

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

"MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL PERCIBIDA POR LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA Y MICRORRED MARISCAL NIETO EN EL AÑO 2014"

PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

NOMBRE DEL AUTOR:

Diana Carolina Lázaro De la Torre

Asesor: Dr. Juan Canepa Yzaga

TACNA – PERÚ

2014

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios por haberme dado la vida y quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. Permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis hermanas por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mis docentes que son mi motivación, inspiración; porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Agradezco especialmente a mi madrina Ruby quien con su ayuda, cariño y comprensión ha sido parte fundamental de mi vida.

A Claudia Monroy, por su apoyo incondicional, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ella.

Al Dr. Juan Canepa Yzaga por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

Finalmente a José Paredes, Dr. Arias, Dr. Rivarola y Verito porque cada uno con sus valiosas aportaciones hicieron posible este proyecto y por la gran calidad humana que me han demostrado con su amistad.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es identificar los niveles de calidad de vida profesional en médicos de los servicios asistenciales; según variables demográficas. en una muestra intencional conformada por 50 asistentes, de los cuales 33 médicos trabajan en el hospital regional Moquegua y 17 médicos que pertenecen a la Microred Mariscal Nieto, entre ellos el 34.0 % eran mujeres y 66.0% varones, con una edad promedio de 50 a 59 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998). Se concluye que en general se percibe una tendencia a una baja calidad de vida profesional, obteniendo una media de $5,73 \pm 0,27$. La procedencia laboral de Periferie y la situación profesional no especialista, son factores determinantes a la mala calidad de vida profesional; además consideran que los años de actividad laboral influyen notablemente a estos resultados. En cuanto Dimensiones evaluadas en nuestro trabajo con el CVP35 nos muestran que hay un mayor puntaje en APOYO DIRECTIVO, seguida por la dimensión MOTIVACIÓN INTRINSECA, finalmente la dimensión con menor puntaje fue la de CARGA DE LABORAL.

Palabras clave: calidad de vida profesional, profesionales de la salud, Médicos de los servicios asistenciales, variables socio demográficas.

ABSTRACT

The objective of this research is to identify the levels of quality of working life in medical care services, according to demographic variables. in a purposive sample consisted of 50 participants, of which 33 doctors working in the regional hospital Moquegua and 17 physicians belonging to the Microred Mariscal Nieto , including 34.0 % were female and 66.0 % male , with an average age of 50 to 59. The instrument used was the Scale of Professional Quality of Life (CVP 35) Heads (1998) . We conclude that in general there is a trend to a low quality of working life , with a mean of 5.73 ± 0.27 Labor periphery and origin of non-specialist professional status are determinants of poor professional quality of life factors , also consider that the working years to significantly influence these results . As dimensions evaluated in our work with CVP35 we show that there is a higher score SUPPORT EXECUTIVE, followed by dimension INTRINSIC MOTIVATION, finally the dimension with lowest score was the WORKLOAD.

Key words: quality of life, health professionals, Medical care services, socio demographic variables.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	10
1.1. Fundamentación del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
1.4. Justificación.....	12
1.5. Definición de términos.....	14
CAPÍTULO II.....	16
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Marco teórico.....	21
2.2.1. EL PROFESIONAL DE SALUD.....	21
2.2.1.1. El profesional de la Salud y su entorno en la actualidad.....	21
2.2.1.2. Salud Mental en Profesionales de la Salud.....	23
2.2.1.2.1. Importancia.....	23
2.2.1.2.2. Relación con Salud Física.....	28
2.2.1.2.3. Síndrome de Burnout.....	29
2.2.2. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL.....	31
2.2.2.1. Concepto de la calidad de vida profesional.....	31
2.2.2.2. Condiciones Objetivas de la CVP.....	42
2.2.2.2.1. Medioambiente físico.....	42
2.2.2.2.2. Medioambiente tecnológico.....	43
2.2.2.2.3. Medioambiente contractual.	43
2.2.2.2.4. Medioambiente productivo.....	43
2.2.2.2.5. Medioambiente profesional.....	44
2.2.2.3. Condiciones subjetivas de la CVP.....	45
2.2.2.3.1. Esfera privada y mundo laboral.....	45
2.2.2.3.2. Individuo y actividad profesional.....	46
2.2.2.3.3. Individuo y grupo laboral.....	47

2.2.2.3.4. Individuo, grupo laboral e institución.....	49
2.2.2.4. Dimensiones de la calidad de vida profesional.....	49
CAPÍTULO III.....	52
3.1. Hipótesis.....	52
3.2. Operacionalización de variables.....	52
CAPÍTULO IV.....	55
4.1. Diseño.....	55
4.2. Ámbito de estudio.....	55
4.3. Población y muestra.....	58
4.3.1. Criterios de inclusión.....	58
4.3.2. Criterios de exclusión.....	58
4.4. Instrumento de recolección de datos.....	59
CAPÍTULO V.....	61
5.1. Procedimiento de análisis de datos.....	62
CAPÍTULO IV.....	63
RESULTADOS.....	63
DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES.....	94
Bibliografía.....	95
Anexos.....	98

INTRODUCCIÓN

En forma general, la salud ha tenido varios intentos trascendentales, en donde se aprecia un cambio que va de la preocupación por la prevención, la atención de enfermedades y la supervivencia de las personas; sin embargo, la forma de aplicar la terapéutica o los cuidados, solo conseguía retrasar la muerte eminente, que sin considerar este resultado si era o no aceptado por el propio paciente. Actualmente se centra en un enfoque dirigido a la satisfacción o bienestar del individuo desde su propio punto de vista.

La preocupación por la calidad de la vida profesional cobra un especial interés en la década de los años 70 en los EE.UU. Esta preocupación parte de la necesidad de humanizar el entorno de trabajo prestando especial atención al desarrollo del factor humano y a la mejora de su calidad de vida.

Uno de los factores condicionantes básicos de la productividad es el grado de bienestar o satisfacción que los profesionales tienen con su trabajo.

Se considera que el grado de calidad de los servicios de salud que se ofrecen está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales siendo a la vez, la satisfacción laboral, uno de los principales objetivos de estudio dentro de las organizaciones sanitarias con la finalidad de evaluar la calidad global de la organización.

La Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo.

Es por todo ello por lo que considero importante la necesidad de realizar este tipo de estudio porque no hay que descuidar como se sienten los profesionales de salud, para así poder reflexionar sobre su estado y la actividad profesional, obligándonos a posicionarnos ante la realidad, y no solo, ante aquello que queremos.

CAPÍTULO I

1.1.Fundamentación del problema

Hasta la actualidad en nuestro país hay pocos estudios que revisan la calidad de vida profesional en los propios médicos, siendo algunos:

- Vargas Espinoza, Evelyn. Percepción de la Calidad de Vida laboral de los Médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con la medición del cuestionario CVP-35 noviembre 2011. Perú.
- Mirian Grimaldo Muchotrigo. Calidad de Vida Profesional en Estudiantes de Ciencias de la Salud. Universidad de San Martín de Porres.2010. Perú.

Ya que otros estudios realizados en nuestro país evalúa a otros profesionales como enfermeras, estudiantes, odontólogos, etc.

A nivel internacional en España hay un solo estudio que evalúe la calidad de vida de los residentes. Sin embargo en otros países de Europa y América se han llevado a cabo estudios para conocer tanto aspectos relacionados con la calidad de vida profesional de los residentes como la calidad asistencial que estos prestan.¹

Durante el desarrollo de la vida profesional médica se han encontrado niveles de estrés superiores a los de la población en general, los factores comúnmente asociados a esto son sobrecarga de trabajo, deprivación de sueño, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los asistentes, conocimientos médicos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros e incertidumbre respecto al futuro profesional así como

¹ Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC Med Educ. 2005

aspectos socioculturales y financieros.² Sí sólo tomáramos en cuenta la deprivación de sueño esta se encuentra asociada a una predisposición de cometer más errores, lesiones, abuso de alcohol o drogas y en el peor de los escenarios han ocurrido suicidios por parte de los médicos.

Todos estos factores también pueden llevar a los médicos residentes a presentar un estado de agotamiento o *Burnout*, el cual se le considera como una entidad moderna, derivada de la exposición crónica de manera gradual y continuada al estrés, siendo los profesionales de la salud la población más vulnerable a desarrollarlo. Esto afecta más a los médicos residentes jóvenes, los cuales son más propensos a sufrir este síndrome, mientras que los médicos mayores de 45 años tienen mayor propensión a presentar insatisfacción; también se ha encontrado que un 6,4% de los residentes nunca se encontraban satisfechos con haber seleccionado la carrera de medicina.³

También la vida personal de los médicos se ve afectada, tomando en cuenta tres aspectos: suicidio, divorcio y depresión. Éstos se presentan con mayor frecuencia entre los médicos en general que entre la población general.⁴

1.2 .Formulación del problema

¿Cuál es el Nivel de Calidad de Vida Profesional percibida por los médicos de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014?

² Luthy C, Perrier A, Perrin E, Cedraschi C, Allaz AF. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Med Wkly* 2004

³ Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* 2005

⁴ The NSDUH Report. October 2007. Depression among adults employed full-time, by occupational category. URL:<http://www.oas.samhsa.gov/2k7/depression/occupation.htm>. [12.02.2008].

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la Calidad de Vida Profesional percibida por los médicos de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características demográficas de los médicos generales y especialistas de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.
- Identificar las dimensiones asociadas a la Calidad de vida Profesional de los médicos generales y especialistas de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.
- Asociar las características demográficas con las dimensiones de calidad de vida profesional de los médicos generales y especialistas de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.

1.4. Justificación

En los países desarrollados los profesionales que trabajan tienen expectativas cada vez más altas relacionadas no solamente con sus condiciones de trabajo sino con la relación del trabajo respecto al resto de las áreas de la vida: la familia, la cultura, la vida sexual, el deporte, etc.

Por el contrario, en los países emergentes, los profesionales deben luchar constantemente para mantener sus puestos de trabajo diversificando sus tareas para sostener un salario poco digno y luchando dentro de un sistema

de salud segmentado o como el caso peruano prácticamente inexistente, que descalifica al profesional de la salud permanentemente.⁵

La calidad de vida profesional se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la CVP agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el quehacer profesional.

El tener calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico profesional del individuo y produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios, ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar cambios en la organización.⁶

Para las instituciones de salud es de gran importancia reconocer los factores que inciden en la calidad de vida profesional ya que el trabajo es una actividad humana individual y colectiva que requiere de esfuerzos, aptitudes y tiempo que los individuos llevan a cabo a cambio de compensaciones económicas y materiales, pero también psicológicas y sociales que contribuyen a sus necesidades. En particular, los profesionales médicos se encuentran sometidos a altos niveles de estrés, lo cual puede transformarse en situaciones de insatisfacción.⁷

⁵ Miller MN, McGowen KR. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J* 2000

⁶ Fernández Martínez O, García Del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S

⁷ Sepúlveda-Vildosola AC, Flores-Pulido AA, López-Fuentes G, López-Aguilar E. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006

1.5. Definición de términos

Síndrome de Burnout o Agotamiento emocional: es un padecimiento que, a grandes rasgos, consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido

Despersonalización: alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos

Perspectiva longitudinal: tiene como objetivo analizar las variaciones en las características de la muestra de los mismos elementos durante un largo período de tiempo. Son típicamente los estudios observacionales, por tanto, limitado por lo general a la observación de los elementos de la muestra y sin factores que pueden cambiar las variables de interés manipular.

Enfoque transversal: significa aquello que cruza, corta o atraviesa. Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo.

Inputs: Conjunto de dispositivos y señales que permiten la introducción de información en un sistema y los datos y programas que se introducen.

Teoría motivacional de McGregor: describe dos formas de pensamiento en los directivos a las que denominó "Teoría X" y "Teoría Y". Son dos teorías contrapuestas de dirección; en la primera, los directivos consideran que los trabajadores sólo actúan bajo amenazas, y en la segunda, los directivos se basan en el principio de que la gente quiere y necesita trabajar.

Teoría de la Equidad de Adams: intenta explicar la satisfacción relacional en términos de percepciones de tarifas/ distribuciones injustas de recursos dentro de las relaciones interpersonales.

Neuroticismo: es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional

Absentismo: costumbre de abandonar el desempeño de las funciones y deberes propios de un cargo

Características demográficas: El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa. Se refiere al sexo, edad, estado civil, situación laboral, etc.

CAPÍTULO II

2.1. Antecedentes de la investigación

Vargas Espinoza, Evelyn -Tacna (2011) El objetivo del presente trabajo es investigar la calidad de vida laboral percibida de los profesionales médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; el interés de esta investigación está centrada en que uno de los factores condicionantes básicos y esenciales de la productividad, es el grado de satisfacción que tienen las personas con su trabajo. La CVP media fue $5.75 \pm 0,16$. Las Dimensiones evaluadas en el CVP35 nos muestran que hay un mayor puntaje en APOYO DIRECTIVO 6.00 ± 0.20 , seguida por la dimensión MOTIVACION INTRINSECA con 5.67 ± 0.20 , finalmente la dimensión con menor puntaje fue la de CARGA DE TRABAJO con 5.50 ± 0.20 . La calidad laboral que perciben los médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es adecuada. Las características socio-demográficas tales como la edad, sexo, estado civil y número de hijos de los médicos que laboran en el HHUT, no influyen de manera contundente en su Calidad de Vida Laboral.⁸

Mirian Grimaldo Muchotrigo - Lima (2010): El objetivo de la presente investigación es identificar los niveles de calidad de vida profesional en estudiantes de postgrado de Ciencias de la Salud, según variables demográficas, en una muestra intencional conformada por 198 participantes, de los cuales el 73.2% eran mujeres y 26.8% varones, con una edad promedio de 37.53 y 42.79 años, respectivamente. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998). Se concluye que en general se percibe una tendencia a una baja

⁸Vargas Espinoza, Evelyn. Percepción de la Calidad de Vida laboral de los Médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con la medición del cuestionario CVP-35. Universidad Privada de Tacna noviembre 2011. Perú

calidad de vida, en relación a la carga laboral; una tendencia hacia una buena calidad de vida en la dimensión de motivación intrínseca y una baja calidad de vida profesional en el factor apoyo directivo.⁹

Froilán Quezada Quezada, Adela Sanhueva Castro, Felipe Silva Cabezas (2008): Uno de los factores condicionantes básicos de la productividad y de la calidad del servicio que se ofrece, es el grado de bienestar o satisfacción que los funcionarios sienten con su trabajo.

El presente artículo, muestra un estudio descriptivo transversal, que permite conocer la percepción de la calidad de vida de los funcionarios de los cuatro servicios clínicos básicos del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, en las especialidades de: Medicina, Pediatría, Cirugía y Maternidad, incorporando un estudio correlacional, que permite conocer si existe una relación entre el apoyo directivo (de jefaturas directas), la demanda de trabajo, la motivación intrínseca, con la calidad de vida profesional percibida y la conciliación trabajo-familia.

Para la obtención de los datos se aplicaron dos cuestionarios con escala tipo Likert de cinco y diez puntos, Conciliación Trabajo Familia CFT/CTF y Calidad de Vida Profesional, los cuales se dividieron en cinco y cuatro dimensiones respectivamente. Además se aplicó el instrumento Escala de Graffar

Medición N.S.E “Forma A” para diagnosticar los niveles o grados socioeconómicos de la población estudiada y un registro de datos socio-demográficos para controlar variables de edad, género, profesión (planta de contrato), sistema de trabajo (diurno o con

⁹ Mirian Grimaldo Muchotrigo. Calidad de Vida Profesional en Estudiantes de Ciencias de la Salud. Rev. Psicol. Instituto de Investigación de la Escuela de Psicología. Universidad de San Martín de Porres. 12, 51-80, 2010

turnos nocturnos), estado civil, etc., aspectos relevantes para cualquier estudio que caracterizan la población objetivo.

Sus resultados muestran una percepción positiva o favorable de la calidad de vida laboral siendo el Apoyo Directivo la dimensión peor evaluada y la Motivación Intrínseca la mejor percibida por los funcionarios encuestados.¹⁰

Susana Albanesi de Nasetta. Argentina (2008). Se evidencio que en una muestra de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de provincias de Cuyo, permitieron detectar que las puntuaciones más elevadas se presentaron en la variable apoyo directivo, es decir, estos profesionales consideran que pueden llevar adecuadamente sus tareas ya que cuentan con apoyo de sus superiores. En cuanto a la escala de carga de trabajo se pudo observar que los integrantes de la muestra que son casados o viven en pareja y que tienen hijos presentan puntuaciones más elevadas en la escala.¹¹

Fernández Martínez O, García Del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S – España (2007): Se recogieron 99 cuestionarios cumplimentados (90.82%). El 43.4% de los encuestados eran Residentes de primer año (R1), el 56.6% R2.El 58.6% residentes de familia. 68.7% Mujeres. El valor medio de la calidad de vida profesional percibida fue 4.15, 3.44. Los valores medios para el resto de ítems fueron CT: 6.981 • 1.09; AD: 4.59} 0.9; MI: 6.224} 0.92. La percepción de la calidad de vida es significativamente mejor en los residentes

¹⁰ Froilán Quezada Quezada, Adela Sanhueza Castro, Felipe Silva Cabezas. Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ” DE LOS ÁNGELES (CAVRR). Rev Horizontes Empresariales 2008

¹¹ Susana Albanesi de Nasetta. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2008.

de familia. Para el resto de dimensiones no se detectaron diferencias significativas.

Los residentes de HVN y HCM duermen 3.61, 0.49 y 2.33 1.28 horas respectivamente ($p < 0.001$). Empeora el estado de ánimo tras las guardias en 70.3% y 61.5% de los residentes de HVN y HCM (NS), y en 75.9% médicas ($p < 0.01$). En HVN el 53.1% refieren algún trastorno físico por las guardias frente al 0% en HCM ($p < 0.036$). La ansiedad es el trastorno más prevalente. El 85.9% apoyan la creación de la especialidad de urgencias. Los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos.

Tienen una motivación intrínseca media para afrontar una alta carga en el trabajo.¹²

Ana María Fernández Araque, Elena Santa Clotilde Jiménez, María Isabel Casado del Olmo - España (2007): Se entregaron personalmente 20 cuestionarios, de los cuales se recibieron el 100%; pero uno de contestó a la pregunta sobre la calidad de vida profesional global percibida. La valoración global medida sobre la Calidad de Vida Profesional (CVP) percibida es de 5,68, sobre una puntuación de 10, para las enfermeras de los dos Centros de Salud que entraron en este estudio piloto, un 5% puntuaba entre 1 y 2 (nada), otro 5% entre 9 y 10 (mucho) y un 45% entre 3, 4 y 5 (algo) y un 40% entre 6, 7 y 8 (bastante) y un 5% NC.

En relación con las tres dimensiones valoradas la media más alta se encuentra en la “motivación intrínseca” con 7,82, la “demanda de trabajo” con una media de 5,71 siendo la dimensión con la media más baja el “apoyo directivo” con 4,90. Respecto a la pregunta

¹²Fernández Martínez O, García Del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And)* Vol. 7, N.º 2, marzo 2007.

“capacidad para desconectar del trabajo”, presenta una media de 7,85. No se encuentran diferencias significativas entre la calidad de vida global y el sexo ni la edad, en realidad respecto a la CVP percibida no encontramos relación con ninguna variable sociodemográfica ni laboral; pero si se observa que al trabajar en el centro urbano aumenta la satisfacción con el tipo de trabajo, que es una de las preguntas del cuestionario.

La prueba de correlación de Pearson nos muestra que existe relación entre el “apoyo directivo” y la CVP percibida y entre la “motivación intrínseca” y la CVP, no existiendo relación significativa entre la “demanda de trabajo” y la CVP.

La puntuación mínima de media se encuentra en la pregunta sobre “mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto” y la puntuación máxima de media se encuentra en la pregunta sobre “apoyo de mi familia”.

El porcentaje de la CVP percibida que queda explicado por el “apoyo directivo” es de 47,1%, por la “motivación intrínseca” es de 34,7% y por la “demanda de trabajo” es de 17,2%.

Para obtener el resultado de la regresión lineal múltiple hemos introducido las variables independientes expuestas en la (Tabla IV), obteniendo que la “posibilidad de ser creativo”, “posibilidad de expresar lo que pienso y necesito” y “mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud” explican el 76.86 % de la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales, las dos primeras con relación positiva y la tercera con relación negativa.¹³

R. Sánchez González, R. Álvarez Nido, S. Lorenzo Borda - Madrid (2002): Es un estudio descriptivo transversal donde participaron todos los profesionales de Atención Primaria (n=419).

¹³ Fernández Araque, AM; Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, MI. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1).

Mediciones: encuesta anónima auto administrada que incluye el cuestionario CVP-35, además de variables demográficas y laborales. Resultados: tasa de respuesta: 57,5%. Edad media: 39 \pm 7 años; mujeres: 172 (71,4%); propietarios: 116 (48,1%); turno de mañana: 121 (50,2%); antigüedad media: 12 \pm 7 años. La CVP media fue 5,2 \pm 1,8. Los ítems con puntuación más baja fueron “posibilidad de promoción” (2,34 \pm 1,57) y “conflictos con otras personas” (3,38 \pm 2,16). Los ítems con puntuación más alta fueron “estoy capacitado para realizar mi trabajo” (8,38 \pm 1,27) y “cantidad de trabajo” (8,19 \pm 1,28). La percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal médico que en el resto de profesionales (p<0,05). No encontramos diferencias al analizar la CVP por el resto de variables. Conclusiones: encontramos un nivel medio de CVP entre los trabajadores de nuestra área, aunque la valoración es peor entre los médicos. Se percibe excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización.¹⁴

2.2. Marco teórico

2.2.1. EL PROFESIONAL DE LA SALUD

2.2.1.1. El profesional de la Salud y su entorno en la actualidad

La formación del médico, como la de otros profesionales de la salud, debe incluir, además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, el desarrollo personal de una actitud muy positiva con respecto a su función social. La sociedad actual está pendiente, con atención y exigencia, no sólo de la actuación técnica y ética de los profesionales de la salud,

¹⁴R. Sánchez González, R. Álvarez Nido, S. Lorenzo Borda (2002) .Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. MEDIFAM 2003; 13: 291-296Vol. 13 – Núm. 4– Abril 2003

sino de todo aquello que afecta a la calidad y fiabilidad de la formación que recibieron en su día, y que deben seguir recibiendo, para ser competentes y mantenerse como tales.¹⁵

Cada día los Profesionales de la Salud encaran dilemas en su práctica asistencial, donde su comportamiento es regulado por un sistema de valores que se ve manifestado en diversas actividades, como en la toma de decisiones y conductas que tienen determinado impacto sobre la felicidad y salud de sus pacientes y familiares.¹⁶

“El personal de salud (es decir, los que prestan asistencia sanitaria a quienes la necesitan) son la piedra angular de los sistemas de salud. Sin embargo, este colectivo está atravesando una crisis en el mundo entero, crisis a la que ningún país escapa por completo. Los resultados están a la vista: clínicas sin profesionales de la salud y hospitales incapaces de contratar o retener a personal básico.

En todo el planeta hay una escasez crónica de profesionales de la salud, producto de décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales. Ello ha provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales”.¹⁷

¹⁵ PERA CRISTÓBAL en “Formación de los Profesionales de la Salud, una reflexión a las puertas del siglo XXI”

¹⁶ LIC. PESCOZO DELGADO DORIS B., MSC. PÉREZ NÁPOLES HILDELAISE, LIC. TOLEDO MARTÍN LORENZA en “Cultura y ética: Paradigma del profesional de la Salud”

¹⁷ DR. EVANS TIM, Subdirector General_ Pruebas Científicas e Información para las Políticas, OMS en “Día Mundial de la Salud 2006: Colaboremos por la salud”

Disponibile en URL: http://www.who.int/world-health-day/previous/2006/tm_speech/es/index.html

En el Perú, los profesionales de la salud continuamente se ven involucrados en huelgas debido a muchos descontentos en sus trabajos.

Aparentemente, se ven casos de médicos que pertenecen al Ministerio de Salud; pero prefieren irse a ESSALUD cuando hay convocatorias ya que ahí encontrarán una mejor remuneración creando así, un desabastecimiento de médicos para la salud pública.¹⁸

Los profesionales de la salud en el Perú, como en otros países, se ven obligados a salir al extranjero buscando mejores oportunidades de trabajo, esta situación afecta al Estado, pues deja al país sin el número necesario de médicos. En el caso de los galenos, España es uno de los países con más porcentaje de migración con un 53%, seguido de E.E.U.U. en un 30% (desde 1995 – 2000).¹⁹

2.2.1.2. Salud Mental en Profesionales de la Salud

2.2.1.2.1. Importancia

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.²⁰

¹⁸ OLIVARES OMAR en “Perú se queda sin médicos”*Diario la Primera*. _Lima, 04 de Agosto del 2011 - AÑO: VI - Edición: 002324

Disponible en URL: <http://www.diariolaprimeraperu.com/online/index.php>

¹⁹ DR. NÚÑEZ VERGARA MANUEL en “Migración de Profesionales de la Salud Perú Escenario Actual y Perspectivas”_ MINSA

²⁰ Página Oficial de la Organización Mundial de la Salud Disponible en URL: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

ACERCA DEL CONCEPTO DE SALUD

Es bien sabido que en el pasado existió un amplio dominio del modelo biomédico respecto al concepto de salud y su enfoque del dualismo cuerpo-mente, en donde había una fuerte tendencia centrada en la enfermedad; esta última se entendía en términos exclusivamente biológicos que, a su vez, podían tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no podía derivar en un problema de salud físico. Desde esta perspectiva, la salud se definía como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; asimismo, las quejas o síntomas subjetivos del individuo se consideraban la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente (León 2003).

Sin embargo, ante el surgimiento de alteraciones funcionales de tipo esencial, es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados en términos orgánicos, surge la necesidad de dar espacio al análisis de la enfermedad desde el enfoque mental o psicológico, análisis que tanto caracterizaron los trabajos de Freud y Charcot en los años veinte (Freud 2000). De esta forma, aunque con estructuras teóricas poco aceptadas y ciertas resistencias, nace el concepto de lo “psicosomático” para dar cabida a la influencia de lo mental (psico) en lo físico (soma=cuerpo). Junto con éste y muchos otros fenómenos científicos y sociales, fue creciendo el enfoque que considera que la salud está determinada

no sólo por aspectos biológicos, sino también por aspectos psicológicos y sociales que conforman interacciones dinámicas y complejas que determinan el estatus de salud de los individuos.

De acuerdo con Noack y Kaznachev (Almirall 1996), es necesario retomar el enfoque sistémico para conceptualizar al fenómeno de la salud y proponen que ésta es un estado donde hay un balance o equilibrio productivo entre este estado y otros sistemas o subsistemas, tales como un órgano, otra persona, grupo social o comunidad; además es un proceso de conservación y desarrollo de las capacidades biológicas y psicológicas, fisiológicas y psíquicas del hombre, su capacidad laboral óptima y una actividad social adecuada durante la prolongación máxima de la vida.

TRABAJO Y SALUD

El ser humano, eminentemente social, posee diversos sistemas o esferas de su actividad social cotidiana que determinan su modo de vivir y su salud, tales como la familia, el grupo religioso, los amigos y el trabajo. Es este último el que ha jugado un papel primordial respecto al proceso salud-enfermedad. Desde la antigüedad Hipócrates y Galeno preguntaban siempre a sus pacientes, como parte de su diagnóstico, la actividad laboral que éstos ejercían (Trejo 1996), encontrando muchas veces el origen de la enfermedad en este rubro. Esta relación salud-trabajo ha llevado al surgimiento de

disciplinas como la salud ocupacional, cuya misión es prevenir de manera adecuada las enfermedades y accidentes que éste puede generar, favoreciendo las mejores condiciones de trabajo y facilitando el desarrollo de las facultades físicas y mentales que nos caracterizan como seres humanos y en donde los elementos psicológicos y ambientales son factores decisivos para alcanzar aquellos objetivos que nos hemos planteado (Organización Internacional del Trabajo 1988).

El concepto de salud, y particularmente la salud mental, incluye necesariamente, como se ha tratado de enunciar, la realización de las potencialidades humanas, donde la productividad resulta un reflejo y de ahí que, a pesar de que el trabajo puede representar un elemento morbídico por su tipo y condiciones, por el área donde se realiza, por las condiciones ambientales o peligros que entraña, por las características propias del contrato laboral, por los métodos, medios y sitios donde hay que realizarlo, o por las repercusiones en la salud o en la familia que de él puedan derivar, el trabajo representa, en todos los sentidos, la alternativa a la productividad y a la salud mental.

Las Organizaciones de Servicio Humano (OSH) pueden ser definidas de acuerdo a su función social o diseño gubernamental, o simplemente lugares de trabajo de profesionales que ofrecen servicio humano. Esta concepción de las OSH se aplica a diversas organizaciones, tales como escuelas,

agencias de policía, hospitales e institutos varios, entre otros. Entre las profesiones que laboran en estas organizaciones se encuentran los trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, encargados de prisiones, abogados, entre otras. Todas estas profesiones están caracterizadas por las altas exigencias emocionales y sus consecuencias al desempeño, la salud y la calidad de vida de estos trabajadores.

Existen numerosas investigaciones realizadas en estos profesionales en distintos países en donde se demuestra que el contacto continuo con otras personas y la alta carga afectiva propician una gran afectación en la salud mental de estos trabajadores (Burke J. 1992, Garcés de los Fayos, E. 2000, Ruiz J. 2003, Gil-Monte y Peiró 1997, Maslach 2004).

Gil Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 1997) sugieren que existe una serie de factores psicosociales que inciden en la salud mental de los profesionales de OSH, especialmente la escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, diversas variables de carácter demográfico, el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo,

clima laboral, contenido del puesto, características de personalidad, entre otras.

Maslach (Maslach 2004) menciona que recientes investigaciones muestran que existen demandas psicosociales “universales” que afectan a la salud de los trabajadores de forma crónica, las que podrían generalizarse a las distintas ocupaciones independientemente de las características específicas de la actividad laboral, y plantea que entre los principales factores que influyen en la salud mental se encuentran: la falta de recompensas, las falsas expectativas y, principalmente, la carga de trabajo, el grado de control del trabajador, las relaciones interpersonales y el apoyo social en el trabajo.²¹

2.2.1.2.2. Relación con Salud Física

El personal de salud es un ente vulnerable a los riesgos propios laborales: mala alimentación, distrés por el trato de pacientes, riesgo de accidentes por contacto con sangre y fluidos corporales para las enfermedades infecto contagiosas, riesgo de radiación y de intoxicación en la práctica de los auxiliares diagnósticos, entre otras cosas. De tal manera, el personal de salud manifiesta alta incidencia anual para enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus 2 (DM2), hipercolesterolemia, obesidad, cardiopatías,

²¹ JUÁREZ GARCÍA ARTURO en “Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México”_ Ciencia & Trabajo | AÑO 6 | NÚMERO 14 | OCTUBRE/DICIEMBRE 2004 | www.cienciaytrabajo.cl

hipertensión arterial y distrés laboral expresado en el síndrome de Burnout.²²

2.2.1.2.3. Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por la desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral que parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante.

Según Maslach el Burnout estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas:

1. el agotamiento emocional
2. la despersonalización
3. la realización personal

Se trataría de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).

Trae consecuencias no sólo desde el punto de vista personal sino también institucional con la aparición de ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de

²² DR. ROCHA MANILLA RAMÓN C., DR. ALONSO NÚÑEZ GABRIEL DE J., PSIC. VALDERRAMA ÁBREGO NORA en “Estrategia preventiva contra enfermedades crónicas degenerativas en personal de salud”- México

pacientes, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral, y repercusiones en otras esferas como la familiar.²³

Con relación a las manifestaciones psicopatológicas y físicas están son variadas y han sido establecidas como las manifestaciones emocionales (distanciamiento, soledad, ansiedad, impotencia y omnipotencia); actitudinales (cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia); conductuales (agresividad, aislamiento, labilidad e irritabilidad); y somáticos (dolor precordial, palpitaciones, broncoespasmo, alteración en la esfera sexual, síntomas digestivos, insomnio, depresión, problemas musculares, etc.).

No existe un perfil del profesional propenso a desarrollar el síndrome de Burnout. Múltiples variables han sido investigadas sin aporte definitivo alguno. Tanto la edad cronológica, el estado civil, el trabajo en turnos y el horario laboral ni la antigüedad profesional han demostrado relación causal con el mencionado síndrome.²⁴

²³ DRA. NAVARRO VIVIANA en “Síndrome de Burnout o Quemazón profesional”_ Avances Médicos

www.intermedicina.com

²⁴ GOMERO CUADRA RAÚL, PALOMINO BALDEÓN JUAN, RUIZ GUTIÉRREZ FERMÍN, LLAP YESÁN CARLOS en “El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto.”_ Rev Med Hered 2005;16:233-238.

2.2.2. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

2.2.2.1. Concepto de la calidad de vida profesional

La historia del hombre se resume en la lucha por satisfacer sus necesidades materiales o espirituales ya sean individuales o sociales.

Para ello, la calidad de vida profesional entendida como el grado de satisfacción material y espiritual del hombre con el trabajo que realiza- constituye una condición básica y fundamental. En un mundo globalizado esa lucha se desarrolla a escala planetaria en el que la solidaridad y el internacionalismo entre los pobres y oprimidos juegan un papel decisivo por alcanzar un mundo mejor.

La elevación sistemática de la calidad de vida laboral, piedra angular de la formación de altos valores en el trabajo junto a la educación económica y laboral, es una tarea estratégica si consideramos que el objetivo fundamental del socialismo es la elevación de la calidad de vida de la población con un hombre desarrollado en todos sus aspectos, un hombre nuevo, un hombre poseedor de los más altos valores humanos, teniendo muy presente que sus expectativas en la actualidad difieren sustancialmente de las que tenía 50 años atrás.

El concepto como tal nace en la década de los setenta, cuando aparece una intensa preocupación por mejorar el entorno de los trabajadores y las experiencias del propio trabajo configurándose poco a poco un movimiento orientado hacia el estudio y la mejora de la Calidad de vida profesional

Existen varios enfoques de la Calidad de Vida profesional, según que el énfasis se ponga en las percepciones de los trabajadores o en los aspectos objetivables del entorno laboral. Nos quedamos con

una de las más completas: “Calidad de vida profesional (CVP) es un proceso dinámico y continuo para incrementar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción” (Sun, 1988)

Pero, donde la teoría de la CVP demuestra su verdadera potencia es en su unión con otro concepto eminentemente práctico: la implicación del Empleado. Si se entiende la CVP como una oferta que la empresa realiza, en tanto que modelo que “asegura” la satisfacción de sus empleados, se podrá entonces establecer la correlación de éstos en función de su nivel de implicación con los objetivos de la organización, lo que permitirá a buen seguro un desempeño excepcional y unos resultados más competitivos.²⁵

La CVP es un concepto amplio y heterogéneo debido a la riqueza y pluralidad de temas estrechamente vinculados con el mundo del trabajo; también difuso y ambiguo como consecuencia de las diferentes disciplinas, enfoques teóricos y áreas de estudio desde los que trata de abordarse; y por supuesto controvertido por los matices políticos e ideológicos e intereses particulares subyacentes que condicionan los planteamientos y las intervenciones llevadas a cabo en el ámbito de trabajo en aras de mejorar la calidad de vida del mismo.

²⁵ GUTIÉRREZ GARCÍA JUAN MANUEL, Director de Capital Humana Creatia Business, S.L. en “Las cuatro “C” Calidad de Vida Laboral”_ N°17-Junio de 2005

Algunos conceptos:

Tipos de definiciones de CVP	
Walton (1973)	“un proceso para humanizar el lugar de trabajo”
Katzell, Yankelovich, Fein Or nati y Nash (1975)	“...un trabajador disfruta de alta CVP cuando (a) experimenta sentimientos positivos hacia su trabajo y sus perspectivas de futuro,(b) está motivado para permanecer en su puesto de trabajo y realizarlo bien y (c) cuando siente que su vida laboral encaja bien con su vida privada de tal modo que es capaz de percibir que existe un equilibrio entre las dos de acuerdo con sus valores personales”
Suttle (1977)	“grado en que los miembros de la organización satisfacen necesidades personales importantes a través de sus experiencias en la organización”
Nadler y Lawler (1983)	“...forma de pensar sobre las personas, el trabajo y las organizaciones. Sus elementos distintivos tienen que ver con (1) el impacto del trabajo sobre las personas y sobre la eficacia organizacional y (2) la participación

	<p>en la solución de problemas y toma de decisiones organizacional”</p>
<p>Delamotte y Takezawa (1984)</p>	<p>“Conjunto de problemas laborales y sus contramedidas reconocidas como importantes determinantes de la satisfacción del trabajador y la productividad en muchas sociedades durante su periodo de crecimiento económico”</p>
<p>Turcotte (1986)</p>	<p>“la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total”</p>
<p>Sun (1988)</p>	<p>“...un proceso dinámico y continuo para incrementar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción”</p>
<p>Fernández y</p>	<p>“el grado en que la actividad laboral que llevan a cabo las personas está organizada</p>

<p>Giménez (1988)</p>	<p>objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir a su más completo desarrollo como ser humano”</p>
<p>Robbins (1989)</p>	<p>“la CVP es el proceso a través del cual una organización responde a las necesidades de sus empleados desarrollando los mecanismos que les permitan participar plenamente en la toma de decisiones de sus vidas laborales”</p>
<p>Munduate (1993)</p>	<p>“La CVP considerada como meta, implica la mejora de la efectividad organizacional mediante la transformación de todo el proceso de gestión de los recursos humanos. Como proceso, la transición desde un sistema de control a un sistema de participación. Como filosofía, considera las personas como un recurso más que como un costo extensivo del proceso de producción”</p>
<p>Heskett et al. (1994)</p>	<p>“La calidad del ambiente de trabajo contribuye a la satisfacción de los empleados, lo que también se conoce como CVP”</p> <p>“La CVP haría referencia a un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar</p>

<p>De la Poza (1998)</p>	<p>las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de las habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores”</p>
<p>Fernández Ríos (1999)</p>	<p>“Grado de satisfacción personal y profesional existente en el desempeño del puesto de trabajo y en el ambiente laboral, que viene dado por un determinado tipo de dirección y gestión, condiciones de trabajo, compensaciones, atracción e interés por las actividades realizadas y nivel de logro y autodesarrollo individual y en equipo”</p>
<p>Lau (2000)</p>	<p>“La CVP se define como las condiciones y ambientes de trabajo favorables que protegen y promueven la satisfacción de los empleados mediante recompensas, seguridad laboral y oportunidades de desarrollo personal”</p>

El concepto de Calidad de Vida Profesional (CVP) abarca todas aquellas condiciones relacionadas con el trabajo, como son los horarios, la retribución, el medio ambiente laboral, los beneficios y

servicios obtenidos, las posibilidades de carrera profesional, las relaciones humanas, etc., que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral. La CVP puede definirse, pues, como un proceso dinámico y continuo en el que la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir al más completo desarrollo del ser humano. En definitiva, se trata de reconciliar los aspectos del trabajo que tienen que ver con experiencias humanas y con los objetivos organizacionales. De esto se desprende que el concepto de CVP es multidimensional, pudiendo agruparse las dimensiones que lo componen en dos grandes bloques: los aspectos de la CVP que tienen que ver con el entorno en que se realiza el trabajo y los que tienen que ver con la experiencia psicológica de los trabajadores.

Un primer enfoque nos lleva a la **perspectiva longitudinal**, especialmente importante cuando nos referimos a actividades profesionales; en efecto, y como se puede apreciar en la **Figura 1**, la etapa formativa es amplia, tiene componentes vocacionales, y produce una especialización de los activos humanos que los liga de forma casi indefectible a una función específica en el mundo laboral sanitario. Lo que en la etapa de formación son expectativas de realización profesional (y compromiso con los intangibles valores que atesora una determinada profesión), pasa luego por la prueba (a veces dura) del mercado laboral y de la integración en centros sanitarios concretos. Aquí se re-elaboran las expectativas profesionales (se hacen más concretas y auto limitadas), y se proyectan en modelos más aplicados de conocimiento y adquisición de destrezas. A medida que se avanza en la vida laboral (temática de carrera), las expectativas profesionales van siendo moduladas y con frecuencia defraudadas por un conjunto abigarrado de

influencias (capacidades, oportunidades, relaciones, actitudes y preferencias personales, condiciones externas, etc.), entre las cuales no es desdeñable el propio curso de la edad de la persona en la organización. El “senior” ha acopiado experiencia y sabiduría (esto no siempre), y actúa como la memoria histórica de su cohorte en el inevitable balance vital de su vida laboral (influyendo desde su relevancia o autoridad en las opiniones de las cohortes más jóvenes).

Este enfoque longitudinal es fundamental en el análisis de clima laboral, y muchas veces se olvida al hacer “cortes transversales”. El individuo proyecta su percepción e “clima laboral longitudinal” sobre su entorno, en una triple vertiente: sobre aquellos con los que comparte profesión y especialización (grupo funcional u orientado a la función, como por ejemplo otras enfermeras, matronas o médicos); sobre aquellos con los que convive en el escenario discreto de trabajo (grupo laboral, u orientado a tareas, que es casi siempre multiprofesional); y finalmente, sobre el conjunto de la institución (grupo institucional), a medida en la cual crece su propia experiencia y relevancia en la misma. El clima laboral tiene una dimensión personal relevante pues son los individuos los que cada mañana crean el clima de la organización; pero una vez creado, tiene una dimensión social que excede y condiciona a los propios individuos que lo han generado; por ello, cabría aplicar el enfoque longitudinal a las propias organizaciones. En este caso **Figura 2**, la organización en tu etapa de juventud presenta indudables activos de ilusión, compromiso, y actualización de conocimientos de su personal (coincide con la suma de cohortes jóvenes), aunque sólo a lo largo de su consolidación va resolviendo los problemas de encaje organizativo y técnico que permiten optimizar los conocimientos, para adquirir habilidades y

competencias más depuradas; en este caso, la etapa de madurez (efecto de envejecimiento de cohortes pioneras), plantea un reto de renovación difícil de solventar. Es evidente que si las organizaciones sanitarias estuvieran diseñadas para un reemplazo generacional pausado y continuo, los efectos etarios de las cohortes quedarían amortiguados. Pero el caso más habitual es que la edad de la institución condiciona la de buena parte de su propia plantilla fundadora. Por ello, y especialmente a la hora de medir resultados de organizaciones y de realizar comparaciones entre centros, esta dimensión longitudinal de las instituciones debe ser tomada en cuenta, y posiblemente utilizada como elemento de ajuste o corrección (entre otras cosas, por esto es difícil evaluar desempeños de nuevos hospitales, especialmente cuando se pretende atribuir los resultados a nuevas formas de gestión).

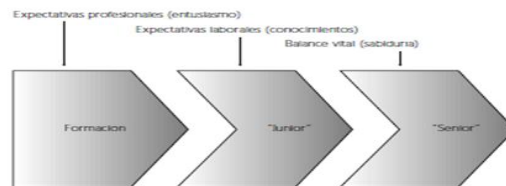


Figura 1. Enfoque longitudinal de las personas y clima laboral.

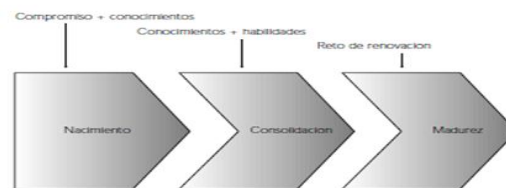


Figura 2. Enfoque longitudinal de las organizaciones y clima laboral.

Pero además del anterior enfoque longitudinal, hay que considerar que el clima laboral se produce en el presente y se vive (siempre) “**transversalmente**”. Este enfoque transversal supone una sincronización de las cohortes, y se establece como patrones de interacción múltiples entre individuos y su entorno. En la **Figura 3** se sintetizan distintos ámbitos y diversas interacciones.

Figura 3. Interacciones entre individuo, grupo, institución y entorno.



- En un plano individual, el trabajador tiene una parte fuera de la organización (vida privada o exterior) que aunque no “pertenece” a su dimensión laboral, influye notablemente, ya que no se trata de compartimentos estancos. ¿Qué compensaciones obtiene alguien del trabajo?; ¿qué expectativas personales vehiculiza?; ¿en qué medida es adaptable el trabajo a las condiciones que un trabajador tiene a lo largo de su vida?
- Individuo y grupo laboral conforman normalmente el ámbito donde se producen la mayor parte de las interacciones (micro-clima laboral); la persona aporta sus “inputs” a dicho microclima, y se retroalimenta de lo que aportan los demás, formándose un sistema de bucles de comportamiento y expectativas que explica la cultura y clima organizativo.
- El individuo y su grupo interactúan con el conjunto de la organización; y ello tanto con otros grupos laborales similares al suyo, como con aquellas estructuras y personas que vinculan a los grupos a través de lazos organizativos o jerárquicos.

- A su vez, la organización se mueve en un entorno representado por el ámbito de red sanitaria en el que se mueve (a la derecha), del cual depende en múltiples aspectos (asignación de recursos, políticas de personal, movilidad, coordinación del trabajo, etc.).
- Y finalmente, el propio objeto del trabajo (pacientes que figuran abajo a la izquierda), compone un entorno particularmente importante en servicios personales, en la medida en la cual de dicha interacción nacen muchas valencias que determinan el clima laboral (y en particular los aspectos de “queme profesional”).

De todo lo anterior, y como mencionábamos al principio, se desprende que la CVP comprende básicamente dos grandes dimensiones: las que tienen que ver con el entorno en que se realiza el trabajo y las que se relacionan con la experiencia subjetiva de los trabajadores. En líneas generales, las teorías motivacionales clásicas apuntan en esta misma dirección en cuanto que también consideran básicamente dos grandes bloques a la hora de enfocar el tema. La teoría motivacional de McGregor considera que la organización ha de posibilitar a sus empleados la consecución de sus propios objetivos al tiempo que éstos dirigen sus esfuerzos hacia las metas de la organización. McGregor establece una distinción entre los factores de motivación extrínsecos y los factores de motivación intrínsecos. Los primeros son los que pueden ser controlados desde fuera del individuo: estabilidad laboral, compensaciones económicas, incentivos, etc. Los factores intrínsecos están más ligados a la satisfacción de las necesidades superiores de la persona y ésta los consigue como resultado directo de su propio esfuerzo, son consecuencias inherentes al propio desarrollo de la actividad: la satisfacción de sentirse responsable de algo, los retos, etc. Aunque la correspondencia no es exacta, McGregor apunta la conexión entre los factores extrínsecos y las

necesidades inferiores de Maslow y los factores higiénicos de Herzberg, mientras que los factores intrínsecos los encuentra relacionados con las necesidades superiores de Maslow y los factores motivadores de Herzberg.

2.2.2.2. Condiciones Objetivas de la CVP

Dentro de las condiciones objetivas de la CVP se pueden destacar las siguientes:

2.2.2.2.1. Medioambiente físico

En el marco hospitalario, debido a la gran variedad de profesionales y tareas que se realizan, podemos encontrar todo tipo de riesgos: físicos (radiaciones, ruidos, etc.), químicos (gases anestésicos, etc.), biológicos (infecciones víricas y bacterianas), relacionados con la fatiga física (riesgos posturales, cargas excesivas, etc.), así como accidentes laborales. Todos estos factores, a los que además podemos añadir la falta de espacio físico o la inadecuación del mismo, el mobiliario, la iluminación, etc., inciden en la CVP percibida por los trabajadores y pueden llegar a ser un estresor importante en el trabajo. Además, es preciso tener en cuenta que en ocasiones, la exposición en el lugar de trabajo a factores ambientales no deseables se da a dosis relativamente bajas, que sólo raramente van a causar patologías específicas definidas, pero que pueden llegar a producir disminución de la capacidad funcional del Sistema Nervioso Central, alteraciones del estado psicofisiológico y otros cambios del comportamiento.

2.2.2.2.2. Medioambiente tecnológico

Este aspecto es raramente considerado en la literatura, sin embargo, es un hecho constatable la frustración que genera en el trabajador el no disponer de los equipos e instrumentos adecuados para la correcta realización del trabajo que se tiene encomendado, así como la deficiencia en el mantenimiento o en el suministro de componentes.

2.2.2.2.3. Medioambiente contractual

El salario es uno de los aspectos más valorados del trabajo, aunque el potencial motivador del mismo se halla en función de muchas variables. Un aspecto a tener en cuenta en este sentido es la Teoría de la Equidad de Adams en la que se establece que las personas en situaciones de trabajo distinguen entre contribuciones que ellos aportan y compensaciones obtenidas a cambio, y establecen una razón entre las contribuciones y las compensaciones recibidas y lo que reciben otras personas. De este proceso resulta la percepción de equidad o falta de la misma. La consecuencia de esta última situación es un estado de tensión que impulsa a la persona a intentar reducir ese desequilibrio. Cuando los trabajadores no consideran su salario relacionado con el rendimiento pueden producirse insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses, etc.

Por último, aunque raramente es considerada en la literatura, cabe destacar en este apartado la necesidad de cobertura jurídica para los casos de denuncias de usuarios ante la propia institución o ante los tribunales.

2.2.2.2.4. Medioambiente productivo

El trabajo por turnos y el nocturno son frecuentes en el medio que nos ocupa. El trabajo por turnos y nocturno supone una gran dificultad en el mantenimiento de una vida familiar y social normal, siendo frecuente que estos trabajadores se quejen de aislamiento social. Además de este problema, es frecuente que los trabajadores presenten problemas de sueño y fatiga y alteraciones en los ritmos circadianos. No parece existir una solución globalmente satisfactoria ya que un mismo sistema de turnos afecta de modo diferente a cada individuo. El grado de estrés e insatisfacción experimentado, que puede llegar a afectar al bienestar y la salud, dependerá de la situación familiar del trabajador (edad de los hijos, aceptación familiar), de su personalidad (introversión-extraversión y neuroticismo), de sus condiciones físicas (edad, ritmos circadianos), de la flexibilidad de sus hábitos de sueño, de su capacidad para superar la somnolencia, etc. Una manera de paliar en parte las consecuencias negativas del trabajo por turnos es, además del control de las variables mencionadas anteriormente, permitir la participación de los trabajadores en el diseño de los horarios.

2.2.2.2.5. Medioambiente profesional

Las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la carrera profesional, así como las facilidades para la formación constituyen importantes factores motivacionales, por cuanto permiten un mayor desarrollo de la persona, un aumento de la autonomía laboral y la posibilidad de realizar tareas más interesantes y significativas. Por esta razón, en lo

que se refiere a la formación, las organizaciones deben estimular y facilitar las actividades formativas, tanto en el seno de la propia institución como fuera de ella, poniendo a disposición de sus trabajadores los recursos necesarios para la consecución de este fin. Por otro lado, la posibilidad de compatibilizar el trabajo asistencial con la investigación clínica en el hospital también constituye un importante estímulo para los profesionales. Las posibilidades de promoción, como ya hemos comentado, constituyen un importante elemento motivador de la actividad profesional.

2.2.2.3. Condiciones subjetivas de la CVP

En lo que respecta a las condiciones subjetivas, presentamos a continuación las más relevantes:

2.2.2.3.1. Esfera privada y mundo laboral

La esfera privada y el desempeño de la actividad laboral se influyen mutuamente. Los problemas de tipo afectivo, enfermedad en el seno de la familia, las necesidades de atención extra a hijos pequeños o a familiares con problemas, etc., es decir, tanto las circunstancias potencialmente estresantes de carácter puntual como las crónicas, pueden tener repercusiones en el desempeño de la actividad laboral. Por otro lado, las exigencias del trabajo pueden suponer la falta de atención hacia las responsabilidades familiares con graves repercusiones para la vida privada del trabajador. La posibilidad de armonizar las responsabilidades familiares y laborales constituye un factor que necesariamente debe ser atendido cuando consideramos la CVP.

2.2.2.3.2. Individuo y actividad profesional

Las oportunidades que el puesto de trabajo ofrece para la utilización y desarrollo de conocimientos, destrezas y habilidades, así como la posibilidad de hacer efectivas las potencialidades de modo que se puedan realizar las propias aspiraciones, constituyen un factor motivacional de gran relevancia ya que producen sentimientos de logro y de satisfacción con uno mismo.

La autonomía y la participación activa en la toma de decisiones son también factores altamente motivantes que contribuyen a la percepción de CVP y, consiguientemente, a la satisfacción con el puesto de trabajo y al compromiso (la intensidad de la identificación y la implicación del individuo con la organización). Por otro lado, el trato con pacientes, y en general con personas que presentan problemas de tipo personal, familiar, etc., puede suponer una importante fuente de estrés. Muchos estudios han demostrado que los profesionales que prestan sus servicios y ayuda a otras personas llegan a experimentar sentimientos de despersonalización, agotamiento emocional y reacciones de rechazo emocional hacia esas personas. En 1974 Freudenberg sugirió el nombre de síndrome de agotamiento o del “quemado” (burnout) para describir el estrés en los trabajadores en el medio sanitario. Este estado incluye manifestaciones tanto físicas (agotamiento, cefaleas, insomnio, molestias gastrointestinales, etc.) como psíquicas (irritabilidad, labilidad emocional, menor capacidad o disposición de compromiso a nivel asistencial, tristeza, etc.) y es un proceso que se manifiesta a lo largo de un determinado periodo de tiempo, generalmente después del

primer año de trabajo. Por último, no debemos olvidar que las dificultades en la comunicación por parte del personal sanitario respecto a pacientes y familiares suele tener repercusiones muy negativas en la percepción de la calidad asistencial.

2.2.2.3.3. Individuo y grupo laboral

Las relaciones entre los miembros del grupo de trabajo constituyen un factor central de la salud personal y organizacional. De hecho, las oportunidades de relación con compañeros de trabajo es una variable habitualmente muy valorada. Por el contrario, la ausencia de contacto con otros trabajadores o la falta de apoyo y cooperación entre compañeros pueden producir elevados niveles de tensión y estrés entre los miembros del grupo. La confianza, la comunicación espontánea y el apoyo mutuo, en definitiva, las relaciones personales, constituyen un factor muy importante a la hora de hacer posible el éxito en los grupos de trabajo; en la medida en que estas relaciones se pierden o son inexistentes se hace más difícil la colaboración y pueden llegar a convertirse en una importante fuente de estrés.

Uno de los elementos más destacables del trabajo en equipo lo constituye la cohesión. Entendemos por cohesión el grado de atracción que el grupo ejerce sobre sus miembros, y sobre otros nuevos si ello es necesario, la capacidad de influencia mutua, la permanencia a lo largo del tiempo y la medida en que puede realizar su trabajo con eficacia. Cuanto mayor es la cohesión del grupo mayor es la motivación de sus miembros y menor el absentismo.

Las relaciones con el jefe inmediato superior pueden ser una fuente importante tanto de satisfacción como de estrés y tensión. El estilo de supervisión, el tipo de trato, la capacidad de planificación, etc., son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión de los subordinados. Así pues, el jefe o líder además de poseer conocimientos, debe ser capaz de fijar objetivos, motivar al personal y crear una cultura de apoyo mutuo y de producción en la organización. En este contexto adquiere importancia lo que se denomina comunicación descendente, que comprende por un lado instrucciones para la realización del trabajo, manuales, memorandos, etc., y por otras comunicaciones más personalizadas que proporcionen retroalimentación. Este tipo de información favorece la satisfacción con el trabajo y la implicación con la organización.

La planificación comporta el establecimiento de objetivos y la decisión sobre las estrategias y las tareas necesarias para alcanzarlos. El establecimiento de objetivos permite delimitar responsabilidades, proporcionar retroalimentación acerca del desempeño, clarificar expectativas, aumentar la autoconfianza de los trabajadores y reducir el estrés.

La medición del rendimiento y la incentivación constituyen herramientas básicas para la motivación. La adecuada evaluación del rendimiento, mediante la aplicación de criterios racionales para todos los empleados, permite detectar las necesidades de formación, el desarrollo de las potencialidades de los trabajadores y es la base sobre la que descansa una política de incentivos justa.

Las relaciones con subordinados también pueden suponer una fuente de tensión, especialmente cuando se quiere combinar un estilo de dirección centrado en los resultados con niveles adecuados de consideración a las personas.

2.2.2.3.4. Individuo, grupo laboral e institución

En el contexto a que hacemos referencia, aunque es posible una gran autonomía, para alcanzar objetivos comunes o colectivos es necesaria la cooperación horizontal dentro de la institución, dada la alta interdependencia en el desarrollo de los procesos asistenciales. Esta cooperación entre unidades, entre otros beneficios, proporciona una mejora en el entorno en el que se realiza el trabajo aumentando la percepción de cooperación y pertenencia a la institución.

El que existan canales para la participación de los empleados en la marcha de la empresa, así como la percepción del grupo de estar integrado en la institución, permite a los trabajadores tomar conciencia de que son parte importante de la organización, lo que favorece la satisfacción con el trabajo y su bienestar psicológico.²⁶

2.2.2.4. Dimensiones de la calidad de vida profesional

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida profesional, no todos los autores coinciden en considerar los mismos factores (Fernández, Santa & Casado, 2007); sin embargo la mayoría concuerda en organizar sus indicadores en tres grandes grupos, los cuales se presentan a continuación:

²⁶ CASAS JUANA, RAMÓN REPULLO JOSÉ, LORENZO SUSANA, CAÑAS JUÁN JOSÉ en “Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios”_ Revista de Administración Sanitaria _Volumen VI. Número 23. Julio/septiembre 2002

a) Cargas en el Trabajo o Demandas en el Trabajo: Se considera la percepción que el Trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo, que incluyen los indicadores de: la cantidad de trabajo, las prisas y agobios, presión que se recibe por la cantidad de trabajo o para mantener la calidad. De la misma manera, los conflictos con otras personas del trabajo con otras personas del trabajo, la falta de tiempo para la vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad y las interrupciones molestas, entre otros aspectos.

b) Motivación Intrínseca: Motivación personal, debida a factores internos que determinan la necesidad y, por tanto, la conducta motivada dirigida a la satisfacción profesional. Aquí se consideran: el tipo de trabajo que realiza, la motivación que experimenta, la exigencia de capacitación, el apoyo familiar y las ganas de ser creativo. De la misma manera, la capacitación que recibe y el apoyo del equipo.

c) Apoyo Directivo: Se refiere al soporte emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan en la institución. Se consideran los siguientes aspectos: la posibilidad de expresar lo que se siente y necesita, la satisfacción con el sueldo, el reconocimiento del esfuerzo, la oportunidad de ser promocionado, el apoyo de los jefes o adjuntos y compañeros. Asimismo, se incluye la recepción de la información de los resultados del trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la variedad de trabajo y la posibilidad de ser creativo, entre otros aspectos.²⁷

²⁷ Mirian Grimaldo Muchotrigo, CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD, Rev. Psicol. 12, 51-80, 2010

Asimismo, se incluye la recepción de la información de los resultados del trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la variedad de trabajo y la posibilidad de ser creativo, entre otros aspectos. Autores como Sánchez, Álvarez y Lorenzo (2003), plantean la existencia de otras dimensiones además de las antes mencionadas. Añaden las siguientes: incomodidades derivadas del trabajo, recursos ligados a este lugar, soporte social recibido y capacidad de realizar el mismo

CAPÍTULO III

3.1. Hipótesis

Por ser este trabajo de tipo observacional, prospectivo y descriptivo no se plantea hipótesis.

3.2. Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Categorización	Escala
Edad	Edad actual Edad cronológica	a) 20 a 29 años b) 30 a 39 años c) 40 a 49 años d) 50 a 59 años e) 60 a mas	Intervalo
Sexo	Género	a) Femenino b) Masculino	Nominal
Estado Civil	Condición	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Separado/ Divorciado e) Viudo	Nominal
Número de Hijos	Total de hijos vivos	a) Sin hijos b) 1 hijo	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> c) 2 hijos d) Más de 2 hijos 	
Situación Laboral	Condición laboral de los trabajadores al establecimiento de salud.	<ul style="list-style-type: none"> a) Nombrado b) Contratado 	Nominal
Situación Profesional	Título otorgado por estudios de post grado universitarios.	<ul style="list-style-type: none"> a) Médico general b) Médico especialista 	Nominal
Servicios de procedencia	Hospital regional de Moquegua Microred Mariscal Nieto	<ul style="list-style-type: none"> a) Medicina General b) Cirugía c) Pediatría d) Ginecología y Obstetricia e) Emergencia f) Cuidados Críticos g) Anestesia y Centro Quirúrgico h) Clínica y Anatomía 	Nominal

		Patológica i) Diagnóstico por Imágenes	
Cargo que Ocupa	Desempeño laboral	a) Jefe de Servicio b) Jefe de Departamento c) Médico Asistente	Nominal
Años de Servicio	Tiempo transcurrido desde que comenzó a trabajar de manera remunerada.	a) Menos de 5 a b) 5-10 a c) 15-20 a d) Más de 20 a	Continua
Calidad de vida profesional	-Cargas en el Trabajo o Demanda en el Trabajo.	a) Mala b) Regular c) Buena	Continua

CAPÍTULO IV

4.1. Diseño

El presente estudio fue de tipo observacional, prospectivo y analítico. Es prospectivo porque se diseña en el tiempo y se realiza en el presente. El estudio es analítico porque se usó un cuestionario para medir variables con el objeto de analizar características de los médicos de los servicios asistenciales del Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto.

4.2. Ámbito de estudio

El departamento de Moquegua está situado en el sur del Perú, sus coordenadas geográficas se sitúan entre 15°17' y 17°23' de latitud sur. Limita por el norte con los departamentos de Arequipa y Puno; por el este con Puno y Tacna; por el sur con Tacna y por el oeste con el Océano Pacífico y Arequipa.

Su superficie territorial es de 15 734 km² (1,2 por ciento del territorio nacional); el territorio abarca zonas de la costa y de la sierra con alturas que varían desde los 0 metros hasta más de 6 000 metros sobre el nivel del mar.

La ciudad de Moquegua es la capital del departamento ubicada a 1 410 m.s.n.m. Moquegua está conformada por tres provincias: Mariscal Nieto, General Sánchez Cerro e Ilo. Tiene el Puerto de Ilo que es uno de los más importantes no sólo a nivel del sur sino también del país, cuyas aguas azuladas cuentan con gran cantidad de plancton.

Según información estimada por el INEI 2007 el número de habitantes fue de más de 200.000 habitantes, conformando el 0,6 por ciento de la población total del país. Según su distribución por sexo, el 53,4 por ciento son varones y el 46,6 por ciento mujeres.

La población censada urbana fue 136 mil 696 habitantes, representando el 84,6% de la población departamental. Mientras que la población rural fue de 24 mil 837 habitantes

El clima del departamento es templado en la costa y se caracteriza por su uniformidad durante el año, variando la temperatura promedio entre 14°C (agosto) y 25°C (febrero); la zona de la costa cercana a la cordillera presenta un clima desértico y seco que se prolonga hasta la región andina.²⁸

El Hospital Regional de Moquegua fue producto de un convenio entre el gobierno Peruano y el gobierno Alemán, y fue construido por el consorcio Hospitalaria – Hochtief durante los años 1964 a 1966, durante el gobierno del Presidente Fernando Belaunde Terry, e inaugurado en 1966.

El Hospital regional de Moquegua es una estructura que basa su sistema soporte en pórticos de concreto armado con muros de relleno.

Existen cuatro pabellones horizontales y tres pabellones verticales, un tanque elevado y un tanque apoyado donde cada uno constituye un bloque diferente, con servicios diferentes. Entre los bloques se encuentran pasillos conectores que hacen posible la comunicación entre todos ellos la misma que muestra un flujo de circulación horizontal y vertical entre bloques.

El Hospital Regional de Moquegua forma parte de la red hospitalaria del Ministerio de salud, fue creado el 25 de noviembre de 1966, tiene una antigüedad de 45 años, y está categorizado como Hospital II – 2, a partir del 15 de febrero del 2011 se constituye como Unidad ejecutora 402, cuenta con especialidades de medicina, pediatría, Gineco-obstetricia, cirugía y traumatología; es hospital de referencia de la red de salud de la DIRESA.

Moquegua conformada por 56 establecimientos de salud, cobertura el 60% de la población, ESSALUD atiende el 22% y otros privados el 18% siendo la población total de más de 200.000 habitantes, actualmente tiene un total

²⁸ URL: <http://www.peruturismo.com/Imoquegua.htm>

de 258 trabajadores de los cuales 214 son personal asistencial y 44 administrativos; con un sistema estructural a porticado y mixto.

El Hospital Regional Moquegua ubicado en Av. Simón Bolívar S/N es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Moquegua, siendo un Hospital de Categoría II 2 y brinda servicios de salud de Mediana Complejidad.²⁹

La Provincia peruana de Mariscal Nieto es una de las tres que forman el Departamento de Moquegua, perteneciente a la Región Moquegua, Perú. Limita al norte con la Provincia de General Sánchez Cerro, al este con la Provincia de Candarave (Departamento de Tacna), al sur con la Provincia de Ilo y al oeste con las provincias de Islay y Arequipa.

Fue creada en 1936, con la Ley N°8.230. Esta provincia tiene una extensión de 8 671,58 kilómetros cuadrados y se divide en seis distritos:

- Moquegua
- Carumas
- Cuchumbaya
- Samegua
- San Cristóbal de Calacoa
- Torata

Microrred Moquegua o Mariscal Nieto

1. C.S. Mariscal Nieto (Cabecera de Microrred)
2. P.S. Mercado Central
3. P.S. El Siglo
4. C.S. Samegua
5. P.S. Los Ángeles
6. P.S. Tumilaca
7. P.S. Yacango
8. P.S. Arondaya

²⁹ <http://www.paho.org/per/images/stories/PyP/PER39/ish-hospital-regional%20-moquegua.pdf>

9. C.S. Torata
10. C.S. San Antonio
11. C.S. 28 de Julio
12. C.S. San Francisco
13. P.S. la Bodeguilla

4.3. Población y muestra

Unidad de análisis: médicos de los servicios asistenciales hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.

La **población** en estudio la conformaron los médicos generales y especialistas, varones y mujeres de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014.

En cuanto a la **muestra**; se determina considerando los criterios de inclusión y exclusión por lo que se encuestó a 50 médicos generales y especialistas, varones y mujeres de los servicios asistenciales, obteniendo a 33 médicos que laboran en el hospital Regional de Moquegua y 17 médicos que laboran en la Microred Mariscal Nieto en el año 2014, que representan el 100% del universo.

4.3.1. Criterios de inclusión

- Médicos generales y especialistas, varones y mujeres de los servicios asistenciales del hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto el año 2014.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de la salud que laboren de forma no remunerada en el hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto.
- Personal que se encuentra de vacaciones.

- Personal que se encuentre de permiso.
- Personal médico destacado.
- Personal profesional no médico.

4.4. Instrumento de recolección de datos

Existen varias herramientas de medida de la satisfacción laboral/calidad de vida profesional (CVP) validadas en nuestro entorno. Quizá las más utilizadas hasta el momento, especialmente en el ámbito de atención primaria (AP), sean el cuestionario de Font Roja y el CVP-35.

El cuestionario CVP-35, propuesto por García y construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control), ha sido validado en entornos diferentes en el sistema de salud español. Se han evaluado su validez de constructo y su fiabilidad intrasujeto, así como su aceptable relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional. Además, ha sido ampliamente utilizado para evaluar la CVP, para identificar áreas de mejora de la organización o para explorar los efectos del «clima organizativo» en los trabajadores sanitarios. En la medición de características relacionadas con los instrumentos de medida de las percepciones del sujeto son importantes las capacidades discriminadoras (si es capaz de clasificar a sujetos en diferentes situaciones) y las evaluadoras (si es capaz de detectar cambios en los sujetos). Existe cierta evidencia de la capacidad discriminadora de este instrumento, pero no de su capacidad para detectar cambios en la percepción de la CVP de los sujetos.

Para el estudio se utilizó un instrumento (cuestionario validado en Perú) para medir la variable calidad de vida profesional, la cual se describe a continuación:

El objetivo del instrumento es identificar los niveles de calidad de vida profesional en profesionales de la salud. Las dimensiones que evalúa son: cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. Está dirigido a personal de salud y es una prueba de lápiz y papel, de 35 preguntas, que se responden en una escala del uno al diez, a las que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3,4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10).

La dimensión denominada Cargas en el Trabajo hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. Es valorada por once ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. La dimensión de Motivación Intrínseca se orienta a establecer los factores de este tipo de motivación y es evaluada a partir de diez ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La dimensión Apoyo Directivo es valorada por catorce ítems y hace referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, los cuales son los siguientes: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35.

CAPÍTULO V

5.1. Procedimiento de análisis de datos

El objetivo del instrumento es identificar los niveles de calidad de vida profesional en profesionales de la salud. Las dimensiones que evalúa son: cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. Está dirigido a personal de salud y es una prueba de lápiz y papel, de 35 preguntas, que se responden en una escala del uno al diez, a las que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3,4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10).

La dimensión denominada Cargas en el Trabajo hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. Es valorada por once ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. La dimensión de Motivación Intrínseca se orienta a establecer los factores de este tipo de motivación y es evaluada a partir de diez ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La dimensión Apoyo Directivo es valorada por catorce ítems y hace referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, los cuales son los siguientes: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35.

La administración del presente instrumento puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente quince minutos. Es fácil de aplicar y consigue índices de respuesta aceptables, basados en un marco conceptual establecido y con un comportamiento estable en diferentes medios. Cuenta con validez de constructo y confiabilidad, tanto en su país de origen como en estudios realizados en otros países (Fernández, Santa & Casado, 2007; Fernández, et al., 2007b; Martín et al, 2004; Sánchez, et al, 2003). Posteriormente, la información se trasladó a una base de datos del programa SPSS -15 para su análisis estadístico correspondiente.

Se elaboraron cuadros frecuencia con valores absolutos y relativos (%) para presentar las distribuciones de cada variable de estudio.

El valor de cada dimensión se obtuvo a partir de la media de los ítems que la componen. El valor total de la encuesta se obtendrá a partir de la media del total de ítems.

Para describir las distribuciones de las escalas interválicas y de razones se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión:, intervalo de confianza 95%.

La asociación entre variables cualitativas se medirá empleando la prueba de χ^2 (variables sociodemográficas y laborales vs categorías de CVP y sus dimensiones).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS:

"MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL PERCIBIDA POR LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA Y MICRORRED MARISCAL NIETO EN EL AÑO 2014"

TABLA 01. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MÉDICOS SEGÚN EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS.

		N	%
Edad	20 a 29 años	3	6,0%
	30 a 39 años	12	24,0%
	40 a 49 años	15	30,0%
	50 a 59 años	16	32,0%
	60 a mas	4	8,0%
	Total	50	100,0%
Sexo	Hombre	33	66,0%
	Mujer	17	34,0%
	Total	50	100,0%
Estado Civil	Soltero (a)	9	18,0%
	Casado (a)	33	66,0%
	Conviviente	5	10,0%
	Separado / Divorciado (a)	3	6,0%
	Total	50	100,0%
Número de hijos	Sin hijos	9	18,0%
	1 hijo	14	28,0%
	2 hijos	16	32,0%
	Más de 2 hijos	11	22,0%
	Total	50	100,0%

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 1 observamos que del total de médicos estudiados, 32.0% tienen entre 50 a 59 años de edad, un 30.0% tienen de 40 a 49 años de edad, el 24.0% tienen de 30 a 39 años de edad.

En cuanto al sexo; 66.0% pertenece a hombres y el 34.0% pertenece a mujeres.

Con respecto al estado civil; 66.0% son casados, 18.0% son solteros, 10.0% son convivientes.

Sobre el número de hijos; 32.0% tienen 2 hijos, 28.0% tienen 1 hijo y el 22.0% no tienen hijos.

TABLA 02. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MÉDICOS SEGÚN PROCEDENCIA, SITUACIÓN LABORAL, SITUACIÓN PROFESIONAL, CARGO QUE OCUPAN Y AÑOS DE SERVICIO.

		N	%
Procedencia	Hospital	33	66,0%
	Periferie	17	34,0%
	Total	50	100,0%
Situación laboral	Nombrado	36	72,0%
	Contratado	14	28,0%
	Total	50	100,0%
Situación Profesional	Médico general	21	42,0%
	Médico especialista	29	58,0%
	Total	50	100,0%
Cargo que ocupa	Jefe de servicio	8	16,0%
	Jefe de departamento	6	12,0%
	Asistente	36	72,0%
	Total	50	100,0%
Años de servicio	Menos de 5	6	12,0%
	De 6 a 10	6	12,0%
	De 11 a 15	12	24,0%
	Más de 16	26	52,0%
	Total	50	100,0%

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 2 evidenciamos que del total de médicos estudiados; el 66.0% proceden del hospital y un 34.0% proceden de Periferie.

En cuanto a situación laboral 72.0% son médicos nombrados y un 28.0% médicos contratados.

Con respecto a situación profesional; un 58.0% son médicos especialistas y un 42.0% son médicos generales

Sobre el cargo que ocupan; el 72.0% son asistentes y el 16.0% son jefes de servicio.

En cuanto a años de servicio; el 52.0% tienen más de 16 años, el 24.0% refieren de 11 a 15 años.

TABLA 03. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS MÉDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD Y SERVICIO EN QUE LABORA ACTUALMENTE.

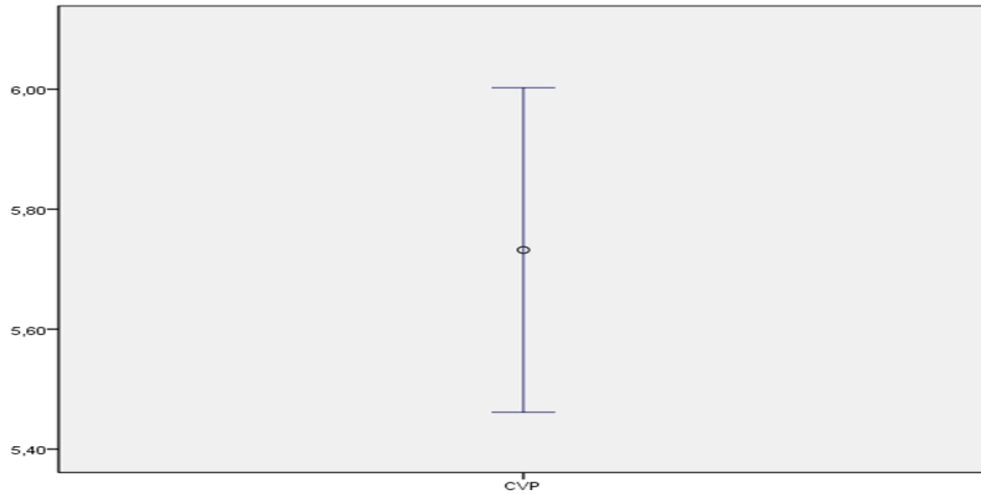
		n	%
Especialidad	Medicina General	20	40,0%
	Medicina interna	3	6,0%
	Medicina intensiva	1	2,0%
	Medicina familiar	1	2,0%
	Cardiología	1	2,0%
	Neurología	1	2,0%
	Gastroenterología	1	2,0%
	Endocrinología	1	2,0%
	Pediatría	6	12,0%
	Ginecología	4	8,0%
	Cirugía	4	8,0%
	Anestesiología	4	8,0%
	Patólogo	1	2,0%
	Traumatología	2	4,0%
Total	50	100,0%	
Servicio en el que labora actualmente	Medicina	28	56,0%
	Gineco-obstetricia	4	8,0%
	Anestesia y Centro Quirúrgico	4	8,0%
	Cuidados críticos	1	2,0%
	Cirugía	6	12,0%
	Pediatría	6	12,0%
	Patología clínica y anatomía patológica	1	2,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 3 podemos apreciar que del total de médicos estudiados según especialidad; un 40.0% pertenece a medicina general, un 12.0% pertenece a la especialidad de pediatría, el 8.0% a la especialidad de cirugía, el 8.0% a la especialidad de ginecología, un 8.0% a la especialidad de anestesiología y un 6.0% a la especialidad de medicina interna.

En cuanto a servicio que labora; un 42.0% al servicio de medicina general, un 14.0% al servicio de medicina interna, un 12.0% al servicio de cirugía, el 12.0% al servicio de pediatría.

GRAFICO 01. MEDIA DEL PUNTAJE TOTAL POR PREGUNTA POR CADA USUARIO DEL VALOR TOTAL DEL CUESTIONARIO CVP-35



Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

La media del PUNTAJE TOTAL POR PREGUNTA POR CADA USUARIO obtenida de la encuesta CPV35 en los médicos del Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto fue de 5.73.

**TABLA 04. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS MÉDICOS
SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL.**

		n	%
Calidad de Vida Profesional	Mala calidad de vida Profesional	25	50.0%
	Regular calidad de vida profesional	16	32.0%
	Buena calidad de vida profesional	9	18.0%
	Total	50	100.0%

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 4 se visualiza que del total de médicos encuestados; 50.0% de médicos tienen mala calidad de vida profesional, un 32.0% de médicos tienen regular calidad de vida profesional, y un 18.0% de médicos tienen buena calidad de vida profesional. Lo que indica que la mayoría de médicos perciben mala calidad de vida profesional.

TABLA 05. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL SEGÚN DIMENSIONES; CARGA LABORAL, MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y APOYO DIRECTIVO.

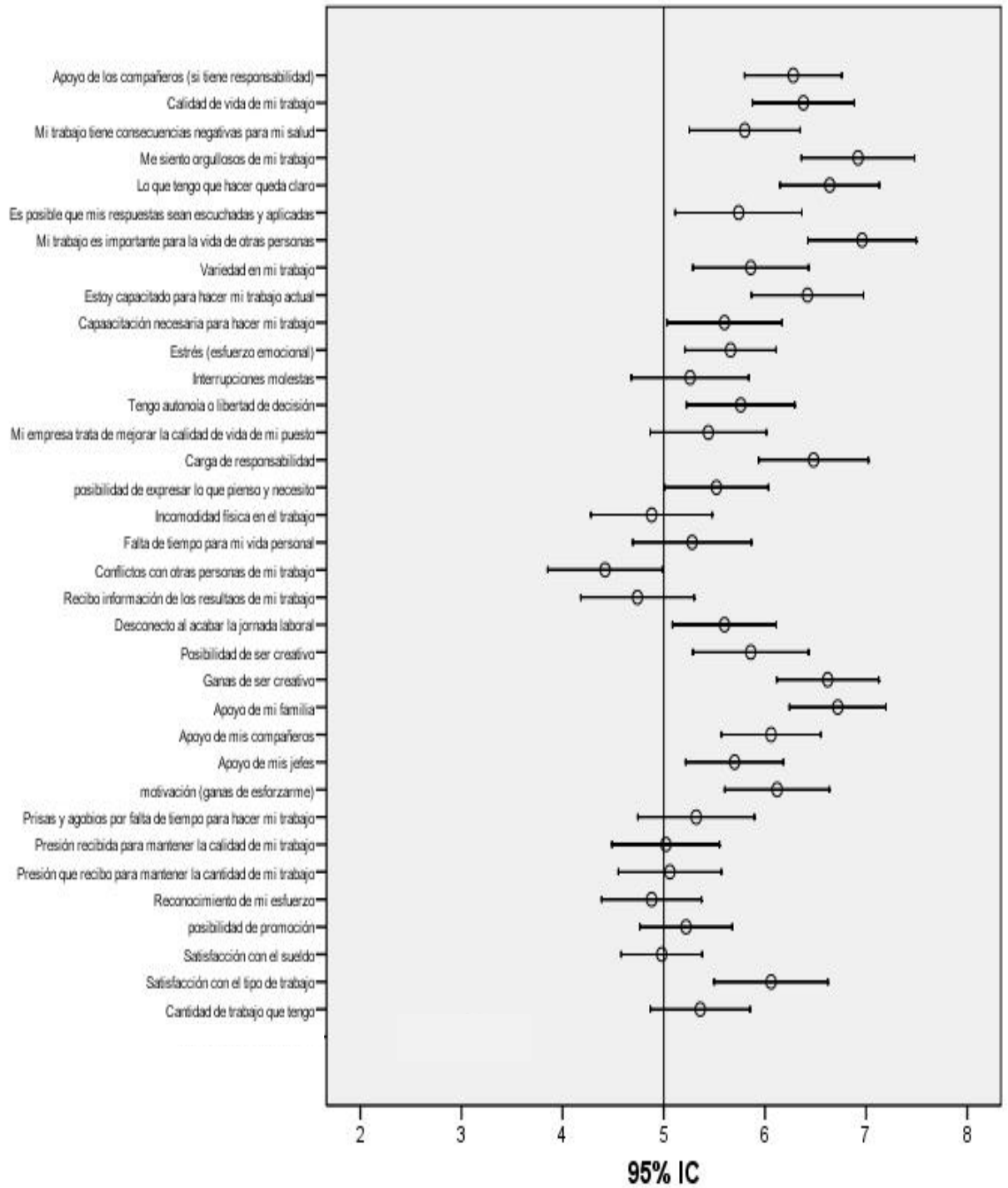
		N	%
Carga Laboral	Mala Calidad	26	52,0%
	Regular Calidad	15	30,0%
	Buena Calidad	9	18,0%
	Total	50	100,0%
Motivación Intrínseca	Mala Calidad	28	56,0%
	Regular Calidad	13	26,0%
	Buena Calidad	9	18,0%
	Total	50	100,0%
Apoio Directivo	Mala Calidad	23	46,0%
	Regular Calidad	16	32,0%
	Buena Calidad	11	22,0%
	Total	50	100,0%

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 5 observamos del total de médicos estudiados en cuanto la calidad de vida profesional y la dimensión carga laboral; un 52.0% refiere mala calidad de vida profesional, un 30.0% refieren regular calidad de vida profesional y un 18.0% tienen buena calidad de vida profesional.

Con respecto a la dimensión motivación intrínseca; un 56.0% de médicos refieren una mala calidad de vida profesional, el 26.0% tienen una regular calidad de vida profesional 18.0% una buena calidad de vida profesional.

GRAFICO 02. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL SEGÚN PREGUNTAS DEL CVP 35



Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En el gráfico 2 observamos los ítems que considera el cuestionario CVP 35, en las cuales determinan cuales ítems tiene puntuación más baja: “satisfacción con el sueldo”, “reconocimiento de mi esfuerzo”, “recibo información de los resultados de mi trabajo”, “conflictos con otras personas de mi trabajo” e “incomodidad física en el trabajo” por lo cual consideran que predisponen a la mala calidad de vida profesional. En los ítems que mejor se encuentran son: “apoyo de los compañeros”, “calidad de vida de mi trabajo”, “me siento orgulloso de mi trabajo”, “lo que tengo que hacer queda claro”, “mi trabajo es importante para la vida de otras personas”, “estoy capacitado para hacer mi trabajo actual”, “carga de responsabilidad”, “ganas de ser creativo”, “apoyo de mi familia”.

**TABLA 06. VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL
SEGÚN SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS.**

		Calidad de Vida profesional								valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total		
		N	%	n	%	n	%	N	%	
Sexo	Hombre	13	39,4%	13	39,4%	7	21,2%	33	100,0%	p: 0.111
	Mujer	12	70,6%	3	17,6%	2	11,8%	17	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Edad	20 a 29 años	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	p: 0.596
	30 a 39 años	4	33,3%	5	41,7%	3	25,0%	12	100,0%	
	40 a 49 años	9	60,0%	5	33,3%	1	6,7%	15	100,0%	
	50 a 59 años	7	43,8%	5	31,3%	4	25,0%	16	100,0%	
	60 a mas	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Estado Civil	Soltero (a)	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%	9	100,0%	p: 0.251
	Casado (a)	14	42,4%	13	39,4%	6	18,2%	33	100,0%	
	Conviviente	3	60,0%	0	0,0%	2	40,0%	5	100,0%	
	Separado / Divorciado (a)	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Número de hijos	Sin hijos	6	66,7%	3	33,3%	0	0,0%	9	100,0%	p: 0.57
	1 hijo	7	50,0%	3	21,4%	4	28,6%	14	100,0%	
	2 hijos	6	37,5%	7	43,8%	3	18,8%	16	100,0%	
	Más de 2 hijos	6	54,5%	3	27,3%	2	18,2%	11	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 6 podemos observar que del total de médicos encuestados, según calidad de vida profesional (CVP) y sexo; encontramos que un 70.6% son mujeres y un 39.4% son hombres que refieren mala CVP, un 39.4% son hombres y un 17.6% son mujeres que perciben regular CVP, un 21.2% son hombres y 11.8% son mujeres que refieren buena CVP.

En cuanto a la edad: de los que tienen de 20 a 29 años de edad; un 100.0% refieren tener mala CVP. De 30 a 39 años de edad; un 33.3% refieren mala CVP, un 41.7% refieren regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. De los que tienen

de 40 a 49 años de edad; un 60.0% refieren mala CVP, un 33.3% refieren regular CVP y un 6.7% refieren buena CVP. De los que tienen 50 a 59 años de edad; un 43.8% refieren una mala CVP, un 31.3% refieren una regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. De los que tienen más de 60 años de edad; un 50.0% refieren mala CVP, un 25.0% refieren regular y buena CVP respectivamente.

Con respecto al estado civil: solteros; un 77.8% refieren mala CVP y 22.2% refieren regular CVP. Casados; un 42.4% refieren mala CVP, un 39.4% refieren regular CVP y un 18.2% refieren buena CVP. Conviviente; un 60.0% refieren mala CVP, un 40.0% buena CVP. Divorciado; un 33.3% refieren tener mala, regular y buena CVP respectivamente.

Según el número de hijos: sin hijos; 66.7% refieren mala CVP y un 33.3% refieren regular CVP. Un hijo; 50.0% refieren mala CVP, un 21.4% refieren regular CVP y un 28.6% refieren buena CVP. Dos hijos; un 37.5% refieren mala CVP, un 43.8% refieren regular CVP y un 18.8% refieren buena CVP.

Más de dos hijos; un 54.5% refieren mala CVP, un 27.3% refieren regular CVP y un 18.2% refieren buena CVP. No se encontró diferencias estadísticas significativas entre calidad de vida y las variables sociodemográficas.

TABLA 07. VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL SEGÚN PROCEDENCIA, SITUACIÓN LABORAL, SITUACIÓN PROFESIONAL, CARGO QUE OCUPA Y AÑOS DE SERVICIO

		Calidad de Vida profesional								valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total		
		N	%	n	%	n	%	N	%	
Procedencia	Hospital	12	36,4%	14	42,4%	7	21,2%	33	100,0%	p: 0.024
	Periferie	13	76,5%	2	11,8%	2	11,8%	17	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación laboral	Nombrado	16	44,4%	12	33,3%	8	22,2%	36	100,0%	p: 0.343
	Contratado	9	64,3%	4	28,6%	1	7,1%	14	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación Profesional	Médico general	16	76,2%	3	14,3%	2	9,5%	21	100,0%	p: 0.007
	Médico especialista	9	31,0%	13	44,8%	7	24,1%	29	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Cargo que ocupa	Jefe de servicio	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%	8	100,0%	p: 0.152
	Jefe de departamento	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%	6	100,0%	
	Asistente	18	50,0%	10	27,8%	8	22,2%	36	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Años de servicio	Menos de 5	3	50,0%	2	33,3%	1	16,7%	6	100,0%	p: 0.973
	De 6 a 10	3	50,0%	2	33,3%	1	16,7%	6	100,0%	
	De 11 a 15	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	12	100,0%	
	Más de 16	12	46,2%	8	30,8%	6	23,1%	26	100,0%	
	Total	25	50,0%	16	32,0%	9	18,0%	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 7 podemos evidenciar que del total de médicos estudiados, según calidad de vida profesional (CVP) y procedencia: Hospital; un 36.4% refieren mala CVP, 42.4% refieren regular CVP y 21.2% refieren buena CVP. Periferie; 76.5% refieren mala CVP, 11.8% refieren regular y buena CVP respectivamente, evidenciándose una percepción de calidad de vida más baja en los médicos de Periferie (p: 0.024).

Según situación laboral: nombrado; 44.4% Refieren mala CVP, 33.3% refieren regular CVP y 22.2% refieren buena CVP. Contratado; 64.3% refieren mala CVP, 28.6% refieren regular CVP y 7.1% refieren buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Con respecto a situación profesional: médico general; 76.2% refieren mala CVP, 14.3% refieren regular CVP y 9.5% refieren buena CVP. Médico especialista; 31.0% refieren mala CVP, 44.8% refieren regular CVP y 24.1% refieren buena

CVP, evidenciándose una percepción de calidad de vida más baja en los médicos generales (p: 0.007).

En cuanto a cargo que ocupa: jefe de servicio; 75.0% es mala CVP y 25.0% es regular CVP. Jefe de departamento; 16.7% es mala CVP, 66.7% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. Asistente; 50.0 % es mala CVP, 27.8% es regular CVP y 22.2% es buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Según años de servicio: menos de 5 años; 50.0% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. De 6 a 10 años; 50.0% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. De 11 a 15 años; 58.3% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 8.3 % es buena CVP. De 16 a más; 46.2% es mala CVP, 30.8% es regular CVP y 23.1% es buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

**TABLA 08. VALORACIÓN DE LA DIMENSION CARGA LABORAL
SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS**

		CARGA LABORAL							Valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	
Sexo	Hombre	16	48,5%	10	30,3%	7	21,2%	33	p: 0.674
	Mujer	10	58,8%	5	29,4%	2	11,8%	17	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	
Edad	20 a 29 años	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	p: 0.019
	30 a 39 años	6	50,0%	1	8,3%	5	41,7%	12	
	40 a 49 años	9	60,0%	6	40,0%	0	0,0%	15	
	50 a 59 años	6	37,5%	8	50,0%	2	12,5%	16	
	60 a mas	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	4	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	
Estado Civil	Soltero (a)	6	66,7%	3	33,3%	0	0,0%	9	p: 0.639
	Casado (a)	17	51,5%	10	30,3%	6	18,2%	33	
	Conviviente	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	
	Separado / Divorciado (a)	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	
Número de hijos	Sin hijos	4	44,4%	5	55,6%	0	0,0%	9	p: 0.348
	1 hijo	7	50,0%	3	21,4%	4	28,6%	14	
	2 hijos	9	56,3%	3	18,8%	4	25,0%	16	
	Más de 2 hijos	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	11	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 8 observamos que del total de médicos encuestados, según la dimensión carga laboral y calidad de vida profesional (CVP) con las variables sociodemográficas: sexo; hombres un 48.5% tienen mala CVP, 30.3% tienen regular CVP y 21.2% tienen buena CVP. Mujeres un 58.8% tienen mala CVP, un 29.4% tienen regular CVP y un 11.8% tienen buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a la edad: de los que tienen de 20 a 29 años de edad; un 100.0% refieren tener mala CVP. De 30 a 39 años de edad; un 50.0% refieren mala CVP, un 8.3 % refieren regular CVP y un 41.7% refieren buena CVP. De los que tienen de 40 a 49 años de edad; un 60.0% refieren mala CVP y un 40.0% refieren regular CVP. De los que tienen 50 a 59 años de edad; un 37.5% refieren una mala CVP, un 50.0% refieren una regular CVP y un 12.5% refieren buena CVP. De los que tienen más de 60 años de edad; un 50.0% refieren mala CVP y un 50.0% refieren buena CVP, se encontró diferencias estadísticas significativas entre la dimensión carga laboral calidad de vida y edad ($p: 0.019$).

Con respecto al estado civil: solteros; un 66.7% refieren mala CVP y 33.3% refieren regular CVP. Casados; un 51.5% refieren mala CVP, un 30.3% refieren regular CVP y un 18.2% refieren buena CVP. Conviviente; un 40.0% refieren mala CVP, un 20.0% refieren regular CVP y un 40.0% refieren buena CVP. Divorciado; un 33.3% refieren tener mala, regular y buena CVP respectivamente, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Según el número de hijos: sin hijos; 44.4% refieren mala CVP y un 55.6% refieren regular CVP. Un hijo; 50.0% refieren mala CVP, un 21.4% refieren regular CVP y un 28.6% refieren buena CVP. Dos hijos; un 56.3% refieren mala CVP, un 18.8% refieren regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. Más de dos hijos; un 54.5% refieren mala CVP, un 36.4% refieren regular CVP y un 9.1% refieren buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

**TABLA 09. VALORACIÓN DE LA DIMENSION CARGA LABORAL
SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y VARIABLES
LABORABLES**

		CARGA LABORAL								valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total		
		n	%	N	%	N	%	N	%	
Procedencia	Hospital	15	45,5%	11	33,3%	7	21,2%	33	100,0%	p: 0.424
	Periferie	11	64,7%	4	23,5%	2	11,8%	17	100,0%	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación laboral	Nombrado	16	44,4%	13	36,1%	7	19,4%	36	100,0%	p: 0.206
	Contratado	10	71,4%	2	14,3%	2	14,3%	14	100,0%	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación Profesional	Médico general	15	71,4%	4	19,0%	2	9,5%	21	100,0%	p: 0.63
	Médico especialista	11	37,9%	11	37,9%	7	24,1%	29	100,0%	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Cargo que ocupa	Jefe de servicio	6	75,0%	2	25,0%	0	,0%	8	100,0%	p: 0.410
	Jefe de departamento	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	6	100,0%	
	Asistente	18	50,0%	10	27,8%	8	22,2%	36	100,0%	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Años de servicio	Menos de 5	5	83,3%	0	0,0%	1	16,7%	6	100,0%	p: 0.636
	De 6 a 10	3	50,0%	2	33,3%	1	16,7%	6	100,0%	
	De 11 a 15	6	50,0%	3	25,0%	3	25,0%	12	100,0%	
	Más de 16	12	46,2%	10	38,5%	4	15,4%	26	100,0%	
	Total	26	52,0%	15	30,0%	9	18,0%	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 9 se observa que del total de médicos estudiados, según la dimensión carga laboral, calidad de vida profesional (CVP) y procedencia: Hospital; un 45.5% refieren mala CVP, 33.3% refieren regular CVP y 21.2% refieren buena CVP. Periferie; 64.7% refieren mala CVP, 23.5% refieren regular y 11.8% refieren buena CVP.

Según situación laboral: nombrado; 44.4% Refieren mala CVP, 36.1% refieren regular CVP y 19.4% refieren buena CVP. Contratado; 64.7% refieren mala CVP, 23.5% refieren regular CVP y 11.8% refieren buena CVP.

Con respecto a situación profesional: médico general; 71.4% refieren mala CVP, 19.0% refieren regular CVP y 9.5% refieren buena CVP. Médico especialista; 37.9% refieren mala CVP, 37.9% refieren regular CVP y 24.1% refieren buena CVP.

En cuanto a cargo que ocupa: jefe de servicio; 75.0% es mala CVP y 25.0% es regular CVP. Jefe de departamento; 33.3% es mala CVP, 50.0% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. Asistente; 50.0 % es mala CVP, 27.8% es regular CVP y 22.2% es buena CVP.

Según años de servicio: menos de 5 años; 83.3% es mala CVP y 16.7% es buena CVP. De 6 a 10 años; 50.0% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. De 11 a 15 años; 50.0% es mala CVP, 25.0% es regular CVP y 25.0% es buena CVP. De 16 a más; 46.2% es mala CVP, 38.5% es regular CVP y 15.4% es buena CVP. No se encontró diferencias estadísticas significativas entre la dimensión carga laboral, calidad de vida y las variables laborales.

**TABLA 10. VALORACIÓN DE LA DIMENSION MOTIVACIÓN
INTRÍNSECA SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

		MOTIVACIÓN INTRÍNSECA							valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total	
		N	%	n	%	n	%	N	
Sexo	Hombre	16	48,5%	10	30,3%	7	21,2%	33	p: 0.329
	Mujer	12	70,6%	3	17,6%	2	11,8%	17	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	
Edad	20 a 29 años	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3	p: 0.763
	30 a 39 años	6	50,0%	4	33,3%	2	16,7%	12	
	40 a 49 años	9	60,0%	5	33,3%	1	6,7%	15	
	50 a 59 años	8	50,0%	4	25,0%	4	25,0%	16	
	60 a mas	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	
Estado Civil	Soltero (a)	6	66,7%	2	22,2%	1	11,1%	9	p: 0.806
	Casado (a)	19	57,6%	9	27,3%	5	15,2%	33	
	Conviviente	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	
	Separado / Divorciado (a)	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	
Número de hijos	Sin hijos	4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%	9	p: 0.466
	1 hijo	6	42,9%	5	35,7%	3	21,4%	14	
	2 hijos	10	62,5%	2	12,5%	4	25,0%	16	
	Más de 2 hijos	8	72,7%	2	18,2%	1	9,1%	11	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 10 evidenciamos que del total de médicos encuestados, según la dimensión motivación intrínseca y calidad de vida profesional (CVP) con las variables sociodemográficas: sexo; hombres un 48.5% tienen mala CVP, 30.3%

tienen regular CVP y 21.2% tienen buena CVP. Mujeres un 70.6% tienen mala CVP, un 17.6% tienen regular CVP y un 11.8% tienen buena CVP.

En cuanto a la edad: de los que tienen de 20 a 29 años de edad; un 66.7% refieren tener mala CVP y 33.3% refieren buena CVP. De 30 a 39 años de edad; un 50.0% refieren mala CVP, un 33.3 % refieren regular CVP y un 16.7% refieren buena CVP. De los que tienen de 40 a 49 años de edad; un 60.0% refieren mala CVP, un 33.3 % refieren regular CVP y un 6.7% refieren buena CVP. De los que tienen 50 a 59 años de edad; un 50.0% refieren una mala CVP, un 25.0% refieren una regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. De los que tienen más de 60 años de edad; un 75.0% refieren mala CVP y un 25.0% refieren buena CVP.

Con respecto al estado civil: solteros; un 66.7% refieren mala CVP, 22.2% refieren regular CVP y 11.1% refieren buena CVP. Casados; un 57.6% refieren mala CVP, un 27.3% refieren regular CVP y un 15.2% refieren buena CVP. Conviviente; un 40.0% refieren mala CVP, un 20.0% refieren regular CVP y un 40.0% refieren buena CVP. Divorciado; un 33.3% refieren tener mala, regular y buena CVP respectivamente.

Según el número de hijos: sin hijos; 44.4% refieren mala CVP, un 44.4% refieren regular CVP y un 11.1% refieren buena CVP. Un hijo; 42.9% refieren mala CVP, un 35.7% refieren regular CVP y un 21.4% refieren buena CVP. Dos hijos; un 62.5% refieren mala CVP, un 12.5% refieren regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. Más de dos hijos; un 72.7% refieren mala CVP, un 18.2% refieren regular CVP y un 9.1% refieren buena CVP. No se encontró diferencias estadísticas significativas entre la dimensión carga laboral, calidad de vida y variables sociodemográficas.

**TABLA 11. VALORACIÓN DE LA DIMENSION MOTIVACIÓN
INTRÍNSECA SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y
VARIABLES LABORABLES**

		MOTIVACIÓN INTRÍNSECA								valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total		
		n	%	n	%	N	%	N	%	
Procedencia	Hospital	17	51,5%	9	27,3%	7	21,2%	33	100,0%	p: 0.617
	Periferie	11	64,7%	4	23,5%	2	11,8%	17	100,0%	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación laboral	Nombrado	20	55,6%	8	22,2%	8	22,2%	36	100,0%	p: 0.371
	Contratado	8	57,1%	5	35,7%	1	7,1%	14	100,0%	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Situación Profesional	Médico general	13	61,9%	5	23,8%	3	14,3%	21	100,0%	p: 0752
	Médico especialista	15	51,7%	8	27,6%	6	20,7%	29	100,0%	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Cargo que ocupa	Jefe de servicio	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,0%	p: 0.670
	Jefe de departamento	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	6	100,0%	
	Asistente	21	58,3%	8	22,2%	7	19,4%	36	100,0%	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	100,0%	
Años de servicio	Menos de 5	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%	6	100,0%	p: 0.708
	De 6 a 10	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%	6	100,0%	
	De 11 a 15	8	66,7%	3	25,0%	1	8,3%	12	100,0%	
	Más de 16	13	50,0%	7	26,9%	6	23,1%	26	100,0%	
	Total	28	56,0%	13	26,0%	9	18,0%	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 11 se evidencia que del total de médicos estudiados, según la dimensión motivación intrínseca, calidad de vida profesional (CVP) y procedencia: Hospital; un 51.5% refieren mala CVP, 27.3% refieren regular CVP y 21.2% refieren buena CVP. Periferie; 64.7% refieren mala CVP, 23.5% refieren regular y 11.8% refieren buena CVP.

Según situación laboral: nombrado; 55.6% Refieren mala CVP, 22.2% refieren regular y buena CVP respectivamente. Contratado; 57.1% refieren mala CVP, 35.7% refieren regular CVP y 7.1% refieren buena CVP.

Con respecto a situación profesional: médico general; 61.9% refieren mala CVP, 23.8% refieren regular CVP y 14.3% refieren buena CVP. Médico especialista; 51.7% refieren mala CVP, 27.6% refieren regular CVP y 20.7% refieren buena CVP.

En cuanto a cargo que ocupa: jefe de servicio; 62.5% es mala CVP, 25.0% es regular CVP y 12.5% es buena CVP. Jefe de departamento; 33.3% es mala CVP, 50.0% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. Asistente; 58.3 % es mala CVP, 22.2% es regular CVP y 19.4% es buena CVP.

Según años de servicio: menos de 5 años; 66.7% es mala CVP y 33.3% es regular CVP. De 6 a 10 años; 50.0% es mala CVP, 16.7% es regular CVP y 33.3% es buena CVP. De 11 a 15 años; 66.7% es mala CVP, 25.0% es regular CVP y 8.3% es buena CVP. De 16 a más; 50.0% es mala CVP, 26.9% es regular CVP y 23.1% es buena CVP. No se encontró diferencias estadísticas significativas entre la dimensión carga laboral, calidad de vida y las variables laborales

**TABLA 12. VALORACIÓN DE LA DIMENSION APOYO DIRECTIVO
SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS**

		APOYO DIRECTIVO							valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total	
		N	%	n	%	N	%	N	
Sexo	Hombre	13	39,4%	11	33,3%	9	27,3%	33	p: 0.333
	Mujer	10	58,8%	5	29,4%	2	11,8%	17	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	
Edad	20 a 29 años	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	p: 0.698
	30 a 39 años	4	33,3%	5	41,7%	3	25,0%	12	
	40 a 49 años	7	46,7%	5	33,3%	3	20,0%	15	
	50 a 59 años	8	50,0%	4	25,0%	4	25,0%	16	
	60 a mas	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	4	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	
Estado Civil	Soltero (a)	7	77,8%	0	0,0%	2	22,2%	9	p: 0.285
	Casado (a)	14	42,4%	12	36,4%	7	21,2%	33	
	Conviviente	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	5	
	Separado / Divorciado (a)	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	
Número de hijos	Sin hijos	6	66,7%	1	11,1%	2	22,2%	9	p: 0.518
	1 hijo	5	35,7%	7	50,0%	2	14,3%	14	
	2 hijos	7	43,8%	4	25,0%	5	31,3%	16	
	Más de 2 hijos	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%	11	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 12 observamos que del total de médicos encuestados, según la dimensión apoyo directivo y calidad de vida profesional (CVP) con las variables sociodemográficas: sexo; hombres un 39.4% tienen mala CVP, 33.3% tienen regular CVP y 27.3% tienen buena CVP. Mujeres un 58.8% tienen mala CVP, un 29.4% tienen regular CVP y un 11.8% tienen buena CVP.

En cuanto a la edad: de los que tienen de 20 a 29 años de edad; un 100.0% refieren tener mala CVP. De 30 a 39 años de edad; un 33.3% refieren tener mala CVP,

un 41.7% refieren regular CVP y un 25.0 % refieren buena CVP. De los que tienen de 40 a 49 años de edad; un 46.7% refieren mala CVP, un 33.3% refieren regular CVP y un 20.0% refieren buena CVP. De los que tienen 50 a 59 años de edad; un 50.0% refieren una mala CVP, un 25.0% refieren una regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP. De los que tienen más de 60 años de edad; un 25.0% refieren mala CVP, un 50.0% refieren regular CVP y un 25.0% refieren buena CVP.

Con respecto al estado civil: solteros; un 77.8% refieren mala CVP y 22.2% refieren buena CVP. Casados; un 42.4% refieren mala CVP, un 36.4% refieren regular CVP y un 21.2% refieren buena CVP. Conviviente; un 20.0% refieren mala CVP, un 60.0% refieren regular CVP y un 20.0% refieren buena CVP. Divorciado; un 33.3% refieren tener mala, regular y buena CVP respectivamente. Según el número de hijos: sin hijos; 66.7% refieren mala CVP, un 11.1% refieren regular CVP y un 22.2% refieren buena CVP. Un hijo; 35.7% refieren mala CVP, un 50.0% refieren regular CVP y un 14.3% refieren buena CVP. Dos hijos; un 43.8% refieren mala CVP, un 25.0% refieren regular CVP y un 31.3% refieren buena CVP. Más de dos hijos; un 45.5% refieren mala CVP, un 36.4% refieren regular CVP y un 18.2% refieren buena CVP. No se encontró diferencias estadísticas significativas entre la dimensión apoyo directivo, calidad de vida y variables sociodemográficas.

**TABLA 13. VALORACIÓN DE LA DIMENSION APOYO DIRECTIVO
SEGÚN CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y VARIABLES
LABORABLES**

		APOYO DIRECTIVO								valor p:
		Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Procedencia	Hospital	12	36,4%	10	30,3%	11	33,3%	33	100,0%	p: 0.021
	Periferie	11	64,7%	6	35,3%	0	0,0%	17	100,0%	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	100,0%	
Situación laboral	Nombrado	15	41,7%	11	30,6%	10	27,8%	36	100,0%	p: 0.278
	Contratado	8	57,1%	5	35,7%	1	7,1%	14	100,0%	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	100,0%	
Situación Profesional	Médico general	13	61,9%	8	38,1%	0	0,0%	21	100,0%	p: 0.006
	Médico especialista	10	34,5%	8	27,6%	11	37,9%	29	100,0%	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	100,0%	
Cargo que ocupa	Jefe de servicio	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,0%	p: 0.537
	Jefe de departamento	3	50,0%	2	33,3%	1	16,7%	6	100,0%	
	Asistente	15	41,7%	11	30,6%	10	27,8%	36	100,0%	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	100,0%	
Años de servicio	Menos de 5	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%	6	100,0%	p: 0.366
	De 6 a 10	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	6	100,0%	
	De 11 a 15	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	12	100,0%	
	Más de 16	11	42,3%	8	30,8%	7	26,9%	26	100,0%	
	Total	23	46,0%	16	32,0%	11	22,0%	50	100,0%	

Fuente: Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998)

En la tabla 13 se observa que del total de médicos estudiados, según la dimensión apoyo directivo, calidad de vida profesional (CVP) y procedencia: Hospital; un 36.4% refieren mala CVP, 30.3% refieren regular CVP y 33.3% refieren buena CVP. Periferie; 64.7% refieren mala CVP y 35.35% refieren regular CVP, evidenciándose una percepción de calidad de vida más baja en los médicos de Periferie (p: 0.021).

Según situación laboral: nombrado; 41.7% Refieren mala CVP, 30.6% refieren regular CVP y 27.8% refieren buena CVP. Contratado; 57.1% refieren mala CVP, 35.7% refieren regular CVP y 7.1% refieren buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Con respecto a situación profesional: médico general; 61.9% refieren mala CVP y 38.1% refieren regular CVP. Médico especialista; 34.5% refieren mala CVP, 27.6% refieren regular CVP y 37.9% refieren buena CVP, evidenciándose una percepción de calidad de vida más baja en los médicos general (p: 0.006).

En cuanto a cargo que ocupa: jefe de servicio; 62.5% es mala CVP y 37.5% es regular CVP. Jefe de departamento; 50.0% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 16.7% es buena CVP. Asistente; 41.7 % es mala CVP, 30.6% es regular CVP y 27.8% es buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Según años de servicio: menos de 5 años; 50.0% es mala CVP y 50.0% es regular CVP. De 6 a 10 años; 33.3% es mala CVP, 16.7% es regular CVP y 50.0% es buena CVP. De 11 a 15 años; 58.3% es mala CVP, 33.3% es regular CVP y 8.3% es buena CVP. De 16 a más; 42.3% es mala CVP, 30.8% es regular CVP y 26.9% es buena CVP, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

Las Características Socio-Demográficas de la población estudiada de médicos que laboran en el Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto, muestran predominio en el sexo masculino con un 66.0%; el 32% de los médicos comprenden entre los 50 a 59 años de edad. Además, se evidencia que el 66% es de estado civil casado y finalmente el 32.0 % de médicos que laboran en el Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto refieren tener 2 hijos. El 2.0% de médicos fueron del Servicio de cuidados críticos, 72.0% son nombrados. Además nos muestra que el 66.0% de médicos, laboran en el Hospital Regional de Moquegua y un 34.0% Microred Mariscal Nieto. Teniendo más de 16 años actividad laboral un 52.0% del total.

En el trabajo de **Vargas Espinoza, Evelyn**.⁸ Tacna-Perú (2011) donde En las Características Socio-Demográficas, concluye que de la población estudiada de médicos que laboran en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna hay predominio en el sexo masculino con un 84.3%; el 50% de los médicos comprenden entre los 50 a 59 años de edad. Además, se evidencia que el 70% es de estado civil casado y finalmente el 40 % de médicos que laboran en el HHUT, refieren tener 2 hijos. En las Características Laborales evidenciamos que del total de médicos que contestaron las encuestas un 72.86% fueron médicos asistentes; el 28.6% de médicos fueron del Servicio de Cirugía, 81.4% se encuentra nombrado. Además nos muestra que el 34.3% de médicos laboran en el Hospital Hipólito Unanue hace más de 20 años y un 67.1% cuenta con más de 20 años de actividad laboral.

La calidad de vida profesional que perciben los médicos del Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto tienen como resultado que el 50.0% refieren mala CVP lo cual diferencia de La CVP del trabajo de **Vargas Espinoza, Evelyn**.⁸ Tacna-Perú (2011) en donde refiere que es adecuada.

En cuanto a Las Dimensiones evaluadas en nuestro trabajo con el CVP35 nos muestra que la dimensión menos afectada es APOYO DIRECTIVO, seguida por

la dimensión CARGA LABORAL, finalmente la dimensión que más afectada es MOTIVACIÓN INTRÍNSECA. Encontrando que las Dimensiones evaluadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el CVP35 nos mostraron resultados no muy similares; ya que menos afectada es la dimensión APOYO DIRECTIVO, seguida por la dimensión MOTIVACIÓN INTRÍNSECA, finalmente la dimensión más afectada fue la de CARGA DE LABORAL.

Mirian Grimaldo Muchotrigo. ⁹ Perú (2010). Reviso Calidad de Vida Profesional en Estudiantes de Ciencias de la Salud. De una muestra intencional conformada por 198 participantes, de los cuales el 73.2% eran mujeres y 26.8% varones, con una edad promedio de 37.53 y 42.79 años, respectivamente Se encontró que tienen una tendencia a baja calidad de vida profesional en la dimensión de motivación intrínseca y una baja calidad de vida profesional en el factor apoyo directivo.

Lo que hallamos en nuestro estudio fue: que entre el total de médicos encuestados eran un 66.0% eran hombres y un 34.0% eran mujeres con un 32.0% de edad promedio entre 50 a 59 años de edad, que al igual que el anterior trabajo mencionado, hay una tendencia a tener baja calidad de vida profesional, pero la dimensión carga laboral en nuestra muestra es la más afectada y la dimensión apoyo directivo es la que tiene mayor puntaje.

Susana Albanesi de Nasetta. ¹¹ Argentina (2008). Se evidencio que en una muestra de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de provincias de Cuyo, permitieron detectar que las puntuaciones más elevadas se presentaron en la variable apoyo directivo, es decir, estos profesionales consideran que pueden llevar adecuadamente sus tareas ya que cuentan con apoyo de sus superiores. En cuanto a la escala de carga de trabajo se pudo observar que los integrantes de la muestra que son casados o viven en pareja y que tienen hijos presentan puntuaciones más elevadas en la escala.

En cuanto a la asociación de calidad de vida y las variables sociodemográficas tenemos que; refieren tener mala calidad de vida profesional el 70.6% de médicos

mujeres, 100.0% de médicos que tienen de 20 a 29 años de edad, 60.0% de médicos convivientes y 66.7% de médicos que no tienen hijos.

En el presente estudio se encontró que los médicos que laboran en periferia mostraron una menor CVP total comparada a los Médicos que laboran en el Hospital (p: 0.024), dato que se refuerza al encontrar diferencias significativas en relación a la situación profesional, en donde la CVP total peor percibida en los médicos generales (p: 0.007) que son los que laboran en su mayoría en los servicios periféricos.

Según la asociación calidad de vida profesional con las características laborales; refieren tener mala calidad de vida profesional un 76.5% de médicos que proceden de Periferie, 64.3% de médicos contratados, 76.2% de médicos generales, 75.0% de médicos que son jefes de servicio y 58.3% de médicos que tenían entre 11 a 15 años de servicio.

Referente a la asociación de las dimensiones de CVP con las características sociodemográficas y laborales; en la dimensión CARGA LABORAL y la variable edad los médicos más afectados fue 100.0% de los que tenían de 20 a 29 años de edad de la cual presenta diferencia estadística significativa (p: 0.019), lo mismo que en la dimensión APOYO DIRECTIVO con la variable procedencia en donde los médicos más afectados fueron 64.7% de los que trabajaban en Periferie y su diferencia estadística significativa (p: 0.021) y en situación profesional los médicos más afectados fueron 61.9% de los médicos generales y siendo su diferencia estadística significativa (p: 0.006).

Se concluyó que las puntuaciones más altas fueron obtenidas por los ítems “ mi trabajo es más importante para la vida de otras personas”, “me siento orgulloso de mi trabajo”, “apoyo de mi familia”, “ganas de ser creativo” y las más bajas puntuaciones obtenidas por los ítems “satisfacción con el sueldo”, “reconocimiento de mi esfuerzo”, “recibo información de los resultados de mi trabajo”, “conflictos con otras personas de mi trabajo” e “incomodidad física en el trabajo”

Este estudio proporciona evidencias sobre cómo es la calidad de vida profesional percibida por los médicos de los servicios asistenciales del hospital regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto en el año 2014. Los resultados demuestran que hay una tendencia a la mala calidad de vida profesional, debido a que los médicos estudiados tanto hombres como mujeres, no se encuentran satisfechos con la cantidad de trabajo, con las prisas y agobios por la falta de tiempo y el sueldo insuficiente que reciben. De la misma manera, con los conflictos con otras personas de su trabajo, la falta tiempo para su vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad, las interrupciones molestas, el estrés y la percepción de que su trabajo le genera consecuencias negativas para su salud.

CONCLUSIONES

- En las Características Socio-Demográficas, concluimos que de la población estudiada de médicos que laboran en el Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto hay predominio en el sexo masculino con un 66.0%; el 32% de los médicos comprenden entre los 50 a 59 años de edad. Además, se evidencia que el 66% es de estado civil casado y finalmente el 32.0 % de médicos que laboran en el Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto refieren tener 2 hijos.
- Las Dimensiones evaluadas en nuestro trabajo con el CVP35 nos muestran que hay menos afectación es APOYO DIRECTIVO, seguida por la dimensión CARGA LABORAL, finalmente la dimensión con menor puntaje fue la de MOTIVACIÓN INTRÍNSECA. esto quiere decir que la mayoría de médicos estudiados creen tener mayor apoyo directivo.
- Las características socio-demográficas tales como la edad, sexo, estado civil y número de hijos de los médicos que laboran en el Hospital Regional de Moquegua y Microred Mariscal Nieto, no influyen de manera contundente en su Calidad de Vida Laboral.
- En las Características Laborales como procedencia laboral sea hospital o Periferie si influye en la calidad de vida profesional de los médicos estudiados, teniendo un 76.5% de médicos con mala calidad de vida profesional que trabajan en Periferie a comparación de 36.4% que tienen mala calidad de vida profesional y laboran en el hospital. La situación profesional es un factor determinante a la mala calidad de vida profesional ya que un 76.2% de asistentes son médicos generales y solo un 31.0% son médicos especialistas

- Se concluye que el 50.0% de médicos encuestados perciben tener mala calidad de vida profesional.
- Se concluyó que de la asociación de las dimensiones de CVP con las características sociodemográficas y laborales; en la dimensión carga laboral y la variable edad presenta diferencia estadística significativa, lo mismo que en la dimensión apoyo directivo con la variable procedencia y situación profesional.
- Se llegó a la conclusión que de la asociación de las dimensiones, calidad de vida profesional con variables sociodemográficas y laborales los médicos más afectados fueron: el sexo femenino, los que tenían de 20 a 29 años, los solteros, los que tenían más de dos hijos, los que procedían de Periferie, los que eran contratados, médicos generales, los que eran jefes de servicio y los que tenían menos de 5 años de servicio.
- Se concluyó bajas puntuaciones obtenidas por los ítems “satisfacción con el sueldo”, “reconocimiento de mi esfuerzo”, “recibo información de los resultados de mi trabajo”, “conflictos con otras personas de mi trabajo” e “incomodidad física en el trabajo” nos presenta a un grupo de profesionales que no perciben que la organización sanitaria se aproxime a sus necesidades profesionales de participación, creatividad y reconocimiento.

RECOMENDACIONES

Los resultados nos ayudan a conocer la situación en la que nos encontramos y ser un punto de partida para elaborar e implantar medidas encaminadas a apoyar a los profesionales para aumentar su percepción de calidad de vida en el trabajo, actuando principalmente en aquellas variables y dimensiones peores valoradas en el estudio; como es el caso de carga laboral y motivación intrínseca.

Esto invita a reflexionar en cómo mantener esa motivación a través de la vida laboral y que solo en la medida que nos preocupemos de la calidad de vida en el trabajo, tendremos a funcionarios satisfechos y más comprometidos en superar las dificultades y en ofrecer un mejor servicio con calidad técnica y buen trato a los usuarios o clientes de nuestro sistema público de salud.

Es necesario prestar atención a la elevada puntuación obtenida por la cuestión sobre carga de trabajo diaria, ya que es patente la relación entre presión asistencial excesiva y riesgo de desarrollar Burnout.

Finalmente que el empleo de este tipo de herramientas por parte de las instituciones sanitarias debería ser una práctica tan habitual como lo es la utilización de encuestas de satisfacción del usuario, ya que nos permitirían conocer más sobre el estado de opinión de los trabajadores en relación con su empresa y con su calidad de vida laboral, con el objeto de introducir mecanismos correctores que prevengan el agotamiento profesional, una de los problemas de nuestro actual sistema sanitario público. Algunas de estas estrategias correctoras podrían estar ligadas al desarrollo de habilidades de afrontamiento en los profesionales y a la adecuación organizacional de las sobrecargas a las que están sometidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Sanmartín MI, Villagrasa Ferrer JR, Fe Gamo M, Vázquez Gallego J, Cruz Canas E, Aguirre Trigo MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública Madrid* (1995)
2. Grol R, Mokkin H, Smiths A. Work satisfaction of general practitioner and the quality of patient care. *Fam Pract.* (1985)
3. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat* (1993)
4. Pólit D, Hungler B. “Investigación Científica en Ciencias de la Salud”. Cuarta Edición. México: Interamericana. McGraw-Hill, (1994).
5. Jubete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, Cortés Rubio JA, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Aten Primaria*, (2005)
6. Albanesi de Nasetta S, Nasetta P. Medical residents and quality of life. *Vertex*. 2005 Jul-Agost;16 (62):245-50.
7. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005;5:21.
8. Luthy C, Perrier A, Perrin E, Cedraschi C, Allaz AF. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 612-7.

9. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ* 2005; 5: 21.
10. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ* 2002; 36: 66-72.
11. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de *burnout* en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* 2005; 31: 1-9.
12. Sepúlveda-Vildosola AC, Flores-Pulido AA, López-Fuentes G, López-Aguilar E. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44: 423-32.
13. Miller MN, McGowen KR. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J* 2000; 93: 966-73.
14. The NSDUH Report. October 2007. Depression among adults employed full-time, by occupational category. URL:<http://www.oas.samhsa.gov/2k7/depression/occupation.htm>. [12.02.2008].
15. Fernández Martínez O, García Del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S.

16. LIC. PESCOZO DELGADO DORIS B., MSC. PÉREZ NÁPOLES HILDELAISE, LIC. TOLEDO MARTÍN LORENZA en “Cultura y ética: Paradigma del profesional de la Salud”
17. DR. EVANS TIM, Subdirector General_ Pruebas Científicas e Información para las Políticas, OMS en “Día Mundial de la Salud 2006: Colaboremos por la salud”
18. Disponible en URL: http://www.who.int/world-health-day/previous/2006/tm_speech/es/index.html
19. OLIVARES OMAR en “Perú se queda sin médicos“Diario la Primera. _Lima, 04 de Agosto del 2011 - AÑO: VI - Edición: 002324
20. Disponible en URL: <http://www.diariolaprimeraperu.com/online/index.php>
21. JUÁREZ GARCÍA ARTURO en “Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México”_ Ciencia & Trabajo | AÑO 6 | NÚMERO 14 | OCTUBRE/DICIEMBRE 2004 | www.cienciaytrabajo.cl
22. DR. ROCHA MANILLA RAMÓN C., DR. ALONSO NÚÑEZ GABRIEL DE J., PSIC. VALDERRAMA ÁBREGO NORA en “Estrategia preventiva contra enfermedades crónico degenerativas en personal de salud”- México
23. GOMERO CUADRA RAÚL, PALOMINO BALDEÓN JUAN, RUIZ GUTIÉRREZ FERMÍN, LLAP YESÁN CARLOS en “El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto.”_ Rev Med Hered 2005;16:233-238.

24. CASAS JUANA, RAMÓN REPULLO JOSÉ, LORENZO SUSANA, CAÑAS JUÁN JOSÉ en “Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios”_ Revista de Administración Sanitaria _Volumen VI. Número 23. Julio/septiembre 2002
25. Vargas Espinoza, Evelyn. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA CON LA MEDICIÓN DEL CUESTIONARIO CVP-35 noviembre 2011. Perú
26. Mirian Grimaldo Muchotrigo, CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD, Rev. Psicol. 12, 51-80, 2010
27. URL: <http://www.peruturismo.com/Imoquegua.htm>
28. Susana Albanesi de Nasetta. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2008.
29. PERA CRISTÓBAL en “Formación de los Profesionales de la Salud, una reflexión a las puertas del siglo XXI”
30. <http://www.paho.org/per/images/stories/PyP/PER39/ish-hospital-regional%20-moquegua.pdf>

ANEXOS

Dentro de los anexos se incluyen como anexo N° 1 el instrumento para la Recolección de información.

ANEXO N ° 1

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL A MEDICOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

EL SIGUIENTE INSTRUMENTO TIENE COMO OBJETIVO CONOCER SU OPINIÓN RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA Y MICRORED MARISCAL NIETO.

ESTO NO ES UNA EVALUACIÓN DE SUS OPINIONES, POR LO TANTO AQUÍ NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS.

LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PROPORCIONE SERÁ TRATADA BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD. GRACIAS

I. Antecedentes Personales y Laborales. Marque con un aspa (x)

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

Hombre Mujer

3. Estado Civil:

Soltero(a) Casado(a) Conviviente
 Separado(a)/Divorciado(a) Viudo(a)

4. Número de Hijos:

0 hijos 1 hijo 2 hijos Más de 2 hijos

5. Situación Laboral:

Nombrado Contratado

6. Profesionales:

Médico general Médico especialista especialidad: _____

7. Servicio en el que labora actualmente:

Medicina Cirugía
 Gineco- Obstetricia Pediatría
 Neonatología Patología Clínica y Anatomía Patológica
 Anestesiología y Centro Quirúrgico Diagnóstico por Imágenes
 Medicina Física y Rehabilitación Emergencia
 Cuidados críticos

8. Cargo que Ocupa

Jefe de Servicio Jefe de Departamento Asistente

9. Años de Actividad Laboral, _____ (Tiempo transcurrido desde que comenzó a trabajar de manera remunerada en cualquier institución).

ESTE ES EL FINAL DEL CUESTIONARIO, GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

CUESTIONARIO CVP-35 (anónimo)

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9. Motivación (ganas de esforzarme)										
10. Apoyo de mis jefes										
11. Apoyo de mis compañeros										
12. Apoyo de mi familia										
13. Ganas de ser creativo										
14. Posibilidad de ser creativo										
15. Desconecto al acabar la jornada laboral										
16. Recibo información de los resultados de mi Trabajo										
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo										
18. Falta de tiempo para mi vida personal										
19. Incomodidad física en el trabajo										
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21. Carga de responsabilidad										
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23. Tengo autonomía o libertad de decisión										
24. Interrupciones molestas										
25. Estrés (esfuerzo emocional)										
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo										
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual										
28. Variedad en mi trabajo										

29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas											
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas											
31. Lo que tengo que hacer queda claro											
32. Me siento orgulloso de mi trabajo											
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud											
34. Calidad de vida de mi trabajo											
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)											

NOTA: «nada» (valores 1 y 2); «algo» (valores 3, 4 y 5); «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10)