



Experiencia del generalato de zona. Expectativas y certidumbres en torno al ciclo de destinación y formación

Informe final

Investigadores Responsables:

Jorge Ramírez F

Pablo Rivera V

2008

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	4
II.- ANTECEDENTES	4
III.- OBJETIVOS	8
IV.- METODOLOGÍA	9
• Diseño cualitativo	9
• Diseño cuantitativo	10
V.- RESULTADOS	11
• Etapa cualitativa	11
○ Motivaciones	11
○ Condiciones climáticas	12
○ Condiciones laborales	12
○ Ingreso económico	15
○ Condiciones afectivas	17
• Etapa cuantitativa	20
○ Caracterización	20
○ Condiciones climáticas y de aislamiento	25
○ Condiciones laborales	33
○ Condiciones económicas	39
○ Relaciones sociales	46
○ Relaciones familiares y de pareja	49
○ Evaluación general	57
VI.- DISCUSIÓN	65
VII.- CONCLUSIONES	71
VIII.- REFERENCIAS	73
ANEXOS	75

I.- INTRODUCCIÓN

La experiencia adquirida en el proceso que circunda la etapa de médico recién egresado es muy importante a lo largo de la posterior vida del individuo. Es el primer contacto con las responsabilidades y con los temores propios del quehacer profesional. Este periodo generará en la persona un conflicto relevante entre lo que se piensa y espera de la carrera de médico, y las realidades que ésta presenta. Esta problemática puede resolverse de diversas maneras, desde el éxito completo de la realización profesional, hasta el rotundo fracaso de la frustración vocacional.

En Chile, desde hace muchos años existe la instancia del Médico General de Zona (MGZ), actualmente conocida como Etapa de Destinación y Formación (EDF), para los médicos recién egresados. A partir de lo expresado por los profesionales médicos generales de zona en ejercicio, queremos explorar las vivencias concretas que se presentan en este periodo de la vida del médico.

Creemos que esta investigación se hace necesaria, debido al vacío de conocimiento que se presenta en relación con las expectativas y certidumbres que se generan a través de todo el ciclo que involucra, en primer lugar la postulación e ingreso a la carrera funcionaria vía EDF de los médicos por graduarse, y en segundo lugar el proceso vivencial de este generalato de zona por parte de los médicos ya graduados.

El tema es relevante obviamente para actores directos, especialmente los futuros médicos generales de zona. En este sentido nuestra idea apunta a identificar las principales variables de riesgo social, laboral y ambiental que se puedan presentar en el curso de esta fase de ejecución profesional; y que no necesariamente son anticipadas de manera acertada por los internos. Pero también es de máxima importancia para los gestores de recursos humanos y diseñadores de políticas públicas del área salud, ya que se proveerá información que puede ser usada como insumo para tomar decisiones razonables respecto al funcionamiento del ciclo en su totalidad.

II.- ANTECEDENTES

El estado o nivel de salud de las poblaciones depende de múltiples y complejos factores, identificándose tópicos tan disímiles como la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y los servicios sanitarios[1]. Dentro de este último, uno de sus componentes más relevantes es, sin duda, el de los recursos humanos: debido a la influencia muy directa que tiene en indicadores de salud, por ejemplo en mortalidad infantil y/o materna; al importante gasto que significan a los pueblos, pudiendo llegar hasta a los dos tercios del presupuesto en salud; y también a las oportunidades de intervención sanitaria que representan, tanto en aumento de cobertura como en perfeccionamiento [2-4]

El mundo rural, muy dificultoso de definir desde el punto de vista sociológico en la actualidad, debido a la falta de autoreflexividad del asunto [5], pero que se puede operativizar en temas de salud de manera más menos objetiva con los indicadores usados por entidades de planificación y estadística, se ha caracterizado por poseer un número inadecuado de recursos, especialmente humanos, en comparación con áreas urbanas[6]. Especialmente sensible es el tema de los médicos generales, también llamados generalistas, rurales o en lengua anglosajona “*general practitioner*” (GP); a pesar que incluso pudiera existir algún superávit a nivel de país, existe habitualmente carencia en áreas rurales[7-9]. Es así como la presencia de cierto número de médicos por cada tantos habitantes ha sido utilizada como importante indicador de desarrollo humano y equidad en Latinoamérica[10]. Esta dispar distribución se ve agravada tanto por la pobreza como por la gran necesidad de atención de salud de estas comunidades[6], siendo esta última generalmente mucho más difícil de satisfacer[11]

Ha existido, por lo tanto, un interés progresivo en el desarrollo de la enseñanza y práctica de la medicina rural en diversas partes del mundo, habiendo ya revistas y publicaciones dedicadas exclusivamente al tema, especialmente en Australia, y también en España, Canadá y Estados Unidos, como queda reflejado en las diversas referencias.

Múltiples estudios a nivel cualitativo y cuantitativo se han realizado para explorar las expectativas y características que los médicos rurales, actuales y futuros, presentan, con el fin de mejorar el reclutamiento y mantenimiento de éstos en zonas más aisladas. En Estados Unidos, mediante cuestionarios a un pequeño grupo de profesionales médicos por un lado, y con estudios retrospectivos por otro, se identificaron factores que incrementan la posibilidad de un desempeño rural: antecedentes rurales y especialidad de médico de familia (estos dos asociados fuertemente al reclutamiento o *recruitment*), entrenamiento rural y currículo de pregrado orientado a la atención rural (asociados más bien a la permanencia o *retaining*), incentivos económicos, tener familia en la zona, oportunidades profesionales, interés de trabajar con poblaciones vulnerables, y oportunidades para el resto de la familia[6, 12].

Además en otros dos estudios, uno de tipo transversal mediante cuestionarios en más de 130 médicos rurales y otro del tipo “investigación-acción” en dos comunidades, se estableció que también resultaba relevante en la permanencia de los médicos en zonas rurales, la presencia de la comunidad en el contexto de “integración sociocultural” del profesional o por consideraciones de costo-efectividad[13, 14]. Además, en casi todos los estudios evaluados se establece la mayor proporción de género masculino en la decisión de trabajar en zonas más aisladas, incluso en uno sobre recurso de enfermería[15].

En otro estudio, se validó un cuestionario pre y post pasantía rural de estudiantes de medicina, con metodología bien detallada que determinó como significativos cuatro factores en relación con la actitud de vivir y trabajar en un lugar rural: amistad y apoyo en áreas rurales; problemas de socialización y aislamiento asociados con el trabajo en áreas rurales; aspectos placenteros de vivir en una zona rural; y las oportunidades que el trabajo en estas áreas representa[16].

En cuanto al tema de la enseñanza universitaria orientada hacia trabajos posteriores en la ruralidad, se han realizado estudios que recogen información respecto al pensamiento de los estudiantes de medicina frente al mundo rural y a las iniciativas educativas que se han generado en diversos países[17]. Un estudio australiano, mediante entrevistas semi-estructuradas a cerca de 30 estudiantes, documentó la necesidad sentida por éstos de considerar la enseñanza de la medicina rural como una con características que difieren de la medicina general[18], y otro en la misma línea metodológica aportó grandes coincidencias en las percepciones de estos jóvenes estudiantes y de médicos rurales con algunos años de experiencia respecto a la situación de la medicina en zonas más alejadas[19]. También se han hecho estudios mediante revisiones de literatura y análisis de contenido respecto a la interacción de los médicos rurales y los estudiantes de medicina, y el impacto que esta dinámica tiene en las decisiones posteriores de los futuros médicos, aunque sin resultados concluyentes[20]. Incluso se ha planteado, en columnas de opinión, la necesidad de la medicina rural como una disciplina aparte[21].

Respecto a las decisiones que se han tomado para implementar una mejoría y atraer profesionales a las zonas rurales, distintos países han tomado diversos caminos, incluso con divergencias dentro de su mismo territorio. Sin embargo son escasas las iniciativas que se han evaluado de manera sistemática. En Australia se han evaluado programas de reclutamiento de manera positiva, al financiar los últimos años de la carrera de los estudiantes proporcionándoles entrenamiento en zonas rurales, con el compromiso de mantener esa práctica como médicos ya graduados por el mismo tiempo[22]. Se pudo establecer además, mediante análisis de cuestionarios a más de mil médicos, que de todas las medidas que se han intentado con diferente resultado, las que son más atractivas para los médicos son el aumento del ingreso total y de la fuerza de trabajo disponible[23]. En Estados Unidos, por su parte, se ha determinado que todos estos esfuerzos de reclutamiento tiene más posibilidades de éxito cuando los médicos han estado expuestos a prácticas rurales previas, en un estudio realizado vía cuestionarios a más de 300 directores de centros de salud[24].

En la actualidad, Chile se encuentra relativamente bien evaluado en cuanto al desempeño de su sistema sanitario, sin embargo esto se debe principalmente a los buenos indicadores clásicos de salud que se han obtenido, más que a la baja e inequitativa inversión de recursos en el sector[25]. El número total de médicos en el país es variable según la fuente, pero se estima cerca de los 25.000[9]. Cuando se analizan las horas médicas totales disponibles por 100.000 habitantes, se observa que la región metropolitana es la única que se encuentra por sobre el promedio del país, sobrepasándolo en un 53%. Más llamativo aún es que cuando esto se hace sólo considerando las horas de medicina general, este porcentaje de diferencia aumenta a un 61%[26].

En Chile, la práctica de la medicina rural ha ido de la mano con el desarrollo de políticas para su expansión. El programa nacional de generalato de zona fue creado hace más de 50 años, y su principal objetivo fue atraer médicos generales recién graduados a zonas rurales, de manera no compulsiva, aunque ciertamente con afán “militarista”, ofreciéndole tanto beneficios pecuniarios como posibilidades de especialización y carrera funcionaria[27, 28]. Este sistema se ha mantenido

vigente sin mayores variaciones, a pesar de un cambio relativamente reciente en su institucionalidad, con la promulgación de una nueva ley[29].

Se realiza un concurso por oposición de antecedentes, anual, de carácter nacional, al que sólo pueden postular médicos egresados hace menos de un año de universidades nacionales, y se ocupan los cargos de la etapa de destinación, que actualmente se estiman en 850. Si bien hasta hace algunos años no se llenaban todos los cupos, en los últimos concursos ha existido un interés creciente entre los nuevos médicos, principalmente debido al aumento del número de médicos egresados en cada generación de las nuevas facultades de medicina creadas en los últimos 10 a 15 años[30].

Después de una estadía de 4 a 6 años en un servicio de salud, desempeñándose en labores propias del nivel de atención primario de salud, se puede optar a otro concurso nacional de similares características en que se toma la alternativa de alguna especialización, de cargo del estado, y en que el médico se mantiene como funcionario. En la actualidad el Ministerio de Salud (MINSAL) entrega gran parte de las becas de especialización que dispone, a través de convenios con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), a este concurso.

Si bien se ha considerado esta política como una experiencia de salud pública exitosa[31, 32], en el país la investigación respecto a las características de los profesionales en ésta área es falente. Encontramos un trabajo desarrollado en la década de los setenta en que se abordan determinados elementos que caracterizan las condiciones de vida a la que se enfrentaron los generales de zona[27]. También algunas referencias de escritos experienciales al respecto[33], o en formato de columnas de opinión y/o humorísticas; sin embargo, esta información no resulta atingente a la realidad actual o no tiene un alto grado de validez investigativa. Es este vacío de conocimiento lo que entenderemos como problema de investigación [34].

Tomando en cuenta la reforma de salud en marcha [35] y lo necesario que se hace gestionar el recurso humano médico para cumplir con sus mandatos, parece necesario generar evidencia respecto a las condiciones y expectativas de los futuros y actuales médicos generales de zona.

Nuestra investigación se abordó principalmente desde una óptica metodológica cualitativa, con base en el paradigma interpretativo constructivista, y a la vez, con el fin de enriquecer la generación de información, también se trabajó con metodología cuantitativa. Esto se justifica debido a la importancia de generar conocimiento a partir de aspectos particulares subjetivos de determinados individuos implicados, y a la posterior pertinencia de extrapolar esta información a la totalidad del universo en cuestión.

Como se ha establecido, no existe un conjunto de variables que se hayan medido sistemáticamente para caracterizar el problema de investigación, por lo que se hizo necesario generar en primera instancia un enfoque exploratorio para poder en una segunda etapa, sintetizar las variables en juego para poder operacionalizarlas, aprovechando las ventajas que puede ofrecer un *mix* cuali-cuantitativo.

Sin embargo, hemos encontrado coincidencia en el abordaje a través de áreas amplias, específicamente dividiendo la caracterización de la vivencia en tres: personal, profesional y comunitaria. Éste enfoque inicial fue flexibilizado a medida que se avanzó en la investigación, una de las ventajas de las técnicas cualitativas.

III.- OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer, a partir de lo expresado por los propios médicos generales de zona, determinados elementos que caractericen su experiencia y expectativas futuras en las zonas de destinación

Objetivos específicos

- Conocer la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto de las motivaciones principales que condicionaron su decisión de vivir el generalato de zona.
- Describir la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto de las condiciones laborales a las que se ven enfrentados en sus zonas de residencia
- Determinar el ingreso económico mensual percibido y conocer la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto a éste.
- Conocer la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto de las condiciones afectivas que condicionan su estadía en las zonas de ejercicio.
- Conocer la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto de las relaciones sociales que desarrollan en sus lugares.
- Conocer la percepción de los médicos generales de zona en ejercicio respecto de las condiciones ambientales y climáticas a las que se enfrentan diariamente en sus zonas de residencia.

IV.- METODOLOGÍA

El proceso se desarrolló en dos fases, una primera de carácter cualitativo en que se obtuvo información respecto a las vivencias de los médicos generales de zona, y una posterior de tipo cuantitativo que intentó y en casos permitió extrapolar y dar validez externa a la información obtenida cualitativamente.

Los participantes en las entrevistas y cuestionarios fueron informados personalmente (vía firma de consentimiento informado en la etapa cualitativa) y vía correo electrónico (en el caso de las encuestas) sobre el uso que se le dará a la información proporcionada. Además se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la persona que proporcionó los datos.

Diseño Cualitativo

En el diseño cualitativo se trabajó desde el enfoque analítico hermenéutico, lo cual se justifica dado que nuestra búsqueda apuntó a la identificación a partir de los referentes o emisores del mensaje, de elementos discursivos claves que describen una determinada realidad. Este método nos permitió no obviar la experiencia del investigador sobre la temática, ya que es justamente acá donde yace una de las principales riquezas en el análisis de la información. En este sentido, se interpretaron los discursos generados por los entrevistados, para la posterior construcción de discursos temáticos[36]

Técnica de recolección de información: Se realizaron 5 entrevistas semi-estructuradas y 3 entrevistas grupales tipo *focus group* a médicos que en la actualidad realizan su generalato de zona en diversas zonas del país.

Análisis de información cualitativa: Para ambas técnicas, la forma de tratamiento de datos implicó una transcripción en formato Word de las entrevistas; se codificaron conceptos en base a las temáticas expuestas en la pauta temática de estas, para luego realizar el análisis de discurso, en base a la saturación de contenido. El análisis de discurso fue horizontal en el caso de las entrevistas semi-estructuradas, y de los *focus group*, es decir, se agrupó la percepción de cada grupo y entrevista y se formó un cuerpo analítico común (basado en el criterio de saturación antes mencionado)

Universo: Actuales médicos generales de zona, pertenecientes a la EDF, en su etapa de destinación.

Muestra:

- Para entrevistas semi-estructuradas: Se entrevistó a médicos (5) de localidades apartadas. Participaron hombres (4) y mujeres (1), de la zona norte (1) centro-sur (3) y extremo sur (1). El promedio de edad fue 27 años.

- Para *focus group*: Se decidió abordar un muestreo intencionado en zonas geográficas, norte, centro y sur del país. Es así como en la composición de los tres grupos, se reunió a médicos de las zonas extremas del país (11) y médicos de diversas localidades de la zona centro y centro sur (7) de Chile. Participaron hombres (13) y mujeres (5).

Diseño Cuantitativo

En este paso se realizó un estudio transversal que nos permitió indagar distintas variables en un sólo momento y sin mayores problemas de factibilidad técnica y/o de acceso a las fuentes de información.

Técnica de recolección de datos: Cuestionario auto-aplicado (ANEXO 1). Se realizó una encuesta online y telefónica para generales de zona, el cual fue diseñado por los autores y previamente validado en un estudio piloto. El abordaje de los temas y la selección de las preguntas fueron realizados una vez analizada la etapa cualitativa para integrar temas que surgieron. La encuesta constó de 6 secciones (condiciones ambientales y de aislamiento; condiciones laborales; condiciones económicas; relaciones sociales; relaciones familiares y sentimentales; y valoración global) más una de caracterización demográfica, constando de un total de 38 variables. A través de la Agrupación de Médicos Generales de Zona (AMGZ) y sus delegados regionales, se obtuvo una base de datos, no exhaustiva, con los correos electrónicos y teléfonos de los médicos en ejercicio.

Análisis de datos: La información arrojada en la encuesta ha sido posteriormente procesada en el programa estadístico SPSS. Desde ahí se han realizado cálculos estadísticos descriptivos y univariados en principio, y posteriormente correlaciones bivariadas entre variables usando R de Pearson, lo que nos ha permitido establecer una asociación, cuando ha sido necesario entre 2 variables. Asociado a este análisis se ha realizado en determinados casos, un test de significación estadística para medir si existe correlación significativa entre variables, ya sea con 95% o 99% de confianza.

Universo: Médicos generales de zona en etapa de destinación al momento de la encuesta. Según cifras oficiales del ministerio de salud, se trataría de 776 médicos contratados bajo el artículo 8 de la ley 19.664 (ANEXO 2).

Muestra: Se utilizó un diseño probabilístico, para obtener un tamaño de muestra representativo. Con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, y una porción de no respuesta de un 20%, se calculó un tamaño necesario de 310 encuestados. Se realizó un muestreo estratificado por Servicio de Salud, calculando tamaños de muestra para cada servicio.

V.- RESULTADOS

En primera instancia se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de recolección de información cualitativa. Posteriormente a esto, se presentan los resultados cuantitativos, en tablas y gráficos, para finalmente mostrar un apartado de discusión en el que se integren cada uno de los aspectos anteriormente descritos.

Etapa Cualitativa

Motivaciones para cumplir el generalato

La percepción de la mayoría de los MGZ consultados respecto a qué los motivó fundamentalmente para ser generales de zona, radica en primer lugar en la posibilidad de especialización futura, es decir la beca de especialidad, a la que desde el cuarto año de destinación pueden postular. En un lugar más secundario pero de igual forma importante, se menciona la posibilidad de vivir nuevas experiencias en zonas geográficamente aisladas

“Yo creo que fue la especialización, si no... si no... porque es la única vía como asequible para algunos grupos de nosotros que, como no tenemos la plata no podemos postular a través de la U. Por ejemplo en mi caso particular en mi año no hubo becas ministeriales tampoco, entonces era el general de zona, o pagártelo o trabajar por tu cuenta un par de años y pagarte tú” (MGZ Sur)

“Mi caso son... es una mezcla, están la especialización, están las vivencias, tal como tu dijiste y a mí... encontraba interesante esa incertidumbre porque no teníamos... uno no tiene mayor información de lo que es el realmente EDF. Y eso me llamaba la atención y estar en un lugar distinto, aislado donde trabajar”. (MGZ Sur)

“O sea, yo tampoco tenía la posibilidad de hacer una beca primaria. Había becas primarias de la EDF, pero se suspendieron, no me interesaba ninguna de esas y tampoco podía pagarme ni postular a una beca autofinanciada en ese momento. Me gustan becas que son bastante cotizadas también, así que la EDF cumplía esa condición que en ese momento era la que me motivó a postular pero también me interesaba conocer otras regiones, principalmente que no conocía y vivir otras realidades, porque siempre he vivido en... y conocía todo el norte, pero hacia el sur no”. (MGZ Sur)

“Eh, bueno igual se dan un conjunto de razones: la especialización también, de alguna forma para seguir formándome como médico y también la experiencia de vivir lejos, me gusta el sur, me gusta el clima, y conocer esta realidad.” (MGZ Centro)

“Para mí fue así, para mí fue así. Pero o sea ahora igual me he dado cuenta que me iba servir para también para abrir otros campos, a ver si me gustaba otra especialidad, abrir más la mente y para aprender más de otras cosas.” (MGZ Norte)

Condiciones ambientales y climáticas a las que se enfrentan diariamente en sus zonas de residencia

Respecto de las condiciones climáticas y ambientales que viven los MGZ, estos mencionan que si bien son duras y en muchos casos afectan aspectos psicológicos importantes, en el tiempo terminan siendo habituales, es decir, se acostumbran a ellos, y no se transforman en impedimentos para el desenvolvimiento laboral.

“En el pueblo donde estoy yo, en..., llueve mucho, incluso si tu vas a las estadísticas, es el lugar donde más llueve en Chile continental, porque llueven 4.800mm al año, yo creo que hay muchas partes donde llueve mas, excepto en..., donde llueve 9.000, la isla de los hombres solos, pero... y en otras partes llueve mas pero no hay medición, entonces en... llueve 4.000 y aquí llueve 4.800, para mí no ha sido una diferencia porque llueve lo mismo... y un poquito más. O sea, es como mi clima. Entonces eso es una de las cosas que me agradó, porque a mí me encanta que llueva”. (MGZ Sur)

“Yo... yo soy de..., pero lo bueno es que yo estudié en..., que llueve harto también. Y... personalmente a mí, por ejemplo el clima de acá, ahora a estas alturas no me afecta tanto, porque puedo tener una casa calefaccionada, puedo comprarme ropa o cosas así, el detalle es que yo encuentro que esta es una región muy mala para envejecer, para hacerse viejo”. (MGZ Norte)

“Por ejemplo en el caso mío particular yo creo que se ha hecho más fácil, más fácil en el sentido que el clima de... es bastante benigno, bastante benigno, o sea, no llueve...” (MGZ Norte)

“No hay inundaciones...” (MGZ centro)

“No podís tener paraguas porque te llueve de lado.... Por ejemplo a mí con mi señora nos cargaba la lluvia y mojarse, entonces nos vinimos para acá y entonces respecto al clima yo creo que ha sido más beneficioso. Por lo menos adaptarse a la ciudad”. (MGZ Norte)

Condiciones laborales a las que se ven enfrentados en sus zonas de residencia

En el ámbito de las condiciones laborales, hay dos tópicos centrales desarrollados en las entrevistas individuales y grupales. Por un lado el ámbito de las relaciones sociales con el resto de los funcionarios de los centros médicos donde se realizada el generalato de zona, y en segundo lugar, las condiciones físicas y la infraestructura del lugar.

Relaciones laborales

En general se percibe en este ámbito, que las relaciones laborales establecidas con los funcionarios de los centros de salud son amenas, y no afectan el desenvolvimiento laboral de los médicos. Sin embargo, se dan ciertas dinámicas conflictivas en el sentido de las relaciones

jerárquicas fundamentalmente con los directores de los hospitales y consultorios que no son médicos.

“Yo he tenido jefes que no son médicos y son relaciones distintas”. (MGZ Sur)

“Es una relación de estructura”. (MGZ Centro)

Por otro lado se percibe como conflictivo el hecho de que muchos de los cargos de dirección son políticos y por ende obedecen más a intereses específicos que a los intereses que el cargo amerita, según opinión de los médicos:

“Es una persona que esta puesta ahí por una cuestión política y todo lo saben, y no tiene ningún concepto de gestión ¿me entiendes no? O sea, esta mina no cacha de salud pública, como tiene que manejar las cosas... todo lo basa en cuestiones políticas. Incluso ella trata de interferir en algunas ocasiones en manejos médicos”. (MGZ Sur)

“En mi caso, en... el que está ahora es un Ingeniero comercial, que está hace seis meses. Y la idea en general es que también es llevado por posiciones políticas y lo único que busca es que la gente esté contenta ¿ya? Que no reclame ¿Ya? Y se ha encargado, todas sus decisiones que ha tomado ha sido en relación a eso...” (MGZ Sur)

“Las relaciones con los médicos han sido malas, súper malas, hemos tenido conflicto con él, y la idea es esa, bueno de repente igual, hasta ahora estaba tomando decisiones por la parte médica en ese sentido tampoco se hace asesorar por el subdirector médico que es un colega de nosotros.” (MGZ Centro)

“En mi caso el director no es médico, es ingeniero, y las administrativas que están a su lado son matronas, entonces como que la relación con los superiores es distinta. Hay como mas temor... el director es como que te dice todo y después no hace nada... Ahora ha habido problemas con la parte médica, entonces estamos como muy sobrecargados con las horas. Hemos tenido problemas porque de repente se enferma uno... y nos tiran la mano a todos, entonces, con ellos ha habido problemas”. (MGZ Norte)

Sostienen que el director del hospital o consultorio, debiese ser médico y no tener ninguna posición política establecida, aunque desde luego asumen la poca factibilidad de que esto se dé.

“Más que médico, apolítico. Opiniones personales, yo, más que médico, apolítico, o sea, porque no necesariamente tu puedes tener un profesional médico que sepa de administración y te pueda gestionar bien un establecimiento”. (MGZ Sur)

“Yo tengo la idea de que en los hospitales las jefaturas debiesen ser consensuada, por ejemplo yo no tengo ningún problema que un ingeniero comercial lleve la contabilidad de un hospital, la plata que sale, la parte que entra, los insumos, la parte ¿Cómo se llama? De abastecimiento, todo lo que es competencia de su carrera, pero si hay un subdirector médico y ahí se podría formar un sistema, no sé, un directorio, dos directores, dos personas que tengan de esa estatura y que las decisiones médicas las tome uno y las otras las toma otro y entre los dos llegan a un

acuerdo, por ejemplo. Por ejemplo, pero igual la dualidad que aquí en el hospital regional... y en el hospital de... los directores son ingenieros comerciales, todos los directores de los hospitales, tipo 4 de los 3 son médicos generales de zona como nosotros sin formación en gestión de salud, que tenemos un ramo de salud pública en la universidad que dura un semestre o menos y que generalmente es el ramo donde...” (MGZ Sur)

“¿Sí, yo creo que sí. Yo creo que debieran ser médicos, o por lo menos, si no son médicos que haya una subdirector médico, o director asesorado por médico!”. (MGZ Norte)

“Yo también considero que las direcciones en salud debieran ser dirigidas por médicos, pero también considero que el personal médico también debieran capacitarse en administración, que es una cosa importante. Yo de esas cosas me doy cuenta ahora que estoy haciendo el magister en salud pública que es mas menos enfocado hacia esa área, igual uno cuando sale tiene hartas deficiencias en el enfoque administrativo que les puede dar a las cosas. Y en verdad la enfermera cuando sale al mismo nivel que uno, está más preparada para tomar decisiones administrativas que uno”. (MGZ Norte)

Por otra parte se menciona la división que existe en las relaciones entre médicos chilenos y médicos no chilenos.

“A ver yo estado en dos lados, acá en... en consultorio y en... Acá en el consultorio con el personal no médico excelente, y con el personal médico, voy a hacer una división, que yo no soy xenofóbico pero se dio, y me dio la atención eso, que con la gente chilena no había problema de eso, terminamos siendo amigos con varios, y con los médicos extranjeros hay como una división acá en...: chileno y extranjero”. (MGZ Norte)

“En el consultorio, voy a hablar del consultorio. Quizás no una división con pelea y todo el cuento. Pero hay como recelos hacia los médicos chilenos cuando llegan a atención primaria, es difícil coincidir con turno SAPU por ejemplo, para varios, para los que quieren hacer SAPU. Eh... no se po, como que no te pescan al principio ¿cabai?”. (MGZ Norte)

Infraestructura disponible

A nivel de infraestructura, la percepción general no es del todo negativa. Se parte de la idea de que los implementos básicos sí existen, pero tampoco en abundancia, es decir, se dispone de insumos para desarrollar las funciones médicas elementales, pero no para hacer procedimientos más complejos ni para experimentar. Por otra parte se menciona que mucha de la tecnología con la que disponen estos centros de salud, es implementada sin la debida inducción al personal que los maneja, entre ellos el médico:

“Sí, pero... en cuanto a recursos físicos yo encuentro que es bien equipado, en urgencias, tiene lo suficiente como para la atención, para la primera atención, eh... en medicamentos igual estamos bien. Pero igual falta lo mismo que allá, o sea, recursos humanos, o sea, están las cosas pero falta gente como para lograr ofrecer la demanda

asistencial que corresponde. Están haciendo un nuevo hospital que va a construirse ahora en diciembre, que aumenta los metros cuadrados a 7.500". (MGZ Sur)

"Yo trabajo en un hospital inaugurado hace un año espectacular, Hermoso. 2.500 metros cuadrados, tengo un pabellón con una mesa quirúrgica de 20 millones de pesos, una incubadora gafa de 15 millones de pesos, un electro bisturí de 10 millones de pesos, podís juntar millones en el hospital, muchos millones de dólares, pero yo soy médico del hospital, EDF, sin ninguna....que al año tengo el plan anual de capacitación, que son 3 semanas o 4 semanas, en que este año yo lo fui a hacer en ecografía, porque nunca me hicieron un curso de ecografía y yo hago ecografías para toda la zona norte de la región y yo nunca he tenido un curso de ecografía, porque no hay inducción ni nada". (MGZ Sur)

"No ¿cachai? Entonces yo tuve que conseguirme un curso de ecografía, me pague yo la estadía y todo lo demás y ahora aprendí ecografía. Pero... llegan los tipos, instalan un tremendo pabellón con los equipos y viene el técnico y te dice bueno, con este botón se corta, con este... Pero no hay capacitación asociada a la inversión en infraestructura, no hay capacitación para el personal y tampoco hay inyección suficiente de recursos humanos". (MGZ Sur)

La principal demanda planteada en el ámbito de la infraestructura, más que con lo físico, tiene que ver con lo humano, es decir, con el escaso material humano disponible para estas instancias, en tal sentido se plantea que muchas veces la infraestructura sobrepasa y supera al personal limitado disponible para cumplir todas las funciones necesarias.

"Nosotros pasamos de un hospital de 450 metros cuadrados a un hospital de 2.600 metros cuadrados, donde se nos habilitaron la dotación de 4 paramédicos, una enfermera, y un administrativo y un chofer, para un hospital 5 veces más grande y una población que está creciendo de forma exponencial porque van a llegar dos salmoneras mas, porque por el volcán todas las salmoneras se van corriendo para el sur, nosotros estamos viendo el triple de población que el año pasado, con datos duros, consultas de urgencia, según la última estadística. Estoy sin medicamentos hace 2 semanas, porque hay mucha población flotante de gente que no está, entonces... yo creo que son realidad es diferentes. Eso es lo que está pasando en mi hospital, tengo un hospital fabuloso, pero el recurso humano es escaso y la capacitación es nula. La otra realidad, el hospital de... y el de..., puede que los equipos estén más cohesionados, por lo que yo sé conversando con mis colegas, y... como se llama, los cuales son mas resolutivos pero sus hospitales, como el de Aysén son feos, viejos y no... y los espacios físicos son reducidos y están hacinados". (MGZ Sur)

Ingreso económico recibido

Al conversar de las condiciones económicas que acompañaba su estadía en el generalato de zona, podemos percibir que hay una mediana conformidad. En términos prácticos se plantea que la remuneración recibida alcanza para desarrollar un estilo de vida con todas las comodidades.

“Eso es lo que yo le agregaría más que... porque no es que no nos paguen bien, porque nos pagan bien, el problema es que a veces no nos pagan como deberían algunas asignaciones que nos corresponden. Que se las sacan ¿me entiendes? O sea, yo no tengo ningún problema con lo que me pagan ¿cabai? Pero yo sé que hay cuestiones que deberían pagarme y que no me las pagan.” (MGZ Centro)

“El sueldo yo encuentro que es adecuado y suficiente para el sacrificio de estar acá”. (MGZ Sur)

“La tónica en general es que todo el colega que llega como en realidad, el sueldo es bueno ¿me entiendes? es justo como les dije, insisto que esto no es un premio ni en realidad no vienes a ganarte la lotería porque yo creo que es lo que te corresponde por todo lo que tu hacís”. (MGZ Centro)

“O sea, yo la verdad es que estoy conforme con lo que me están pagando, la verdad es que no es poco. Pero nosotros en Tocopilla tenemos distintos turnos, por ejemplo, o sea yo tengo turno y me quedo ahí toda la noche, no me pagan por eso ¿cabai? Pero es una cuestión de que me llaman, no voy a estar yendo 20 veces al hospital porque al final no tengo como, bla bla bla.... Me quedo ahí, pero en general yo por lo menos estoy contenta hasta el momento”. (MGZ Norte)

Sin embargo a la hora de ahorrar esto cambia según zona geográfica, en el norte y en el centro por ejemplo, no hay mayores posibilidades de invertir ni capitalizar en insumos concretos, fundamentalmente por que los traslados, la distancia con los centros urbanos, y la infraestructura disponible, implica un mayor gasto económico personal, que se trasunta en el presupuesto mensual disponible.

“Porque nosotros andamos, hay veces que estamos disponibles las 24 horas, aunque... y es mucha pega que nosotros tenemos que asumir que no corresponde asumirla como medio general porque el hospital no te da soluciones. Entonces hay muchas responsabilidades medico legales, tenemos que hacer autopsias, si alguien se le para el dedo de ir a huevearte a la hora que sea te huevea y te presiona”. (MGZ Norte)

“No. Porque si queda la cagada en..., como ha quedado la cagada de repente, puta, tienen que estar todos los médicos. Y tú puedes estar un domingo descansando en tu casa y eso no tiene valor.” (MGZ Norte)

Situación muy distinta es la que se vive en el extremo sur, donde las funciones laborales desempeñadas permiten en muchos casos percibir ingresos fuera de la remuneración formal (que es mayor que en otras zonas) que el cargo de general de zona suscribe. De hecho en estas zonas australes, la capitalización en insumos concretos es común entre los médicos.

“Puedes hacer malabares, incluso aquí... por ejemplo yo para la casa no pedí hipotecario. Yo hice una cosa que se me ocurrió en un momento y que ahora estoy feliz de por qué lo hice. Compré una vivienda social baratita y la compré con un crédito de consumo”. (MGZ Sur)

“Yo me compré una casa, una vivienda social pequeñita y la hice de nuevo. Y la hice de nuevo con maestros, mantuve un poco la estructura, le hice una ampliación y toda la cuestión. La pretendo arrendar muy caro un par de años, porque ya van a llegar empresas salmoneras que arriendan casas para los jefes, entonces la quiero dejar bien enchuladita, bien bonita... cosa que cuando llegue el nuevo subgerente de fiordos abí tiene la casa, amueblada... 450 lucas mensuales.” (MGZ Sur)

“En ese sentido esta región esta... eh, tú puedes invertir en bienes raíces, es súper rentable porque es caro, y esta región en si puede invertir en otras muchas cosas que son servicios. La región de... no tiene nada de servicios, por ejemplo en... no hay una funeraria decente, no hay cementerios decentes... no hay clínicas privadas, no hay ¿Cómo se llama?” (MGZ Sur)

Condiciones afectivas que condicionan su estadía en las zonas de ejercicio.

Respecto de las condiciones afectivas de los MGZ, se trabajaron dos aspectos troncales, por un lado lo que respecta a la familia nuclear de origen (padre, madre, hermanos) y amigos y entorno básico; y por otro lo que tiene que ver con las relaciones sentimentales de pareja:

Relaciones familiares nucleares y amistosas

En este sentido se considera que la distancia con la familia y el entorno base, no ha sido un obstáculo para el desenvolvimiento laboral. Desde luego hay nostalgia y recuerdos, pero la situación de distancia no cambia respecto de lo que ya vivieron en la universidad.

“Es que yo soy de... entonces estudié en... y siempre estuve fuera de la casa, entonces no... la verdad, la verdad no...”. (MGZ Sur)

“Yo creo que aquí hay dos tipos de distancias, yo creo que están las distancias físicas y emocionales. Por ejemplo, yo vivo en..., mis papas viven en..., mis suegros viven en..., los papás de mi señora, y para ella igual fue más difícil porque estamos lejos, por conectividad terrestre, pero en tres horas y media estás acá y tomas un avión y ella está con su familia dentro del mismo día digamos. Es posible. Eso es... en ese sentido afecta porque estas lejos del resto de Chile, y nunca te demoras menos de un día en ir a otra región de Chile, y cuando están malas las condiciones a veces no salen los aviones, y abí hay un factor que es determinante para algunas personas que requiere más inmediatez de cercanía con sus seres queridos. Ese es un punto de vista”. (MGZ Sur)

“Es que por lo menos a mi me criaron diciéndome que tengo que salir de la casa, entonces no me afectó tanto” (MGZ Sur)

“La verdad es que yo llevaba 7 años acá, 2 años más fuera, entonces como que no echo tanto de menos a mi familia. ... a parte que yo perdí amistades, como que no tengo... o sea, claro, está mi familia, pero... ahora he echado un poco de menos... porque mi pareja está acá, entonces eso... pero viajo casi todos los fines de semana...”. (MGZ Norte)

Reconocen sin embargo que hay episodios puntuales que han sido determinantes familiarmente a los cuales pro la distancia y el costo de traslado no han podido llegar y que les ha dejado apesadumbrados, sobre todo a principios de la experiencia del generalato. Sin embargo esto con el tiempo deja de ser tan trascendente.

“Si, y en realidad los pasajes a 200 o 300 lucas cuando lo comprai a última hora no es muy agradable.”(MGZ Norte)

“Mi abuelo se murió en octubre del año pasado y yo tuve que viajar de un día para otro. Tardé dos días en llegar a... porque el primer día no había pasajes y el segundo gaste 350 lucas en pasajes míos y de mi señora. Si eso lo ves como un impedimento sí, fue terrible, por un imprevisto así, en ese sentido sí que es una limitante y algo que complica mucho.” (MGZ Sur)

Relaciones sentimentales de pareja

A nivel sentimental, la situación según la percepción de los MGZ es más compleja. Las relaciones a distancia tienen a no funcionar en el tiempo, y solo prevalecen aquellas donde en este caso la pareja del MGZ opta por ir a vivir al lugar de destino.

“Sí, yo creo que sí. Bueno yo estudié en..., igual es lejos, entonces igual me costaba.... Pero por ejemplo yo, en mi caso personal llegué con mi pareja y ella lo pasó mal, ella es de Concepción, nunca se había ido de su casa, y la paso mal el primer año, además yo estaba en la ronda y estaba sola durante la semana, estábamos los dos juntos los fines de semana y la pasó mal, súper mal el primer año. Y por suerte, por suerte, cuando postulé dije ya, me voy a ir a ..., y no a.... no se po a..., porque tenía también opción de irme también a otros lados. Y por suerte, porque si no, abí se muere, se muere, hubiera sido horrible sinceramente, yo creo que a nosotros como pareja, menos mal, porque esto es una ciudad chica, menos mal que llegué a una ciudad y no a un pueblo más chico.” (MGZ Sur)

“Yo creo que si no es una relación consolidada antes de venirte para acá, vénganse a vivir juntos, da lo mismo yo no soy purista ni nada, yo creo que las parejas tienen que vivir juntas antes de casarse pero es una opinión personal. O por ultimo casaste o arrejúntate o lo que sea pero no se suelten porque si no van a cagar”. (MGZ Centro)

En cualquier caso, todas las fuentes consultadas perciben que es inviable sostener una relación a distancia, y que este sí es un aspecto que condiciona el desempeño laboral de los MGZ. No sólo es la distancia la que afecta, si no la conectividad, la confianza, la falta de contacto físico, etc.:

“No, mira si es difícil ya tener una relación siendo médico y tu pareja siendo otra profesión que no entienda, ya es difícil, y más encima alejado... ya la weá se va a la mierda”. (MGZ Centro)

“La relación no es solamente un contacto telefónico, involucra muchos aspectos”. (MGZ Sur)

“Es que el concepto de una relación a distancia aunque sea en la ciudad que queda a 100 km yo también siento que está condenada al fracaso”. (MGZ Sur)

“O sea, yo estoy pololeando hace tres o cuatro meses e igual se me complica porque salgo todas las semanas y llego el viernes en la tarde y me voy el lunes ¿cabái?. (MGZ Centro)

Etapa Cuantitativa

Caracterización

Se obtuvo respuesta de 202 cuestionarios, siendo el porcentaje de no respuesta de 39,5% (finalmente se intentó con 334 médicos) alcanzándose así una representatividad nacional con un margen de error de 6%. Comprendió 124 hombres y 78 mujeres, según se observa en el gráfico 1.

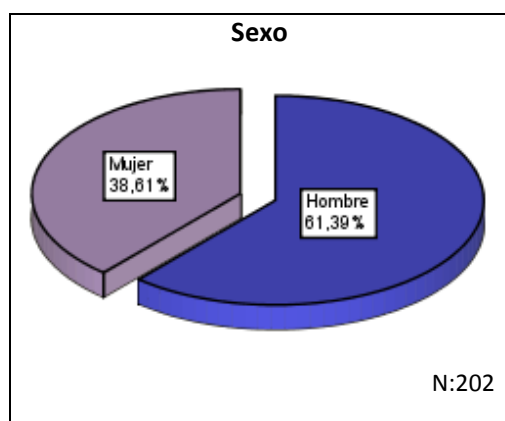


Gráfico 1. Distribución porcentual de la muestra según sexo.

La edad de los encuestados oscila entre 25 y 41 años, alcanzando un promedio de 28,3 años. Un 46,5% se concentra entre los 27 y 28 años, y sólo el 10,9% tiene más de los 30 años. Se observó además una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo al sexo de los encuestados. Los hombres presentan un promedio de edad de 28,6 años, superior a los 27,8 años promedio de las mujeres.

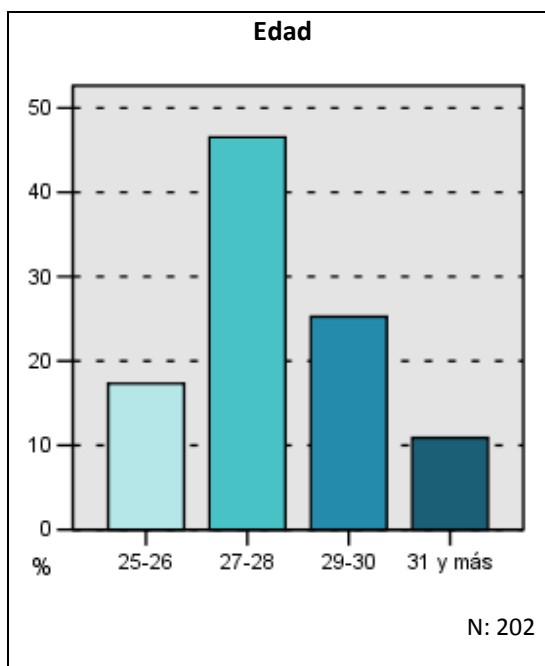


Gráfico 2. Distribución porcentual de la muestra en tramos de edad.

El 36,1% está casado, mientras que el 63,9% restante es soltero. No obstante, casi un tercio de los solteros (20,3% del total de encuestados) convive con su pareja.

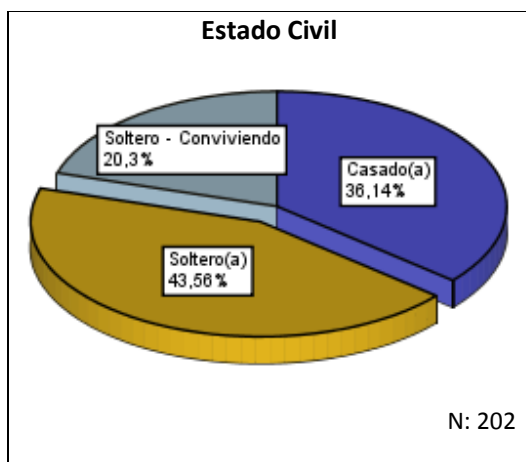


Gráfico 3. Distribución porcentual de la muestra según estado civil.

El 94,5% se tituló entre 2002 y 2007, y el 98% ingresó al Ciclo de Destinación desde 2003 en adelante. Se detecta una correlación casi total entre año de titulación e ingreso al ciclo.

Año de Titulación	N	%
2001	4	2,0
2002	16	7,9
2003	19	9,4
2004	27	13,4
2005	39	19,3
2006	49	24,3
2007	41	20,3
2008	7	3,5
Total	202	100,0

Tabla 1. Distribución porcentual y absoluta de la muestra según año de titulación

Ingreso al Ciclo de Destinación	N	%
2002	4	2,0
2003	18	8,9
2004	17	8,4
2005	27	13,4
2006	40	19,8
2007	47	23,3
2008	49	24,3
Total	202	100,0

Tabla 2. Distribución porcentual y absoluta de la muestra según año de ingreso al ciclo.

En lo que respecta a la universidad formadora de los encuestados, predominan los egresados de la Universidad de Chile –con un 28,7% del total-, y de la Universidad de Concepción, con un 18,3%. Más atrás se ubican otras instituciones públicas de regiones y de la capital, y dos universidades privadas de la ciudad de Concepción.

UNIVERSIDAD	N	%	UNIVERSIDAD	N	%
U. de Chile	58	28,7	U. de la Frontera	20	9,9
U. Católica de Chile	10	5,0	U. Austral	21	10,4
U. de Santiago	20	9,9	U. San Sebastián (Concepción)	13	6,4
U. de Antofagasta	5	2,5	U. Católica de la Stma. Concepción	11	5,4
U. de Valparaíso	6	3,0	Otra (extranjera)	1	0,5
U. de Concepción	37	18,3	Total	202	100,0

Tabla 3. Distribución porcentual y absoluta de la muestra según universidad de titulación

Las razón principal de estos profesionales para integrarse al Ciclo de Destinación y Formación tiene que ver con las alternativas de especialización que entrega a los médicos participantes, motivo esgrimido por el 48,5% de encuestados. En segundo lugar se ubica el desarrollo personal, con un 37,4%, siendo menor el peso de otras motivaciones como la proyección dentro del sistema de salud público o los ingresos.

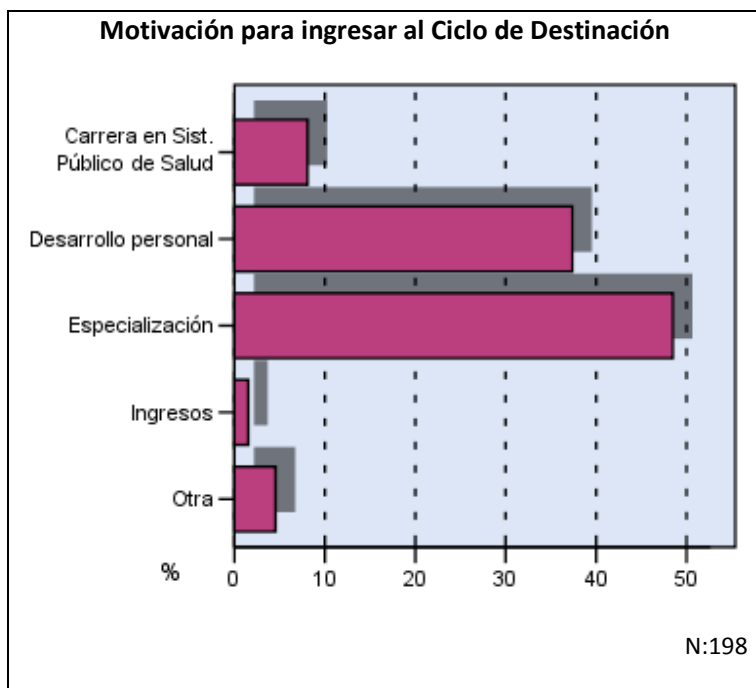


Gráfico 4. Distribución porcentual de la muestra según motivación de ingreso

Sobre el 70% de los médicos consultados están destinados en hospitales, en tanto que el resto se desempeña en consultorios.

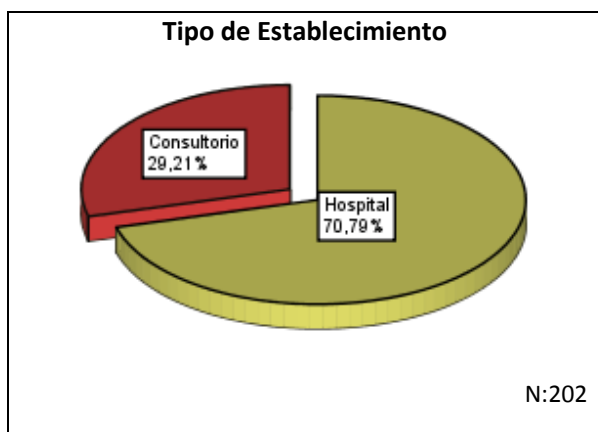


Gráfico 5. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento.

Entre estos establecimientos se cuentan hospitales y/o consultorios de 24 de los 28 servicios de salud del país, de acuerdo a la distribución mostrada por la tabla 4:

SERVICIO DE SALUD	N	%	SERVICIO DE SALUD	N	%
Iquique	1	0,5	Concepción	1	0,5
Antofagasta	7	3,5	Talcahuano	1	0,5
Atacama	2	1,0	Bío Bío	17	8,4
Coquimbo	22	10,9	Arauco	3	1,5
Valparaíso - San Antonio	6	3,0	Araucanía Norte	18	8,9
Viña del Mar - Quillota	4	2,0	Araucanía Sur	12	5,9
Aconcagua	4	2,0	Valdivia	21	10,4
Metropolitano Norte	5	2,5	Osorno	4	2,0
Metropolitano Occidente	5	2,5	Llanchipal	21	10,4
Metropolitano Sur	2	1,0	Aysén	9	4,5
O'Higgins	13	6,4	Magallanes	4	2,0
Maule	11	5,4			
Ñuble	9	4,5	Total	202	100,0

Tabla 4. Distribución porcentual y absoluta de la muestra según Servicio de Salud de desempeño.

Para efectos del análisis, estos servicios de salud han sido agrupados en 3 grandes zonas geográficas, que buscan dar cuenta de la experiencia del Médico General de Zona (MGZ) en las zonas más aisladas del país. La zona “Norte Grande” comprende los servicios de salud de Arica, Iquique, Antofagasta y Atacama; mientras que el “Extremo Austral” incluye los servicios de salud de Aysén y Magallanes, además de las provincias de Chiloé y Palena, correspondientes al Servicio de Salud Llanchipal. No se tomó en cuenta en este estudio la reciente creación del Servicio de Salud Chiloé, y se siguió considerando parte del Servicio Llanchipal.

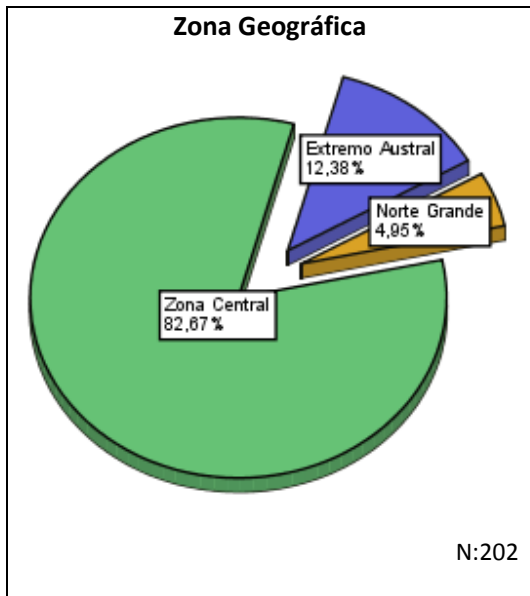


Gráfico 6. Distribución porcentual de la muestra según zona geográfica.

Finalmente, se consultó a los MGZ si están afiliados al Colegio Médico de Chile (A.G.). En esta situación se encuentran casi tres cuartas partes de los encuestados, mientras que el 25% restante no está colegiado.

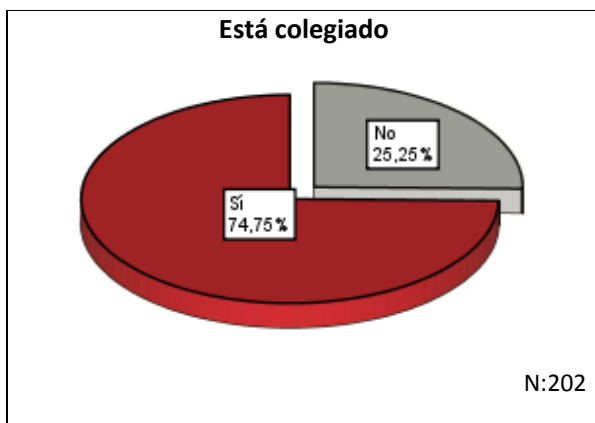


Gráfico 7. Distribución porcentual de la muestra según colegiatura.

Condiciones climáticas y de aislamiento

Dos son las variables principales que se utilizaron para caracterizar las condiciones ambientales que deben enfrentar los médicos generales de zona en sus lugares de destinación: el aislamiento y las condiciones climáticas.

La distancia al lugar de destinación, calculada tomando como referencia la ciudad en que se ubica la universidad de titulación del médico respectivo, se presenta en este gráfico. Los resultados indican un 43,4% de profesionales que se desempeñan a más de 500 kilómetros del lugar donde estudiaron, y apenas un 15,4% que lo hace a una distancia inferior a los 100 km. El rango para esta variable va desde los 30 a los 3.115 kms., con un promedio de 571,9 kms.

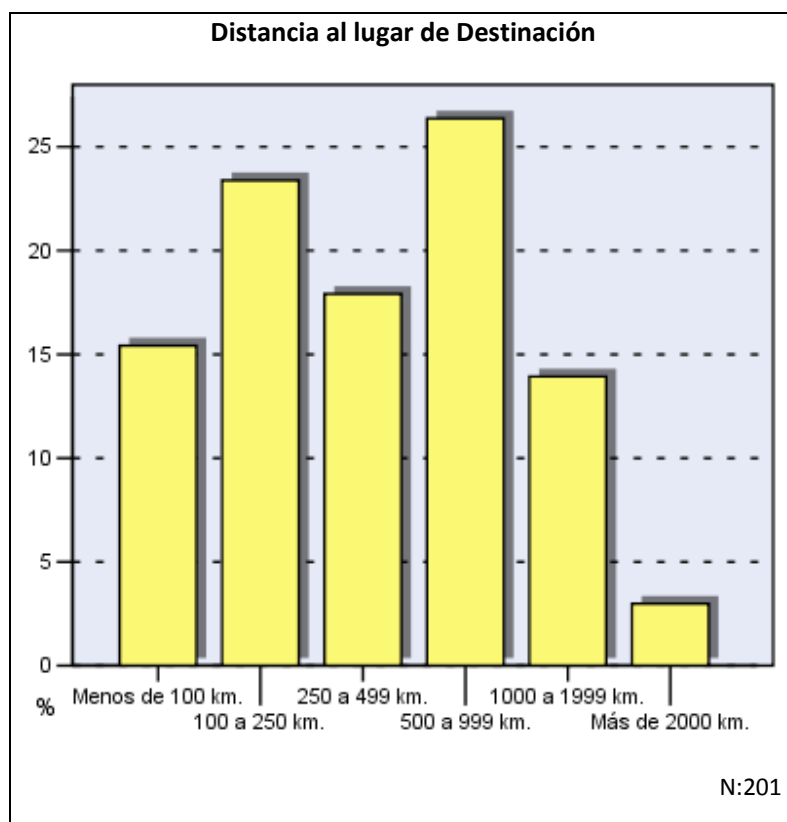


Gráfico 8. Distribución porcentual de la muestra según distancia entre universidad de origen y lugar de destinación por tramos.

En este contexto, el 55% considera que las condiciones de aislamiento en su lugar de destinación son “totalmente” o “bastante” diferentes a las que estaba acostumbrado antes del ingreso al ciclo.

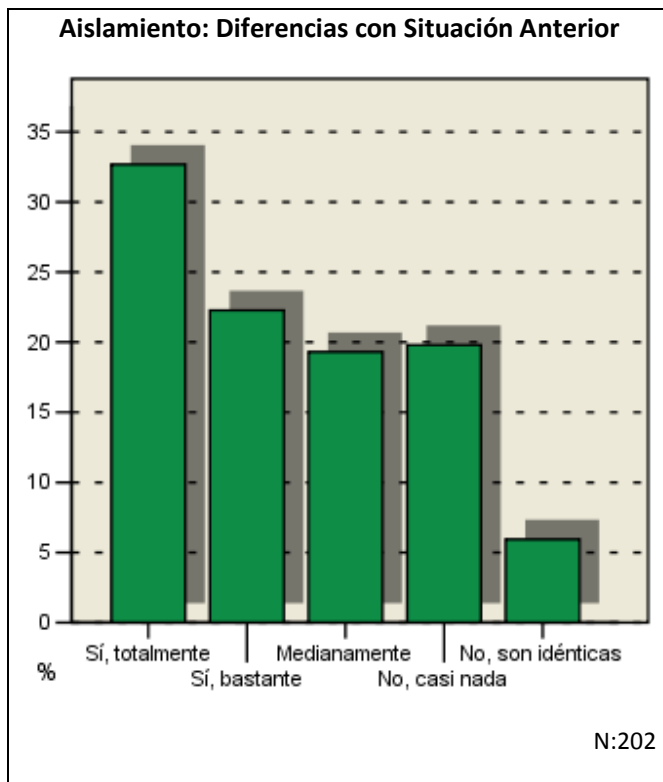


Gráfico 9. Distribución porcentual de la muestra según Aislamiento, diferencias con situación anterior

Respecto a cuánto influyen esas condiciones de aislamiento en la vida cotidiana de los MGZ, un 53% evaluó esta influencia con nota 5 o superior (siendo 7 la máxima influencia posible), en tanto que el promedio alcanzó a 4,2.

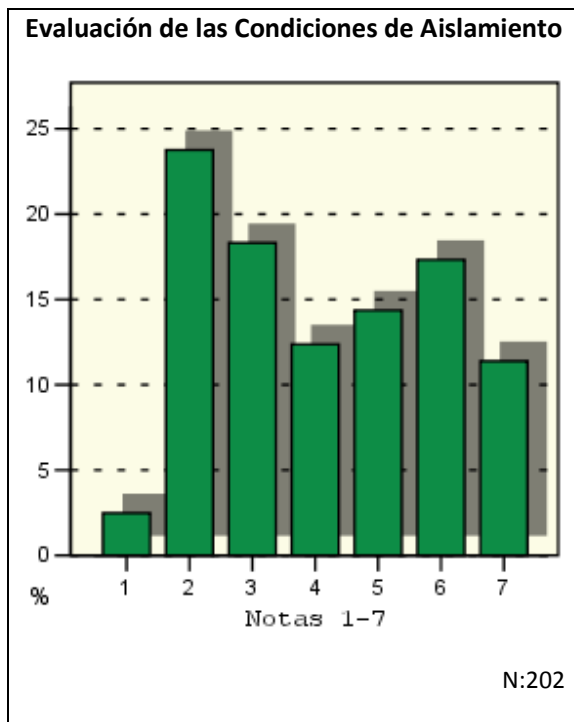


Gráfico 10. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de condiciones de Aislamiento.

La evaluación del aislamiento, en una escala del 1 al 7, donde 1 es la evaluación más negativa y 7 la más positiva posible, alcanzó una nota promedio de 4,1, con un 44,6% que calificaron con nota 3 o inferior.

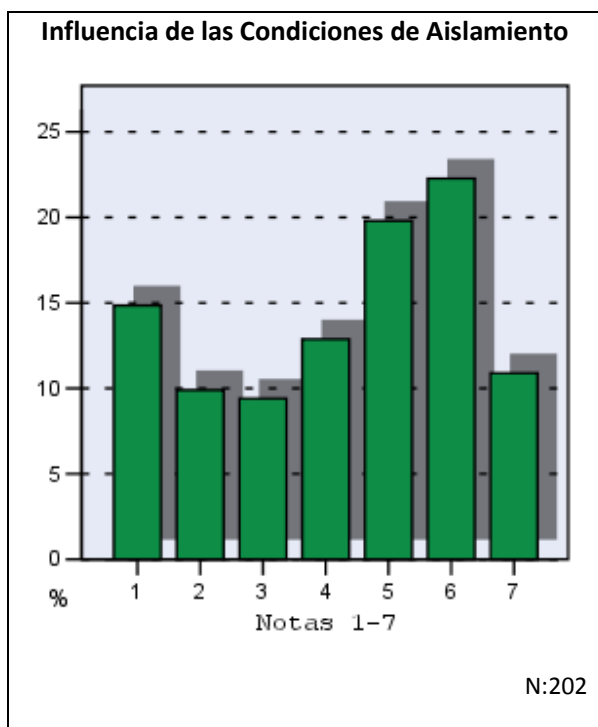


Gráfico 11. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones de Aislamiento.

Debe considerarse, sin embargo, las notorias diferencias que existen en este aspecto entre los médicos destinados en distintas zonas del país. Mientras en la zona central la situación es bastante heterogénea, en los sectores extremos la disimilitud es mucho más marcada. En el Extremo Austral el 96% de los encuestados da cuenta de condiciones de aislamiento muy diferentes a lo que estaban habituados, en tanto que en el Norte Grande esta cifra alcanza al 90%.

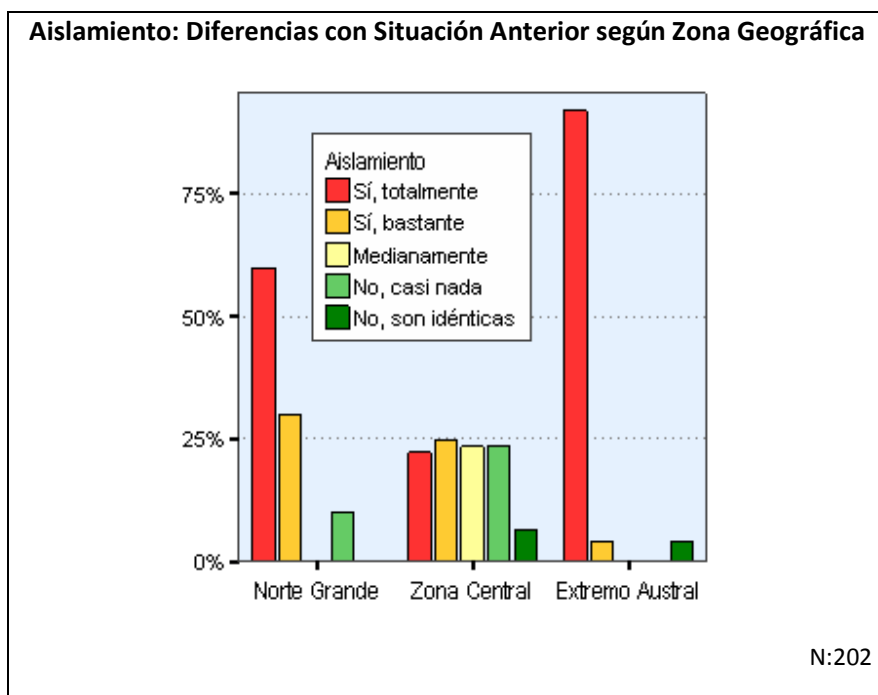


Gráfico 12. Distribución porcentual de la muestra según Aislamiento, diferencias con situación anterior, y zona geográfica.

Otra diferencia importante se da entre los profesionales que laboran en hospitales y en consultorios. Estos últimos deben trabajar a una distancia promedio de su ciudad de titulación muy superior a los médicos que realizan el generalato en hospitales. Asociado a ello, experimentan condiciones más desfavorables de aislamiento, según se consigna en la tabla 5:

Tipo de Establecimiento	PROMEDIOS	
	Kms. destinación	Aislamiento (Notas 1-7)
Hospital	509,92	4,32
Consultorio	720,98	3,56
Total	571,87	4,10

Tabla 5. Distribución porcentual de la muestra según distancia entre universidad de origen y lugar de destinación, y evaluación de condiciones de Aislamiento.

El segundo elemento a tener en cuenta dice relación con las condiciones climáticas del lugar de destinación. Sobre este aspecto, un 48,5% afirmó que éstas difieren de manera importante de su lugar de residencia anterior.

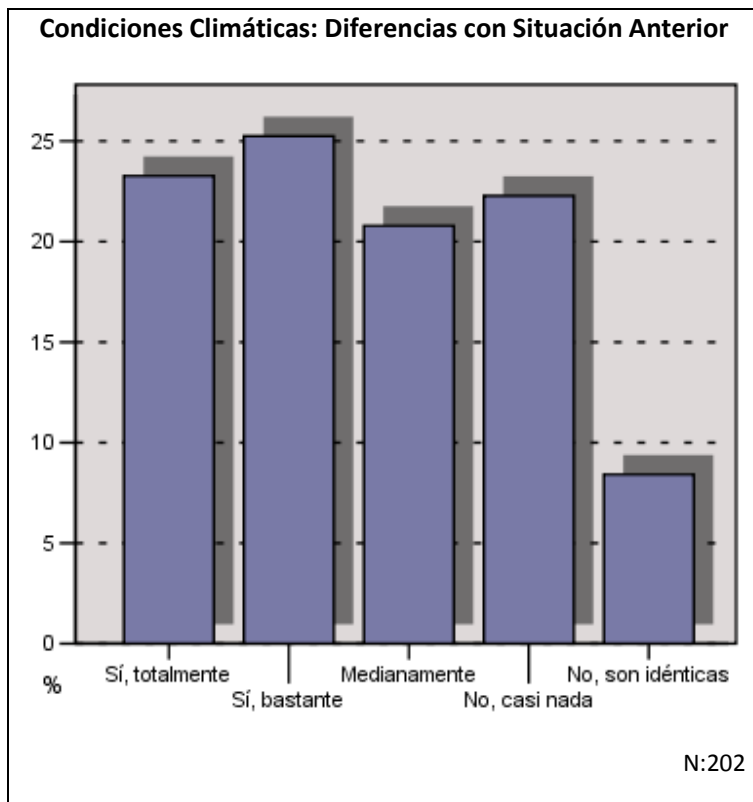


Gráfico 13. Distribución porcentual de la muestra según condiciones Climáticas, diferencia con situación anterior.

Estas condiciones son evaluadas de manera mayoritariamente positiva, llegando el promedio a 5,1; y su influencia en la vida cotidiana es menor en relación a otros factores, alcanzando un promedio de 4,0 sobre 7.

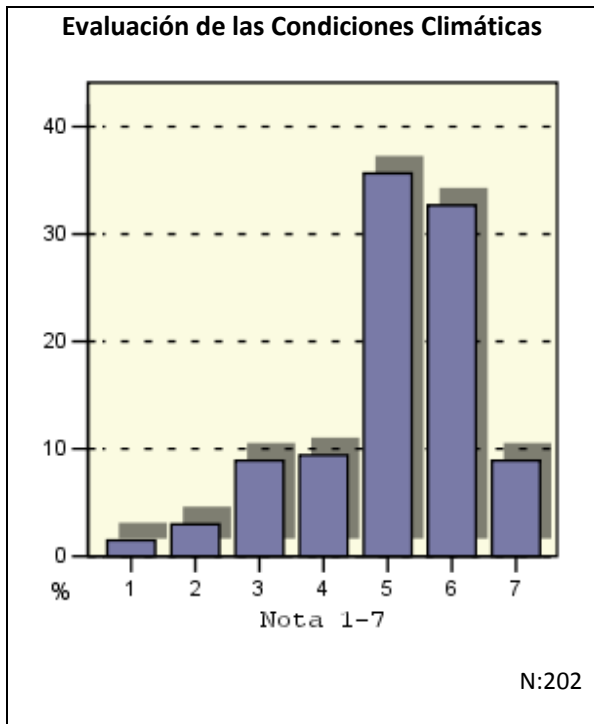


Gráfico 14. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de las condiciones Climáticas.

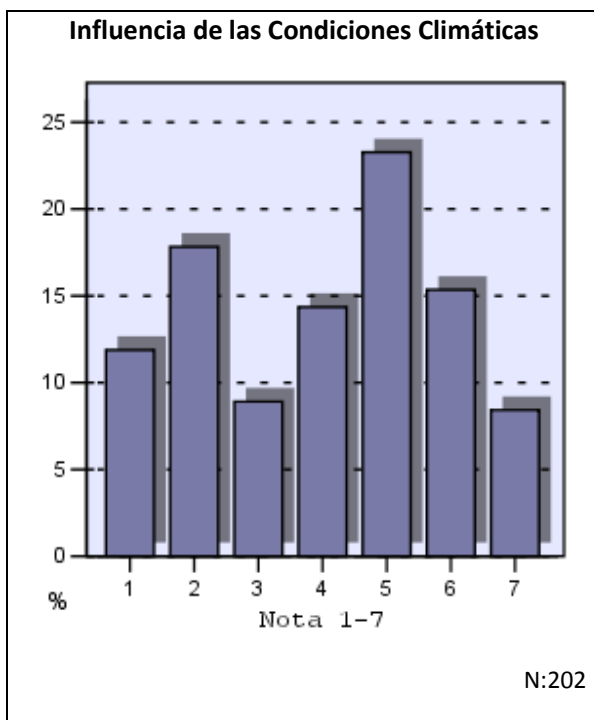


Gráfico 15. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones Climáticas.

En este punto se consignan igualmente diferencias significativas entre las distintas áreas geográficas identificadas, en particular en el extremo sur, donde un 80% ha experimentado condiciones climáticas muy distintas a lo acostumbrado. En el norte la tendencia es similar, aunque menos marcada.

Existen percepciones opuestas sobre estas condiciones climáticas según área geográfica: mientras los médicos destinados en el Norte Grande evalúan el clima con nota 5,6 en promedio - por encima incluso del 5,2 alcanzado en la Zona Central-, aquellos que se desempeñan en el sur calificaron el clima con una nota promedio de 3,9.

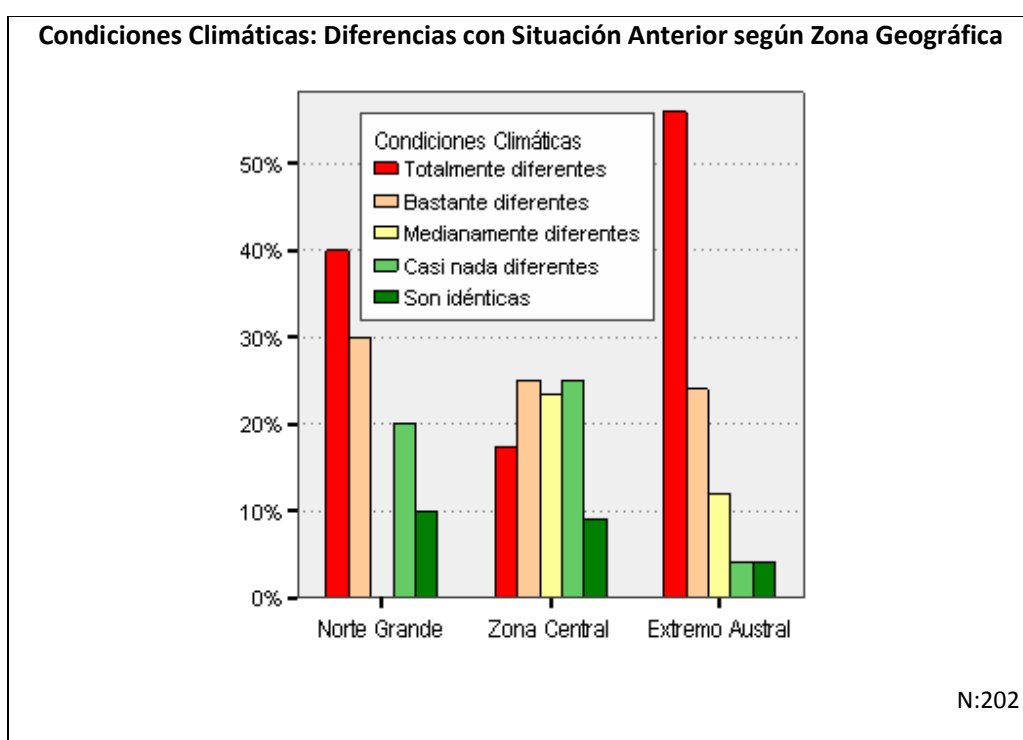


Gráfico 16. Distribución porcentual de la muestra según condiciones Climáticas, diferencias con situación anterior, y zona geográfica.

Condiciones laborales

Cerca de un 80% de los encuestados labora 50 o más horas por semana, y casi un 60% supera las 60 horas, llegando en algunos casos a más de 90 horas en dicho período. En promedio, los encuestados trabajan 60,3 horas por semana.

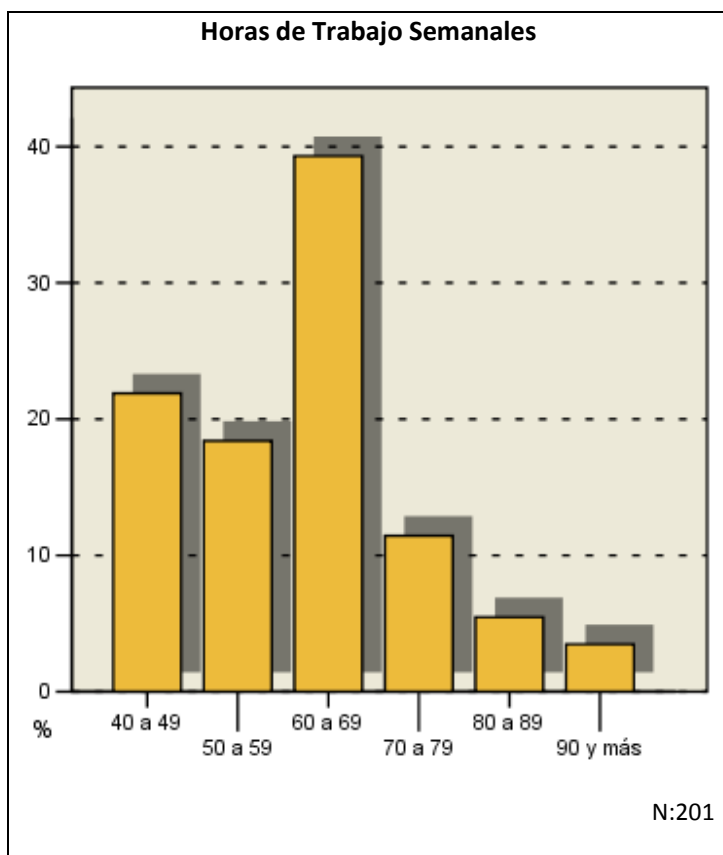


Gráfico 17. Distribución porcentual de la muestra según horas promedio de trabajo semanal.

Este volumen de trabajo difiere según zonas del país. Así, mientras en el Norte Grande los MGZ trabajan un promedio de 66,2 horas semanales, en la zona central esta cifra baja a 60,7, llegando a 56,1 en la zona austral. Respecto a la valoración de este ítem, un 88% de los encuestados colocó nota 3 o inferior a este ítem, y solo un 9% lo calificó con nota 5 o superior, para un promedio global de 2,2.

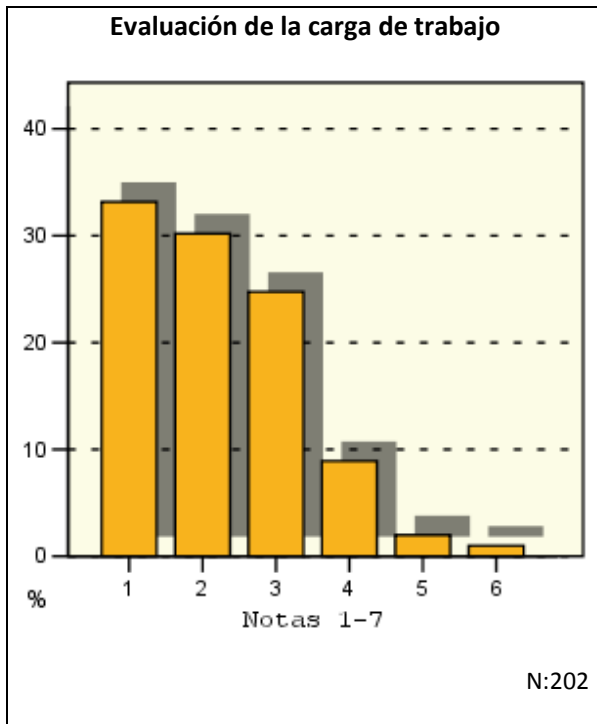


Gráfico 18. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la carga de trabajo.

La evaluación de la infraestructura comprende las instalaciones, tecnología, insumos, medicamentos y transporte disponibles, entre otros elementos. Al respecto, casi la mitad (46,5%) de los encuestados se manifiestan disconformes (nota 3 o inferior). Por otra parte, un 24,3% la califica con nota 5, y un 11,4% con 6 o 7.

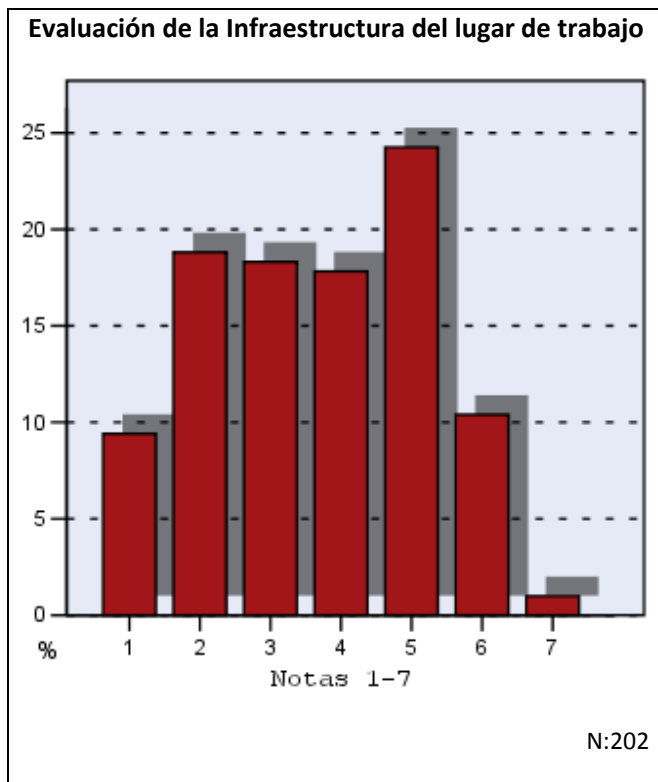


Gráfico 19. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la Infraestructura.

La evaluación del recurso humano, en tanto, dice relación con dos variables: la cantidad de personal -profesional y no profesional- disponible en el lugar de trabajo, y la calidad de éstos. Sobre este punto, la evaluación indica una mayoría de notas negativas (51,5% con nota 3 o inferior), aunque un 35,6% lo evalúa de manera positiva (5 o superior), llegando a un promedio de 3,6. Esta evaluación difiere significativa-mente entre zonas geográficas: en el norte la evaluación promedio apenas llega a un 3,2, subiendo a 3,6 en la zona central y a 4,2 en el extremo austral.

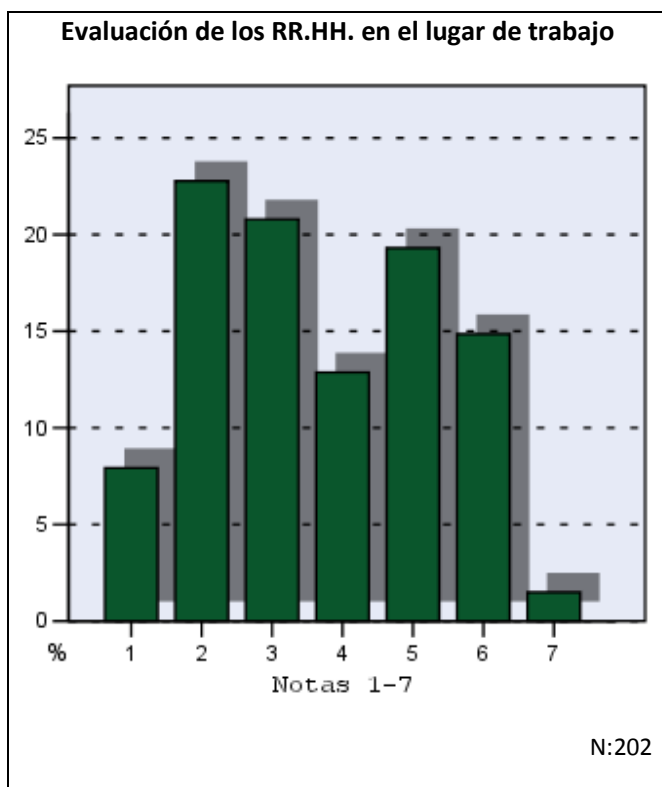


Gráfico 20. Distribución porcentual de la muestra según evaluación del Recurso Humano.

Como puede verse, la evaluación del recurso humano disponible va en relación inversa a la carga de trabajo que enfrentan los MGZ en las distintas zonas de Chile. Vale decir, mientras más horas deben trabajar por semana, peor es su valoración de los RR.HH. existentes en su lugar de destinación.

Evaluación RR.HH. (Notas 1-7)	Nº Horas semanales promedio
1	63,38
2	62,00
3	60,24
4	62,92
5	60,10
6	55,73
7	48,00
Total	60,35

Tabla 6. Distribución de la muestra según evaluación de Recursos Humanos y horas de trabajo semanales promedio.

Se detectó además una asociación entre la evaluación que se hace del RR.HH. y de la infraestructura, vale decir, quienes evalúan mejor uno de estos aspectos tienden a evaluar de manera similar el otro.

En conjunto, estas condiciones laborales, entendidas como las posibilidades de desarrollar un trabajo médico de buena calidad, configuran un factor decisivo en la evaluación global del generalato de zona. Los encuestados estiman que las condiciones laborales alcanzan una influencia promedio de 5,8 -en la escala de 1 a 7- sobre el ejercicio cotidiano de la profesión.

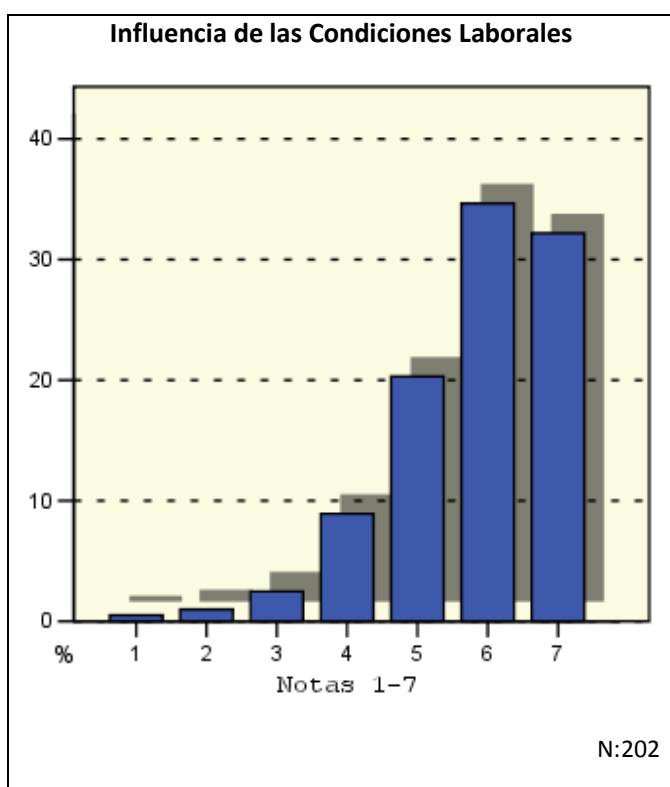


Gráfico 21. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones Laborales.

Esta influencia, sin embargo, es mayor en los hospitales que en los consultorios, nuevamente en asociación a una mayor sobrecarga de trabajo, según se observa en la tabla 7.

Tipo de Establecimiento	PROMEDIOS		
	Horas de trabajo semanales	Carga de trabajo: Evaluación (Notas 1-7)	Influencia de las Condiciones laborales (Notas 1-7)
Hospital	62,98	2,09	5,93
Consultorio	53,86	2,44	5,49
Total	60,35	2,19	5,80

Tabla 7. Distribución de la muestra según horas de semanales de trabajo promedio, evaluación de carga de trabajo e influencia de las condiciones Laborales.

Condiciones económicas

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 58,9% percibe un ingreso mensual por la labor de médico general de zona situado entre un millón y 1,5 millones de pesos, en tanto que un 21,3% se ubica en el tramo inmediatamente superior (hasta \$2 millones). Del porcentaje restante, un 5% gana más de esa cifra, mientras que el 14,9% no llega al millón de pesos mensuales.

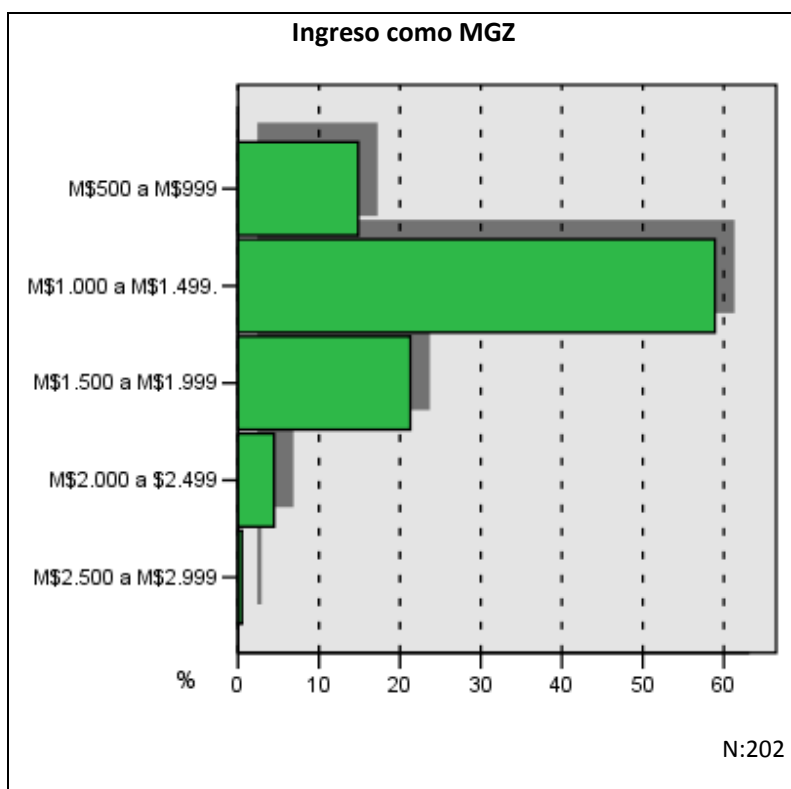


Gráfico 22. Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ.

La mayoría de quienes perciben más de dos millones de pesos corresponde a servicios de salud del extremo austral, en tanto que casi la totalidad de los que ganan menos de \$1 millón ejerce en la zona central.

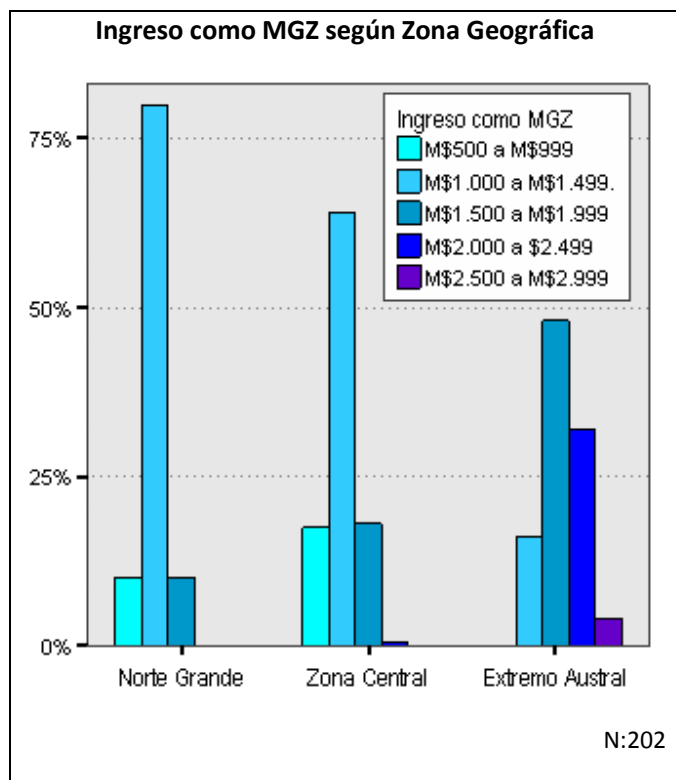


Gráfico 23. Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y zona geográfica.

Otros factores tienen que ver con el desempeño profesional propiamente tal, detectándose dos correlaciones. En primer lugar quienes llevan más años en el ciclo ostentan mayores ingresos como general de zona. En segundo término, hay una relación entre la carga de trabajo y el ingreso recibido a cambio, según se observa en la tabla 8:

Ingreso como MGZ	Horas semanales promedio
M\$500 a M\$999	48,20
M\$1.000 a M\$1.499.	62,79
M\$1.500 a M\$1.999	61,88
M\$2.000 a \$2.499	61,56
M\$2.500 a M\$2.999	60,00
Total	60,35

Tabla 8. Distribución de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y horas semanales de trabajo promedio.

Asociado a esto último, los médicos que trabajan en consultorios tienden a percibir un ingreso menor.

Los hombres que ganan menos de \$1 millón representan el 12,9%, las mujeres en igual tramo ascienden al 17,9%. Por el contrario, un 33% de los MGZ de sexo masculino supera el millón y medio de pesos mensuales, muy superior al 15,3% de mujeres en similares condiciones.

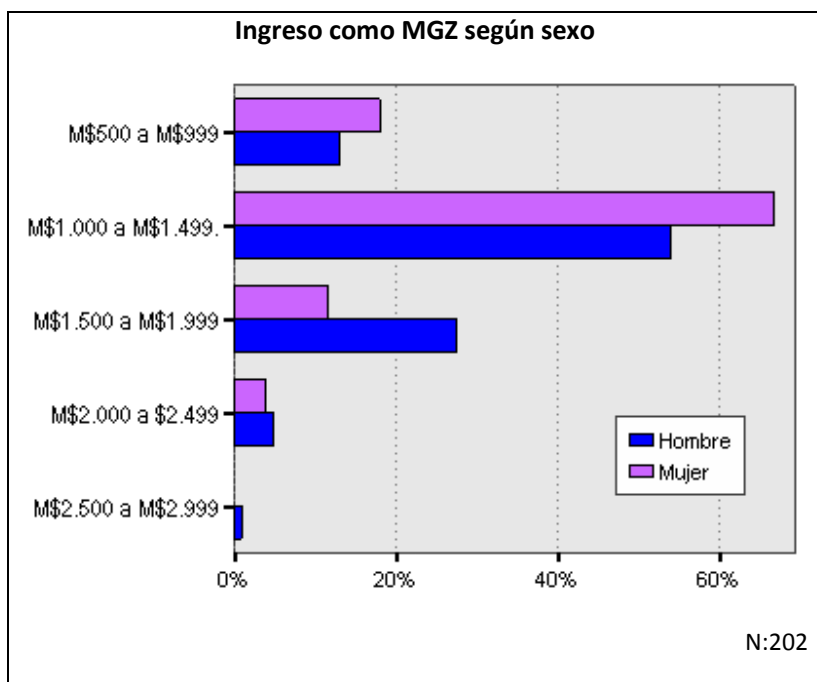


Gráfico 24. Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y sexo.

El ingreso total, en tanto, es resultado del ingreso como médico general de zona complementado con el ejercicio privado de la profesión y/o la realización de turnos esporádicos

en hospitales y clínicas. De este modo, sólo un 4% continúa percibiendo menos de un millón de pesos, y el porcentaje de quienes superan el millón y medio se eleva al 50%.

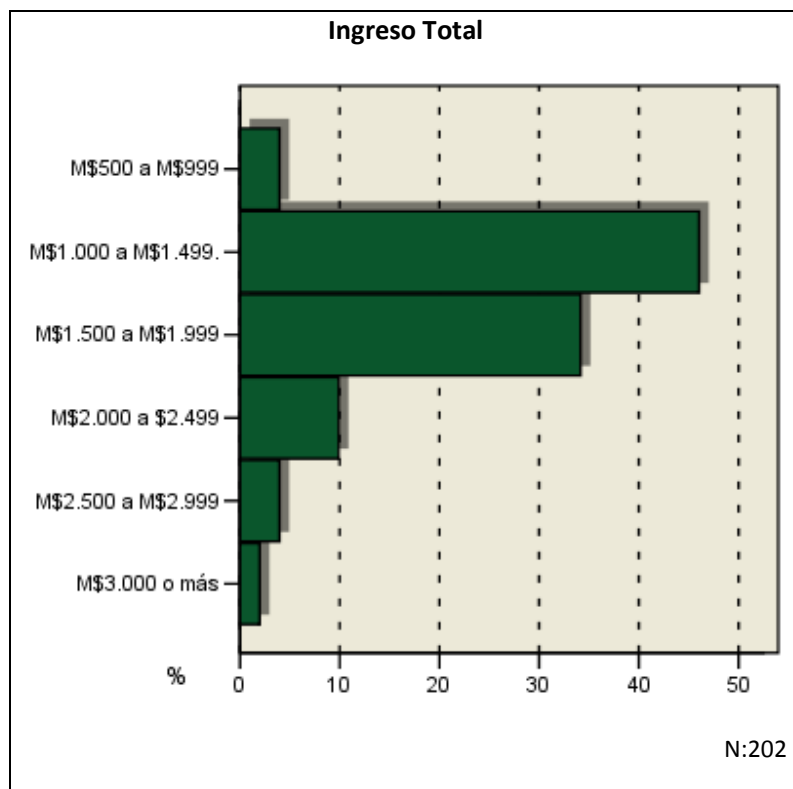


Gráfico 25. Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico total.

Al considerar los ingresos totales, el 84,4% de quienes ganan más de \$2 millones y el 100% de quienes ganan más de \$2,5 millones son hombres; y mientras el 69,2% de las mujeres no llega a \$1,5 millón mensual, tan sólo un 37,9% de hombres está bajo esa cifra

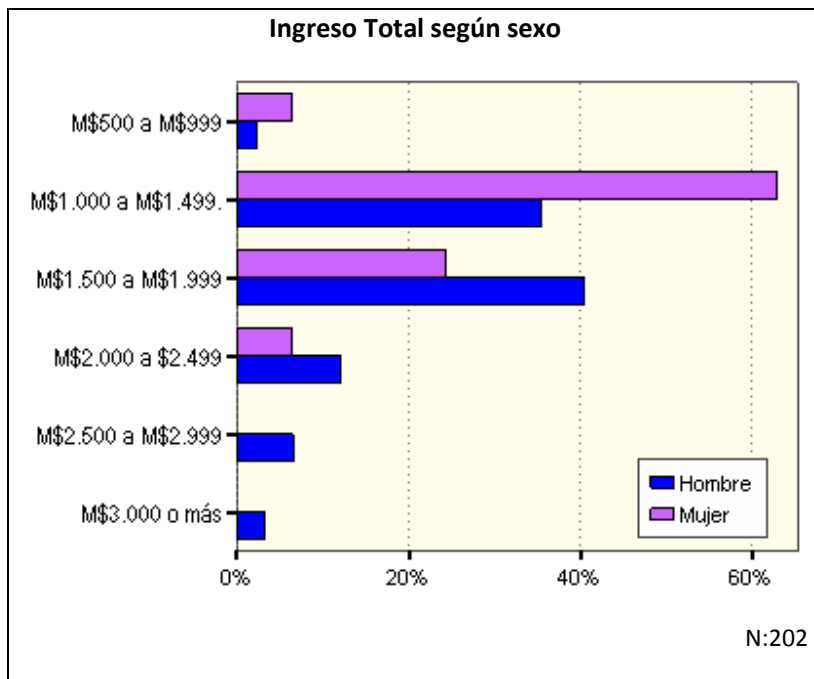


Gráfico 26. Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico total y sexo.

Quienes ganan más tienden a estar más satisfechos que aquellos que se ubican en los tramos de ingreso más bajos. En promedio, los encuestados califican con nota 4,5 sus ingresos como médico general de zona y con un 5,1 sus ingresos totales, distribuyéndose como se observa en los gráficos 27 y 28.

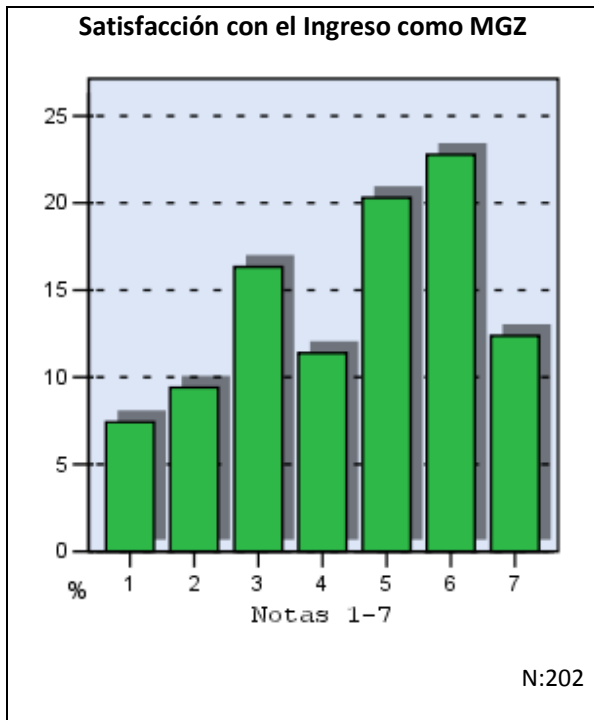


Gráfico 27. Distribución porcentual de la muestra según grado de satisfacción con Ingreso Económico percibido como MGZ.

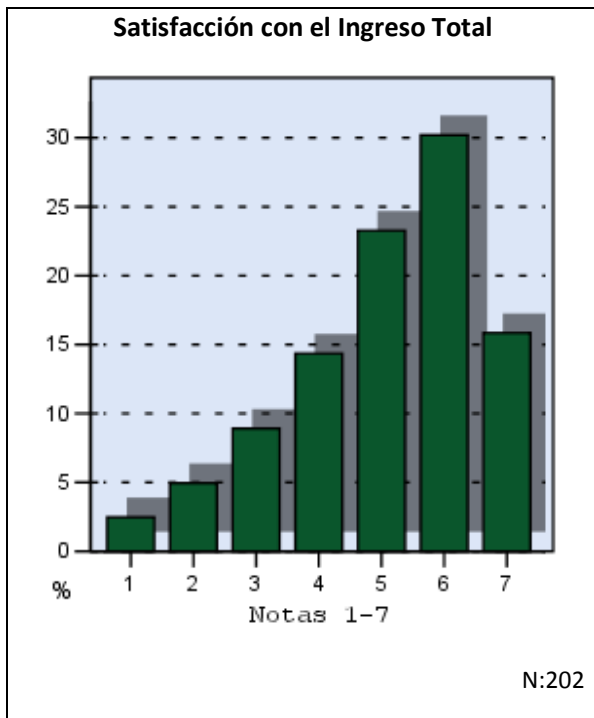


Gráfico 28. Distribución porcentual de la muestra según grado de satisfacción con Ingreso Económico total.

Hay niveles desiguales de satisfacción entre las distintas zonas del país, siendo el extremo sur donde se detecta mayor conformidad con las remuneraciones y el extremo norte donde la satisfacción es más baja, según indican las tablas 9 y 10.

Satisfacción con Ingreso como MGZ	
Zona Geográfica	Promedio (Notas 1-7)
Norte Grande	3,40
Zona Central	4,30
Extremo Austral	5,92
Total	4,46

Tabla 9. Distribución de la muestra según satisfacción con Ingreso Económico percibido como MGZ y zona geográfica.

Satisfacción con Ingreso Total	
Zona Geográfica	Promedio (Notas 1-7)
Norte Grande	4,40
Zona Central	4,93
Extremo Austral	6,12
Total	5,05

Tabla 10. Distribución de la muestra según satisfacción con Ingreso Económico total y zona geográfica.

Por otra parte, la satisfacción con el ingreso total es mayor entre los médicos generales de zona que conviven con sus parejas, en particular si están casados, a pesar de que no hay diferencias significativas en los montos percibidos, como queda expresado en la tabla 11.

Satisfacción con Ingreso Total	
Estado Civil	Promedio (Notas 1-7)
Casado(a)	5,52
Soltero - Conviviendo	4,83
Soltero(a)	4,76
Total	5,05

Tabla 11. Distribución de la muestra según estado civil y satisfacción con Ingreso económico total.

El 76,7% evalúa con nota 5 o superior el grado de influencia de los ingresos económicos, y casi un 50% lo hace con nota 6 o 7; mientras que quienes consideran que no es un elemento influyente (nota 3 o inferior) constituyen apenas el 7,4%.

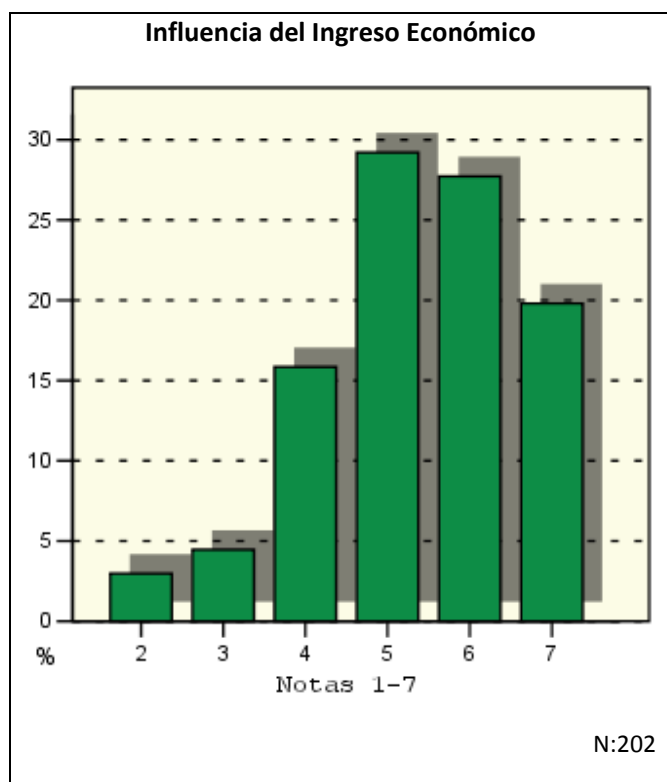


Gráfico 29. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de los Ingresos Económicos.

Relaciones sociales

Con una nota promedio de 4,7 sobre 7, las relaciones sociales son evaluadas como uno de los 5 factores más influyentes en la calidad de vida del médico general de zona. Esta influencia se acentúa en la medida en que las condiciones climáticas y de aislamiento son más desfavorables. Se observa incluso que quienes trabajan a mayor distancia de su lugar de titulación tienen una mejor apreciación del recurso humano disponible, independientemente de la carga de trabajo que enfrenten.

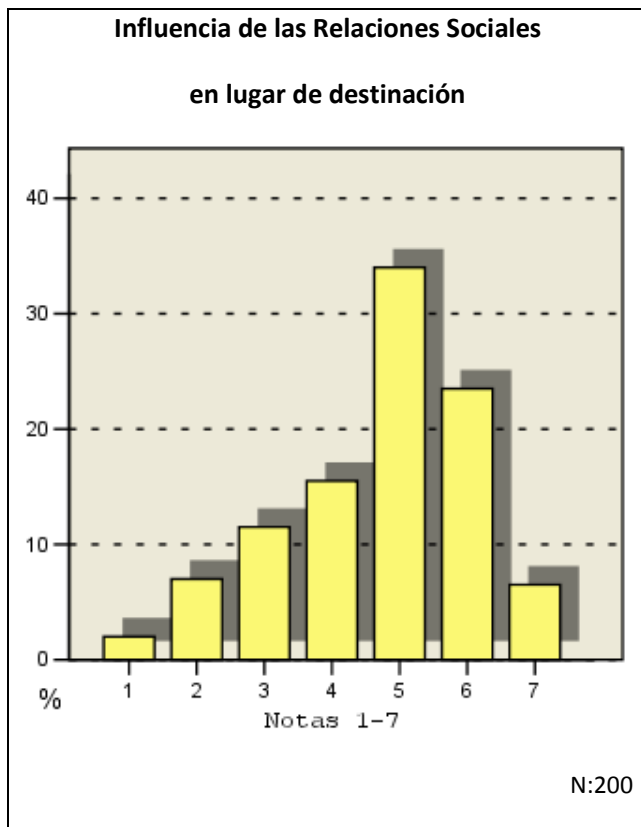


Gráfico 30. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las Relaciones Sociales.

En lo que concierne al grado de satisfacción con las relaciones entabladas en el lugar de destinación, la evaluación es positiva, alcanzando un promedio de 4,8, con un 37,5% que las califican con nota 5 y un 30% con un 6 o 7. Tan sólo un 19% evalúa sus relaciones sociales con nota 3 o inferior.

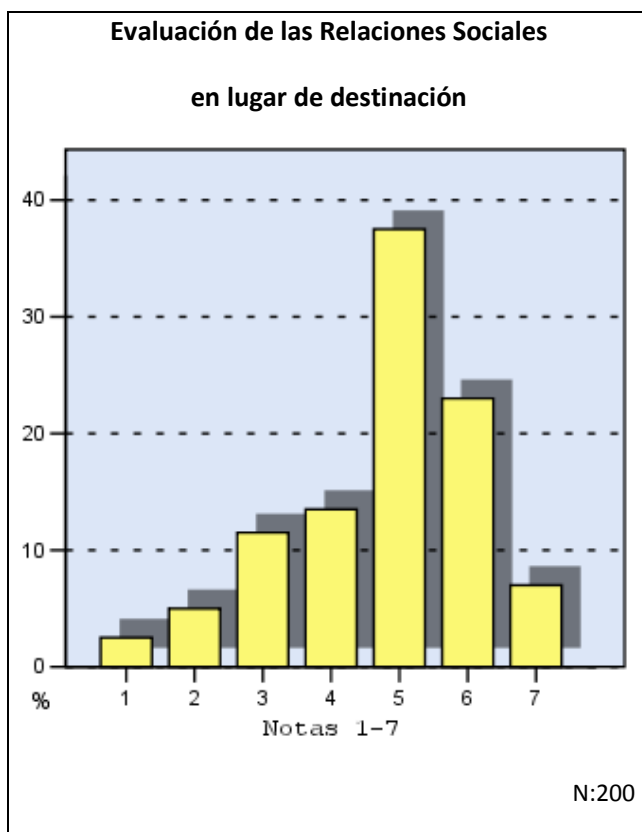


Gráfico 31. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de las Relaciones Sociales.

Los encuestados estimaron que el grado de reconocimiento alcanza un promedio de 4,6 sobre un máximo de 7. El 59% evalúa este ítem con nota 5 o superior, mientras que un 21% lo califica con un 3 o menos. Se consigna además que el reconocimiento social es significativamente mayor entre aquellos MGZ que llevan más años en el ciclo de destinación.

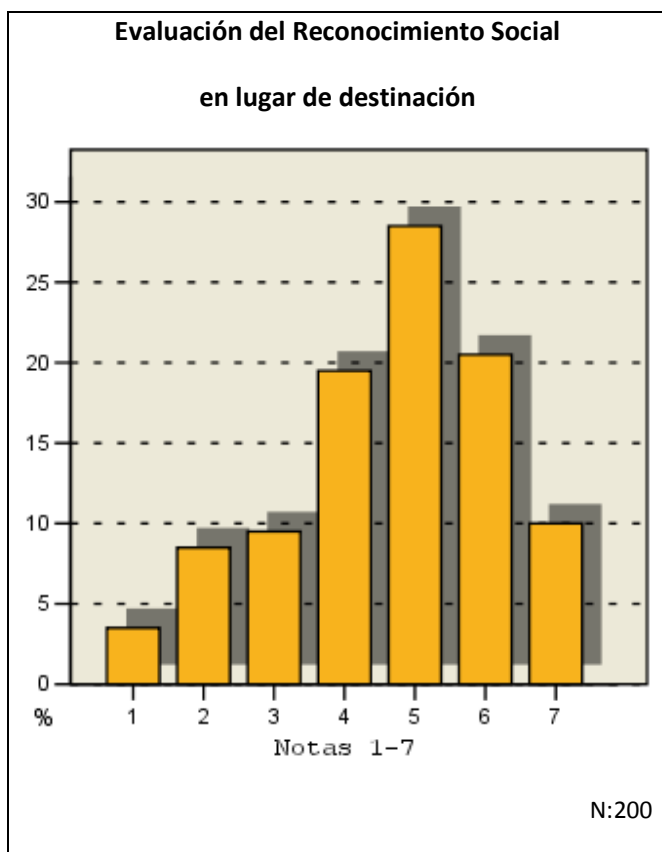


Gráfico 32. Distribución porcentual de la muestra según evaluación del Reconocimiento Social.

Relaciones familiares y de pareja

Viven solos un 34,2% de los encuestados. Del resto, el 50% vive con su esposa o pareja (en el 20,3% de los casos, además con uno o más hijos), y el resto con otros acompañantes, entre los que destacan amigos y/o colegas. Algunos encuestados mencionan incluso a sus mascotas como cohabitantes.

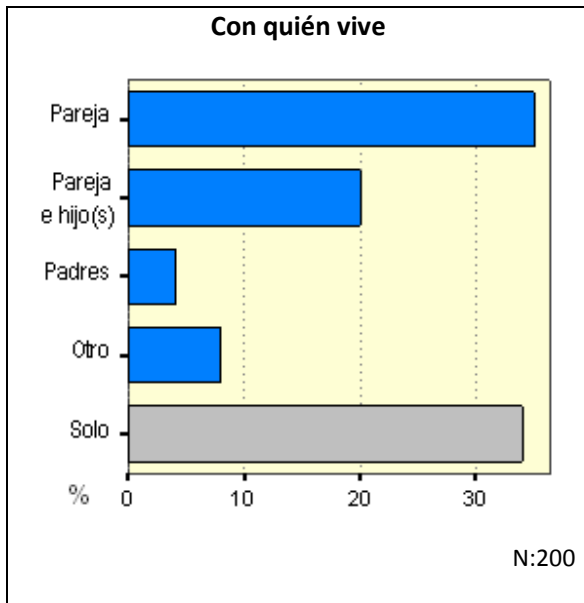


Gráfico 33. Distribución porcentual de la muestra según cohabitación en el hogar.

El porcentaje de MGZ que tienen una relación de pareja es de 84%.

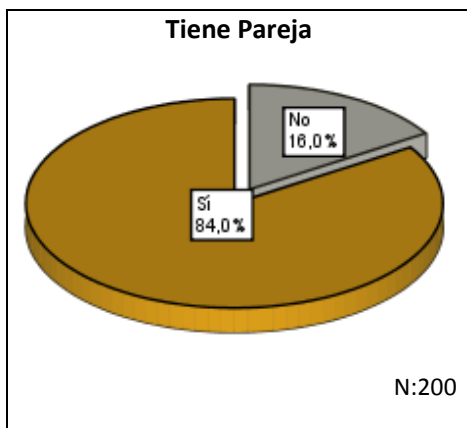


Gráfico 34. Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja.

Este porcentaje es mayor entre los encuestados de mayor edad, entre los que llevan más años en el ciclo y entre los hombres, tres variables que por lo demás se interrelacionan entre sí.

Sexo	Relación de pareja	
	SI	NO
Hombre	88,6%	11,4%
Mujer	76,6%	23,4%
Total	84,0%	16,0%

Tabla 12. Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja y sexo.

Edad	Relación de pareja	
	SI	NO
25-26	77,1%	22,9%
27-28	80,4%	19,6%
29-30	88,2%	11,8%
31 y más	100,0%	0,0%
Total	84,0%	16,0%

Tabla 13. Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja y tramo de edad.

Para los MGZ, la familia, entendida como el espacio social que cada uno considere como tal (padres, pareja con o sin hijos, etc.) aparece como el factor más influyente en su calidad de vida, llegando a una nota promedio de 6,44 sobre 7, con un 66,5% que lo evalúa con nota 7 y otro 21% con nota 6.

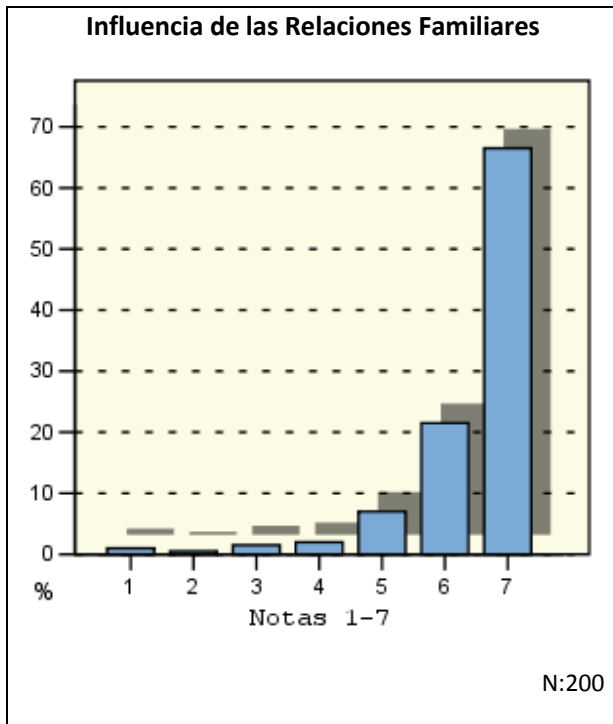


Gráfico 35. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las Relaciones Familiares.

El segundo factor más influyente es la relación de pareja, con un promedio de 6,39. Un 61,3% lo evalúa con nota 7 y un 25% con nota 6. Esta influencia es muy alta entre todos los tramos de edad, siendo el grupo 27-28 el que otorga mayor importancia a este factor (6,49). Por otra parte, mientras peores son las condiciones climáticas y mayor el aislamiento, existe una valoración más alta de las relaciones de pareja.

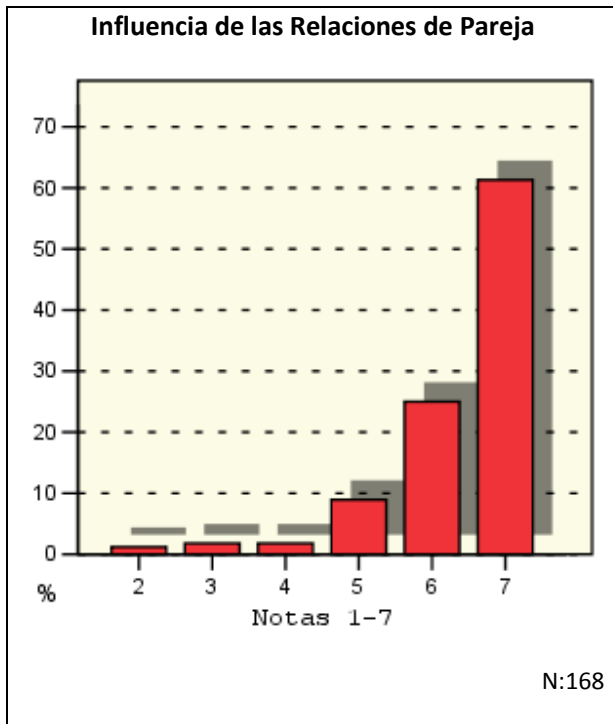


Gráfico 36. Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de Relaciones de Pareja.

El gráfico muestra que los encuestados tienden a concentrarse en dos grupos diferenciados: un 37,5% ve a su familia 2 o más veces por semana (de los cuales 27,5% lo hacen todos o casi todos los días). Por otra parte, un 47,5% ve a su familia 1 vez por mes o menos.

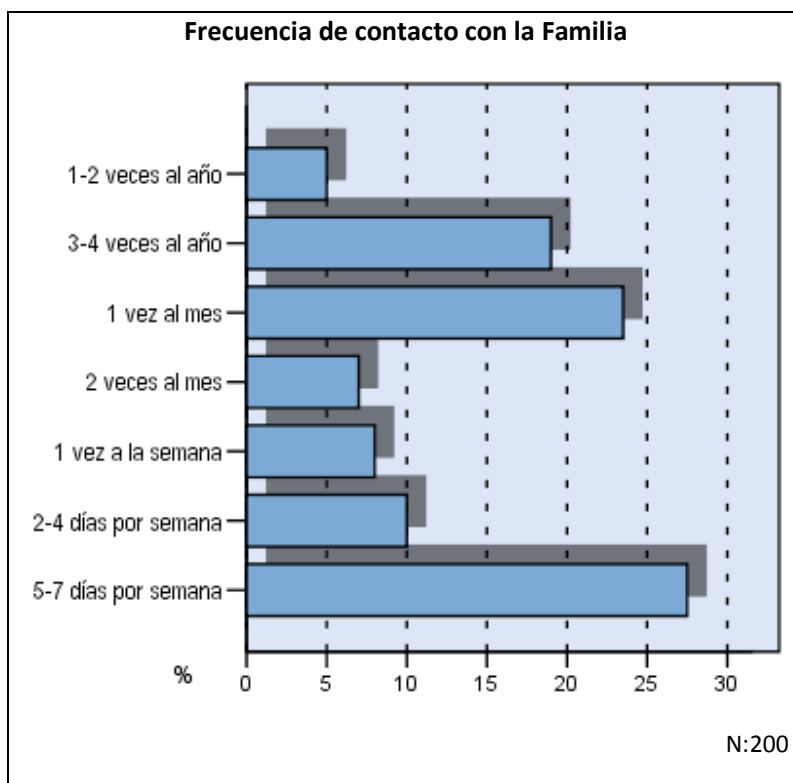


Gráfico 37. Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de contacto con la Familia.

En lo que respecta a la frecuencia de contacto con la pareja, esta es significativamente mayor, según se observa en el gráfico. El 59,5% de los encuestados que tienen pareja la ven prácticamente todos los días, y otro 19% varias veces en la semana. Sólo un 21,4% ve a su pareja 1 vez por semana o menos. Esta frecuencia es mayor entre los MGZ de mayor edad, los casados y los que llevan más años en el ciclo.

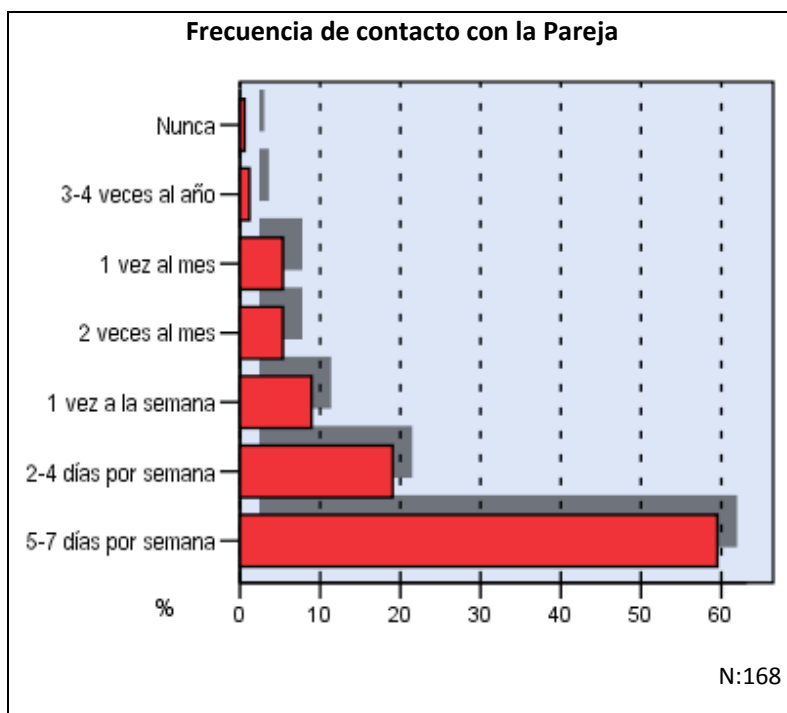


Gráfico 38. Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de contacto con la Pareja.

Estas cifras dan cuenta, además, de que las relaciones a distancia son una alternativa minoritaria entre los MGZ. Al respecto, no existe consenso entre los encuestados. Un 39,7% de ellos no ha sostenido nunca una relación de este tipo, y otro 31,2% se muestra escéptico frente a esta posibilidad. Sólo un 29,2% cree que es viable mantener una relación a distancia durante el ciclo.

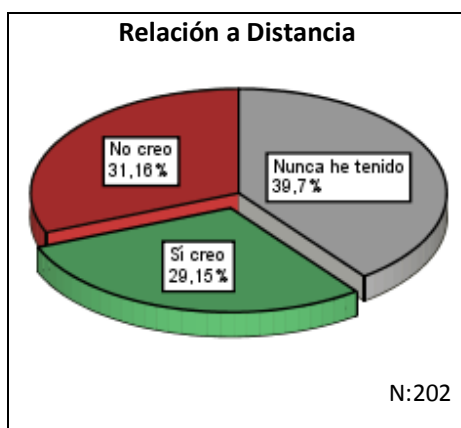


Gráfico 39. Distribución porcentual de la muestra según opinión frente a relaciones de Pareja a distancia.

Las evaluaciones sobre la frecuencia de contacto con la familia y pareja se presentan a continuación. En lo que concierne al contacto con la familia, las apreciaciones son bastante heterogéneas, según se observa en el gráfico izquierdo. Mientras el 44% evalúa esta frecuencia con nota 3 o inferior, un 45,5% lo hace con nota 5 o superior, para un promedio global de 4,1. Ello sería producto de una diferenciación entre quienes viven con su familia (en general, con su pareja) y quienes viven solos o con otras personas.

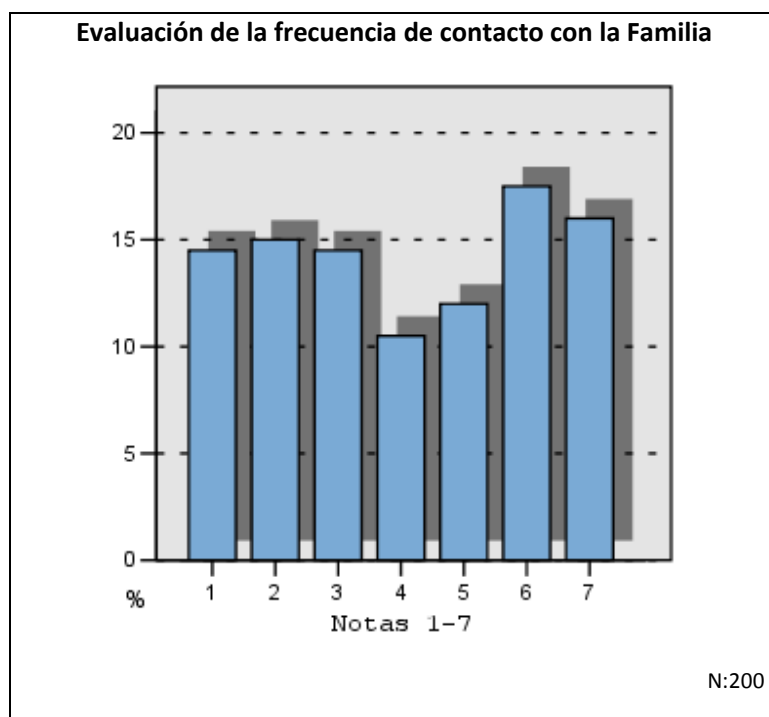


Gráfico 40. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la frecuencia de contacto con la Familia.

Respecto de la frecuencia de contacto con la pareja, se detectan mayores niveles de satisfacción, llegando a un promedio de 4,8. El gráfico derecho presenta estos resultados, mostrando que un 29,3% se concentra en la evaluaciones más bajas, en particular con nota 1 (16,8%); mientras la mayoría tiende hacia las evaluaciones más altas, con un 34,7% con nota 7 y un 63,5% con nota 5 o superior. Estos últimos corresponderían fundamentalmente a quienes viven con su pareja.

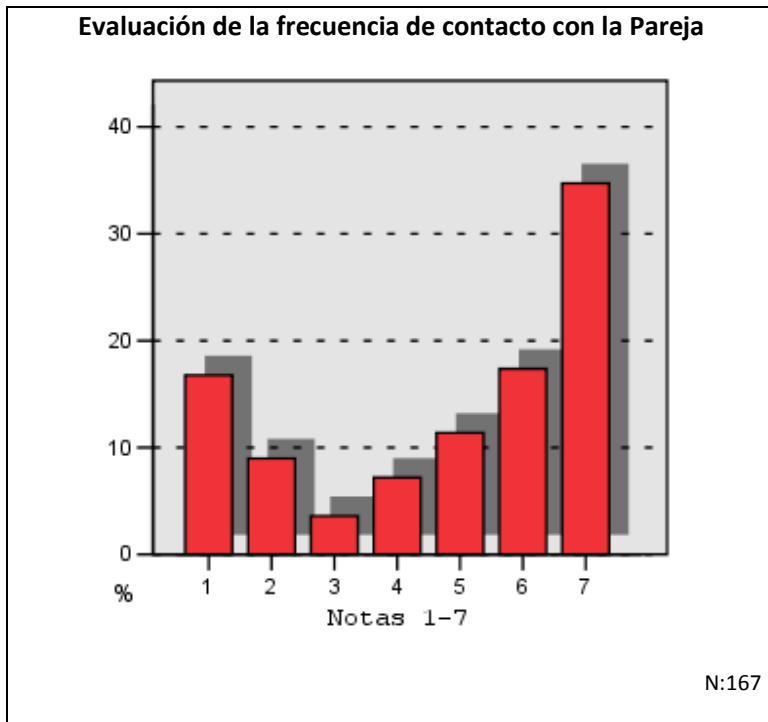


Gráfico 41. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la frecuencia de contacto con la Pareja.

Evaluación general

Al considerar en su globalidad la experiencia del generalato de zona, la evaluación es bastante positiva, llegando a una nota promedio de 5,75. Como se observa en el gráfico 42, esta nota es significativamente superior a las valoraciones específicas respecto de los distintos elementos evaluados en esta investigación.

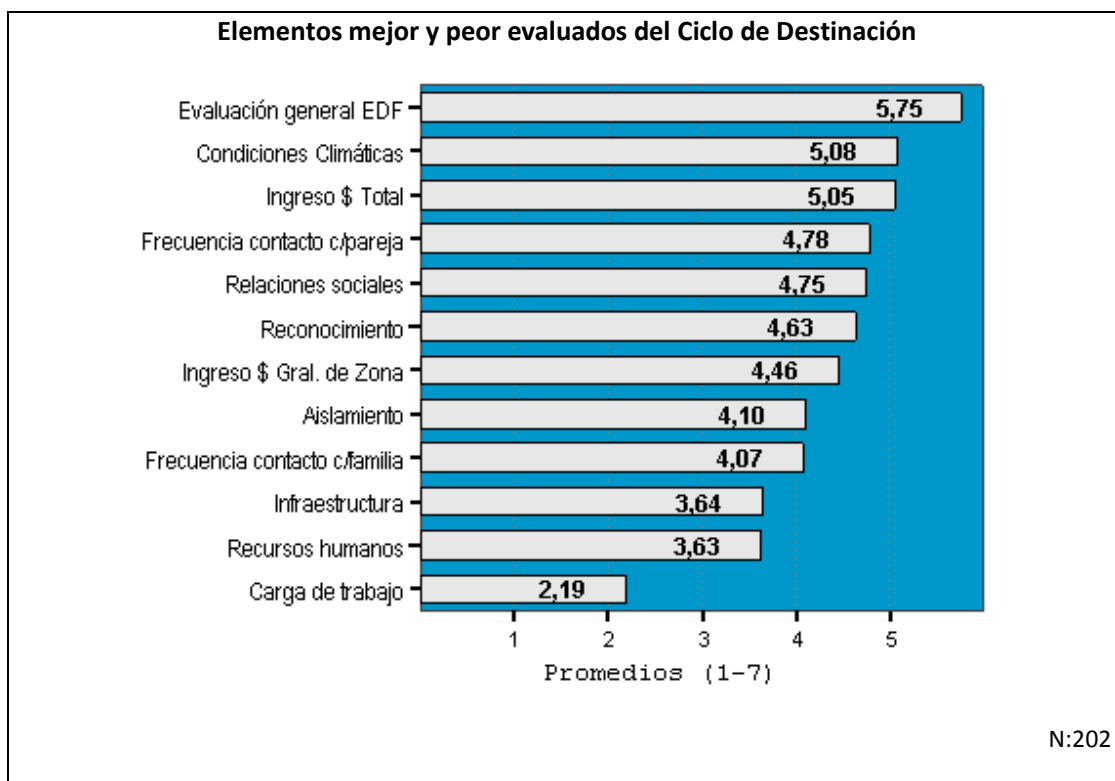


Gráfico 42. Distribución de la muestra según elementos del Ciclo de Destinación y evaluación promedio.

El 48% de los encuestados califica la experiencia como MGZ con nota 6, e incluso un 20,2% lo hace con un 7. Por el contrario, apenas un 2,5% evalúa su experiencia con nota 3 o inferior.

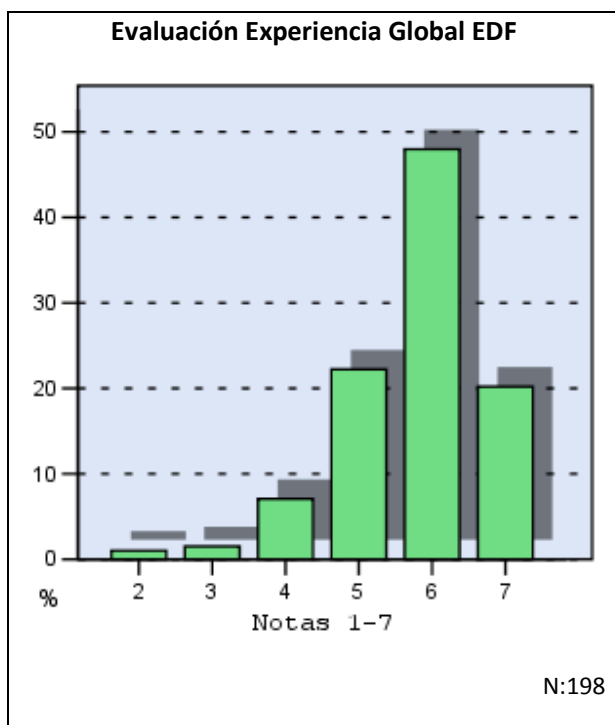


Gráfico 43. Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la Experiencia Global de la EDF.

Estas evaluaciones, sin embargo, difieren de acuerdo a ciertas variables que se presentan en las tablas 14, 15 y 16, y que dan cuenta de una evaluación más positiva entre los MGZ de mayor edad y con más antigüedad en el ciclo, y en aquellos que se desempeñan en el extremo austral.

Ingreso al Ciclo	Nota Promedio
2002	5,25
2003	6,17
2004	6,06
2005	6,12
2006	5,75
2007	5,64
2008	5,45

Tabla 14. Distribución de la muestra según año de ingreso al ciclo y evaluación de la experiencia Global en la EDF.

Edad	Nota Promedio
25-26	5,34
27-28	5,77
29-30	5,86
31 y más	6,10

Tabla 15. Distribución de la muestra según tramo de edad y evaluación de la experiencia Global en la EDF.

Zona Geográfica	Nota Promedio
Norte Grande	5,30
Zona Central	5,72
Extremo Austral	6,12

Tabla 16. Distribución de la muestra según tramo de edad y evaluación de la experiencia Global en la EDF.

De acuerdo a los resultados, según se aprecia en el gráfico inferior, los factores que más influyen en la evaluación general de la experiencia en el ciclo de destinación son las relaciones familiares y de pareja, las condiciones laborales y los ingresos. Con una menor importancia aparecen elementos como el clima y el aislamiento.

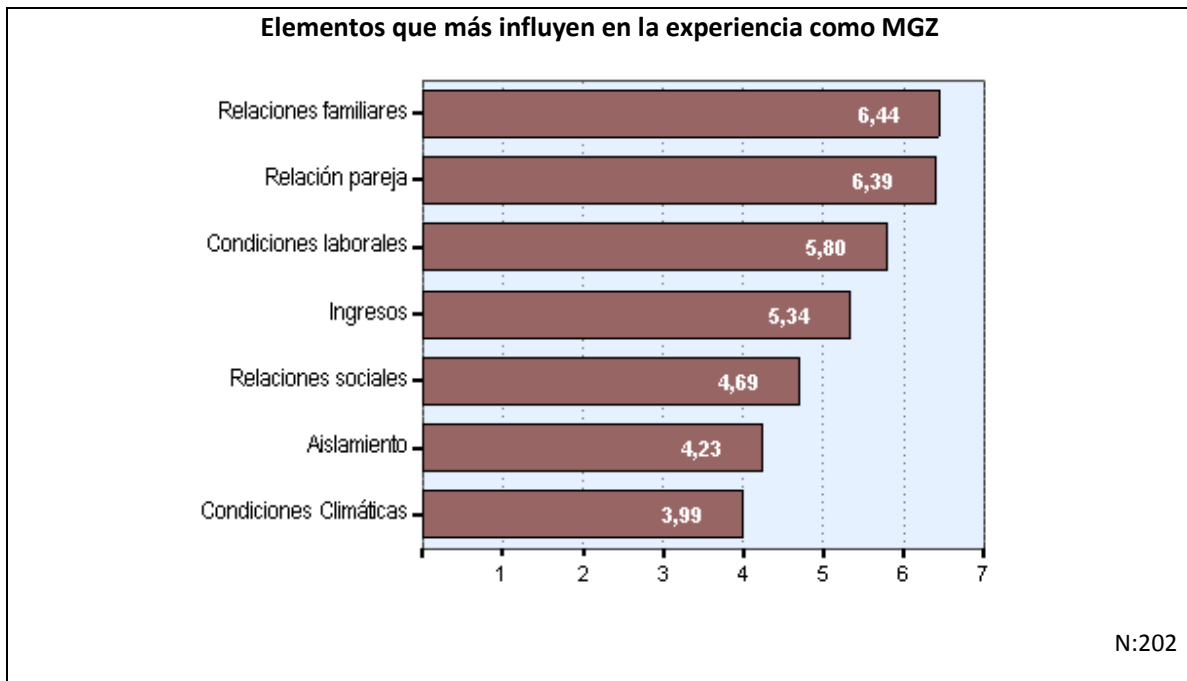


Gráfico 44. Distribución de la muestra según elementos del Ciclo de Destinación y grado de influencia.

Se consultó si una vez concluida la etapa de destinación, estarían dispuestos a retornar a la zona geográfica en que actualmente están destinados, para desempeñarse como especialistas, ya sea en el ámbito público o privado. Ante esta interrogante, casi un 70% declaró que sí volvería.

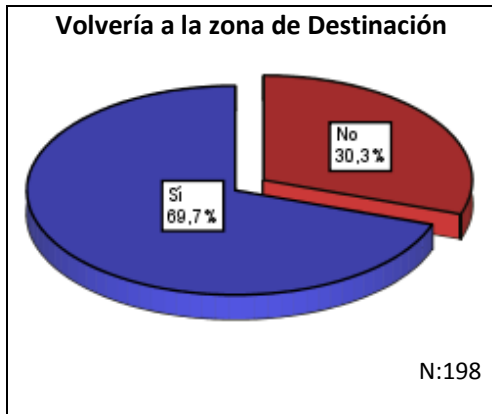


Gráfico 45. Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación.

Esta decisión está relacionada con tres variables: por una parte, los MGZ que ejercen en establecimientos con infraestructura poco satisfactoria, o con recursos humanos insuficientes, muestran menor disposición a volver a ellos.

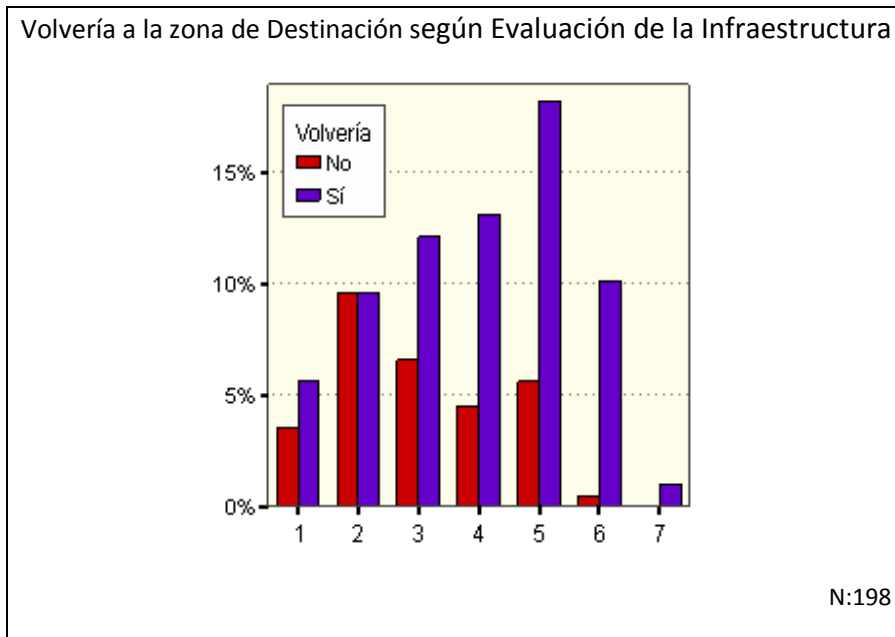


Gráfico 46. Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y evaluación de Infraestructura.

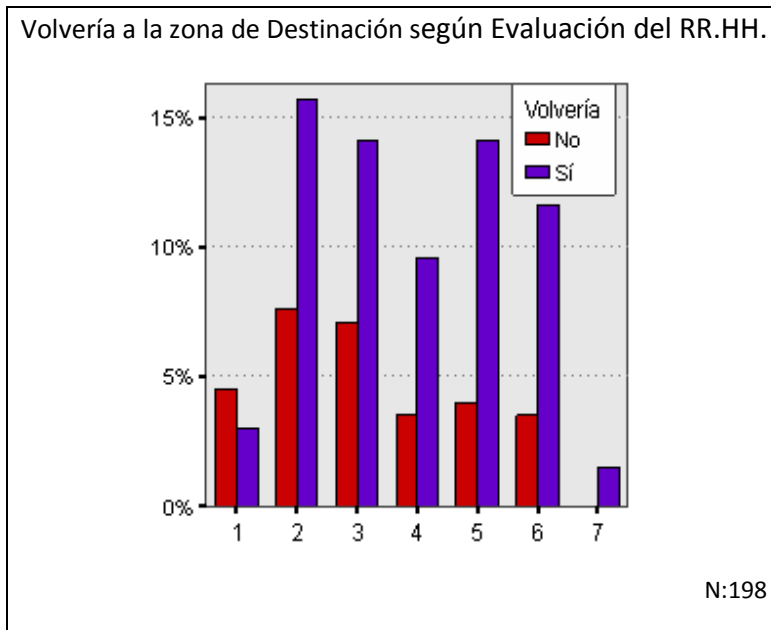


Gráfico 47. Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y evaluación de Recursos Humanos.

El tercer elemento está dado por los encuestados que perciben mayores ingresos como general de zona, quienes presentan mayor interés respecto a esta posibilidad.

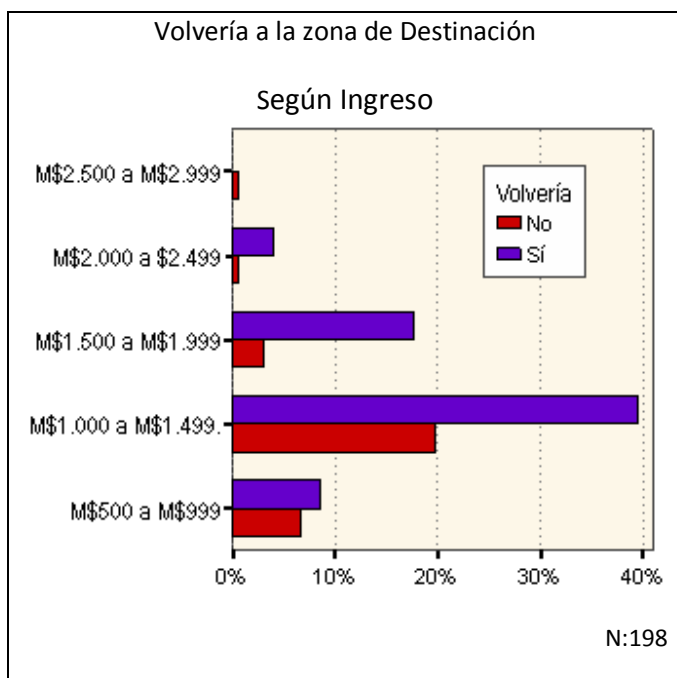


Gráfico 48. Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y tramo de Ingreso económico total.

Se consultó a los encuestados por su visión sobre el futuro del ciclo de destinación como institución. Al respecto, un 51% cree que no continuará existiendo, mientras que un 26,3% afirma que seguirá igual que hasta ahora. Tan sólo un 16,2% apuesta por un fortalecimiento a futuro de este programa.

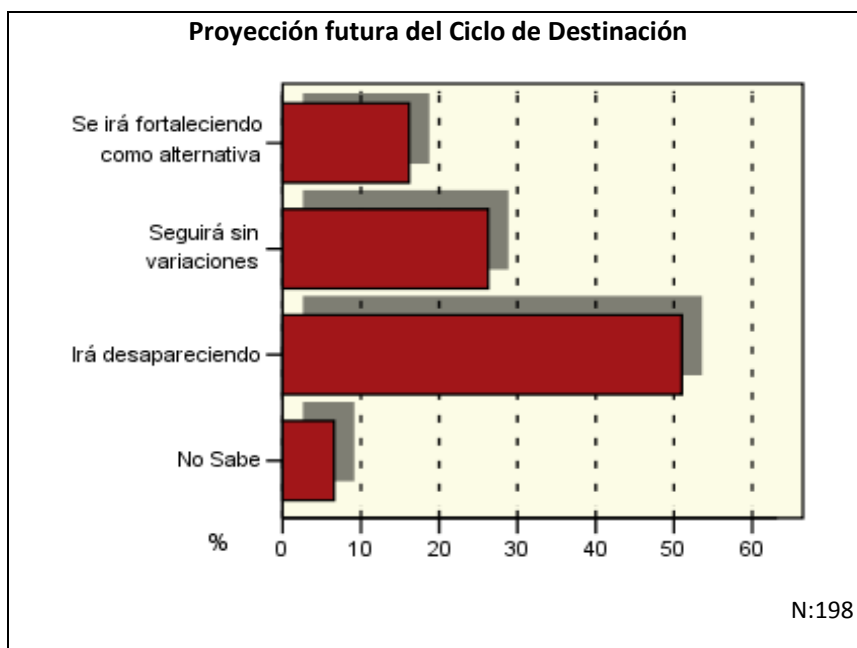


Gráfico 49. Distribución porcentual de la muestra según opinión respecto al futuro de la EDF.

Finalmente, un 30,2% de los encuestados enviaron comentarios libres en el espacio indicado para ello, la mitad de ellos (54%) en relación con evaluaciones generales y 16,3% agradeciendo la oportunidad.

VI.- DISCUSIÓN

El sentido de indagar respecto de lo que representa la condición de “MGZ” en el escenario sociocultural actual, siempre estuvo sustentado fundamentalmente en conocer la correlación que existe entre lo que es la praxis del generalato de zona en sí mismo, y la calidad de vida de los médicos durante su estadía. Esto se ha podido llevar a cabo a partir del estudio de múltiples dimensiones psicosociales.

Al respecto, hemos identificado, a partir del análisis de los resultados obtenidos durante el proceso empírico de la indagación, distintos perfiles estructurales y generales que se presentan en los MGZ, y que se repiten generación tras generación, tal cual podemos observar a continuación.

A nivel general, los resultados obtenidos confirman la experiencia internacional respecto a la mayor presencia de hombres en este tipo de programas[15]. Además, la inmensa mayoría de los médicos que ingresan al Ciclo de Destinación y Formación lo hacen inmediatamente después de titulados. Esto resulta relevante, por cuanto se hace evidente que la forma alternativa de ingreso al concurso nacional anual, es decir los concursos locales organizados por los propios Servicios de Salud, son una forma marginal de ingreso al ciclo[29].

Existe predominio marcado de universidades tradicionales. Es probable que este hecho se deba a dos condiciones no excluyentes. Por un lado el hecho histórico del reciente crecimiento de las vacantes privadas en el país aún no se consolida como una realidad, muchas universidades privadas aún no habían dado a luz sus primeras generaciones durante la primera mitad de esta década[9]. Por otro lado, podemos pensar que existen diferencias en los enfoques empleados por estas Universidades respecto al desempeño del médico recién egresado: muchas podrían estar orientadas hacia la formación de médicos especialistas. Un ejemplo de esto lo presenta la Universidad Católica, que si bien es una casa de estudios tradicional y que ocupa la tercera posición en número de egresados anuales en Chile[9], no tiene un número importante de MGZ.

La distribución según tipo de establecimientos y Servicios de Salud es interesante. La mayoría de los médicos declara estar destinado a un Hospital, generalmente de baja complejidad. Sin embargo las actividades que realizan los generales de zona, tanto en Hospital o Consultorio, son bastante similares. De hecho en muchas localidades, el Hospital cumple ambas funciones (baja complejidad abierta y cerrada). En esto también influye la presencia en Chile de la administración municipal de la atención de salud primaria, que deja fuera del manejo de los consultorios y postas rurales de la mayoría de las comunas a los Servicios de Salud[37], precisamente en 319 de 345 comunas del país[38]. Si bien existen diferencias entre la administración municipal de la atención de salud, y la brindada vía servicios de salud, es claro que ambos entes están centrados en el concepto de Atención Primaria de Salud, y la experiencia de la EDF debiera ser considerada como tal.

La representación de la muestra varió fuertemente entre los distintos servicios, es así como hubo 4 Servicios de los que no se obtuvo información, y 15 en que no se obtuvieron las encuestas mínimas necesarias. Esto tiene diversas explicaciones. La organización de la AMGZ es de carácter nacional y se encuentra bajo el alero del Colegio Médico[39]. El grado histórico de participación de los diversos capítulos regionales (distribuidos según los Servicios de Salud) ha sido variable, y dependiente de factores locales (motivación propia de líderes locales, conflictos con la autoridad sanitaria, dispersión geográfica, etc.)[30]. Al obtenerse la muestra desde bases de datos de organización local, es esperable tener sobrerrepresentación de los capítulos más activos, y más baja o nula participación de capítulos que se encuentran en estados de reconstitución. Se debe precisar que la representatividad a nivel nacional se consiguió, con los márgenes de error ya citados.

Existe un alto porcentaje de médicos que refieren estar colegiados, lo que contrasta con el hecho de la caída en la colegiatura de los médicos más jóvenes en los últimos años[40]. Esto pudiera deberse a la mayor necesidad de agrupación y apoyo logístico que se evidencian en condiciones de mayor aislamiento. Por otro lado, la principal motivación sigue siendo el acceso a la especialización, siendo esto muy relevante, debido a la necesidad de concordar el interés profesional personal con las necesidades cambiantes de la población chilena actual[27, 32].

En términos generales, en relación con las condiciones ambientales puede afirmarse que mientras mayor sea la distancia al lugar de destinación -tomando como referencia la ciudad en que se ubica la universidad de titulación del profesional-, mayores diferencias se detectan en las condiciones climáticas y de aislamiento, peor evaluadas son estas condiciones y mayor influencia denotan sobre la vida cotidiana de las personas que participan del Ciclo de Destinación y Formación. Se debe precisar eso sí, que la extrapolación de la distancia de la universidad y el lugar de destinación, no necesariamente refleja un nuevo escenario para el médico. Muchos alumnos se forman en ciudades que distan de sus lugares de origen, habiendo sufrido el alejamiento en etapas tempranas, a lo que se suma que muchos de ellos retornan a destinaciones cercanas a su hogar.

Podemos afirmar además, que dado que la mayoría de las universidades se encuentran emplazadas en centros urbanos de relevancia, esta distancia de más de 500 kms en promedio al lugar de destinación nos habla de una alta probabilidad de ejercer en lugares rurales y tal vez más aislados.

En muchas ocasiones, la realización de turnos obligatorios, sumados al horario habitual, redundan en una carga de trabajo importante para el Médico General de Zona, que eleva el total de horas trabajadas cada semana, muy por encima de los estándares habituales para un trabajador regular, que en Chile se empina por sobre las 48 horas semanales[41]. Esto explica en gran parte que exista coincidencia amplia en una valoración desfavorable de la carga de trabajo, transformando a este elemento en el factor más negativo de la experiencia en el generalato de zona.

Además, y relacionado lo anterior con las condiciones laborales, puede inferirse que el factor decisivo en la evaluación de estas condiciones, no es la capacidad de los profesionales y personal de apoyo existentes, sino su número y disponibilidad, ya que según se observa en los resultados, mientras menor carga de trabajo tiene un médico, mejor es su evaluación de los RR.HH. disponibles. Situación que se da en todo el país

El ingreso principal de un médico en la EDF se sustenta básicamente en lo que percibe como general de zona. Las diferencias entre zonas geográficas están explicadas mayormente por incentivos preestablecidos, como la asignación de zona y el estímulo por condiciones especiales, beneficios que otorgan un aliciente económico superior a quienes se desempeñan en las zonas más aisladas del país[29]. Esto se refleja en la encuesta en mayores ingresos por parte de quienes trabajan a mayor distancia: la inmensa mayoría de quienes perciben más de dos millones de pesos corresponde a servicios de salud del extremo austral, en tanto que casi la totalidad de los que ganan menos de \$1 millón ejerce en la zona central. Además existe un premio a la antigüedad como se observa al comparar por tramos de edad, que se condice con la asignación de antigüedad, que se incrementa trienalmente[29].

También existe una relación entre carga de trabajo e ingreso como MGZ. Los médicos que trabajan en consultorios –cuya carga de trabajo es inferior- tienden a percibir un ingreso menor. Acá es importante resaltar que si bien la carrera de Medicina es una de las que tiene mayores expectativas económicas, y habitualmente figura como de las mejores remuneradas, esto no da cuenta de la carga de trabajo de los MGZ. Lo correcto entonces sería ajustar los ingresos del médico por carga de trabajo, horas semanales por ejemplo, para poder hacerlas comparables con otras profesiones.

El único factor que no está vinculado a condiciones previamente estipuladas o al desempeño de cada médico tiene que ver con una desigual distribución de los ingresos según el sexo de los profesionales. Así, podemos ver que en el ámbito profesional médico se sigue replicando la discriminación transversal al mercado laboral chileno[42], a pesar que no existen diferencias administrativas en las remuneraciones asociadas al sexo. Según estudios, sin embargo, esta discriminación no ha sido detectada en los profesionales médicos, sí en otras carreras como derecho[43].

Muchos médicos realizan labores extras para aumentar sus ingresos. El estudio da cuenta de un alza generalizada en los ingresos totales en relación con el sueldo como MGZ, en la mayoría de los médicos, lo que indica que los encuestados tienden en su mayoría realizar estas labores adicionales.

La satisfacción con el ingreso percibido, tanto como MGZ como en total, puede juzgarse como coherente con los montos percibidos, en relación con la realidad nacional, de sueldos promedio nacionales cercanos a los 300.000 pesos y sueldos promedio nacionales de profesionales algo por sobre los 800.000[44]. Existen, sin embargo, dos variables a considerar en este punto. Por un lado, hay niveles desiguales de satisfacción entre las distintas zonas del país, siendo el

extremo sur donde se detecta mayor conformidad con las remuneraciones y el extremo norte donde la satisfacción es más baja. La explicación para esto no es del todo clara, siendo evidente la influencia de los montos más altos en el extremo sur, sin embargo a montos similares existen diferencias de evaluación entre el norte grande y la zona central.

Por otra parte, la satisfacción con el ingreso total es mayor entre los médicos generales de zona que conviven con sus parejas, en particular si están casados, a pesar de que no hay diferencias significativas en los montos percibidos. Ello podría estar asociado a la existencia de un segundo ingreso en el hogar, que redundaría en que quienes suman dos ingresos a la economía familiar tienden a estar más satisfechos.

El ingreso económico asociado al Ciclo de Destinación y Formación es, de acuerdo a los médicos que participan de él, un elemento influyente en su vida cotidiana, y por ende representa una temática a considerar en la evaluación de la experiencia.

La destinación a otra localidad, en particular cuando esta se ubica a gran distancia del lugar donde residía anteriormente el médico, supone un quiebre importante en las redes sociales y en la vida cotidiana de los profesionales que ingresan al ciclo. En la adaptación a esta nueva realidad, las relaciones sociales se tornan fundamentales, incluyendo tanto la familia y/o pareja como las nuevas relaciones que puedan establecerse en el lugar de destinación, vale decir, compañeros de trabajo y comunidad. Acá también surge el tema de la exrapolabilidad de la distancia universidad-destinación, comentada anteriormente.

Resulta interesante constatar que quienes trabajan en lugares más alejados, tienden a evaluar positivamente el recurso humano del que disponen, lo que puede interpretarse indirectamente como una mayor valoración de las relaciones interpersonales en un contexto de mayor desarraigo.

Además de las relaciones que se establecen con los compañeros de trabajo y la comunidad, el Médico General de Zona goza de un cierto reconocimiento social por parte de la comunidad a la que asiste. En el último tiempo hemos asistido a un debilitamiento de la imagen del médico como personaje constituyente de la sociedad[45]. Los resultados no arrojan luces al respecto, ya que la respuesta de los médicos a la percepción de esta valoración es muy heterogénea, y si bien más de la mitad califica este ítem con notas superiores, un tercio lo hace en las notas más bajas.

Para los MGZ, la familia aparece como el factor más influyente en su calidad de vida. Esta es una valoración compartida por la mayoría de los chilenos[46], que en este caso se ve reforzada ante el debilitamiento de las redes sociales preexistentes al ingreso al ciclo. Para efectos del estudio se dejó al albedrío del encuestado la definición personal de su familia, lo que si bien no permite realizar comparaciones inter-individuos en términos específicos, abre la posibilidad de flexibilizar el término y medir en realidad el grado de arraigo que presenta el entrevistado.

Podemos asumir que quienes experimentan más intensamente el quiebre en su esfera social son los MGZ que viven solos en su lugar de destinación. El estudio muestra que los

encuestados se concentran en dos grupos de peso similar según su relación familiar: más de un tercio ven a su familia frecuentemente y podemos inferir que viven con ella, y más de la mitad que la ve escasamente, grupo que correspondería a quienes no viven con ella y sólo la visitan cuando es posible.

En definitiva, el tipo de relación de pareja más habitual en el ciclo de destinación es de convivencia, ya sea casados o no; y por lo general, es este elemento el que define también la frecuencia de contacto con la familia. Vale decir, los médicos generales de zona que han constituido junto a su pareja su propia familia, diferente a la de origen (padres), son quienes tienen relaciones familiares y sentimentales más frecuentes, a diferencia de los profesionales solteros o que mantienen una relación a distancia.

La calificación que hacen los encuestados en el sentido de valorar positivamente la experiencia global incluso más allá de las valoraciones específicas que se le solicitaron. Es muy probable que los aspectos indagados hayan tenido principalmente un cariz negativo, y pudiera ser que aspecto más positivos como el crecimiento personal, el desarrollo profesional, la consolidación familiar, conocer otras zonas geográficas o realidades sociales y humanas; las valoraciones hubieran sido diferentes. Un indicador muy significativo de evaluación de la EDF es la actitud hacia un posible retorno al lugar de destinación en calidad de especialista, que resulta llamativamente alto. Además, es interesante destacar el hecho de la alta tasa de comentarios enviados, que nos habla de cierta opinión formada y en cierta medida propositiva respecto a la experiencia.

Respecto al futuro de la EDF, la opinión hacia el desaparecimiento de la mayoría contrasta con el aumento sostenido de cargos MGZ y la promulgación de una nueva ley en la última década[30, 39]. Es posible que los continuos conflictos con la autoridad, especialmente en el tema de los cupos de especialidad, generen esta sensación de incertidumbre y pesimismo respecto a las futuras generaciones.

En relación con las debilidades que presenta este estudio podemos mencionar que en la fase cualitativa, es probable que debido al enfoque hermenéutico del trabajo, pudiera existir cierto sesgo desde la experiencia del investigador en las materias a incluir para realizarse una caracterización completa. Si bien esto está justificado en el diseño metodológico, creemos importante tenerlo en consideración, esencialmente en el planteamiento final de las áreas que se estudiaron.

Una de las principales fuentes de error que posee este trabajo dice relación con la medición de las variables. Resulta dificultosa la definición exacta de conceptos tan etéreos como calidad de vida o grado influencia de cierto aspecto; sumado a las diferentes interpretaciones que pueden realizar distintos sujetos, e incluso los mismos enfrentados a la misma pregunta sobre dos aspectos disímiles, sobre un mismo concepto. Hemos intentado soslayar esto mediante la sistematización de las preguntas y la integración al cuestionario definiciones pequeñas de carácter operacional.

Otra fuente relevante de error es el sesgo de selección, ya que en la parte cualitativa la elección de entrevistados y *focus group* se hizo con un criterio que incluyó factores como la logística y/o factibilidad, junto con cierto grado arbitrario de representatividad de condiciones de ruralidad, (situación por lo demás característica de las investigaciones con esta orientación más subjetivista). Por su parte en el muestreo y consecución de cuestionarios, la selección se hizo en base a bases de datos disponibles, teniendo los médicos con más años de en el ciclo o con mayor grado de participación gremial, más posibilidades de ser elegidos. Además, debido a la baja respuesta obtenida en una primera instancia, menos de un 50% con solicitud vía correo electrónico, se debió a recurrir a medios telefónicos y cerca de un 10% de las respuesta se obtuvo mediante invitaciones abiertas a participar mediante medios electrónicos.

Para terminar, por el lado de las fortalezas de la investigación, se encuentra la generación de información inexistente para un grupo de profesionales con injerencia en una parte sensible de la sociedad, especialmente en lugares más desposeídos. Es así como a partir de información generada de manera cualitativa, hemos logrado comprender el fenómeno en un sentido mucho más amplio, tanto objetiva como subjetivamente, lo que nos ha permitido establecer algunos patrones de las variables con mayor validez holística. Además, el desarrollo de un trabajo que involucra a los mismos interesados, que alguna vez fueron parte de un proceso de toma de decisión, hacen que esta información resulte particularmente útil para quienes se encuentre en etapas tempranas de la carrera médica.

Otra fortaleza es la representatividad. El hecho de una distribución territorial amplia, si bien, genera dificultades logísticas para la realización de investigaciones, aporta una mirada de país de la situación de estos médicos, lo que es especialmente útil para autoridades de salud que deben tomar determinaciones respecto al futuro de estas experiencias.

IV.- CONCLUSIONES

La experiencia de la EDF es evaluada positivamente por los médicos, especialmente por aquellos de más edad, que llevan más años en el ciclo y se desempeñan en el extremo austral. La principal condicionante de la percepción de la experiencia son las relaciones familiares y las de pareja. Luego y en orden decreciente se encuentran las condiciones laborales y el ingreso económico. Las relaciones sociales, y las condiciones climáticas y de aislamiento son las menos relevantes. Los elementos específicos mejor evaluados son las condiciones climáticas y el ingreso económico. En cambio los peor evaluados son la infraestructura, los recursos humanos y la carga de trabajo.

La principal motivación para ingresar a la EDF sigue siendo la posibilidad de acceso a programas de especialización, muy por encima del ingreso económico percibido. Las universidades tradicionales, de Chile, de Concepción, Austral y de Santiago son actualmente las mayores proveedoras de MGZ, existiendo eso sí, representación de universidades privadas.

Respecto a las relaciones sociales y de familia, más de la mitad de los médicos se establece en una relación de pareja en su lugar de destinación, ya sea en matrimonio o en situación de convivencia; existe un porcentaje mayoritario de participación gremial, reflejada en la alta colegiatura de los médicos y no existe confirmación de un deterioro de la imagen del médico como institución.

En el tema de condiciones laborales, el promedio de horas trabajadas por los médicos es superior a las 60 semanales, por encima de los estándares nacionales. Los ingresos económicos están por sobre el nivel nacional, dentro de los rangos para profesionales, y no son fruto exclusivamente del contrato como MGZ. Además, existen diferencias de género en el nivel de ingresos, que pueden corresponder a un tipo de discriminación. La valoración negativa de los recursos humanos con que se cuenta en el lugar de destinación, está afectada principalmente por su disponibilidad, más que por su capacidad.

Finalmente, existe una alta disposición a retornar al lugar de destinación para desempeñarse como especialista; aunque el futuro del ciclo, entendido como política pública de dotación de médicos, es percibido como incierto.

Agradecimientos

A la Agrupación de Médicos Generales de Zona; y a Carlos Becerra por su aporte de material bibliográfico; a Felipe Rojas y José Miguel Bernucci, por su apoyo en logístico en la investigación; y a Cristobal Feller por su ayuda en la recolección y análisis de información.

VIII. - REFERENCIAS

1. Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. 1974, Department of Health and Welfare: Ottawa.
2. Narasimhan, V., et al., *Responding to the global human resources crisis*. Lancet, 2004. **363**(9419): p. 1469-72.
3. Anand, S. and T. Barnighausen, *Human resources and health outcomes: cross-country econometric study*. Lancet, 2004. **364**(9445): p. 1603-9.
4. Berman, P.A., L. Henderson, P. et al., *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network*. LAC/HSR Health Sector Reform Initiative., 1999.
5. Canales, M. (2006) *La nueva ruralidad en Chile: apuntes sobre subjetividad y territorios vividos*. Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano **Volume**,
6. Daniels, Z.M., et al., *Factors in recruiting and retaining health professionals for rural practice*. J Rural Health, 2007. **23**(1): p. 62-71.
7. Fannin, J.M. and J.N. Barnes, *Recruitment of physicians to rural America: a view through the lens of Transaction Cost Theory*. J Rural Health, 2007. **23**(2): p. 141-9.
8. Rabinowitz, H.K., *Relationship between US medical school admission policy and graduates entering family practice*. Fam Pract, 1988. **5**(2): p. 142-4.
9. Román, O., M. Acuña, and M. Señoret, *Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004*. Rev Méd Chile, 2006. **134**(8): p. 1057-1064.
10. Rojas, F. and C. López, *Desarrollo humano y salud en América Latina y el Caribe*. Rev Cubana Salud Pública, 2003. **29**(1): p. 8-17.
11. Lopez-Abuin, J., E. García-Criado, and C. Chacón-Manzano, *Proposals for improvement of emergency rural health*. Rural and Remote Health Journal, 2005. **5**: p. 323.
12. Rabinowitz, H.K., et al., *Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania*. J Rural Health, 1999. **15**(2): p. 212-8.
13. Cutchin, M.P., et al., *To stay or not to stay: issues in rural primary care physician retention in eastern Kentucky*. J Rural Health, 1994. **10**(4): p. 273-8.
14. Veitch, C., et al., *Community participation in the recruitment and retention of rural doctors: methodological and logistical considerations*. Aust J Rural Health, 1999. **7**(4): p. 206-11.
15. Ogbimi, R.I., *Staff demographic influences on personnel preference of health service location*. Int J Nurs Stud, 1994. **31**(3): p. 262-8.
16. Adams, M.E., et al., *Development of a questionnaire measuring student attitudes to working and living in rural areas*. Rural Remote Health, 2005. **5**(1): p. 327.
17. Tesson, G., et al., *Advances in rural medical education in three countries: Canada, The United States and Australia*. Rural Remote Health, 2005. **5**(4): p. 397.
18. Denz-Penhey, H. and J.C. Murdoch, *A student view of the difference between general practice and rural and remote medicine*. Rural Remote Health, 2007. **7**(2): p. 641.
19. Eley, D., et al., *Medical students and rural general practitioners: congruent views on the reality of recruitment into rural medicine*. Aust J Rural Health, 2007. **15**(1): p. 12-20.
20. Walters, L.S., et al., *The impact of medical students on rural general practitioner perceptors*. Rural Remote Health, 2005. **5**(4): p. 403.
21. Strasser, *Is rural practice a distinct discipline?* Aust Fam Physician, 1995. **24**(11): p. 2144, 2146.

22. Dunbabin, J.S., K. McEwin, and I. Cameron, *Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce*. Rural Remote Health, 2006. **6**(2): p. 481.
23. Jones, J.A., J.S. Humphreys, and M.A. Adena, *Rural GPs' ratings of initiatives designed to improve rural medical workforce recruitment and retention*. Rural Remote Health, 2004. **4**(3): p. 314.
24. Shi, L., et al., *Physician practice characteristics and satisfaction: a rural-urban comparison of medical directors at U.S. Community and Migrant Health Centers*. J Rural Health, 1998. **14**(4): p. 346-56.
25. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. 2000, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
26. Torres, C.S., G., *Formación de médicos especialistas en el contexto de la Reforma de Salud*, in *Monografía 2005*, Escuela de Salud Pública.
27. Diaz, X., *El médico general de zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional*. Cuadernos Méd Soc 1971. **1**: p. 1-10.
28. Jara, J.J.d.l., *Abraham Horwitz (1910-2000). Padre de la Salud Pública Panamericana*. Rev Méd Chile, 2003. **131**: p. 929-934.
29. *Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley nº 15.076*, in *Ley 19.664*. 2000, DIARIO OFICIAL.
30. Ramírez, J., *Entrevista a Carlos Becerra, Presidente de Agrupación de Médicos Generales de Zona*. 2007, Datos no publicados: Santiago.
31. Mardones-Restat, F., *Políticas de alimentación y nutrición en los planes de salud de Chile*. Rev Chil Nutr, 2003 **30**(1): p. 195-197.
32. Carabantes, J., *Ciclo de Destinación: Instrumento de Equidad en Salud*. Cuadernos Méd Soc, 1998. **39**(2): p. 18-26.
33. Carvajal, J., *La obstinada presencia*. 2007, Santiago: Tanagram.
34. Briones, G., *Metodología de la investigación en las ciencias sociales*. 1996, Medellín: ARFO.
35. *Del Régimen de Garantías en salud*, in *Ley 19.669*. 2005, DIARIO OFICIAL.
36. García, J., *Método hermenéutico y comprensión del mundo histórico*, in *Introducción a la metodología*, ISPN, Editor. 2002: Madrid. p. 179-96.
37. *Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal*, in *Ley 19.378*. 1980: DIARIO OFICIAL.
38. *Sistema de Información Municipal*. 2008.
39. *Agrupación de Médicos Generales de Zona*. 2008.
40. Sagredo, F., *Camino hacia una Medicina a la Defensiva*. Vida Médica, 2004. **56**(2).
41. *Reformas Laborales. Reducción de la Jornada de Trabajo*. Agenda Pública. Fundación Chile 21, 2006. **6**.
42. INE-SERNAM, *Encuesta de Remuneraciones y Costo de la Mano de Obra*. 2000.
43. Bravo D, S.C., Urzúa S, *Is there labor market discrimination among professionals in Chile*. Research Network Working papers, 2008.
44. INE. 2007, Instituto Nacional de Estadísticas.
45. Vukusich, A., et al., *[Causes of the crisis of medical profession in Chile]*. Rev Med Chil, 2004. **132**(11): p. 1425-30.
46. *Familia: La Institución Más Valorada por los Chilenos*, in *Temas Públicos*. 2007, Instituto Libertad y Desarrollo.

ANEXO 1

ENCUESTA APLICADA A LOS MÉDICOS EN ETAPA DE DESTINACIÓN 2008

Caracterización del Generalato de Zona

Esta encuesta se enmarca en una investigación respaldada por el Consejo Regional Santiago y la Agrupación de Generales de Zona, que busca generar información para las futuras generaciones de médicos y para los planificadores en salud.

La participación en este estudio es voluntaria y la información será confidencial. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactar a Jorge Ramírez Flores al teléfono 9-2007461, a Jorge Cuevas, secretario técnico del Consejo Regional Santiago al teléfono 9-4141688, o a Héctor Vera, presidente de la Agrupación de Generales de Zona al teléfono 9-8631555.

Desde ya, muchas gracias por su tiempo.

A. DATOS GENERALES

a: Sexo

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Femenino
 Masculino

b: Edad (años)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

c: Estado Civil

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Casado(a)
 Soltero(a)
 Viudo(a)
 Separado(a)/Divorciado(a)/Anulado(a)
 Otro

d: Año de titulación

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de 1995 | <input type="checkbox"/> 1995 | <input type="checkbox"/> 1996 | <input type="checkbox"/> 1997 | <input type="checkbox"/> 1998 |
| <input type="checkbox"/> 1999 | <input type="checkbox"/> 2000 | <input type="checkbox"/> 2001 | <input type="checkbox"/> 2002 | <input type="checkbox"/> 2003 |
| <input type="checkbox"/> 2004 | <input type="checkbox"/> 2005 | <input type="checkbox"/> 2006 | <input type="checkbox"/> 2007 | <input type="checkbox"/> 2008 |

e: Año ingreso al ciclo de destinación

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de 2002 | <input type="checkbox"/> 2002 | <input type="checkbox"/> 2003 | <input type="checkbox"/> 2004 |
| <input type="checkbox"/> 2005 | <input type="checkbox"/> 2006 | <input type="checkbox"/> 2007 | <input type="checkbox"/> 2008 |

f: Servicio de Salud

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arica | <input type="checkbox"/> Iquique | <input type="checkbox"/> Antofagasta | <input type="checkbox"/> Atacama |
| <input type="checkbox"/> Coquimbo | <input type="checkbox"/> Valparaíso - San Antonio | <input type="checkbox"/> Viña del Mar - Quillota | <input type="checkbox"/> Aconcagua |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Norte | <input type="checkbox"/> Metropolitano Occidente | <input type="checkbox"/> Metropolitano Central | <input type="checkbox"/> Metropolitano Oriente |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Sur | <input type="checkbox"/> Metropolitano Sur Oriente | <input type="checkbox"/> O'Higgins | <input type="checkbox"/> Maule |
| <input type="checkbox"/> Ñuble | <input type="checkbox"/> Concepción | <input type="checkbox"/> Talcahuano | <input type="checkbox"/> Bío Bío |
| <input type="checkbox"/> Arauco | <input type="checkbox"/> Araucanía Norte | <input type="checkbox"/> Araucanía Sur | <input type="checkbox"/> Valdivia |
| <input type="checkbox"/> Osorno | <input type="checkbox"/> Llanquihue | <input type="checkbox"/> Aysén | <input type="checkbox"/> Magallanes |

g: ¿En qué tipo de establecimiento fue su destinación?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Hospital
 Consultorio

[Sólo responda esta pregunta si usted respondió 'Hospital' a la pregunta 'g ']

h1: Nombre del Hospital

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[Sólo responda esta pregunta si usted respondió 'Consultorio' a la pregunta 'g ']

h2: Nombre del Consultorio

Por favor, escriba su respuesta aquí:

i: Universidad de titulación

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> U. de Chile | <input type="checkbox"/> U. Católica de Chile | <input type="checkbox"/> U. de Santiago |
| <input type="checkbox"/> U. de Antofagasta | <input type="checkbox"/> U. de Valparaíso | <input type="checkbox"/> U. de Concepción |
| <input type="checkbox"/> U. de la Frontera | <input type="checkbox"/> U. Austral | <input type="checkbox"/> U. Andrés Bello - Santiago |
| <input type="checkbox"/> U. del Desarrollo | <input type="checkbox"/> U. Finis Terrae | <input type="checkbox"/> U. Diego Portales |
| <input type="checkbox"/> U. Mayor | <input type="checkbox"/> U. de los Andes | <input type="checkbox"/> U. San Sebastián – Concepción |
| <input type="checkbox"/> U. San Sebastián - Pto. Montt | <input type="checkbox"/> Otra (¿Cuál?) | |

j: ¿Está colegiado(a) en la actualidad?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Sí
 No

I. PRIMERA PARTE

Comenzaremos con preguntas concernientes a las condiciones ambientales y de aislamiento de su lugar de destinación.

1. ¿Las condiciones climáticas en que se desempeña son distintas a las que estaba acostumbrado antes del ingreso al ciclo de destinación?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Sí, totalmente
- Sí, bastante
- Medianamente
- No, casi nada
- No, son idénticas

2. Evalúe con nota de 1 a 7 su percepción respecto a las condiciones climáticas en su lugar de destinación. [1= Negativa / 7= Positiva]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

3. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que han tenido las condiciones climáticas en tu vida cotidiana. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿Las condiciones de aislamiento, entendidas como dificultad para desplazarse hacia o desde el lugar de destinación en que se desempeña, son distintas a las que estaba acostumbrado antes del ingreso al ciclo de destinación?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Sí, totalmente
- Sí, bastante
- Medianamente
- No, casi nada
- No, son idénticas

5. Evalúe con nota de 1 a 7 su percepción del grado de aislamiento en su lugar de destinación. [1= No Aislado / 7= Totalmente aislado]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

6. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que han tenido las condiciones de aislamiento en su vida cotidiana. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

II. SEGUNDA PARTE

A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con las condiciones laborales que ha enfrentado en su desempeño.

7. ¿Cuántas horas efectivas trabaja a la semana en su desempeño como general de zona, incluyendo horario habitual más realización de turnos obligatorios?

(No incluye consulta privada u otras actividades)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

8. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que tienen las condiciones laborales, entendidas como las posibilidades de desarrollar un trabajo médico de buena calidad, en su vida diaria como médico general de zona. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

9. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de satisfacción con la infraestructura en su lugar de trabajo (incluyendo instalaciones, tecnología, insumos, medicamentos, transporte, etc.). [1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

10. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de satisfacción con el recurso humano disponible en su lugar de trabajo (Nº y calidad de profesionales y no profesionales).

[1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

11. Valore de 1 a 7 la carga de trabajo que ha tenido durante la realización de su labor como general de zona (incluye horario habitual más realización de turnos obligatorios). [1= Muy Baja / 7= Muy Alta]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

III. TERCERA PARTE

Ahora daremos paso a algunas preguntas sobre sus ingresos económicos.

12. Clasifique su ingreso dentro de los siguientes rangos, considerando SÓLO lo percibido como general de zona. (Incluye horario habitual más turnos obligatorios)

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$500.000 | <input type="checkbox"/> \$500.000 a \$999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$1.000.000 a \$1.499.999 | <input type="checkbox"/> \$1.500.000 a \$1.999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$2.000.000 a \$2.499.999 | <input type="checkbox"/> \$2.500.000 a \$2.999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$3.000.000 o más | |

13. Clasifique en los siguientes tramos su nivel de ingreso TOTAL. (Incluye labores privadas u otras).

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$500.000 | <input type="checkbox"/> \$500.000 a \$999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$1.000.000 a \$1.499.999 | <input type="checkbox"/> \$1.500.000 a \$1.999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$2.000.000 a \$2.499.999 | <input type="checkbox"/> \$2.500.000 a \$2.999.999 |
| <input type="checkbox"/> \$3.000.000 o más | |

14. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de satisfacción con su ingreso económico percibido SÓLO por sus labores como general de zona. (Incluye horario habitual más turnos obligatorios) [1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

15. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de satisfacción con su ingreso económico TOTAL. [1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

16. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que tienen los ingresos económicos en su vida cotidiana. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

IV. CUARTA PARTE

Daremos paso a ciertas preguntas sobre sus relaciones sociales en su lugar de destinación

17. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de reconocimiento, entendido como valoración de su trabajo, que tiene por parte de la comunidad en su lugar de destinación.

[1= Muy Poco Reconocido / 7= Muy reconocido]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

18. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de satisfacción que le producen sus relaciones sociales cotidianas con la comunidad de su lugar de destinación.

[1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

19. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que tienen las relaciones sociales cotidianas con la comunidad, en su vida diaria. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

1 2 3 4 5 6 7

V. QUINTA PARTE

A continuación se presentan algunas preguntas sobre sus relaciones familiares y sentimentales.

20. ¿Con quién vive usted actualmente?

Por favor, marque TODAS las que correspondan:

- Pareja
- Pareja e hijo(s)
- Padres
- Solo
- Otro (¿Cuál?)

En función de lo usted considere su familia (pareja, pareja e hijos, familia de origen, etc.), responda las siguientes preguntas:

21. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que tienen las relaciones familiares en su calidad de vida. [1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

22. ¿En los últimos tres meses, con qué frecuencia ve a su familia?

Elija la categoría más adecuada.

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 5-7 días por semana
- 2-4 días por semana
- 1 vez a la semana
- 2 veces al mes
- 1 vez al mes
- 3-4 veces al año, aproximadamente
- 1-2 veces al año, aproximadamente
- Nunca

23. ¿Se encuentra satisfecho con la frecuencia con que ve a su familia? Evalúe con nota de 1 a 7. [1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Respecto a su vida sentimental, responda las siguientes preguntas:

24. ¿Actualmente mantiene alguna relación sentimental, entendida como relación de pareja (pololeo, noviazgo, matrimonio)?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Sí
- No

[Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 28]

25. ¿En los últimos tres meses, con qué frecuencia ve a su pareja?

Elija la categoría más adecuada.

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 5-7 días por semana | <input type="checkbox"/> 2-4 días por semana |
| <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana | <input type="checkbox"/> 2 veces al mes |
| <input type="checkbox"/> 1 vez al mes | <input type="checkbox"/> 3-4 veces al año, aproximadamente |
| <input type="checkbox"/> 1-2 veces al año, aproximadamente | <input type="checkbox"/> Nunca |

26. Evalúe con nota de 1 a 7 el grado de influencia que tienen las relaciones sentimentales en su vida cotidiana como general de zona.

[1= No influyente / 7= Muy influyente]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

27.- ¿Se encuentra satisfecho con la frecuencia con que ve a su pareja? Evalúe con nota de 1 a 7 su grado de satisfacción. [1= Muy Insatisfecho / 7= Muy Satisfecho]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1 2 3 4 5 6 7

28.- Si ha tenido o tiene actualmente una relación sentimental a distancia (verse menos de una vez por semana), ¿cree que éstas son sostenibles en el tiempo?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Nunca he tenido relaciones a distancia
 Sí, lo creo
 No, no lo creo

VI. VALORACIÓN GLOBAL

Finalmente, las siguientes preguntas hacen referencia a la valoración global de su experiencia

29.- ¿Cuál fue la principal motivación que tuvo para elegir el ciclo de destinación y formación?

Marque la que más lo identifique

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Seguir una carrera dentro del Sistema Público de Salud
- Desarrollo personal en condiciones distintas
- Posibilidades de especialización
- Mayores ingresos monetarios
- Otro

30. ¿Volvería como especialista a desempeñarse en la zona geográfica en que actualmente está destinado, ya sea en el ámbito público o privado?

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Sí
- No

31. En el futuro, cree que el ciclo...

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- Se irá fortaleciendo como una alternativa importante para los médicos
- Seguirá sin mayores variaciones
- Irá desapareciendo
- No Sabe

32.- Evalúe con nota de 1 a 7 su experiencia global en el generalato de zona.

[1= Negativa / 7= Positiva]

Por favor elija SOLO una de las siguientes

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

33. MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO. Si desea hacer un comentario, hágalo aquí:

ANEXO 2

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS EN ETAPA DE DESTINACIÓN SEGÚN SERVICIOS DE SALUD 2008

Médicos Generales de Zona según Servicios de Salud 2008

COD	SERVICIO DE SALUD	EDF Art.8°
011	ARICA	11
012	IQUIQUE	12
021	ANTOFAGASTA	29
031	ATACAMA	28
041	COQUIMBO	44
051	VALPARAISO-SAN ANTONIO	12
053	VIÑA DEL MAR-QUILLOTA	41
055	ACONCAGUA	26
061	LIB.BDO.O'HIGGINS	44
071	MAULE	59
081	ÑUBLE	45
082	CONCEPCION	27
083	ARAUCO	23
084	TALCAHUANO	15
085	BIO-BIO	50
091	ARAUCANIA NORTE	33
092	ARAUCANIA SUR	64
101	VALDIVIA	31
102	OSORNO	29
103	RELONCAVI	42
104	CHILOE	20
111	AYSEN	29
121	MAGALLANES	15
131	METROPOLITANO ORIENTE	1
132	METROPOLITANO CENTRAL	7
133	METROPOLITANO SUR	4
134	METROPOLITANO NORTE	10
135	METROPOLITANO OCCIDENTE	13
137	METROPOLITANO SUR-ORIENTE	12
TOTAL		776

* Para efectos del estudio, se consideró al Servicio Chiloé y Reloncaví como pertenecientes al antiguo Llanchipal.

ANEXO 3

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

- Gráfico 1** Distribución porcentual de la muestra según sexo
- Gráfico 2** Distribución porcentual de la muestra en tramos de edad.
- Gráfico 3** Distribución porcentual de la muestra según estado civil.
- Gráfico 4** Distribución porcentual de la muestra según motivación de ingreso
- Gráfico 5** Distribución porcentual de la muestra según establecimiento.
- Gráfico 6** Distribución porcentual de la muestra según zona geográfica.
- Gráfico 7** Distribución porcentual de la muestra según colegiatura.
- Gráfico 8** Distribución porcentual de la muestra según distancia entre universidad de origen y lugar de destinación por tramos.
- Gráfico 9** Distribución porcentual de la muestra según Aislamiento, diferencias con situación anterior
- Gráfico 10** Distribución porcentual de la muestra según evaluación de condiciones de Aislamiento.
- Gráfico 11** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones de aislamiento.
- Gráfico 12** Distribución porcentual de la muestra según Aislamiento, diferencias con situación anterior, y zona geográfica.
- Gráfico 13** Distribución porcentual de la muestra según condiciones Climáticas, diferencia con situación anterior.
- Gráfico 14** Distribución porcentual de la muestra según evaluación de las condiciones Climáticas.
- Gráfico 15** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones Climáticas.
- Gráfico 16** Distribución porcentual de la muestra según condiciones Climáticas, diferencias con situación anterior, y zona geográfica.
- Gráfico 17** Distribución porcentual de la muestra según horas promedio de trabajo semanal.
- Gráfico 18** Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la carga de trabajo.
- Gráfico 19** Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la Infraestructura.
- Gráfico 20** Distribución porcentual de la muestra según evaluación del Recurso Humano.
- Gráfico 21** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las condiciones Laborales.
- Gráfico 22** Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ.
- Gráfico 23** Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y zona geográfica.
- Gráfico 24** Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y sexo.
- Gráfico 25** Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico total.
- Gráfico 26** Distribución porcentual de la muestra según tramo de Ingreso Económico total y sexo.
- Gráfico 27** Distribución porcentual de la muestra según grado de satisfacción con Ingreso Económico percibido como MGZ.
- Gráfico 28** Distribución porcentual de la muestra según grado de satisfacción con Ingreso Económico total.
- Gráfico 29** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de los Ingresos Económicos.
- Gráfico 30** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las Relaciones Sociales.
- Gráfico 31** Distribución porcentual de la muestra según evaluación de las Relaciones Sociales.
- Gráfico 32** Distribución porcentual de la muestra según evaluación del Reconocimiento Social.
- Gráfico 33** Distribución porcentual de la muestra según cohabitación en el hogar.
- Gráfico 34** Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja.
- Gráfico 35** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de las Relaciones Familiares.
- Gráfico 36** Distribución porcentual de la muestra según grado de influencia de Relaciones de Pareja.
- Gráfico 37** Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de contacto con la Familia.
- Gráfico 38** Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de contacto con la Pareja.

Gráfico 39	Distribución porcentual de la muestra según opinión frente a relaciones de Pareja a distancia.
Gráfico 40	Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la frecuencia de contacto con la Familia.
Gráfico 41	Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la frecuencia de contacto con la Pareja.
Gráfico 42	Distribución de la muestra según elementos del Ciclo de Destinación y evaluación promedio.
Gráfico 43	Distribución porcentual de la muestra según evaluación de la Experiencia Global de la EDF.
Gráfico 44	Distribución de la muestra según elementos del Ciclo de Destinación y grado de influencia.
Gráfico 45	Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación.
Gráfico 46	Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y evaluación de Infraestructura.
Gráfico 47	Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y evaluación de Recursos Humanos.
Gráfico 48	Distribución porcentual de la muestra según actitud hacia retorno al lugar de destinación y tramo de Ingreso económico total.
Gráfico 49	Distribución porcentual de la muestra según opinión respecto al futuro de la EDF.

TABLAS

Tabla 1	Distribución porcentual y absoluta de la muestra según año de titulación
Tabla 2	Distribución porcentual y absoluta de la muestra según año de ingreso al ciclo.
Tabla 3	Distribución porcentual y absoluta de la muestra según universidad de titulación
Tabla 4	Distribución porcentual y absoluta de la muestra según Servicio de Salud de desempeño.
Tabla 5	Distribución porcentual de la muestra según distancia entre universidad de origen y lugar de destinación, y evaluación de condiciones de Aislamiento.
Tabla 6	Distribución de la muestra según evaluación de Recursos Humanos y horas de trabajo semanales promedio.
Tabla 7	Distribución de la muestra según horas de semanales de trabajo promedio, evaluación de carga de trabajo e influencia de las condiciones Laborales.
Tabla 8	Distribución de la muestra según tramo de Ingreso Económico percibido como MGZ y horas semanales
Tabla 9	Distribución de la muestra según satisfacción con Ingreso Económico percibido como MGZ y zona geográfica.
Tabla 10	Distribución de la muestra según satisfacción con Ingreso Económico total y zona geográfica.
Tabla 11	Distribución de la muestra según estado civil y satisfacción con Ingreso económico total.
Tabla 12	Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja y sexo.
Tabla 13	Distribución porcentual de la muestra según presencia de relación de Pareja y tramo de edad.
Tabla 14	Distribución de la muestra según año de ingreso al ciclo y evaluación de la experiencia Global en la EDF.
Tabla 15	Distribución de la muestra según tramo de edad y evaluación de la experiencia Global en la EDF.
Tabla 16	Distribución de la muestra según tramo de edad y evaluación de la experiencia Global en la EDF.