

# Aspectos de la vida familiar de los médicos de Santiago de Chile

## Aspects of family life of physicians in Santiago, Chile

Sylvia Santander Rigollet<sup>1</sup>  
Jorge Sánchez Castellón<sup>2</sup>  
Luis Zapata Pérez<sup>3</sup>  
Sebastián Sánchez Santander<sup>4</sup>

### Resumen

Este es el tercer y último capítulo de un estudio sobre los médicos de la Región Metropolitana de Chile. Presenta los resultados, obtenidos por encuesta, referentes a la vida familiar de los médicos.

Un 65% de los profesionales pertenecen a una familia biparental. Esta pertenencia aumenta a partir de la edad de 35 años y es menor en las mujeres médicos. Se encontró que hay características que se dan en asociación directa con la proporción de profesionales que viven en una familia biparental. Estas características son: 1) las horas de trabajo de los médicos varones; 2) indicadores de un funcionamiento familiar y de una comunicación intrafamiliar de buen nivel; 3) participación en rutinas y tareas familiares. La percepción masculina del nivel de las características 2) y 3) es más favorable que la percepción de las doctoras.

Otras características se dan en asociación con la proporción de profesionales que viven en una familia monoparental (o biparental reconstituida). Estas características son: 1) la participación en turnos, tanto de hombres como de mujeres, participación que es mayor en los/las más jóvenes; 2) la intensidad de trabajo de las mujeres predomina en las edades menores; 3) los síntomas emocionales de los médicos de ambos sexos coinciden con la situación de monoparentalismo.

Los problemas y preocupaciones de las familias de los médicos son del área de la salud y de la solvencia económica, y no se asocian con la edad ni con la estructura familiar.

Se deducen conclusiones de las tres partes del estudio. Los propios médicos son los llamados a cuidar su salud, en forma apropiada a su ciclo de vida personal y familiar, género y edad; y deben dar el ejemplo en este aspecto.

*Palabras clave:* Características de los médicos de Chile; estructura familiar; funcionamiento familiar; género; edad.

### Abstract

This is the third and last chapter of a survey of the life and circumstances of physicians in the Metropolitan Region of Chile. The first two chapters were published in the previous two issues of this journal (1, 2). This time the subject is the family life of the doctors. The proportion of physicians living in "biparental" or complete nuclear families is 65%. This percentage increases after age 35 and is lower in women.

Some traits are directly associated with the fact of living in a biparental family. These traits are: 1) the number of working hours of male physicians, which reach a maximum at the age in which biparentalism is most frequent; 2) the indicators of a good level of family functioning and interpersonal communication; 3) the level of participation in family routines and tasks. The male perception of the quality attained in traits 2) and 3) is more favourable than that of the lady doctors.

Other characteristics are associated with the fact of living in a monoparental or incomplete nuclear family, or in a reintegrated biparental one. These traits are: 1) for both sexes, participation in night shifts, which is more frequent among younger doctors; 2) the intensity of work of women physicians is higher when they are young and belong in a monoparental family; 3) emotional

**Recibido el 29 de enero de 2010. Aceptado el 13 de diciembre de 2010**

1 Médico Cirujano. Investigador adjunto de la Dirección de investigación Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago, Chile. Correspondencia a: silvia.santander@gmail.com

2 Médico Cirujano. Servicio de Ultrasonografía del Hospital San José. Santiago, Chile.

3 Médico Cirujano. Becado de Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco. Santiago, Chile.

4 Ingeniero Comercial. Santiago, Chile.

symptoms appear more frequently among doctors of both sexes who belong to monoparental families than among members of biparental ones.

The family concerns of doctors are found in the areas of health and of economic vulnerability and are independent of age and of family structure.

Conclusions drawn from the three chapters of the investigation are presented: doctors should take care of their own health, in a manner adapted to their personal and family life cycle, age and gender; and they should in this respect set an example to other community members.

---

*Key words:* Characteristics of Chilean physicians; family structure; family functioning; gender; age.

---

## INTRODUCCIÓN

Este es el tercer y último capítulo de un estudio sobre los médicos de la Región Metropolitana de Chile. El primero versó sobre la situación laboral, social y económica de ellos (1); el segundo, sobre su estado de salud (2). Este artículo se refiere a su vida familiar.

Los médicos son parte de la sociedad y comparten las características de la población general; pero también se diferencian por sus competencias y por la naturaleza de su trabajo y del objeto de su trabajo: la salud (5). Hemos analizado antes el carácter estratégico de este grupo, su papel de agentes en el progreso sanitario, social y cultural; y su rol como objeto y parte de los cambios que ellos mismos promueven (1, 2).

### Conocimientos que hacen falta.

- No hay información suficiente sobre la situación laboral de los médicos y sobre la relación de ésta con las características de su estilo y calidad de vida y la de su familia, ni sobre su estado de salud.

En el "Llamado a la Acción" de Toronto, del año 2005 (4), se reconoció la necesidad de investigar aquellos aspectos de la vida del personal de salud que permitan tomar decisiones políticas pertinentes basadas en hechos concretos.

El concepto de calidad de vida es amplio: considera todos los ámbitos en que se desenvuelven las personas, el desarrollo de su vida en sociedad y el sentimiento de bienestar por la satisfacción de sus deseos. Comprende las dimensiones física, psicológica, familiar, laboral y económica. Las demandas del trabajo, en particular, afectan la calidad de vida y, recíprocamente, ésta puede impactar en el desempeño profesional (5, 9, 10).

- En los últimos cincuenta años ha cambiado el perfil de la morbilidad, creando para los médicos

situaciones nuevas. Por una parte, pueden carecer de elementos suficientes para abordar y controlar temas emergentes, tales como la violencia intrafamiliar, el abuso del alcohol y de otras drogas, el embarazo en la adolescencia, los intentos de suicidio y el impacto de las nuevas tecnologías sobre la salud. Por otra parte, los pacientes están ahora más informados y son, por ello, más exigentes. También el sistema de atención es más competitivo y demandante.

Es necesario conocer en qué condiciones enfrentan los profesionales aquellos desafíos: cuál es su carga asistencial, cuántas son sus horas de trabajo, en cuántos lugares distintos atienden, cuál es el clima laboral en que se desenvuelven, cómo son las relaciones con los responsables jerárquicos, qué remuneraciones reciben, si hay inseguridad en el empleo; y cuánto tiempo les queda para el descanso, la recreación, el estudio y la expansión cultural (6, 7, 8).

- En la medida en que esas condiciones sean desfavorables, se afecta negativamente el estilo de vida, la relación con la familia (6, 7) y, finalmente, la salud de los médicos. Es conocida la manera en que las situaciones laborales que son crónicamente insatisfactorias comprometen la salud mental: stress, burn-out, cansancio emocional, despersonalización, desrealización personal. Son especialmente vulnerables las mujeres, los jóvenes y quienes se encuentran en las fases finales de su vida de trabajo (7, 8).

A su vez, tales problemas de salud pueden incidir en la relación médico-paciente y en el resultado del trabajo profesional, y no sólo en la vida privada y los derechos personales de los médicos afectados (5).

Puede haber, finalmente, una repercusión en la economía nacional: en EE UU, las consecuencias en salud mental de un trabajo profesional

deficientemente organizado han sido estimados en el equivalente de un 3,5% del Producto Interno Bruto.

Es importante precisar el comportamiento de estas variables para el caso de los médicos chilenos.

## OBJETIVOS

- 1.- Describir la distribución de los médicos de la Región Metropolitana según los tipos de estructura de sus familias y la relación de estos tipos con la edad y sexo de ellos.
- 2.- Describir la relación entre la estructura familiar, por una parte y las características laborales, las formas del funcionamiento familiar, las preocupaciones principales y ciertos síntomas emocionales de los profesionales, por otra parte.
- 3.- Evidenciar las diferencias de género que existan en algunas de las propiedades anteriores.
- 4.- Incorporar los hallazgos a una descripción integral de la vida de los médicos de la región.
- 5.- Formular las recomendaciones que resulten pertinentes al mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo de los médicos.

## MATERIAL Y MÉTODO

### 1. El universo

No existe un registro cabal del número de médicos que ejercen la profesión en el país, pues no se cuenta con un sistema de registro confiable de ellos como ocurría cuando todos los médicos chilenos se colegiaban al egresar. Un estudio proyectaba un número de 25.704 médicos en el país para el 2007. En el 2006 se informaba que de los 25.542 médicos que ejercían en Chile en el 2004 un 87,3% de ellos poseían un título otorgado por las universidades chilenas y un 12,7% eran médicos con títulos otorgados por universidades extranjeras. La relación de médicos por población ha evolucionado de tal manera que en 1977 existía un médico por cada 1.732 habitantes, y en el año 2004, ésta relación había llegado a un médico por cada 630 habitantes, para una población de 16.093.378 personas (1, 2).

### 2. La muestra

En mayo del 2008, fecha en que se propone la muestra, los médicos registrados en la base de datos del Consejo

Regional Santiago eran 12.552. A partir de ese marco muestral, se obtuvo en forma aleatoria una muestra representativa de los médicos de la Región Metropolitana, pensando en un nivel de confianza del 95%, un error máximo aceptable del 10% y una tasa de respuesta del 80%.

Se encuestó a 163 médicos (59% hombres y 41% mujeres). Sus edades están entre los 25 y los 72 años; el promedio del grupo es de  $44,17 \pm 11,98$  años. Todas las edades están representadas en la muestra; sin embargo hay en el grupo de adultos jóvenes, (25 a 34 años) una mayor proporción de mujeres, así como hay una representación menor de médicos de mayor edad en ambos sexos. Ello refleja la feminización y el rejuvenecimiento progresivos de la profesión.

Se utilizó como criterio para ser incluido en la muestra, la condición de ser médico chileno, hombre o mujer, de cualquier edad, seleccionado al azar desde la lista de colegiados del Colegio Médico de Chile que vivan en la región metropolitana. En los lugares donde no se pudo ubicar a alguno de los participantes o cuando alguno de ellos no estuvo de acuerdo en participar, se seleccionó al azar alguien de la misma institución por pareo, sexo edad. La variable que no se incluyó en esos casos fue la de ser médico colegiado.

La muestra incluye a profesionales que trabajan en Hospitales Públicos y Clínicas privadas de toda la Región Metropolitana

Se excluyen de este estudio, los médicos extranjeros y los de regiones distintas a la Metropolitana.

### 3. Instrumentos

El instrumento de evaluación es una encuesta confeccionada expresamente para este estudio por el investigador principal; registrada como "EVALMED" (3). Es una encuesta anónima, auto-administrada, cuyas variables permiten describir la situación de salud y estilo de vida de los médicos de la Región Metropolitana. Consta de 78 preguntas, y su aplicación dura 30 minutos aproximados. Se aplica luego de lectura y consentimiento informado<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Un proyecto de características similares fue desarrollado en el ámbito educacional en el 2006 por la investigadora proponente,

Modo de aplicación: Se realiza evaluación virtual así como encuesta impresa.

Codificación de variables. Ingreso de los datos obtenidos en una base de datos diseñada y programada para el estudio en base FileMaker Pro 8.0. Se utilizó el programa computacional SPSS 15 para el sistema de registro de variables.

Para efectos del análisis, consideramos significativo el valor "p" <0,05.

Hay tablas en que el total no coincide con el de la muestra (163 médicos encuestados), ya sea porque los encuestados no respondieron (y estas diferencias no superan el 10% de los casos) o porque la pregunta no es aplicable.

## RESULTADOS

### Estructura familiar:

En el grupo encuestado, la estructura de sus familias es con mayor frecuencia biparental (65,24%), siendo esta proporción mayor que en la familia chilena<sup>6</sup> (61,2%). La familia de estructura biparental es más frecuente en el grupo de hombres (73,9%) que en el de mujeres (53,85%). Este tipo de estructura familiar, disminuye entre los 45-49 años, y aumenta a cifras cercanas al 80% después de los 50 años, a expensas de las familias reconstituidas. Las diferencias de estructura familiar por sexo y edad son significativas ( $p < 0,05$ ). Cerca del 90% de los médicos con familias de estructura biparental, son médicos casados o en convivencia estable, o pertenecen a familias reconstituidas<sup>7</sup>, siendo éste último tipo de familia, más frecuente en hombres que en mujeres  $p < 0,05$ . El grupo de médicos cuya familia es de estructura monoparental, está formado por solteros (12,5% de los varones y 35,8% de las mujeres,  $p = 0,018$ ), viudos (0,6%), separados, anulados y divorciados, sin pareja actual (7,3%). Se incluye

en este grupo a los médicos que viven solos (8,5%) (Tablas 1, 2, 3, 4 y 5).

### Estructura familiar en relación con variables laborales:

Las mujeres cuya familia es monoparental trabajan más horas y hacen más turnos que las mujeres de familia biparental. En cambio, trabajan más horas, los hombres que pertenecen a familias biparentales; pero realizan turnos con más frecuencia los hombres cuya familia es monoparental. La diferencia de estructura familiar entre médicos que hacen y no hacen turno es significativa ( $p > 0,05$ ) (Tablas 6, 7, 8, 9 y 10).

### Funcionamiento familiar:

La mayoría de los médicos, sin diferencias por sexo, refieren un buen funcionamiento familiar. La profesión les permitiría compartir tiempo y actividades en familia, "siempre", a sólo el 35,8% de los médicos entrevistados. Cuando la pregunta se formuló como ¿disfruta su tiempo libre en familia?, el 75,2% respondió "siempre". Aquí hubo diferencia significativa por sexo: el 82,1% de los hombres y el 65,2% de las mujeres contestaron "siempre". El 32,7% de los médicos refiere que "siempre" tiene tiempo para desarrollar actividades distintas de su trabajo, como deporte, pintura, lectura, o ir al cine; en este aspecto también hay una diferencia significativa entre hombres (40,0%) y mujeres (22,4%). Hay una diferencia inversa y también significativa entre los sexos frente a la afirmación: "a veces llego a la casa cuando todos duermen"; esto le ocurre al 41,1% de los varones y sólo al 28,3% de las doctoras (Tablas 11, 12, 13, 14, 15).

### Comunicación familiar:

Cerca de un 90% de los médicos expresa que sus hijos pueden contar con ellos; cerca de la mitad dedica tiempo para conversar con los hijos y dicen que esto les satisface, que entienden a sus hijos y que sus hijos les comunican sus sentimientos con facilidad. No hay diferencias por sexo en estas variables. El 66,1% siente que siempre se comunica bien con su pareja (Tablas 16 y 17).

### Rituales y reglas familiares:

De los médicos evaluados más del 73,5% relata que en sus familias, las normas y reglas son respetadas; un 66,7% refiere que los problemas se conversan en casa; comparten las rutinas como las comidas diarias familiares,

con el patrocinio de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Publicado en la Revista de Investigación I+D N°:7. En este proyecto se sometió a revisión la validez, pertinencia y confiabilidad del instrumento. La propuesta del grupo de investigación para el FORSID fue de replicar el proyecto piloto ya realizado en una muestra representativa de los Médicos de la Región Metropolitana.

6 Encuesta Casen 2007

7 Familia reconstituida: formadas por médicos separados, anulados o divorciados y que tienen convivencia o matrimonio actual

en un 42,3%; cerca del 40% refiere que en las tareas del hogar colabora toda la familia y que existen turnos de tareas y responsabilidades, pero las mujeres declaran estas características con menor frecuencia que los hombres ( $p: <0,05$ ). (Tablas 13, 18, 19, 20, 21)

### **Preocupaciones en el aspecto familiar:**

A más del 80% de los médicos les preocupa mucho que sus hijos, su pareja o sus padres se enfermen o mueran. Sobre el 75% refiere que les preocupa mucho no tener ingreso suficiente para cancelar los gastos, para hacer frente a una enfermedad catastrófica o a un problema económico familiar; y llegar a adulto mayor sin seguridad económica. En estas variables no hay diferencias significativas por sexo; sí las hay según edad, de manera que a medida que ésta avanza, aumenta el número de médicos a los que les preocupa mucho "que uno de sus hijos se enferme;" "o tener ingreso suficiente para cancelar los gastos" y "el fracaso de los hijos en sus estudios" ( $p: 0,045$ ) (Tablas 22 y 23).

### **Relación entre la estructura familiar y la salud mental de los médicos:**

No encontramos relación entre la estructura familiar y los problemas de salud mental. No existe diferencia significativa en la prevalencia de depresión al comparar a los médicos que pertenecen a las familias biparentales y monoparentales, tampoco existe diferencia al desagregar por sexo. Sin embargo, observamos diferencias significativas al analizar síntomas específicos:

- Encontramos con mayor frecuencia el síntoma "*problemas para dormir todas las noches*" en los médicos de familias monoparentales, sin diferencia significativa por sexo ( $p: 0,066$ ).
- El síntoma "*han estado tan inquietos que no pueden permanecer sentados, casi todos los días*", se presenta con menor frecuencia en los médicos cuyas familias son de estructura biparental; esta diferencia no resulta significativa. Por otro lado, éste síntoma es menos frecuente en los hombres de familia biparentales que en las mujeres de este mismo tipo de familias; esta diferencia sí es significativa ( $p: 0,05$ ).
- El síntoma emocional que se refiere a "*cambios importantes en el apetito*", es más frecuente en los hombres y mujeres de familias monoparentales,  $p: 0,002$ .

- El síntoma emocional "cambios importantes en el peso (más o menos 4 Kg.) es más frecuente en hombre y mujeres de familia Monoparental ( $p: 0,034$ ).
- Los médicos de ambos sexos cuyas estructuras familiares son biparentales parecen estar más protegidos de la aparición de algunos síntomas emocionales (Tabla 24).

### **Horario laboral de la pareja en médicos que presentan cuadros depresivos:**

Existe un mayor número de mujeres con cuadros depresivos entre las que refieren que su pareja está cesante. Esta diferencia es significativa ( $p: 0,04$ ). En los hombres no hay diferencia significativa en esta variable ( $p: 0,254$ ).

Encontramos relación entre la presencia de síntomas emocionales con el trabajo de su pareja, en las mujeres médicos: en ellas, existen diferencias significativas en la presencia de casi todos los síntomas emocionales al comparar con los distintos horarios de trabajo de las parejas. Lo llamativo es, que de las mujeres que refieren que su pareja está cesante, así como en las que refieren que su pareja no trabaja, todas presentan estos síntomas; en tanto entre las mujeres médicos que no tienen pareja, un 50% de ellas presentan estos síntomas ( $p: 0,008$ ). En los hombres no hay relación entre la presencia de síntomas emocionales y horario de trabajo de la pareja.

### **El ciclo vital:**

Es importante tener en cuenta que el grupo de "los médicos", está formado por personas, que forman parte de la sociedad, relacionándose con ella desde el entorno y protección de una familia, cuyas características corresponderán a la etapa del ciclo vital en que se encuentren, (familia de adolescentes, en la edad media de la vida, o familias de adultos cercanos a la etapa de adulto mayor). Así se ha visto en estos resultados. Los desafíos de cada etapa del ciclo vital familiar son diversos, obligando a los profesionales a combinar la complejidad de su rol profesional con las demandas de su rol familiar, por lo que es importante que ellos comprendan en profundidad las etapas de este ciclo y los cambios normativos consiguientes de toda familia; esto será útil para comprender las situaciones que ocurren con su propia familia así como para la comprensión de las familias de sus pacientes. En cada etapa del ciclo vital, los miembros de las familias deberán ajustar y redefinir

los roles de sus miembros, los padres deben fijar límites y definir deberes y derechos, lo que obliga a reorganizar las futuras tareas y desafíos generando tensiones que será necesario sortear.

**Síntesis de resultados directamente relacionados con la vida familiar:**

Un 65% de los profesionales pertenecen a una familia biparental. Esta pertenencia aumenta a partir de la edad de 35 años y es menor en las mujeres médicos. Hay características que se dan en asociación directa con la proporción de profesionales que viven en una familia biparental. Estas características son: 1) las horas de trabajo de los médicos varones; 2) indicadores de un funcionamiento familiar y de una comunicación intrafamiliar de buen nivel; 3) participación en rutinas y tareas familiares. La percepción masculina del nivel de las características 2) y 3) es más favorable que la percepción de las doctoras.

Otras características se dan en asociación con la proporción de profesionales que viven en una familia monoparental (o biparental reconstituida). Estas características son: 1) la participación en turnos, tanto de hombres como de mujeres, participación que es mayor en los/las más

jóvenes; 2) la intensidad de trabajo de las mujeres predomina en las edades menores; 3) los síntomas emocionales de los médicos de ambos sexos coinciden con la situación de monoparentalismo.

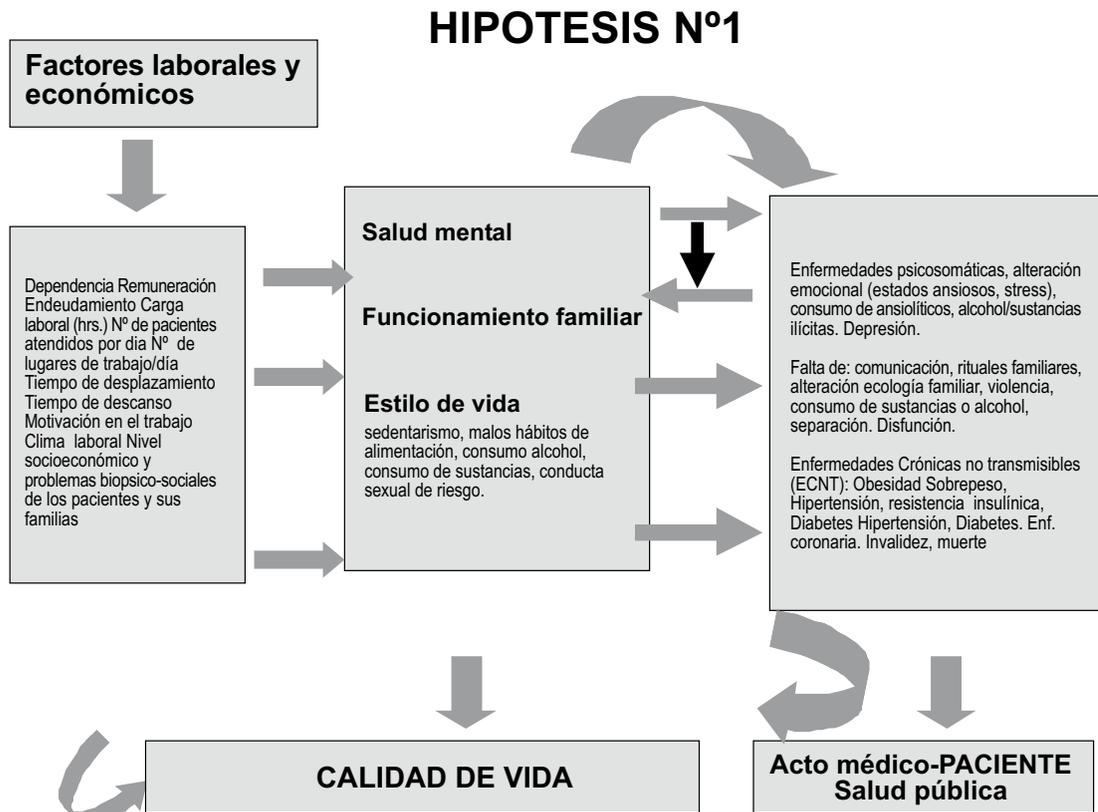
Los problemas y preocupaciones de las familias de los médicos son del área de la salud y de la solvencia económica, y no se asocian con la edad ni con la estructura familiar.

Los médicos que viven sin pareja tienden a tener dificultades para dormir, inquietud motora, cambios del apetito y del peso. Estos síntomas se dan también de manera especial en mujeres médicos cuya pareja no está trabajando.

**COMENTARIO FINAL**

Se exponen dos esquemas – hipótesis 1 y 2 – cuyo propósito es explicar la interacción de variables que hemos encontrado en el estudio total. La síntesis que antecede puede insertarse en estos esquemas.

Luego de la exposición de las tres partes de este estudio, esperamos haber aumentado la comprensión del modo en que se ven afectadas, la situación familiar, emocional,



de salud, estilo de vida y calidad de vida (biopsicosocial) de los médicos, por factores laborales y económicos derivados del ejercicio de su profesión. En este estudio, hemos identificado tres grupos vulnerables desde el punto de vista económico dentro del grupo médico, a saber: los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, de manera que los factores potenciales de pobreza e inequidad que están presentes en la sociedad en general, también lo están dentro del gremio de los médicos.

Aunque en el grupo en estudio el factor laboral y el económico\* se asocian claramente con la inequidad de género, preocupa también el impacto que esos dos factores\* tienen en uno y otro sexo sobre la salud mental y el funcionamiento familiar.

Por otro lado, dentro de las variables analizadas, destacan las relacionadas con las determinantes de salud (sedentarismo, malos hábitos de alimentación entre otras) predictoras de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Dichos factores se presentan en el grupo con alta prevalencia; junto a ello se comprobó en ellos una alta prevalencia de ECNT. Aunque los médicos de ambos sexos son muy vulnerables a este tipo de patología por las altas cifras de sedentarismo y los malos hábitos de alimentación y estilo de vida, son los de sexo masculino quienes se encuentran en situación de mayor riesgo(2).

Conocer el efecto biomédico y psicosocial de las variables laborales en el grupo médico, y su relación con la vida familiar, nos permitirá diseñar programas de promoción y prevención de salud en nuestros lugares de trabajo, así como en nuestro ámbito familiar y personal.

El grupo de los médicos incide en el costo de las licencias por enfermedad en una proporción menor que la población general. Llama la atención el hecho de que a pesar que la morbilidad referida por los médicos está dentro de las cifras de prevalencia de la población general, el número de licencias por médico al año (0,33 y 0,32 en médicos hombres y mujeres respectivamente), es menor que la que algunos estudios han registrado para la población general, (1,2, 2,7 y 1,3 licencias por año): Gazmuri (1989), Ibacache (1996) o Montero (1998) respectivamente, en Mesa y Kaempffer (2004)<sup>8</sup>. Hemos

puesto en evidencia en este estudio que el grupo de médicos asume con alta frecuencia conductas de riesgo para la salud, que condicionan una morbilidad similar a la de la población general. Sin embargo, los médicos son una población sub-consultante, se auto-medican con frecuencia y solicitan pocas licencias médicas. Por ello son vulnerables, con mayor riesgo para la presentación de patología oncológica de diagnóstico tardío o de agravamiento de patología crónica. Esta forma de actuar con la propia salud, aumenta sus costos finales repercutiendo en la familia, en su trabajo y en forma indirecta en los pacientes. Es altamente probable que los médicos trabajen aún estando enfermos; la explicación plausible es que para muchos su ingreso es altamente dependiente de su ingreso por consulta privada sin que por ello dejen de trabajar en el sistema público.

## CONCLUSIONES

### Los médicos población estratégica

En el ejercicio diario de la medicina, los miembros de esta profesión, son también potente influencia en la comunidad académica y en la comunidad general, ejerciendo un rol activo en la educación y formación de las generaciones de médicos y profesionales de colaboración médica, así como en la educación ejercida a través de sus prescripciones en forma directa a los pacientes. Teniendo en consideración el importante rol del médico, así como su fuerte influencia en la comunidad, es que planteamos en la propuesta de investigación lo relevante que era lograr información sobre la situación biopsicosocial de ellos.

Creemos que este gremio es visualizado socialmente como perteneciente a un estrato de alto poder adquisitivo

*empresa*. Revista Médica de Chile. Consultado en Marzo del 2009 en <http://www.cielo.cl/>.

Gazmuri A (1989): Tesis Magister Salud Pública: Estudio de Ausentismo en trabajadores de un hospital. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 1989. <http://catalogo.u.cl/web2/tram2>.

Ibacache J. (1996): Tesis Magister Salud Pública: Ausentismo de causa médica de los funcionarios del hospital de Temuco. Años 1992-1993-1994. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 1996. <http://catalogo.u.cl/web2/tram2>.

Montero M. (1988): Tesis Magister Salud Pública: Ausentismo laboral por licencia médicas en instituciones privada de salud: Un caso de la sociedad de Beneficencia, Hospital Alemán- Clínica Alemana. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 1988. <http://catalogo.u.cl/web2/tram2>.

8 Mesa, R Francisco. Kaempffer, R Ana María (2004). *30 años de estudio sobre el ausentismo laboral en Chile. Una perspectiva por tipos de*

y por lo tanto cada miembro de él debe representarse de acuerdo a lo que se espera de él. Sin embargo, nuestro estudio pone en evidencia en el grupo de los médicos diferencias, por sexo y edad al igual que las que existen en todo el conjunto de la sociedad chilena. En este grupo profesional en que se considera que todos son pares, existe una brecha importante en las condiciones sociales y económicas en el grupo de los más jóvenes, las mujeres y los adultos mayores.

Es un imperativo ético velar por el cuidado de nuestra salud, fomentar estilos de vida saludable en nuestro gremio y en toda la familia médica. Somos un referente para la población general y es importante que nuestras conductas reflejen en nuestra vida diaria, laboral y familiar lo que promovemos en nuestras consultas diarias y en nuestras consejerías a nuestros pacientes (4).

Finalmente planteamos una pregunta que emerge con mucha fuerza a partir del conjunto de resultados de esta investigación y que queda abierta al debate por la trascendencia que su respuesta tiene para todos los médicos del país:

**“¿Quién cuida de la salud de los médicos?”**

**Referencias**

1. Santander R. S, Sánchez C. J., Zapata P. L., Sanchez S. S. (2010) *Situación laboral, económica y académica de los médicos de la Región Metropolitana, como una dimensión de su calidad de vida. Cuad Med Soc (Chile) 2010; 50: 24-38.*
2. Santander R. S, Sánchez C. J., Zapata P. L., Sanchez S. S. (2010) *La salud de los médicos de la Región Metropolitana y algunos de sus determinantes. Cuad Med Soc 2010; 50:220-234.*
3. Santander R. S. (2009). *Encuesta “EVALMED. Instrumento de evaluación integral de la situación de vida de los*

*médicos. Registro de propiedad intelectual: 157.163. Fecha: 28 de Agosto del 2006.*

4. OMS. *Carta de Ottawa (1986). Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, noviembre de 1986. Recuperado el 12 de Junio del 2009, de <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca7adolpubs.htm>.*
5. Frank E Rothenberg R, Lewis Ch, Belodoff BF (2000): *“Correlates of Physician prevention related practices. Findings from the Women Physicians Health Study. Archives of family medicine 2000: 9:359-67.*
6. Florenzano, R. (1995): *“Familia y Salud de los Jóvenes”. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995.*
7. Hernández, A. (1999): *“Familia y Adolescencia”. “Indicadores de Salud”. Manual de aplicación de instrumentos e instrumento abreviado. Organización Panamericana de la Salud. Fundación Kellogg. Washington D. C. USA, 2ª Edición, Diciembre 1999. [2008-05-16], pp. 175-181. Disponible em: Montero, Isabel. Aparicio, Dolores. Gómez-8.Beneyto, M et.al. (2008) *“Género y salud mental en un mundo cambiante”. Gac Sanit. [online]. [citado [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=pt&nrm=iso)]. ISSN 0213-9111.**
8. Moyano Diaz, E, Ramos Alvarado, N (2008): *“Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Universum. [online] 2007, vol.22, no.2 [citado 16 Maio 2008], p.177-193. Disponible na World Wide Web.[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)*
9. Santander, R Sylvia, Zubarew, G Tamara; Santelices, C Lucía; Argollo, M Pamela; Cerda, L Jaime; Bórquez, P Mariana, *Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos, Rev Med Chile 2008; 136: 317-324.*
10. Von Bertalanffy (1998) *“General System Theory”. New York: George Braziller.*

## TABLAS

**Tabla 1:**  
**Estructura familiar**

	Masculino	Femenino	p: Por sexo	p: Por edad
Familia Biparental	74,0%	53,73%	0,006	0,05
Familia biparental Original	63,5%	47,8%		
Familia Biparental reconstituida	10,4%	6,0%		
Familia Mono-parental	26,0%	46,26%	0,018	
Solteros	12,5%	35,8%		

**Tabla 2:**  
**Estructura familiar de familias biparentales por sexo (p: 0,026)**

		Estructura Familiar			Total N: 163
		Biparental N:107		Mono-parental N: 56	
		Biparental Original	Biparental reconstituida		
Masculino	N	61	10	25	96
	%	63,5%	10,4%	26,0%	100,0%
Femenino	N	32	4	31	67
	%	47,8%	6,0%	46,3%	100,0%
Total	N	93	14	56	163
	%	57,1%	8,6%	34,4%	100,0%

**Tabla 3:**  
**Estructura familiar según edad**

Edad	Biparental %	Monoparental %
25 - 29	46,4	53,6
30 - 34	45,8	54,2
35 - 39	83,3	16,7
40 - 44	71,4	28,6
45 - 49	57,1	42,9
50 - 54	79	21
55 - 59	80	20
60 - 64	76,9	23,1
65 - 69	75	25
70 - 74	100	0

**Tabla 4:**  
**Estado Civil**

	Soltero	Casado	Convive	Viudo	Separado	Divorciado o anulado	Total
Masculino	12,50%	65,63%	8,33%	1,04%	7,29%	5,21%	100%
Femenino	35,82%	44,78%	8,96%	0,00%	5,97%	4,48%	100%
Total	22,09%	57,06%	8,59%	0,61%	6,75%	4,91%	100%

**Tabla 5:**  
**Número de personas que forman su familia**

1 pers.	2 pers.s	3 pers.s	4 pers.s	5 pers.s	6 pers.s	7 pers.s	8 -10 pers.s	11 - 12 pers.s
10,1%	11,4%	22,2%	20,3%	20,3%	9,5%	3,6%	1,3%	1,3%

**Tabla 6:**  
**Estructura familiar vs. variables laborales**

	Masculino		Femenino		P: Masculino	P femenino
	BP	MP	BP	MP		
Trabaja mas de 50 hrs.	56,7%	42,9%	28,1%	12,9%	n/s	n/s
Realiza turnos	50,0%	62,5%	22,9%	48,4%	0,290	0,030

**Tabla 7:**  
**Estructura familiar vs. Horas de trabajos en hombres**

Tipo de familia	22 hrs.	33 hrs.	44 hrs.	más de 44 hrs.	más de 50 hrs.	Jubilado honorarios reemplazos	Otra situación	Total
Familia biparental	3,0%	4,5%	13,4%	17,9%	56,7%	1,50%	3,00%	100%
Familia monoparental	9,5%	14,3%	19,0%	9,5%	42,9%	0,00%	4,80%	100%
Total	4,5%	14,3%	19,0%	9,5%	42,9%	0,00%	4,80%	100%

**Tabla 8:**  
**Estructura familiar y número de horas de trabajo semanal de las mujeres**

Tipo de familia	22 hrs.	33 hrs.	44 hrs.	45-50 hrs.	más de 50 hrs.	Jubilado honorarios reemplazos	Otra situación	Total
Familia biparental	8,4%	12,5%	31,3%	6,3%	28,1%	9,4%	3,1%	100%
Familia monoparental	6,5%	18,4%	19,4%	32,3%	12,9%	9,7%	0,0%	100%
Total	7,9%	15,9%	25,4%	19,0%	20,6%	9,5%	1,6%	100%

**Tabla 9:**  
**Comparación de la estructura familiar de mujeres que realizan y no realizan turnos**

Turnos	Familia biparental	Familia monoparental	Total
Si	22,90%	48,40%	34,80%
No	77,10%	51,60%	65,20%

**Tabla 10:**  
**Comparación de la estructura familiar de hombres que realizan y no realizan turnos**

Turnos	Familia biparental	Familia monoparental	Total
Si	50,00%	62,50%	53,20%
No	50,00%	37,50%	46,80%

**Tabla 11:**  
**Funcionamiento familiar y roles**

	masculino	Femenino	p:
Disfruta su tiempo libre en familia	82,1%	65,2%	0,012
Puede desarrollar alguna actividad distinta de su trabajo, (deporte pintura, lectura, cine) en su tiempo libre	40,0%	22,4%	0,040
Llego a casa cuando ya todos duermen (algunas veces)	41,1%	28,3%	0,039
Siento que me he perdido muchos momentos significativos de mi familia (Siempre)	4,4%	17,9%	0,016
En casa nos turnamos las tareas y responsabilidades (siempre)	48,3%	29,1%	0,012

**Tabla 12:**  
**Intensidad con la que siente las siguientes situaciones**

	Su familia se preocupa por sus sentimientos	Su familia lo entiende	Su familia valora su trabajo	Su familia y ud. tienen momentos de alegría juntos
Nunca	1,2%	0%	0%	0%
A veces	24,4%	39,3%	20,4%	21,7%
Siempre	74,4%	60,7%	79,6%	78,3%

**Tabla 13:**  
**Intensidad con la que siente las siguientes situaciones**

	Cuenta con el apoyo de la pareja frente a las dificultades	Las reglas en su casa son claras	Los problemas se conversan en casa	Ud. es una persona optimista
Nunca	2,1%	1,2%	0,6%	1,2%
A veces	20,7%	25,3%	32,7%	23,5%
Siempre	77,2%	73,5%	66,7%	75,3%

**Tabla 14:**  
**Intensidad con la que siente las siguientes situaciones**

	Disfruta de tiempo libre con su familia	Tiene tiempo para ver a sus padres sus hijos los fines de semana	Su profesión permite compartir tiempo y actividades en familia	Comparte algunas comidas cada día en familia
Nunca	1,2%	1,3%	0,6%	10,4%
A veces	23,6%	38,1%	63,5%	47,2%
Siempre	75,2%	60,6%	35,8%	42,3%

**Tabla 15:**  
**Intensidad con la que siente las siguientes situaciones**

	Comparte algunas comidas en familia el fin de semana	Las vacaciones son respetadas sagradamente y las toma en familia	Puede desarrollar alguna actividad distinta de su trabajo (deporte, pintura, lectura, cine) en su tiempo libre	Las fiestas tradicionales siempre puede pasarlas en familia
Nunca	0%	7,5%	15%	3,7%
A veces	27,3%	20,6%	51,9%	39,3%
Siempre	72,7%	71,9%	32,7%	57,1%

**Tabla 16:**  
**En relación con las siguientes afirmaciones respecto a sus hijos**

	Dedico tiempo cada día para hablar con mis hijos	Me satisface cómo converso con mis hijos	Mis hijos me expresan fácilmente sus sentimientos	Creo que entiendo a mis hijos
Nunca	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%
Rara vez	5,9%	3,4%	13,8%	3,4%
A veces	49,6%	45,4%	43,1%	39,8%
Siempre	43,7%	50,4%	42,2%	55,9%

**Tabla 17:**  
**En relación con las siguientes afirmaciones respecto a su familia**

	Mis hijos cuentan conmigo si están en dificultades	Tengo comunicación y cercanía con mi pareja	Llego a casa cuando todos duermen	Siento que me he perdido muchos momentos significativos de mi familia	Realizo alguna actividad en familia, por lo menos una vez por semana
Nunca	0,8%	0,8%	23,1%	12,2%	1,3%
Rara vez	0,8%	7,4%	39,8%	24,5%	10,7%
A veces	10,1%	25,6%	36,4%	53,7%	32,7%
Siempre	88,2%	66,1%	0,7%	9,5%	55,4%

**Tabla 18:**  
**De las siguientes afirmaciones respecto a su familia**

	Me gusta pasar junto a mi familia el tiempo libre	Siento que mi familia me comprende	En casa nos turnamos las tareas y responsabilidades	Comparto con parientes cercanos eventos importantes	Me satisface la relación con mis parientes
Nunca	0,7%	0,0%	3,4%	1,3%	0,6%
Rara vez	0,7%	5,3%	8,3%	16,8%	7,1%
A veces	22,0%	40,8%	47,6%	46,3%	41,6%
Siempre	76,7%	53,9%	40,7%	35,6%	50,6%

**Tabla 19:****En casa nos turnamos tareas y responsabilidades**

Sexo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Masculino	2%	3%	46%	48%
Femenino	6%	16%	49%	29%
Ambos sexos	4%	8%	47%	41%

**Tabla 20:****Respecto de las tareas del hogar**

Sexo	Colabora toda la familia	Tareas que debe hacer al llegar del trabajo	Le ayuda alguien a quien debe pagar	Realizadas por una persona pagada que aloja en casa	Otra
Masculino	42%	1,1%	36,4%	18,2%	2,3%
Femenino	29,7%	9,4%	42,1%	10,9%	0%
Ambos sexos	36,8%	4,6%	38,2%	15,1%	1,3%

**Tabla 21:****Tiene oportunidad de comer en familia a alguna hora del día**

Sexo	Casi siempre	Alguna vez	Rara vez	nunca
Masculino	38,9%	37,9%	20%	3,2%
Femenino	50,8%	12,3%	24,6%	12,3%
Ambos sexos	43,8%	27,5%	21,9%	6,9%

**Tabla 22:****Preocupaciones familiares**

	No preocupa	Preocupa poco	Preocupa mucho	p: según sexo	p: por edad
Que uno de sus padres se enferme o muera	5,3	13,2	81,6	0,957	0,418
Que uno de sus hijos se enferme	3,9	11,7	84,4	0,963	0,006
Tener una enfermedad catastrófica	3,8	18,5	77,7	0,462	0,203
Enfermedad o muerte de su pareja	5,9	11,1	83,0	0,109	0,699
La separación de la pareja	14,6	19,2	66,2	0,359	0,492
Llegar a adulto mayor sin seguridad económica	5,7	18,5	75,8	0,268	0,246
Tener problema económico familiar	3,8	20,3	75,9	0,432	0,182
No tener ingreso suficiente para los gastos	7,6	14,0	78,3	0,460	0,050
Que uno de sus hijos fracase en sus estudios	8,9	26,8	64,2	0,652	0,050

**Tabla 23:****Problemas familiares que preocupan mucho según edad**

Edad	Que uno de sus hijos se enfermen	Tener ingresos suficientes para sus gastos	Fracaso de uno de sus hijos en los estudios
25-29 años	44,4%	74,1%	50%
30-34 años	76,9%	73,9%	63,4%
35-39 años	91,7%	83,3%	41,7%
40-44 años	89,5%	81%	73,7%
45-49 años	85,7%	90%	75%

**Tabla 24:****Estructura familiar vs. variables emocionales**

	Masculino		Femenino		P: Por E.F	P: M: P.F:
	BP	MP	BP	MP		
	Si	Si	Si	Si		
Problemas para dormir todas las noches					0,066	0,05
Tan inquietos que no pueden permanecer sentados	11,3%	36,0%	13,4%	25,6%	0,174	n/s
Cambio en el apetito	14,1%	32,0%	20,0%	29,0%	0,002	0,030
Cambio importante de peso	23,9%	36,0%	22,2%	35,5%	0,034	0,018