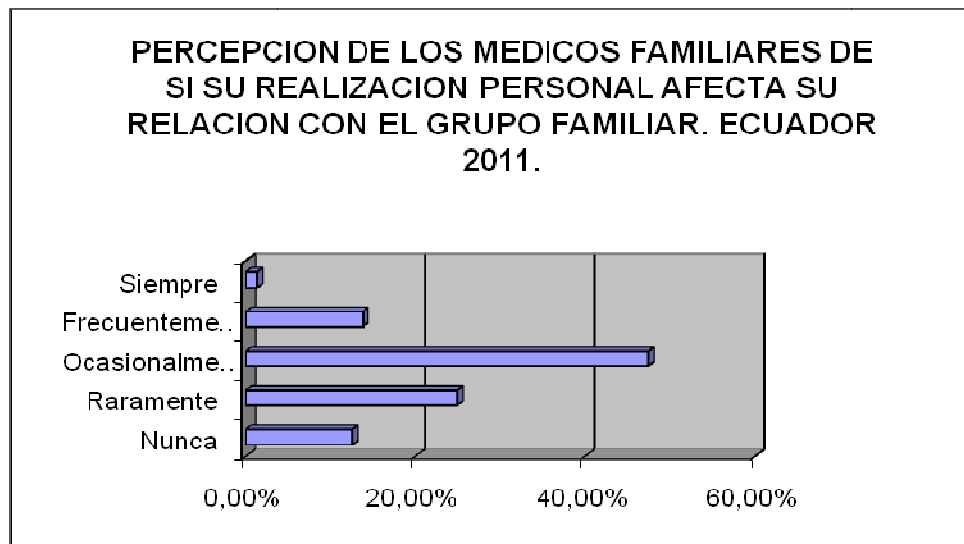


Fuente: Encuesta actual

## SEGUNDO DOMINIO: REALIZACIÓN PERSONAL DEL MÉDICO FAMILIAR

La realización personal afecta la relación familiar ocasionalmente con un 47.5% (Gráfico No. 9).

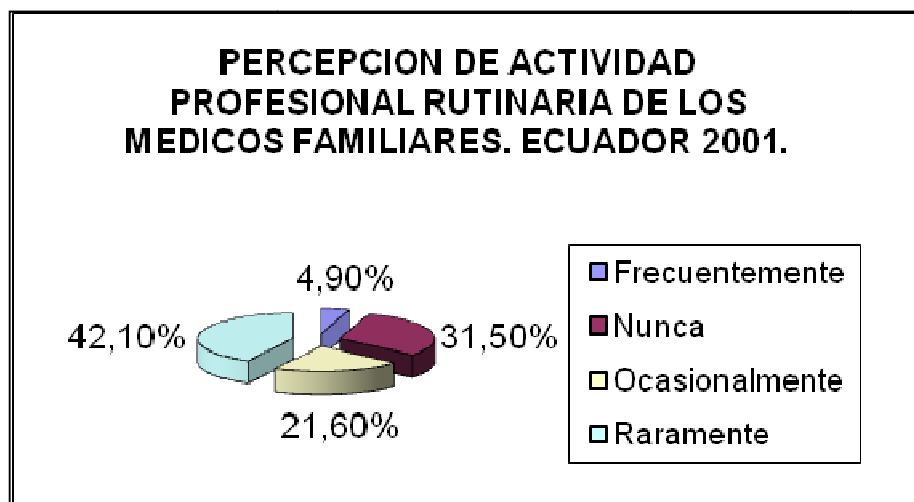
### GRÁFICO NO. 9



Fuente: Encuesta actual

El 42.1 % piensa que su actividad profesional raramente se torna rutinaria, y un 46.3% se siente personalmente realizado (Gráficos No. 10 y 11).

### GRÁFICO NO. 10



Fuente: Encuesta actual

**GRAFICO NO. 11**

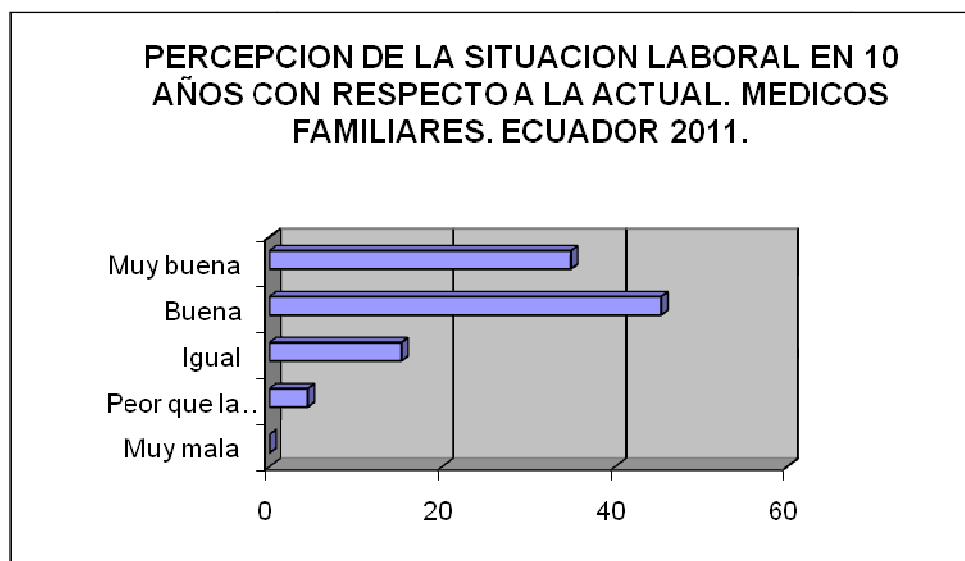


Fuente: Encuesta actual

### TERCER DOMINIO: EXPECTATIVAS DEL FUTURO

Un 47.5% de los médicos familiares piensa que su situación laboral en 10 años con respecto a la actual será buena, seguida de un 32.5% que la percibe muy buena (Gráfico No. 12).

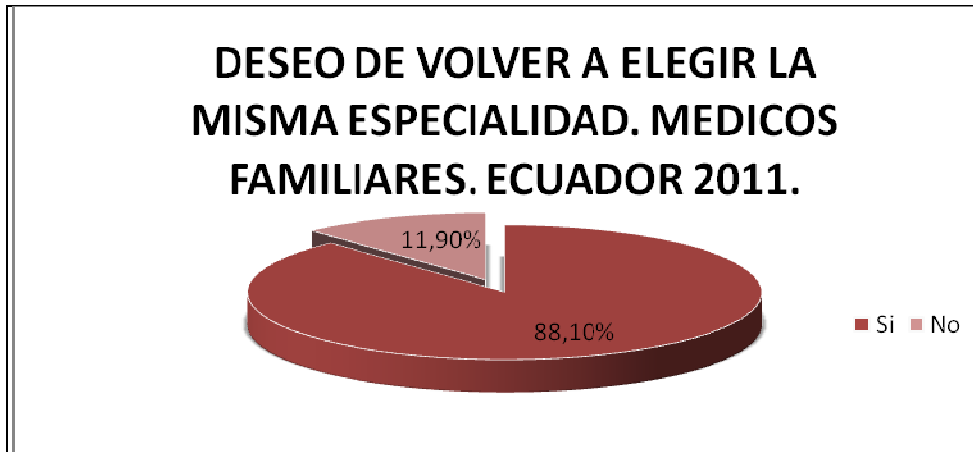
**GRÁFICO No. 12**



Fuente: Encuesta actual

El 85% de profesionales volvería a elegir la misma especialidad (Gráfico No. 13).

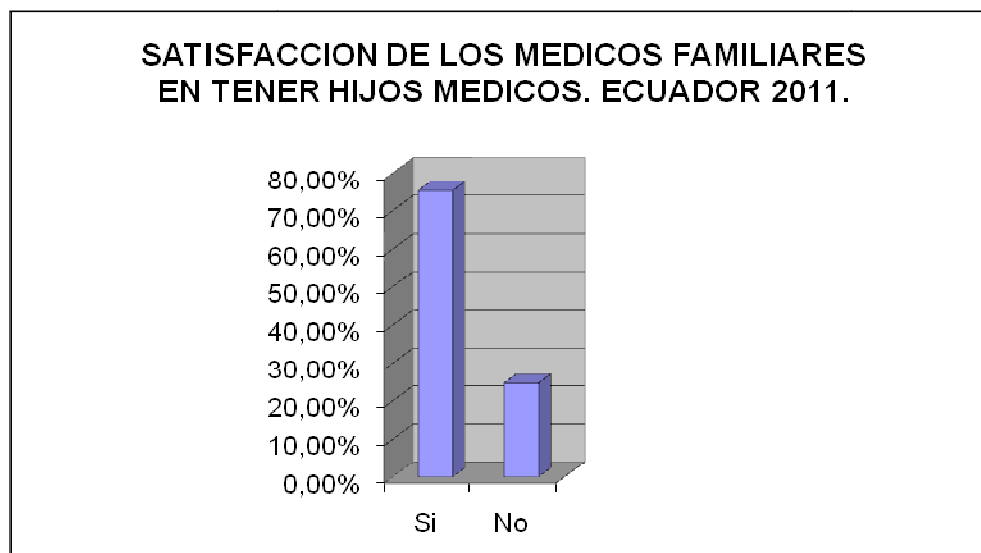
**GRÁFICO NO. 13**



Fuente: Encuesta actual

El 72.5% se sentiría satisfecho con que sus hijos opten por medicina como carrera (Gráfico No. 14).

**GRÁFICO NO. 14**



Fuente: Encuesta actual

## ANÁLISIS BIVARIAL

La Calidad de Vida de los médicos familiares que residen en el Ecuador **no** depende del sexo, estado civil, edad, el tener o no hijos, número de hijos, actividad deportiva que realicen o años de graduado. Se obtuvo un valor de  $p > 0.005$  la misma que no es significativa (Tabla No. 6).

**Tabla No. 6.- Asociación entre calidad de vida y características demográficas de médicos familiares. Ecuador 2011.**

VARIABLE	PROMEDIO CV	V MIN	V MÁX	p (Kruskal- Wallis)
SEXO Hombre Mujer	35 34	18 20	42 49	0.47
EDAD 29-40 años 41-50 años 51-60 años >60 años	35 34.5 34 40	20 20 18 40	49 46 40 40	0.38
ESTADO CIVIL Casado/Convive Soltero/Divorciado	35 33.5	18 24	49 46	0.55
HIJOS Si No	34 35	18 28	49 46	0.40
AÑOS DE GRADUADO < 5 años 5-15 años 16-25 años >25 años	34 35 34 40	20 20 18 40	41 49 40 40	0.61
ACTIVIDAD DEPORTIVA Si No	35 34	18 20	49 42	0.76

Fuente: Investigación actual

La Calidad de Vida de los médicos familiares que residen en el Ecuador si depende del promedio de ingresos con una  $p$ : 0.019, al igual que sentirse respaldado laboralmente en casos de mala práctica,  $p$  0.0052, las que son significativas al generalizarlas a la población de estudio con un 95% de confianza.

Analizando la relación entre calidad de vida y número de trabajos que desempeñan, se encontró que a mayor número de trabajos realizados su calidad de vida disminuye de manera no significativa ( $p$ : 0.2437); al igual que la sensación de inestabilidad laboral asociada a la calidad de vida ( $p > 0.005$ ) (Tabla No. 7).

**Tabla No. 7.- Asociación entre calidad de vida de los Médicos Familiares y Características laborales. Ecuador 2011.**

VARIABLE	PROMEDIO CV	VMIN	VMAX	p Kruskal-Wallis
TRABAJA COMO MEDICO FAMILIAR				
Si	35	18	49	0.09
No	31	20	34	
CARGA HORARIA PROFESIONAL SEMANAL.				
24 – 48 horas	34	18	46	0.47
48 – 72 horas	36	30	49	
> 72 horas	35.5	27	42	
< 24 horas	34	20	42	
INGRESOS MENSUALES				
< \$1000	31	20	35	0.019
\$1000-\$2000	34	18	46	
\$2000-\$4000	35	27	49	
NÚMERO DE TRABAJOS				
1	34.5	20	46,0	0.24
2	35.7	18.0	42.0	
3	32.7	22.0	49.0	
4	30	30	30	

<b>SENSACIÓN DE FALTA DE ESTABILIDAD LABORAL</b>				
Nada	34.5	18	40	0.67
Muy poco	35	25	49	
Moderado	34	20	42	
Bastante	31	24	40	
Mucho	35	20	42	
<b>RESPALDO DE SU TRABAJO EN MALA PRAXIS</b>				
Nada	34	18	41	<b>0.0052</b>
Muy poco	32.5	22	41	
Moderado	35	20	42	
Bastante	36	25	40	
Mucho	41	36	49	

Fuente: Investigación actual

La Calidad de Vida de los médicos familiares que residen en el Ecuador si depende de sentirse personalmente realizado, y deseo de volver a elegir la misma especialidad con una  $p: < 0.005$ , la que es significativa al generalizarla a la población de estudio con un 95% de confianza. Los estudios adicionales realizados no influyen en su nivel de calidad de vida (Tabla 8).

**Tabla No. 8.- Asociación entre calidad de vida de los Médicos Familiares y Efecto en la realización personal y familiar.**

VARIABLE	PROMEDIO CV	VMIN	VMAX	p
<b>SENSACIÓN DE REALIZACIÓN PERSONAL</b>				0.0000
Bastante	35	18	41	
Moderado	29	20	37	
Mucho	37.5	27	49	
Muy poco	24	20	28	
<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>				0.63
0	35	18	41	
1	34	22	42	
2	35	28	46	
3	33	20	41	
4	34	28	49	
<b>EFFECTO DE REALIZACIÓN PERSONAL SOBRE GRUPO FAMILIAR</b>				0.0003
Frecuentemente	30	22	36	
Nunca	40.5	35	49	
Ocasionalmente	34	18	41	
Raramente	35	28	42	
Siempre	32	32	32	
<b>VOLVERÍA A ELEGIR ESTA ESPECIALIDAD</b>				0.0000
Si	35	22	38	
No	27	18	42	

Fuente: Investigación actual

## DISCUSIÓN

La calidad de vida profesional se define como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que dispone para afrontar esas demandas<sup>21</sup>

Se investigó la calidad de vida de los médicos familiares que laboran en el Ecuador mediante la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (validado en Médicos Cardiólogos de Argentina), encontrando una calidad de vida profesional predominantemente muy buena con 60%, seguido de Calidad de vida excelente con un 22.5% y buena con un 15%, resultados que concuerdan con los encontrados en otros estudios aplicados a médicos familiares en México (50.5% nivel intermedio seguido por 35.5% de nivel alto y el bajo con 14%)<sup>66</sup>. Los resultados coinciden con los de Olivar y cols. en su estudio realizado en médicos españoles de primer nivel de atención, donde encontraron un nivel intermedio de satisfacción laboral en un 52%.<sup>67</sup>, sin embargo al comparar con la calidad de vida de profesionales hospitalarios se notó que estos gozaban de mejor calidad de vida.

Al comparar con la Calidad de Vida profesional de trabajadores de atención primaria en Madrid, se encontró resultados similares a nuestro estudio, con un nivel medio de CVP, siendo interesante que la CVP es significativamente peor entre el personal

---

<sup>66</sup>Cetina Reynaldo, Chan Armando. Nivel de satisfacción laboral y Síndrome de desgaste profesional en Médicos Familiares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (6): 535-540,

<sup>67</sup> Olivar CC, González MS. Factores relacionados con la satisfacción laboral y desgaste profesional en los Médicos de Atención primaria de Asturias. Aten Prim 1999; 24 (6): 352-359.

médico que en el resto de profesionales de atención primaria, dato llamativo que podría generar un nuevo estudio comparando la calidad de vida de nuestros médicos familiares con otros profesionales de atención primaria en nuestro país <sup>68</sup>.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa al analizar la calidad de vida profesional en función del sexo, edad, estado civil, hijos y número de hijos, si realiza actividad deportiva y la carga horaria semanal, datos que son similares con los encontrados en médicos familiares en Madrid en el año 2003. <sup>69</sup>

Al comparar los resultados de nuestro estudio con el CVP aplicado a médicos cardiólogos Argentinos, se encontró que el 50% de ellos percibe un ingreso mensual superior a \$4000, mientras que los Médicos de Familia del Ecuador el 52.5% tiene un promedio de ingresos entre 2000 y 4000 el mismo que tiene significancia estadística e influencia en su calidad de vida ( $p < 0.019$ ). Sin embargo, el 30% de los cardiólogos Argentinos piensa que en 10 años su situación laboral será peor que la actual, a diferencia de los Médicos de Familia del Ecuador quienes en un 32% piensan que será mejor y al comparar sí volverían a elegir la especialidad se encontró resultados similares (82 a 85%). <sup>70</sup>

Es relevante destacar que la Calidad de Vida de los Médicos Familiares se ve influenciada por el respaldo que tienen en su trabajo en caso de mala praxis, con

---

<sup>68</sup> Sanchez, R, Alvarez Nido, Calidad de Vida Profesional de los trabajadores de Atención Primaria del area 10 de Madrid, MEDIFAM 2003, 13: 291-296.

<sup>69</sup> Informe de la Encuesta Calidad de Vida Profesional de los Médicos Cardiólogos de SAC. En línea: [http://www.sac.com.ar/variros/encuesta\\_calidad\\_de\\_vida\\_sac.pdf](http://www.sac.com.ar/variros/encuesta_calidad_de_vida_sac.pdf)

<sup>70</sup> Informe de la Encuesta Calidad de Vida Profesional de los Médicos Cardiólogos de SAC. En línea: [http://www.sac.com.ar/variros/encuesta\\_calidad\\_de\\_vida\\_sac.pdf](http://www.sac.com.ar/variros/encuesta_calidad_de_vida_sac.pdf).

significancia estadística  $p < 0.001$ , lo que sugiere fuertemente que el clima laboral de seguridad y respaldo influye directamente en su calidad de vida; igual alcance presentan la sensación personal de realización al igual que la relación del médico con su grupo familiar ( $p < 0.00001$ ).

Entre las limitaciones de este estudio debe destacarse que la tasa de respuesta fue del 64.13%, dato que estuvo sujeto a la disponibilidad de tiempo, computadora y e-mail de los participantes; el llenado incompleto de las encuestas nos obligó a retirar del estudio a 11, 1 encuestado también fue retirado por residir fuera del país y 1 no quiso responder.

## CONCLUSIONES

- El 60% de los Médicos Familiares que laboran en el Ecuador tiene muy buena calidad de vida seguida 22.5% con una excelente calidad de vida, ninguno de los profesionales tiene mala calidad de vida.
- La calidad de vida del Médico de Familia del Ecuador no está influenciada por el sexo, edad, estado civil, hijos y número de hijos, actividad deportiva, carga horaria profesional semanal, falta de estabilidad laboral, probable año de jubilación.
- La calidad de vida de Médico de Familia del Ecuador sí depende del promedio de ingresos mensuales, de sentirse respaldado por mala praxis, de su realización personal y de su relación en el grupo familiar.
- La calidad de vida del Médico Familiar está influenciada por tener más de un trabajo, pero su influencia no afecta de manera relevante la misma.

## RECOMENDACIONES

- En el Ecuador no existen datos a cerca de la Calidad de Vida de los Médicos en general, por lo que éste se considera un estudio pionero en el tema, los datos obtenidos pueden ayudar a conocer la situación profesional actual de los médicos de familia del Ecuador y ser un buen punto de partida para la implementación de medidas encaminadas en mejorar su CVP.
- Se recomienda extender la evaluación de la calidad de vida a otros profesionales de salud para conocer en general cuál es la realidad de los médicos en nuestro país y poder hacer comparaciones entre las diferentes especialidades.
- La Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar puede aprovechar los datos obtenidos en la presente investigación con el fin de planificar programas de educación continuada que permitan el crecimiento profesional de sus agremiados e ir identificando las barreras que los mismos manifiesten en su desempeño profesional.
- Se recomienda la promoción de esta especialidad a nivel de pregrado para que los aspirantes la consideren como una buena opción de ejercicio profesional y se amplíe la cobertura de salud en las distintas provincias del país.
- Se invita a la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar a brindar el apoyo necesario para la publicación de los datos obtenidos en el presente trabajo

investigativo y que sirvan de aporte a la sociedad médica para la realización de estudios posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

1. Taylor, Robert, Medicina de Familia, Práctica actual y Futura, 2006.
2. McWhinney, Ian R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. New York. 1981.
3. Henríquez R, Sánchez del Hierro G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)
4. Rakel R. Family Practice (Third Edition). USA: W.B. Saunders Company; 1984.
5. Pories WJ, Thomas FT. Office Surgery for Family Physicians. Michigan University, Boston: Butterworth; 1985. ISBN 0-409-95142-0
6. Stephens, G. Family Practice in the 1980-1990. STFM. Kansas City. Missouri. Taylor, Robert B. Family Medicine. Principles and Practice. Spinger - Verlog: Second Edition. New York. 1983.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud 2008, La atención primaria de salud más necesaria que nunca, Suiza 2008. En línea: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
8. National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20(2006-2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>. Heath I. A general practitioner for every person in the world. 9. BMJ, 2008, 336:861
9. Owens, T.P.; Dominici, L.E.; Saldaña, A. ¿Qué es la Medicina Familiar? Universidad de Panamá. 1998.

10. Henriquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador, la tarea en proceso. Revista Médica Vozandes 2011: 22 (6). En línea: [www.revistamedicavozandes.com](http://www.revistamedicavozandes.com)
11. Bonal Ruiz R. De la Promoción de Salud Clínica a la Promoción de Salud Comunitaria: un desafío para la Medicina Familiar Contemporánea. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneve: OMS; 1986
12. Universidad Autónoma del Estado de México. Perfil del Médico Familiar. Especialización en Medicina Familiar. México, 2004
13. Rubinstein A. Bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar. En: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, 2da Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006 págs. 3-21.
14. Dominici, Luis Eduardo, et al. Cuidados Comprensivos. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, noviembre de 2004.
15. Vicenta Escribà-Agüir y otros. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas, 2008, España.
16. Psic. Alicia García López, Uno de los elementos de la calidad de vida: El contrato médico, 1995, Uruguay.
17. Joan Mónes, ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?, 2004, España.
18. Francis Heylighen, A COGNITIVE-SYSTEMIC RECONSTRUCTION: MASLOW'S THEORY, 1992, Bélgica.
19. Bertha Palomino Villavicencio y Gustavo López Prado, Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo, 1999

20. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. Revista de Qualitat.1993;11:4-9.
21. Reyes Rodríguez JF. La mejora continua de la atención al usuario desde su perspectiva. Una condición necesaria. Cuadernos de Gestión. 1999;5:194-5.
22. Grol R, Mokkin H, Smiths A. Work satisfaction of general practitioner and the quality of patient care. Fam Pract. 1985;2:128
23. Odile Fernández Martínez y otros, Calidad de vida profesional de los médicos residentes, 2007.
24. *John W. Beasley y otros*, Quality of Work Life of Independent vs Employed Family Physicians in Wisconsin:A WReN Study, 2005, Estados Unidos.
25. José Calderón y otros, Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos, 2008, Argentina.
26. Organización Panamericana de la Salud, Perfil del sistema de servicios de salud en el Ecuador, Quito, 2001, pp: 12
27. Organización Panamericana de la Salud, Declaración del Alma- Ata, Kafafistán, 1978, en línea: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
28. Sistema Integrado de Indicadores Sociales en el Ecuador, Establecimientos sin internación. En línea: [http://www.siise.gov.ec/PageWebs/SALUD/ficsal\\_S52.htm](http://www.siise.gov.ec/PageWebs/SALUD/ficsal_S52.htm)
29. Instituto Ecuatoriano de Seguro Social, Misión, En línea: <http://www.iess.gob.ec/site.php?content=292-quienes-somos>
30. Caballero, J. La satisfacción personal y profesional de los/as Directores/as de los Centros de Educación Infantil, Primaria, Secundaria en Andalucía. Tesis doctoral inédita, Universidad de Granada, 2000.

31. Cetina Reynaldo, Chan Armando. Nivel de satisfacción laboral y Síndrome de desgaste profesional en Médicos Familiares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (6): 535-540,
32. Olivar CC, González MS. Factores relacionados con la satisfacción laboral y desgaste profesional en los Médicos de Atención primaria de Asturias. Aten Prim 1999; 24 (6): 352-359.
33. Sanchez, R, Alvarez Nido, Calidad de Vida Profesional de los trabajadores de Atención Primaria del area 10 de Madrid, MEDIFAM 2003, 13: 291-296.
34. Informe de la Encuesta Calidad de Vida Profesional de los Médicos Cardiólogos de SAC. En línea: [http://www.sac.com.ar/varios/encuesta\\_calidad\\_de\\_vida\\_sac.pdf](http://www.sac.com.ar/varios/encuesta_calidad_de_vida_sac.pdf)
35. Macinko , Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007.
36. Natalia Romero, Rodrigo Díaz, Erika Tinoco y Mónica Valle. La medicina familiar en Ecuador. Aten Primaria. 2006;38(9):515-6
37. Alvear S. Ref proyecto postgrado medicina familiar . Puce 2008.
38. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Resolución No C.D. 308.Enero/Marzo 2010.Págs. 1-13.
39. USAID y OPS. Health Systems Profile Ecuador. Monitoring and analysis Health systems change/reform. Octubre 2008. Tercera Edición.
40. Censo Ecuador 2010. En línea: <http://www.inec.gob.ec/preliminares/somos.html>.

41. Nuevos salarios mínimos sectoriales: Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Ministerio de Relaciones laborales. En línea: [http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=296:salarios-minimos-sectoriales&catid=56](http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=296:salarios-minimos-sectoriales&catid=56)
42. Cardona D. y Agudelo H. Satisfacción personal como componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. *Descent Rev. salud pública.* 9 (4):541-549, 2007.
43. Merino R. Pirámide le Jerarquía de necesidades humanas. Instituto Juan de Mariana. En línea: <http://www.juandemariana.org/estudio/982/3/sociedad/propietarios>.
44. La teoría de la motivación y la jerarquía de las necesidades de Maslow. En línea: <http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>
45. Ministerio de relaciones laborales. Acuerdo ministerial No. MRL 2010. En línea: [http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=190:escalas-de-remuneracions-del-sector-publico&catid=48](http://www.mintrab.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=190:escalas-de-remuneracions-del-sector-publico&catid=48)
46. Grados y escalas salariales IESS 2010. En línea: [http://www.iess.gob.ec/documentos/transparencia/lotaip\\_2010/remuneraciones/extras.pdf](http://www.iess.gob.ec/documentos/transparencia/lotaip_2010/remuneraciones/extras.pdf)
47. Pan American Health Organization. ECUADOR [Internet]. Health in the Americas.2007 ;2(Countries):Available from: [http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Ecuador\\_english.pdf](http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Ecuador_english.pdf)

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Universidad Católica del Ecuador**  
**Postgrado de Medicina Familiar**  
**HVQ – QUITO**

Estimado Doctor (a):

Estamos llevando a cabo un estudio *sobre El nivel de satisfacción profesional y calidad de vida de los médicos familiares que laboran en el Ecuador* .

Solicito su autorización para que participe voluntariamente en este estudio.

El estudio consiste en llenar un perfil del médico con sus características laborales y un cuestionario el cual contiene 30 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 3 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado.

El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá ninguna compensación por participar.

---

### **AUTORIZACION**

He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

---

Nombre:

CI:

## ANEXO 2

### ENCUESTA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DEL MEDICO FAMILIAR EN ECUADOR

**Sexo:** M F **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero " Casado " Divorciado " Convive " Viudo "

**Tiene hijos:** SÍ " NO " **Número:** (1) " (2) " (3) " (4) " (> 4) "

**Años de graduado:** (< 5) (5-15) (16 - 25) (> 25)

**Año de graduación:** Como médico \_\_\_\_\_ Como especialista \_\_\_\_\_

**Universidad que confiere el título** \_\_\_\_\_

**Otros estudios realizados además de Medicina Familiar**

**Diplomado en:** \_\_\_\_\_

**Maestría en:** \_\_\_\_\_

**Doctorado en:** \_\_\_\_\_

**Otra especialidad médica:** \_\_\_\_\_

**Fellows/Subespecialidad:** \_\_\_\_\_

**Desarrolla alguna actividad deportiva:** SÍ " NO "

**Desempeña tareas docentes:** SÍ " NO " **Recibe remuneración por esta tarea:** SÍ " NO "

La carga horaria semanal total de actividad docente es de:

1) < 10 h 2) 11 - 20 h 3) 21 - 30 h 4) 31 - 40 h 5) > 40 h

**Está trabajando como médico familiar?** Si \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**La carga horaria semanal total de ejercicio profesional es de:**

- 1) < 24 h   2) 24 - 48 h   3) 48 - 72 h   4) > 72 h

**Remuneración (puede marcar más de una)**

- 1) Salario   2) Contrato por horas   3) Contrato a riesgo compartido   4) Docencia  
5) Consultorías   6) Consultorio privado

**Sus ingresos mensuales promedian:**

- 1) < 1.000 "   2) 1.000 - 2.000   2) 2.000-4.000   " 3) 4.000-6.000 "   4) > 6.000

**Cargos que desempeña (puede marcar más de una)**

- 1) Residente "   2) Médico de planta "   3) Jefe de Servicio o Departamento "   4) Cargo  
Directivo "   5) Profesor

**Lugar de ejercicio profesional:** Institución (nombre) \_\_\_\_\_

Provincia(cuál) \_\_\_\_\_

**Instituciones donde se desempeña (puede marcar más de una)**

- 1) Hospital Público "   2) Hospital de Comunidad "   3) Hospital Privado "   4)  
Sanatorio/Clinica "   5) Consultorio Privado "   6) Universidad/Instituto   7)  
Escuela/Colegio

**Qué necesidades de educación continua tiene? (Puede marcar más de una):**

- 1) Gestión de salud   2) Procedimientos   3) Destrezas clínicas   4) Destrezas de  
comunicación   5) Docencia   6) Investigación

**PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL**

- 1) ¿Cómo definiría Ud. su situación laboral actual?

*Mala "   Regular "   Buena "   Muy buena "   Excelente "*

- 2) ¿Le preocupa la posibilidad de ser demandado por mala praxis?

*Nada* " *Muy poco* " *Moderado* " *Bastante* " *Mucho* "

3) ¿Se siente respaldado en su trabajo en situaciones de mala praxis?

*Nada* " *Muy poco* " *Moderado* " *Bastante* " *Mucho* "

4) ¿Le molesta la falta de estabilidad de sus trabajos?

*Nada* " *Muy poco* " *Moderado* " *Bastante* " *Mucho* "

5) ¿En lo laboral percibe si la retribución económica es adecuada a sus esfuerzos?

*Nada* " *Muy poco* " *Moderado* " *Bastante* " *Mucho* "

### **REALIZACIÓN PERSONAL**

6) ¿Su realización profesional ha afectado su relación con el grupo familiar?

*Nunca* " *Raramente* " *Ocasionalmente* " *Frecuentemente* "  
*Siempre* "

7) ¿Cree que su trabajo le impide realizar otras actividades recreativas, deportivas o de ocio?

*Nunca* " *Raramente* " *Ocasionalmente* " *Frecuentemente* "  
*Siempre* "

8) ¿Considera que su actividad profesional es rutinaria y le quita las ganas de crecimiento?

*Nunca* " *Raramente* " *En ocasiones* " *Frecuentemente* "  
*Siempre* "

9) ¿Se siente personalmente realizado con el ejercicio de su profesión?

*Nada* " *Muy poco* " *Moderado* " *Bastante* "  
*Mucho* "

## **EXPECTATIVA DE FUTURO**

10) ¿Cómo piensa usted que será su situación laboral en diez años con respecto a la actual?

*Muy mala* " *Peor que la actual* " *Igual* " *Buena* " *Muy buena*  
..

11) Pensando en futuro, ¿Ud. cree que podría retirarse de su profesión?

*Antes de los 50 años* " *Entre 50-60 años* " *Entre 60-70 años* " *o >*  
*70 años* "

12) ¿Volvería a estudiar medicina?

*Sí* " *No* "

13) ¿Volvería a elegir esta especialidad?

*Sí* " *No* "

14) ¿Estaría satisfecho si alguno de sus hijos decide estudiar medicina?

*Sí* " *No* "