

Trabajo Fin de Grado

Análisis de la encuesta nacional de Comportamientos y Actitudes del Médico/a ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE) desde la perspectiva de género.

Analysis of the National Survey on Behaviours and Attitudes of Doctors Facing Self-Illness (BADOSI) regarding Gender Perspective

Autora

Inés Sebastián Sánchez

Directoras

María Pilar Astier Peña

Bárbara Marco Gómez

Candela Pérez Álvarez

CATEDRA DE PROFESIONALISMO Y ETICA CLINICA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

2020



En agradecimiento a todo el Grupo de Investigación de la Universidad de Zaragoza, especialmente a Pilar Astier, por su dedicación en este proyecto y por transmitir su compromiso con la investigación. Sin ellos, éste no hubiera sido posible. Gracias.



INDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. El médico/a como paciente.....	3
2.2. La salud desde la perspectiva de género	4
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	5
3.1. Hipótesis del estudio.....	5
3.2. Objetivos	6
3.2.1. Objetivo general.....	6
3.2.2. Objetivos específicos.....	6
4. MATERIAL Y METODOS	7
4.1. Análisis bivariado por sexo.....	8
4.1.1.- Análisis cuantitativo	8
4.1.2. Análisis de las respuestas cualitativas.....	8
4.2. Análisis multivariante de tipo regresión logística binaria	9
4.2.1. Modelo 1: Percepción y afectación de la salud.....	9
4.2.2. Modelo 2: Comportamientos de riesgo	10
4.2.3. Modelo 3: Autoconfianza	10
4.2.4. Modelo 4: Confidencialidad.	11
4.2.5. Modelo 5: Relación con otros colegas siendo hombre o mujer	11
4.3. Comparación de la encuesta CAMAPE con la ENS17	11
4.4. Cuestiones éticas.....	12
4.5. Cuestiones de género.....	12
5. RESULTADOS	13
5. 1. Resultados del análisis bivariado.....	13
5.1.1. Análisis cuantitativo	13
5.1.2. Análisis de las respuestas cualitativas.....	23
5.2. Análisis estadístico multivariante por regresión logística binaria.....	24
5.2.1. Resultados modelo 1: percepción y afectación de la salud	24
5.2.2. Resultados modelo 2: comportamientos de riesgo sobre la salud-enfermedad.....	25
5.2.3. Resultados modelo 3: autoconfianza	25
5.2.4. Resultados modelo 4: confidencialidad	25
5.2.5. Resultados modelo 5: relación con otros colegas siendo hombre o mujer	26
6. DISCUSIÓN.....	26
6.1. Limitaciones y fortalezas de la encuesta.....	26



6.2. Comparación con la población general del mismo nivel de estudios y edad	27
6.3. Variables significativas del análisis bivariado con peso importante en la investigación .	30
6.4. Comentarios de los modelos mutivariantes	34
6.5. Futuras líneas de investigación	36
7. CONCLUSIONES	37
7. BIBLIOGRAFIA	39
8. ANEXOS	42
8.1. Anexo 1. Figuras	42
8.2. Anexo 2. Variables de la encuesta CAMAPE con las opciones de respuestas y recodificaciones empleadas.	43
8.3. Anexo 3. Recodificación de las especialidades en la encuesta CAMAPE	51
8.4. Anexo 4. Descripción de las variables de la encuesta según el género	53
8.5. Anexo 5. Variables utilizadas para los modelos multivariantes	111
8.6. Anexo 6. Resultados de los modelos multivariantes.....	114
8.7. Anexo 7. Resultado de los modelos multivariantes por especialidades	118
8.8. Anexo 8. Tablas de la ENS17	121
8.9. Anexo 9: Documento de aceptación del CEICA.....	124



1. RESUMEN

OBJETIVOS. Describir las diferencias entre médicos y médicas en su proceso de enfermar a través del análisis de la encuesta CAMAPE (Comportamientos y Actitudes del Médico/a ante su Proceso de Enfermar).

MÉTODO. 1. Análisis estadístico por sexo de cada variable de la encuesta CAMAPE. 2. Creación de diferentes modelos de comportamiento respecto a la enfermedad para el grupo de médicos/as en activo y análisis multivariante de las diferencias entre géneros mediante regresión logística binaria.

RESULTADOS. Han respondido 4308 médicos/as (1858 hombres y 2450 mujeres) de las etapas profesionales (MIR, Activos y Jubilados) corroborando la feminización de la Medicina y mostrando diferencias estadísticamente significativas entre el comportamiento de hombres y mujeres. Las mujeres son más jóvenes y trabajan en especialidades médicas del sector público. Los hombres cuentan con más años y más horas semanales trabajadas. Están más representados en el sector privado y más frecuentemente casados. Los hombres sufren más enfermedades crónicas que las mujeres y ellas tienen un mejor estado de salud percibido. Pero, son ellas quienes tienen un mayor porcentaje de autoprescripción de analgésicos y quienes cuentan con periodos de baja más largos. Hombres y mujeres coinciden en la relación directa entre salud y trabajo, siendo ellas quienes más admiten que el trabajo ha condicionado su salud y las que más acuden a trabajar estando enfermas por miedo a perder su trabajo. Ambos géneros, especialmente hombres, presentan conductas de riesgo en relación con el cuidado de su salud (consultas informales, automedicación, falta de médico/a de familia, alcohol). A pesar de una alta satisfacción laboral, refieren ansiedad en un alto porcentaje, tres veces más que la población general. Ambos géneros estarían dispuestos a renunciar a la confidencialidad para agilizar el proceso diagnóstico. Ser médico/a-paciente ha sido beneficioso para todos/as en la atención recibida. Las mujeres se sienten más inseguras cuando atienden a compañeros enfermos y solicitan recibir formación para ello.

CONCLUSIONES. Tomar conciencia del proceso de enfermar de los médicos/as es esencial para la mejora de la calidad asistencial. Trasladar a la práctica las propuestas del análisis de esta encuesta nacional y profundizar en algunas diferencias constituirá la siguiente etapa del proyecto de investigación.

PALABRAS CLAVE: médico/a enfermo, género, enfermedad, comportamientos de riesgo, salud.



ABSTRACT

OBJECTIVES. To describe the differences between male and female doctors during their sickness through the survey BADOSI (Behaviors and Attitudes of Doctors facing Self-Illness).

METHODOLOGY. 1. Statistical analysis by sex of each variable of the BADOSI survey. 2. Creation of different models of behavior with respect to self-sickness for active doctors group and develop a multivariate analysis of gender differences through binary logistic regression.

RESULTS. Survey includes answers from 4,308 doctors (1,858 men and 2,450 women) from all professional stages (resident, active and retired), corroborating the feminization of Medicine and showing statistical differences between the behavior of men and women. Women doctors are younger and work in medical specializations of the public sector. Men are older, married more often and work more hours per week. They are also more commonly found in the private sector. Men suffer more chronic diseases than women, who have a better perceived health status. On the other hand, women doctors have a higher ratio of self-prescription of analgesics and longer sick leaves. Men and women agree on the direct relation between work and health. Women admit more commonly that work has affected their health and having gone to work despite being sick out of fear of losing their job. Both sexes, especially men, exhibit risky behaviors related to their health care (informal consultation, self-medication, lack of GP, alcohol). Despite high job satisfaction, there is a considerable presence of anxiety, three more times than in general population. Both sexes would be willing to give up confidentiality to speed up the diagnostic process. Being a doctor has been beneficial for both men and women in the care received as patients. Women feel more insecure when treating sick fellows and demand training to improve.

CONCLUSIONS. Awareness of the process of getting sick for doctors is essential to improve the quality of care for their patients. Translating the proposals arising from the analysis of this national survey into practice and deeping in some differences should constitute the next stage of this research project.

KEYWORDS: sick doctor, gender, self/illness, physicians ,risk behaviours, health .



2. INTRODUCCIÓN

2.1. El médico/a como paciente

El proceso de enfermar conlleva una gran vulnerabilidad e impacto en todas las esferas de la persona. Estudios recientes muestran que este proceso es especialmente complejo cuando es un médico/a quien enferma ya que, como profesional de la salud, busca explicaciones y tratamientos para solucionar su problema de la manera más rápida posible (1) (2).

Muchos médicos/as coinciden: no sabemos ser pacientes. En consecuencia, aparecen actitudes como negar o minimizar la enfermedad, buscar otros circuitos asistenciales (como sería la ayuda informal de un colega en las llamadas “consulta de pasillo”) o buscar soluciones parciales que alivien los síntomas (3). Algunos de los factores que pueden influir en la actitud de los médicos/as a la hora de afrontar problemas de salud son: sobrevalorar sus propios conocimientos sobre la mejor forma de abordar su problema, conocer el funcionamiento de los centros sanitarios, la accesibilidad a los medicamentos y la auto- medicación. El miedo, la ausencia del mismo, o las diferentes formas de percibir el riesgo pueden llevar a no seguir las indicaciones que le recomienda un colega o, incluso, a negar e ignorar el problema (4).

Por otro lado, atender a un médico/a enfermo no siempre es una tarea sencilla y la relación médico/a-paciente puede no ser la más adecuada: el uso inadecuado de los servicios sanitarios, la falta de seguimiento formal o restar importancia a un problema, son algunos de los muchos problemas a los que los médicos/as de médicos/as tienen que hacer frente (5).

Este tipo de situaciones tienen un impacto directo en la vida laboral del profesional, que puede conllevar una disminución de sus capacidades, aumento de errores en el proceso asistencial, eventos adversos que causan daño al paciente, conflictos con compañeros, bajas laborales de duración inadecuada e, incluso, incapacidades permanentes por retraso en el diagnóstico (6).

El impacto de la enfermedad puede aparecer en todas las etapas profesionales, con características especiales en cada una de ellas.

Según la literatura, los **médicos/as en formación especializada (MIR)** son especialmente vulnerables a la hora de padecer problemas mentales y adictivos. La escasa madurez profesional junto con nuevas situaciones consideradas estresantes (incorporación a las guardias, aparición de dilemas éticos y morales o la vivencia de situaciones emocionalmente impactantes) hace que la residencia sea una etapa con un alto riesgo de malestar psicológico (7) .

Como bien se ha puesto de manifiesto por diversos autores (8), **los médicos/as enfermos en activo no atendidos suponen un riesgo para la salud de sus pacientes** y la suya propia. **Garantizar y velar por el bienestar del profesional garantiza una atención asistencial segura y de calidad.**

Por su parte, **los médicos/as jubilados/as** tienen dificultades para acceder a las instituciones donde han trabajado. Buscan circuitos no reglados y pueden sentirse una carga para sus excompañeros/as (9). Aunque numerosos colegios de médicos han facilitado seguros privados de cobertura, no se ha llegado a abordar el problema en su conjunto, quedando pendientes otros asuntos como la disponibilidad del talonario de prescripciones personal que perpetúa la opción del auto-tratamiento.



Además de la enfermedad, uno de los problemas más graves y frecuentes relacionados con la práctica médica es el síndrome del desgaste profesional (burnout) debido al estrés laboral y presión asistencial mantenidos, que puede acarrear síntomas de angustia y bajo ánimo. Estas situaciones emocionales afectan a la asistencia clínica y aumentan el riesgo de eventos adversos graves que provocan lesión, daño o sufrimiento en los pacientes pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales involucrados en ellos e impactan negativamente en la personalidad y la profesionalidad del médico/a convirtiéndose en lo que se conoce como “segunda víctima” (10).

En España, en 1998, se creó el Programa de Atención Integral al Médico/a Enfermo (PAIME), que actualmente opera en 17 provincias del país y ha supuesto un gran avance en el manejo de profesionales médicos/as que padecen enfermedad mental y adicciones, pero siguen existiendo carencias en relación al manejo de otro tipo de patologías médicas que también suponen un gran impacto en la calidad de vida del médico/a (11).

En conclusión, es un hecho que la situación del médico/a que enferma es compleja y difícil de describir, y que los datos actuales posiblemente infraestiman la enfermedad en la población médica. La necesidad de un buen equilibrio emocional y físico para realizar la tarea de médico/a justifica la **conveniencia de generar un conocimiento que lleve a las organizaciones profesionales nacionales e internacionales a adoptar unas recomendaciones sobre el manejo del médico/a enfermo en las instituciones sanitarias**, considerando también el papel de los médicos/as de médicos/as.

2.2. La salud desde la perspectiva de género

El género es clave en la investigación científica ya que, tanto el sexo como el género, son determinantes importantes de la salud y el bienestar (12). Por un lado, el sexo se basa en las características biológicas, por lo que suele usarse para designar diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres. Por otro lado, el género hace referencia a los roles, a las construcciones culturales en torno a “lo masculino” y lo “femenino” y a las relaciones sociales entre unos y otros. El género influye en cómo se perciben las personas a sí mismas y entre sí, cómo se comportan e interactúan. Las propiedades que definen al género (los roles y el comportamiento esperado) varían dependiendo de las sociedades, clases, etnias, culturas..., lo que convierte a la categoría del género en uno de los ejes organizativos más importantes de la identidad y la vida social y por tanto es considerado un determinante de la salud (13).

Las interacciones sexo-género influyen en la salud y el bienestar: afectan a los comportamientos de riesgo y los riesgos ambientales, al acceso, la búsqueda y la utilización de la atención médica, la experiencia percibida de esa atención médica, y, por lo tanto, a la prevalencia de la enfermedad y el resultado del tratamiento también entre los profesionales de la medicina(14).

Dar un enfoque de género a una investigación supone beneficios científicos, sanitarios y sociales, puesto que incrementa su rigor científico y la validez de los resultados, permitiendo así una mejor generalización a toda la población. La importancia y aumento actual de la sensibilidad para avanzar en el conocimiento sobre género y salud se refleja en diversos programas europeos, nacionales y autonómicos (Comisión Europea, 2009; Ministerio de Ciencia e Innovación 2009; Observatorio de Salud en Europa 2006) (13).



Un buen y actual ejemplo de la importancia de la investigación con perspectiva de género lo encontramos en la pandemia por SARS-CoV-2, posiblemente una de las mayores preocupaciones a día de hoy para los profesionales sanitarios. Con los datos obtenidos hasta el 7 de mayo de 2020 (15), el número de contagios es mayor en mujeres: **un 76,2% son mujeres**, frente a un 23,8% de hombres. La principal hipótesis que explica el mayor número de contagios en las mujeres es la “feminización del trabajo sanitario” (16) ya que en España, la mayor parte de los profesionales sanitarios colegiados (68%) son mujeres, según datos de 2018 del Instituto Nacional de Estadística (INE). En este punto también es necesario plantear otras hipótesis como diferencias en la gestión del riesgo entre hombres y mujeres.

Cuidar y velar por la salud y el bienestar de la población médica como si de un colectivo vulnerable se tratase, es imprescindible desde nuestro punto de vista, tal y como se reflejará a lo largo de este trabajo. Hasta el momento, se ha estudiado el proceso de enfermar del colectivo médico en su conjunto, pero no se ha profundizado en el análisis desde la perspectiva de género a pesar de la progresiva feminización de la Medicina. Esto redundará no solo en una mejor calidad de vida de los profesionales, sino en una mejor asistencia y beneficio para toda la sociedad.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis del estudio

La progresiva feminización de los sistemas sanitarios tiene impacto en la manera en cómo los/as profesionales médicos/as abordan sus propios problemas de salud, en la relación entre la propia salud y el ejercicio profesional y en el rol de ser médico/a de otros médicos/as que enferman.

Nuestra hipótesis es que hombres y mujeres tienen diferentes modelos de comportamiento ante su enfermedad y la de sus compañeros.

Por un lado, en relación con los comportamientos de riesgo (personales y con los pacientes), y la autoconfianza en sus actuaciones. Probablemente los hombres sean más proclives a asumir comportamientos de riesgo (minimizan el riesgo) y de autoconfianza mientras que las mujeres tienen comportamientos de mayor aversión al riesgo (maximizan la protección) y de menor autoconfianza en sus propias actuaciones.

Hombres y mujeres tienen diferentes planteamientos respecto a la importancia y el impacto de la confidencialidad sobre su propio proceso de enfermar. Según nuestra hipótesis, los médicos varones respetan más la confidencialidad y comentan menos los problemas con otros médicos/as, pero están más dispuestos a perder la confidencialidad si ello supone agilizar el proceso de diagnóstico y tratamiento.

También podría haber diferencias en la percepción de la propia salud con padecer enfermedades crónicas y la toma de medicación, ya que conocemos que las mujeres toman más analgésicos y reconocen más abiertamente su vulnerabilidad ante la enfermedad y el impacto en su trabajo.

En relación con la atención a los colegas enfermos, ésta puede variar dependiendo de si se es hombre o mujer: cómo los trataría, qué les recomendaría si le consultasen, si indicaría seguir



o no prescribiendo a los jubilados, ser capaz de hablar con ellos si detecta algún problema que puede condicionar su actividad, etc.

3.2. Objetivos

Para abordar estas hipótesis de investigación planteamos los objetivos que se detallan a continuación.

3.2.1. Objetivo general

Describir los comportamientos y actitudes de los profesionales médicos/as ante su proceso de enfermar considerando la perspectiva de género.

3.2.2. Objetivos específicos

1. Describir si existen diferencias por sexo y etapa profesional en los comportamientos y actitudes de los profesionales ante el proceso de enfermar recogidos en la encuesta nacional CAMAPE.
2. Describir si existen diferencias entre la población médica y la población general de su mismo nivel educativo y tramo etario.
3. Analizar si existen diferencias por género en la percepción de la propia salud en relación a padecer enfermedades crónicas y la toma de medicación
4. Analizar si existen diferencias por género en relación con los comportamientos de riesgo personales y la autoconfianza en sus actuaciones y en relación con los comportamientos de riesgo con los pacientes
5. Analizar si existen diferencias por género en la gestión de la confidencialidad en relación a los propios problemas de salud.
6. Analizar si existen diferencias por género en el manejo de los compañeros médicos/as que enferman.



4. MATERIAL Y METODOS

La encuesta nacional de Comportamientos y Actitudes del Médico/a ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE) tiene como objeto describir el proceso de atención al médico/a enfermo, sus incidencias y realizar propuestas de mejora. Fue elaborada durante el 2017-2018 por el grupo de investigación de la Universidad de Zaragoza, en 3 fases:

1. Revisión bibliográfica a través de PubMed y Google Scholar, usando como términos MESH: doctor/physician, health professionals, health personnel, resident, ill/sick/health, self-reported, self-assesment, self-prescribing, access to care, gender, risk behaviour.
2. Metodología cualitativa basada en entrevistas semi-estructuradas y grupos focales.

Respecto a las entrevistas semi-estructuradas, se realizaron de manera individual a residentes, médicos/as adjuntos/as y médicos/as jubilado/as enfermos/as de ambos sexos, de especialidades hospitalarias y extra-hospitalarias. La entrevista se estructuraba en varias preguntas: experiencia de enfermedad, trato recibido, impacto laboral, reinserción laboral o académica, aprendizaje, papel de los colegios profesionales y propuestas de mejora con preguntas adaptadas a la etapa vital del profesional (MIR, Activo, Jubilado).

En cuanto a los grupos focales, se desarrollaron 5 grupos diferentes: 1) médicos/as que atienden médicos/as, 2) médicos/as de salud laboral, 3) responsables y/o tutores de residentes, 4) responsables de colegios de médicos/as, 5) profesores de facultades de medicina.

Tanto las entrevistas como los grupos focales se audiograbaron, transcribieron y volcaron al programa MAXQDA 12.0 para su análisis. Se analizó la información recogida en las entrevistas y grupos focales con la evidencia científica publicada, para identificar los constructos más importantes en el proceso de enfermar de los médicos/as.

3. Metodología cuantitativa. Se diseñó un cuestionario basado en las dimensiones más relevantes del proceso de enfermar de los médicos/as extraídas de la parte cualitativa y de la revisión de la literatura científica. Se modificó la encuesta tras el estudio piloto por medio de debriefing y entrevistas con expertos.

La población de estudio eran todos los profesionales médicos/as colegiados en alguno de los Colegios Oficiales de Médicos de España: los médicos/as internos residentes, los profesionales médicos/as titulados en activo y los profesionales médicos/as jubilados de igual o menos de 10 años desde su jubilación.

Cálculo muestral: Para que la muestra fuera representativa a nivel nacional y permitiera generalizar los resultados obtenidos, era necesaria la respuesta de un total de 3.662 profesionales (con una población de médicos/as colegiados estimada en 270.000, el muestreo aleatorio con nivel de confianza o seguridad $(1-\alpha)$: 99%; Precisión 3%; proporción $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral, con una proporción esperada de pérdidas del 50%).

El cuestionario se diseñó para su auto-cumplimentación anónima, y se hizo accesible en formato web en la plataforma informática de la Organización Médica Colegial: <http://www.cgcom.es/encuesta-el-medico-como-paciente>.

Descripción de la encuesta: Las variables que incluye son: a) Contenidos socio-demográficos, especialidad, situación laboral, práctica pública/privada/combinada y satisfacción profesional; b) Contenidos en relación con el hecho general de enfermar (relación



con su médico/a de familia, bajas laborales, presentismo, problemas médicos en los últimos años, tiempo de baja laboral...); c) Contenidos en relación con el auto-manejo de la enfermedad propia (automedicación, vías alternativas de acceso al diagnóstico y tratamiento...); d) Contenidos en relación con el hecho de compartir la enfermedad buscando ayuda médica (pérdida de la confidencialidad, acceso a los cuidados,...); e) Contenidos en relación con el proceso de enfermar (vivencia del trato de los compañeros, información recibida,...); f) Contenidos en relación con el manejo de otros compañeros enfermos; g) Contenidos en relación con la enfermedad y el impacto en su puesto de trabajo; h) Consideraciones sobre la validación periódica de la colegiación; i) Aspectos que mejoraría en relación con la atención al médico/a enfermo.

Las preguntas de la encuesta CAMAPE con las opciones de respuesta pueden encontrarse en la sección de anexos (ver anexo 2). También se muestran en esa tabla los casos en los que, para el TFG, se han reagrupado respuestas (por ejemplo, aquellas que cuantifican de 1 y 5 o aquellas en las que se habla de frecuencia) con el fin de manejar datos más sencillos y ver si varía la significación estadística.

El proceso de validación del cuestionario se describe en la figura 1 que está en el anexo 1.

Análisis estadístico de la encuesta: para el presente trabajo, la encuesta se ha analizado desde una perspectiva de género, de las siguientes maneras.

4.1. Análisis bivariado por sexo

4.1.1.- Análisis cuantitativo

Se han analizado cada una de las respuestas de la encuesta según el sexo (hombre/mujer) tanto de manera global (con todas las respuestas obtenidas) como por categorías profesionales, siendo estas médicos/as residentes (MIR), médicos/as en activo y médicos/as jubilados. Los resultados de este análisis con las tablas obtenidas, su explicación y sus diferencias estadísticas según las categorías profesionales pueden consultarse en el anexo 4. La síntesis de este análisis, mostrando únicamente aquellas preguntas en las que hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre géneros se describe en la sección de resultados.

4.1.2. Análisis de las respuestas cualitativas

En las preguntas en las que la encuesta daba la posibilidad de respuesta libre (P.15.1, P.21.1, P.25.1 y P.56) se han revisado las respuestas para extraer los temas más frecuentes de cada una de ellas y posteriormente se han clasificado manualmente con Excel según esos temas. Posteriormente se han analizado con tablas multivariantes de Excel, teniendo en cuenta el sexo de los encuestados y los grupos profesionales a los que pertenecen. En los casos en los que los médicos/as han contestado varias respuestas que se engloban en diferentes temas, se ha tenido en cuenta cada una individualmente, incluyéndola en su correspondiente grupo, y luego se ha realizado el cómputo global. Así, los porcentajes que aparecen son en relación con el total de hombres y mujeres que han realizado la encuesta. Se muestran estos resultados en los anexos (ver anexo 4), junto con la explicación del análisis bivalente. No se ha profundizado en este análisis puesto que estas aportaciones de los médicos/as son principalmente para determinar líneas futuras de investigación.



4.2. Análisis multivariante de tipo regresión logística binaria

El objetivo es analizar cómo se comportan ciertas variables en un conjunto, desde una perspectiva de género, para observar el peso que tiene cada una de ellas, su tendencia y ver si al ajustarla por el resto de variables relacionadas se mantiene la significación estadística mostrada en el análisis bivariante. En el análisis de regresión logística binaria, la variable dependiente es el sexo, ser hombre o ser mujer. Para ello se recodificaron ambas, nombrándose como “0” el grupo mujer y “1” el grupo hombre. Se tomó como referencia el de menor valor, en este caso el 0, que es ser mujer (aparece en la tabla de resultados de los modelos con el indicativo Ref.) y por ello aquellas variables con valor superior a 1 se consideran comportamientos más probables entre varones, y los valores inferiores a 1 se consideran comportamientos más probables entre mujeres. La significación estadística de estas tendencias se evalúa. El fin es identificar comportamientos más frecuentes en hombres o en mujeres como se han descrito en otros artículos de la literatura científica (17).

Se construyeron varios modelos para valorar distintos comportamientos de los médicos/as ante la salud y la enfermedad. Las variables seleccionadas para cada modelo pueden encontrarse en el anexo 5. Los modelos se aplicaron a la población de médicos/as en activo ya que es el grupo más homogéneo y numeroso (3395 respuestas).

Posteriormente, se aplicaron también a las distintas especialidades en las que trabajaban los médicos/as en activo según los siguientes grupos: medicina de familia, especialidades médicas, especialidades quirúrgicas y servicios centrales (las especialidades que incluyen cada uno de estos 3 grupos se detallan en el anexo 3). Al subdividir la muestra total en estos grupos se distribuye como sigue: 1406 medicina de familia, 1104 especialidades médicas, 537 especialidades quirúrgicas y 348 especialidades de apoyo al diagnóstico. Al ser tamaños más pequeños, en los modelos quedaron menos variables estadísticamente significativas. En algunos modelos, la muestra fue menor debido a que algunas de sus preguntas no habían sido contestadas por todos los médicos/as. Los resultados de esta explotación se encuentran en el anexo 7.

4.2.1. Modelo 1: Percepción y afectación de la salud.

El objetivo de este modelo es ver cómo se relaciona la percepción de la propia salud con padecer enfermedades crónicas y su repercusión en la vida personal y laboral.

A la hora de hacer la regresión logística de este modelo, se detectaron problemas para incluir la P.20 por presentar colinealidad con otras variables. Puesto que era una pregunta que consideramos muy interesante y que podría tener un peso relevante en el modelo, se readaptó el modelo: por un lado, el modelo sin esta pregunta y, por otro lado, el modelo introduciendo esta pregunta. En el modelo sin la P.20, se han podido introducir todas las demás variables determinadas. En el modelo con la P.20, han tenido que descartarse varias variables, incluyendo finalmente las siguientes: P.12r, enfermedades crónicas, P.17r, P.18r, P.20 y automedicación para el dolor.



4.2.2. Modelo 2: Comportamientos de riesgo

Para este modelo se seleccionaron las variables que podían reflejar comportamientos proclives al riesgo (minimización de riesgos) o actitudes prudentes (aversión al riesgo o protección de la salud).

Se consideró actitudes prudentes respecto a la propia salud (autocuidado) a la protección de la salud del médico/a desde una perspectiva de prevención y de reducción de riesgos con actuaciones como vacunarse de la gripe, acudir a revisiones de salud laboral o ser conscientes de que los médicos/as tienen que cuidar de su propia salud. Por el contrario, los comportamientos proclives al riesgo, consideran que resulta complicado admitir la enfermedad o pensar que no afecta en el trabajo. El comportamiento de riesgo en el manejo de la enfermedad propia también se consideró importante: las consultas informales (por ejemplo, las llamadas “consultas de pasillo”) así como la automedicación son consideradas en la literatura como conductas que conllevaban riesgo. Por otro lado, tener un profesional de referencia, ya sea el médico/a de atención primaria o un especialista al que acudir de manera formal se asocia con mayor frecuencia a una adecuada relación médico/a-paciente y a un acceso formal al sistema de salud y seguimiento más claro.

Por otro lado, el comportamiento de riesgo respecto a la atención al paciente incluye precauciones para que la calidad asistencial no se vea mermada. Por ejemplo, ser conscientes de que el trabajo en equipo incrementa la seguridad clínica, ser conscientes de que la salud y la enfermedad de los médicos/as van a influir negativamente en su actividad y por tanto en los pacientes y que acudir a trabajar cuando tendrían que estar de baja podría resultar en una peor calidad en la atención.

Por ello, se seleccionaron del cuestionario las variables que pudieran identificar determinados comportamientos de riesgo de cara a la propia salud o que pudieran afectar al paciente.

4.2.3. Modelo 3: Autoconfianza

Con este modelo pretendemos analizar la confianza que tienen los médicos/as en sí mismos. Por un lado, está la confianza a la hora de actuar, relacionada con un comportamiento individual de seguridad sin entrañar riesgos para el paciente. Por otro lado está la confianza con el trabajo propio, relacionada con una mayor satisfacción laboral aunque también con pensar que la salud propia no afecta en el trabajo diario. También se asocia con no necesitar que el médico/a se identifique como tal cuando acude como paciente, puesto que la atención va a ser igual que con cualquier otro paciente.

Respecto a la confianza relacionada con la necesidad de formación, el objetivo es analizar la sensación de preparación para atender a un colega o considerar que la atención a los médicos/as deberían hacerla personas y/o unidades especializadas en tratar a médicos/as enfermos y formadas específicamente para ello.



4.2.4. Modelo 4: Confidencialidad.

En el análisis bivalente hemos observado que hombres y mujeres tienen diferentes planteamientos respecto a la importancia y el impacto de la confidencialidad. Con este modelo, el objetivo es valorar si al ajustar las variables con el resto de variables relacionadas, sigue existiendo una diferencia significativa entre géneros.

4.2.5. Modelo 5: Relación con otros colegas siendo hombre o mujer

La relación con los colegas puede variar dependiendo de si es hombre o mujer: cómo los trataría, qué les recomendaría si le consultasen, si indicaría seguir o no prescribiendo a los jubilados, ser capaz de hablar con ellos si detecta algún problema que puede condicionar su actividad, etc.

Las tablas de todos los modelos realizados con los resultados se pueden ver en el anexo 6, presentándose la odds ratio (OR), el p valor y el intervalo de confianza (IC). En ellas solo se muestran las variables en las que observamos una tendencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$, es decir, que el 1 no se encuentra en el IC. Al ser la mujer la categoría de referencia, aquellos que tengan una OR menor a 1, indican que la tendencia es a que las mujeres tengan ese comportamiento de manera más frecuente, mientras que aquellas variables con una OR mayor de 1, indican que son los hombres los que tienen una mayor tendencia a realizar ese comportamiento. Para facilitar la lectura, se ha coloreado en azul oscuro aquellas variables asociadas a los hombres y en azul claro aquellas asociadas a las mujeres.

P14	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,21	0,05	1,00	1,46
P16	Nunca	Ref			
	Alguna/bastante/siempre	0,79	0,01	0,66	0,95

Ejemplo: Los hombres tienen un riesgo de 1.21 (21% mayor) de estar de acuerdo con (en este caso, p.14), es decir, estar de acuerdo está más asociado a los varones

Contestar alguna /bastantes/ pocas veces está más relacionado con el comportamiento de la mujer con un riesgo del 0.79 (79% menor) con respecto a los que lo tienen los varones.

La explicación de las tablas obtenidas se expone en el apartado de resultados.

4.3. Comparación de la encuesta CAMAPE con la ENS17

Durante el 2017, el Instituto Nacional de Estadística (INS) realizó en España la Encuesta Nacional de Salud (ENS17) para analizar información sanitaria relativa al estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales de la salud y el uso y acceso a los servicios sanitarios. El cuestionario CAMAPE incorporó algunas preguntas similares a las de la ENS17, con la propuesta de compararlas para valorar las diferencias en aspectos relacionados con la salud entre los médicos/as y la población general.



La población que se ha tomado como referencia, por ser la más similar a la población médica, es la de otros titulados universitarios (estudios superiores). Esta información se ha recogido por sexo (hombre y mujer) y por edades, comparando el grupo de 25 a 65 años con nuestro grupo de MIR y médicos/as en activo; y el de más de 65 años con el de los médicos/as jubilados. En el caso de los MIR y activos, se ha hecho la media ponderada para poder compararlo con el grupo de referencia de la ENS17. Todos los resultados de los que se habla a continuación han sido extraídos de la página del INS y pueden consultarse en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736195650. Para mayor facilidad, se adjuntan las tablas utilizadas en el anexo 8.

Finalmente, y debido al extenso trabajo de análisis estadístico de la encuesta y la extensión del TFG no se ha realizado el análisis estadístico de comparación de proporciones con la población general de la ENS17 en el presente trabajo. Sólo se ha realizado la búsqueda y comparación de datos para la discusión del trabajo y para en una futura investigación se realizará una comparación más en profundidad de dichos datos.

4.4. Cuestiones éticas

El *Comité de Ética de la Investigación Clínica de Aragón (CEICA)* ha aprobado el TFG que forma parte del proyecto de investigación “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” (ver anexo 9).

4.5. Cuestiones de género

Para asegurar la inclusión de la perspectiva de sexo/género en la presente investigación, se ha aplicado el check-list de la guía SAGER que se detalla en la siguiente figura.

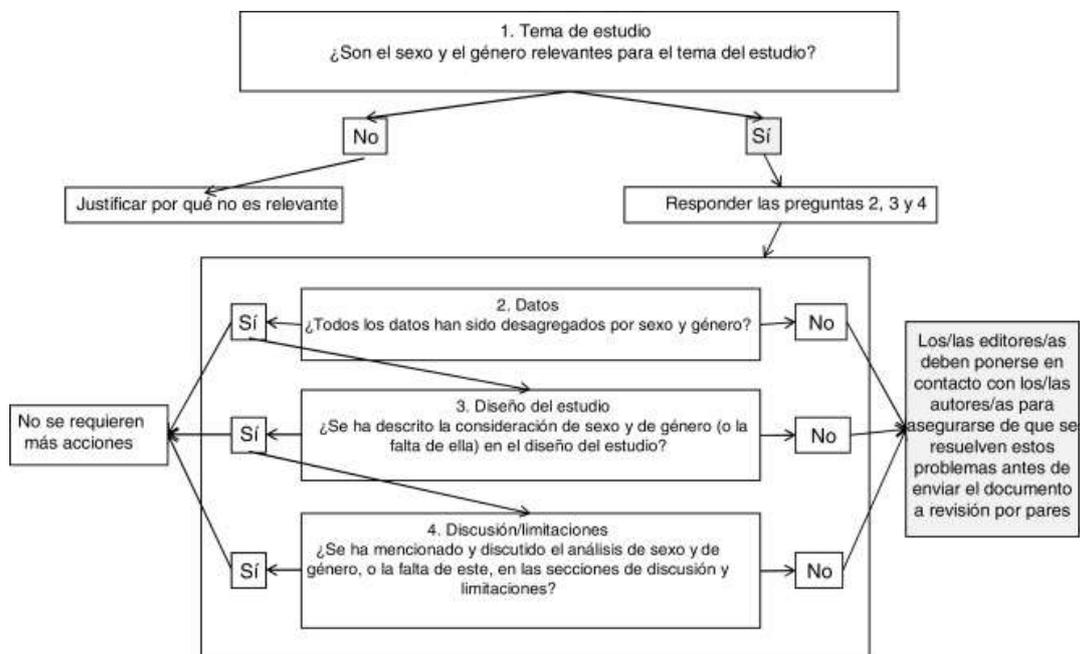


Figura 2. Diagrama de flujo SAGER sobre el primer cribado que deben realizar los/las editores/as de los manuscritos que reciben. Tomada de: Heidaria S, Babor TF, De Castro P, Tortd S, Curnoe M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER.



5. RESULTADOS

Se ha realizado el análisis de la encuesta sobre el Comportamientos y Actitudes del Médico/a ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE) en la población de médicos/as colegiados de España atendiendo a la perspectiva de género. Es decir, si existen diferencias entre la percepción de las médicas y los médicos ante su propio proceso de enfermar.

Se presentan los resultados de los 2 análisis realizados:

1. Análisis estadístico bivariado (por sexo) de variables cuantitativas y cualitativas
2. Análisis estadístico multivariante por regresión logística binaria.

5. 1. Resultados del análisis bivariado

5.1.1. Análisis cuantitativo

En el anexo 4 se muestra la descripción de los resultados de todas las variables de la encuesta con todas las tablas y porcentajes del total de hombres y mujeres y por categorías profesionales (CP): MIR, los médicos/as en activo y los jubilados. Procedemos aquí a hacer una síntesis de ellos, comentando únicamente aquellas variables de la encuesta en las que se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

1: Sexo. En la encuesta han participado un total de 4308 médicos/as, de los cuales 1858 son hombres (un 43.13% de la muestra) y 2450 mujeres (56.87% de la muestra).

Si comparamos por CP observamos que en el grupo MIR han participado 263 mujeres (73.06%) y 97 hombres (26.94%). Respecto a los médicos/as en activo, la representación femenina sigue siendo mayor, con 2057 mujeres (59.37%) frente a los hombres que participaron, 1408 (40.63%). Por último, en el subgrupo de jubilados, encontramos una mayoría de hombres, 353 (73.08%), respecto de mujeres, 130 (26.92%).

2. Edad. Observamos que hay diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las mujeres y la de los hombres. La edad media de los hombres (54.78 ± 11.87 años) es mayor que la de las mujeres (45.95 ± 11.76). En todas las CP la edad de los hombres es mayor que la de las mujeres, siendo estadísticamente significativa en el grupo de los activos y de los jubilados.

4. Habitantes aproximados del municipio en el que reside. Aparecen diferencias estadísticamente significativas tanto en activos como en jubilados. En el caso de los MIR, casi todos viven en poblaciones grandes puesto que es allí donde están los centros de formación.

En el caso de los activos, viven en grandes poblaciones el 75.18%. El porcentaje de hombres (72.73%) es menor que el de mujeres (76.86%). Los hombres están más frecuentemente que las mujeres en las poblaciones medianas (14.49% de hombres y 12.69% de mujeres) y en las pequeñas (12.78% de hombres y 10.45% de mujeres).

Por otro lado, los jubilados también están principalmente en las poblaciones grandes: el 81.99% (84.70% de hombres y 74.62% de mujeres). Solo el 10.35% están en poblaciones medianas (7.93% de hombres y 16.92% de mujeres) y en poblaciones pequeñas apenas hay un 7.66% (7.37% de hombres y 8.46% de mujeres). Como se ve, en este grupo la tendencia es la contraria a los activos: son los hombres quienes más representados están en las poblaciones grandes y las mujeres en las medianas y pequeñas.



5. Estado civil. Hay diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de los médicos/as encuestados. La mayoría de ellos, el 74.91%, están casados, siendo mayor este porcentaje en hombres (83.48%) que en mujeres (68.41%). En contraposición, sólo el 16.90% están solteros, siendo más frecuente en mujeres (23.06%) que en hombres (8.77%). El 6.59% están separados o divorciados (6.40% de hombres y 6.73% de mujeres), y el 1.60% viudos (1.35% de hombres y 1.80% de mujeres). Esta diferencia se mantiene tanto en el grupo de los activos como en el de los jubilados. En ambos, es mayor el porcentaje de hombres casados que de mujeres casadas, especialmente en los grupos de mayor edad. Respecto a los separados y los viudos, en ambos grupos es más frecuente en las mujeres.

Al recodificar la variable y analizar los que están casados frente a los que no lo están, se mantiene la diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo más frecuente en hombres. La mayoría de médicos/as están casados (74.91: 83.48% de hombres y 68.41 de mujeres). Observamos que, conforme avanzamos en los CP, el porcentaje de médicos/as casados aumenta, haciéndose cada vez más importante la diferencia entre hombres y mujeres, siendo estadísticamente significativa en todos los casos excepto en los MIR.

6. ¿Es su pareja un/a profesional sanitario/a? En todos los casos hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. El 51.35% de los médicos/as encuestados (46.18% de hombres y 55.27% de mujeres) tienen una pareja que no es un profesional sanitario. El 21.29% (22.82% de hombres y 20.12% de mujeres) está casado o en pareja con médicos/as y el 5.59% (9.15% de hombres y 2.90% de mujeres) tienen pareja sanitario que no es ni médico/a ni enfermero/a. La diferencia principal se encuentra en el porcentaje de médicos/as cuya pareja son enfermeros (6.71%): siendo más frecuente en varones, 13.67%, que en mujeres, 1.43%. También hay una marcada diferencia en quienes no tienen pareja, 15.06% del total, siendo el 8.18% hombres y 20.29% mujeres. Analizando por CP, vemos una clara tendencia de los hombres a tener una pareja que es enfermero, que aumenta conforme avanzamos en edad, y como las parejas de médicos son más frecuentes en los más jóvenes.

7. Situación laboral actual. Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros debido al predominio de mujeres en el grupo de los MIR y de hombres en el grupo de los jubilados.

Los MIR son el 8.36% de la muestra (5.22% de hombres y 10.73% de mujeres).

Los médicos/as en activo constituyen el 80.4% de la muestra (75.78% de hombres y 83.96% de mujeres). Del total de los activos, solo el 2.02% de ellos están en desempleo (1.56% de hombres y 2.33% de mujeres), y el 97.98% están trabajando (98.44% de hombres y 97.67% de mujeres). La mayoría de ellos, el 78.18 %, está trabajando por cuenta ajena (69.32% de hombres y 84.25% de mujeres), el 13.51% (20.81% de hombres y 8.51% de mujeres) tienen ejercicio mixto y solo el 6.29% trabajan por cuenta propia (8.31% de hombres y 4.91% de mujeres). Como vemos, los hombres están más representados que las mujeres en el ejercicio por cuenta propia y mixta.

Los jubilados son el 11.21% de la muestra (19% de hombres y 5.31% de mujeres). Del total de los jubilados, la mayoría no tienen actividad profesional 75.57% (70.25% hombres y 90% mujeres). Únicamente el 24.43% (29.75% de hombres y 10% de mujeres) de ellos mantiene la actividad profesional. Como vemos, es mayor el porcentaje de hombres que tras la jubilación sigue ejerciendo de médico/a, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros.



8. Especialidad que ejerce o ha ejercido. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades que eligen hombres y mujeres, tanto de manera global, como en activos y en jubilados. De manera global, el mayor porcentaje es el de médicos/as de familia (38.70%: 36.87% de hombres y 40.08% de mujeres) siendo en todos los casos más frecuente esta especialidad en mujeres que en hombres. La segunda especialidad más frecuente son las especialidades médicas (34.29%: 32.35% de hombres y 35.76% de mujeres), más frecuentes en mujeres que en hombres excepto en el grupo de los jubilados. En tercer lugar en orden de frecuencia, están las especialidades quirúrgicas (17.25%: 21.91% de hombres y 13.71% de mujeres), que en todos los casos son más frecuentes en los hombres. Por último, las especialidades menos frecuentes son las de servicios centrales (9.77%: 8.88% de hombres y 10.45% de mujeres), más frecuentes en mujeres excepto en los jubilados.

9. Sector de actividad en el que desempeña o desempeñó su último trabajo principal. De manera global, en los activos y en los jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas en el sector de actividad en el que trabajan hombres y mujeres.

La mayor parte de médicos/as, el 70.68%, trabajan en el sector público (62.86% de hombres y 76.61% de mujeres). El 13.74%, trabaja en el sector privado (16.31% de hombres y 11.80% de mujeres). El 11.65% (17.76% de hombres y 7.02% de mujeres) tiene actividad en ambos, y solo el 3.92% (3.07% de hombres y 4.57% de mujeres) trabaja en sector privado con concierto público. La mayoría de residentes de ambos sexos trabaja en el sector público ya que es allí donde se suele realizar la formación. Sin embargo, tanto en activos como jubilados vemos que la distribución varía según el sexo, siendo los hombres quienes tienen una mayor representación en el sector privado y “en público más privado”, estando las mujeres más representadas en el público.

10. Años de ejercicio profesional. Los hombres cuentan con más años trabajados de media (27.81 ± 11.62) que las mujeres (19.08 ± 11). Esta diferencia significativa se mantiene en todos los CP.

11. Horas trabajadas durante la última semana laboral. Los médicos/as trabajan de media 40.34 ± 20.22 horas a la semana (38.47 ± 20.95 horas los hombres y 41.77 ± 19.52 las mujeres). Si bien de manera global son las mujeres quienes más horas trabajan de media a la semana, al analizarlo por CP vemos que en todos los casos los hombres son quienes más horas han trabajado. Esta aparente discrepancia aparece porque en el grupo de los jubilados, que son quienes menos horas trabajan a la semana, son mucho más numerosos los hombres que las mujeres, bajando por tanto la media de horas del global. En todos los casos excepto en los MIR, existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros. Además, vemos una tendencia a invertir mayor número de horas en el trabajo entre los más jóvenes.

12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? La mayoría está satisfecha con el trabajo que desempeña (66.18%: 69.81% de hombres y 63.43% de mujeres), un 24.36% no están ni satisfechos ni insatisfechos (20.88% de hombres y 27.43% de mujeres) y un 9.22% no están satisfechos (9.31% de hombres y 9.14% de mujeres). Hay diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con el trabajo que desempeñan hombres y mujeres, tanto de manera global como en los activos, en los cuales observamos que los hombres están más satisfechos con el trabajo que desempeñan, y las mujeres están más frecuentemente que ellos con una satisfacción normal.



13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general? De manera global, la mayoría de los médicos/as consideran que su estado de salud es bueno (63.86%:61.25% de hombres y 65.84% de mujeres), un 28.46% lo considera normal (30.84% de hombres y 26.65% de mujeres) y el 7.68% lo considera malo (7.91% de hombres y 7.51% de mujeres). Vemos que hay una diferencia significativa en la valoración de la salud entre hombres y mujeres, siendo ligeramente más positiva en el grupo femenino, si bien al analizarlo por CP no vemos en ningún caso diferencias estadísticamente significativas.

15. Enfermedad o problema de salud crónico.

a) Enfermedades cardiovasculares (excluida HTA). Las enfermedades cardiovasculares afectan al 5.87% de ellos. Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros (tanto en activos como en jubilados), siendo más prevalente en hombres (10.17%) que en mujeres (2.61%). Si lo analizamos por edades, observamos como aumentan los problemas cardiovasculares conforme se aumenta la edad, especialmente en hombres.

b) Hipertensión. Un 16.64% tiene hipertensión arterial (HTA), siendo significativamente mayor en hombres (27.56%) que en mujeres (8.37%). Excepto en el grupo de jubilados, en todos los grupos se mantiene esta diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

c) Diabetes. Un 4.55% (7.70% de hombres y 2.16% de mujeres) padece esta enfermedad. En todos los grupos hay diferencia significativa entre géneros, excepto en el grupo de los jubilados.

d) Trastornos depresivos. Un 6.69% tiene trastornos depresivos (6.19% de hombres y 7.06% de mujeres), sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

e) Trastornos de ansiedad. Son prevalentes especialmente entre los más jóvenes y en las mujeres (habiendo significación estadística tanto en el global como en los activos). En general, hay una prevalencia del 13.60% (11.52% en hombres y 15.18% en mujeres)

Al analizar el porcentaje de médicos/as que tienen alguna enfermedad crónica (enfermedades cardiovasculares y/o HTA y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos ansiosos) observamos que son los hombres quienes tienen una prevalencia mayor de estas enfermedades, siendo la diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los activos. Conforme aumenta la categoría profesional, se incrementa considerablemente el porcentaje de médicos/as que tiene alguna de esas enfermedades.

16. Los problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida. La salud ha condicionado la actividad profesional del 68.19% de médicos/as (63.94% de hombres y 71.39% de mujeres) y no ha condicionado al 31.82% (36.06% de hombres y 28.61% de mujeres). Como se ve, a las mujeres les condiciona más frecuentemente que a los hombres, manteniéndose esta tendencia en todos los CP, si bien la diferencia solo es estadísticamente significativa de manera global y en el grupo de los activos.

17. Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional? La mitad de los médicos/as (49.98%: 44.13% de hombres y 54.41% de mujeres) ha tenido en los dos últimos años algún problema de salud que ha afectado en su desempeño profesional de forma negativa y la otra mitad no (50.02%: 55.87% de hombres y 45.59% de mujeres). El porcentaje de mujeres cuyo trabajo se ha visto afectado



por su salud es mayor, habiendo diferencias estadísticamente significativas. Además, la afectación es mayor en los jóvenes y disminuye en los grupos de más edad.

19. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación "Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional"? El 53.83% de los médicos/as están de acuerdo con que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional (60.06% de hombres y 49.10% de mujeres) y el 46.17% están en desacuerdo (39.94% de hombres y 50.90% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son los hombres quienes están más de acuerdo con esta afirmación, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR, en los activos y de manera global. Es decir, las mujeres tienden a opinar que ambos problemas tienen un impacto similar. También observamos que con la edad aumenta el porcentaje de médicos/as que está de acuerdo.

20. ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional? El 45.31% (38.48% de hombres y 50.49% de mujeres) reconoce que su actividad profesional ha afectado en sus problemas de salud. Conforme avanzamos en edad, esta afectación va disminuyendo. En todas las categorías vemos que la influencia en las mujeres es mayor que en los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en los activos y de manera global.

21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional? La sobrecarga asistencial es, sin duda, una de los motivos que más ha afectado a la salud de los médicos/as (89.65%, 87.27% de hombres y 91.03% de mujeres). De manera global y en el grupo de los MIR, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más prevalente en el grupo de las mujeres. En el resto de respuestas (impacto de un error médico y nivel de responsabilidad) no hay diferencias estadísticamente significativas.

22. ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida? El 69.38%, 73.14% de hombres y 66.53% de mujeres, ha estado de baja laboral oficial en algún momento de su ejercicio profesional (excluyendo la baja o prestación por maternidad/ paternidad). Excepto en el grupo de los jubilados, en todos los grupos es mayor el porcentaje en hombres que en mujeres, habiendo diferencia significativa en activos y en el global.

24. ¿Con qué frecuencia ha ido a trabajar con un problema de salud por el que usted hubiera dado la baja laboral a un paciente? La mayoría acude a trabajar con problemas de salud por los que hubieran dado la baja a un paciente (89.37%: 88.16% de hombres y 90.29% de mujeres) y el 10.63% no suelen acudir a trabajar estando enfermos (11.84% de hombres y 9.71% de mujeres). Excepto en el grupo de los MIR, son las mujeres quienes más acuden a trabajar estando enfermas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos.

25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo. La mayoría de las veces ha sido para no sobrecargar a sus compañeros (53.97%: 48.35% de hombres y 58.14% de mujeres). Este motivo es más frecuente en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros. El otro gran motivo, ha sido por responsabilidad hacia sus pacientes (38.03%: 44.63% de hombres y 33.14% de mujeres). Este motivo es más frecuente entre hombres y también encontramos una diferencia significativa entre géneros. Para el 4.23%, el motivo ha sido mantener el nivel de ingresos (5.01% de hombres y 3.66% de



mujeres). Por último, para el 3.77% ha sido por miedo a perder el trabajo (2.01% de hombres y 5.06% de mujeres), siendo más frecuente en mujeres con una diferencia significativa.

27. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo? (Relacionada con la pregunta anterior, número 26, en la que la patología es banal o leve y no existe diferencia por género).

Cuando el proceso no es leve, la actitud de los médicos/as cambia, existiendo diferencias estadísticamente significativas en la actuación de hombres y mujeres, tanto de manera global como en activos y jubilados. La mayoría de ellos acude a la consulta de un compañero, ya sea de manera formal, el 32.75% (35.68% de hombres y 30.53% de mujeres) o informal, el 30.66% (31.11% de hombres y 30.33% de mujeres). En los activos, los hombres buscan el consejo informal más que las mujeres, habiendo diferencias entre ellos.

Acuden al Médico/a de Familia el 24.05% (19.70% de hombres y 27.35% de mujeres). Tanto en activos como en jubilados, encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo esta actitud más frecuente en mujeres.

La automedicación, que era la respuesta más frecuente en la pregunta 26, es la alternativa solo del 6.48% (7.53% de hombres y 5.67% de mujeres). Es más frecuente en hombres, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los activos y de manera global.

La quinta opción (5.90%) es la de acudir a una mutua o seguro privado (5.76% de hombres y 6% de mujeres), sin diferencias por género. Finalmente, la opción menos utilizada es la de acudir a la mutua laboral (0.16%: 0.22% de hombres y 0.12% de mujeres), donde tampoco hay diferencias por género.

29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo? Menos de la mitad de los médicos/as, el 44.5% (40.37% de hombres y 47.63% de mujeres), suele acudir a los reconocimientos de salud laboral en su centro de trabajo (bastantes veces o siempre), el 55.5% (59.63% de hombres y 52.37% de mujeres) no acostumbra a ir (pocas veces o nunca). En general, las mujeres suelen acudir más a los reconocimientos de salud (excepto en el grupo de los MIR). Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros en el global y en el grupo de los activos.

30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? De manera global, los médicos/as hacen 5.55 ± 4.14 horas de ejercicio a la semana. En todos los casos es mayor en hombres (6.33 ± 4.69) que en mujeres (4.94 ± 3.54), siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todos los grupos excepto en los jubilados.

31. ¿Fuma usted actualmente? La mayoría, el 88.90% (87.14% de hombres y 88.90% de mujeres), no fuma actualmente (independientemente de si fumaron o no en el pasado) y fuman a diario u ocasionalmente el 11.86% (12.86% de hombres y 11.10% de mujeres).

Si vemos la evolución según la edad, los jóvenes son los que fuman menos y conforme avanzamos en las CP va aumentando el porcentaje, siendo el más elevado el de los jubilados. Las mujeres fuman menos (excepto en los MIR), siendo la diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los jubilados.



32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido...?

Alcohol. El 27.92% consume alcohol de manera ocasional o habitual (33.96% de hombres y 23.35% de mujeres). En todos los grupos son los hombres quienes más alcohol consumen, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en los MIR.

Drogas (sin incluir Cannabis). El 0.49% (0.70% de hombres y 0.33% de mujeres) de los médicos/as consumen algún tipo de droga como cocaína o anfetaminas de manera ocasional o habitual. Excepto en los jubilados, los hombres son quienes más drogas consumen, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros tanto en el grupo de los MIR como en los activos.

El 2.21% de los médicos/as consumen cannabis de manera ocasional o habitual (2.15% de hombres y 2.24% de mujeres), sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?

Antibióticos. El 70.75% se auto-prescriben antibióticos (73.20 % de hombres y 68.90% de mujeres). Es más frecuente en hombres con una diferencia estadísticamente significativa.

Analgésicos básicos. La mayoría, el 94.68% (93.43 % de hombres y 95.63% de mujeres) se auto-prescribe analgésicos básicos. Es más frecuente en las mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en el de los jubilados.

Analgésicos opioides. Un 5.29% se prescribe analgésicos opioides (6.51 % de hombres y 4.37% de mujeres). De manera global y en el grupo de los activos, es significativamente mayor el porcentaje de hombres que se prescriben opioides. En los MIR y en los jubilados es más frecuente en las mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas.

Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos. Se lo prescriben el 31.36% de los médicos/as (32.40 % de hombres y 30.57% de mujeres), sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Otros psicofármacos. El 7.57% se prescriben otros psicofármacos (8.18 % de hombres y 7.10% de mujeres), sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

34. ¿Ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)? El 10.28% de ellos ha hospitalizado estado alguna vez (12.16% de hombres y 8.86% de mujeres). En todos los grupos, el porcentaje de hombres que han sido hospitalizados es mayor, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre géneros de manera global y en los jubilados.

35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico/a de familia en los 5 últimos años? En todos los casos, vemos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, que muestran una mayor tendencia de las mujeres a recurrir a su médico/a de Familia.

El 35.65% no conocen o no han acudido a su médico/a de Familia, siendo mayor el número de hombres (43.70%) que de mujeres (29.55%). De los médicos/as que sí recurren, un 41.67% lo ha hecho menos de 3 veces (35.58% de hombres y 46.29% de mujeres) y un 22.68% más de 3 veces (20.72% de hombres y 24.16% de mujeres).

37. Como médico/a, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es diferente a la de otros pacientes no médicos/as? En cuanto a la atención médica recibida, el 41.30% (40.04% de hombres y 42.24% de mujeres) siente que ha recibido el mismo trato que el resto de



pacientes y que su condición de médico/a no ha influido en su atención. El resto opina que el hecho de ser médico/a ha modificado el trato recibido, tanto de una manera beneficiosa, el 48.58%, como perjudicial, el 10.12%.

De manera global y en los activos hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros en aquellos que han visto condicionada su atención por el hecho de ser médico/a. Los hombres se han visto más beneficiados (52.48% de hombres frente al 45.63% de mujeres) y en contraposición, el porcentaje de mujeres que se han sentido perjudicadas es mayor (12.12% de mujeres frente a 7.48% de hombres).

38. Como médico/a, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria? La mayoría, el 79.22% (81.92% de hombres y 77.18% de mujeres) considera que sí se respeta la confidencialidad, mientras que el 20.78% (18.08% de hombres y 22.82% de mujeres) opina lo contrario. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el global como en los activos, siendo en ambos casos mayor el porcentaje de hombres que consideran que sí que se respeta la confidencialidad. Curiosamente, en el resto de CP, MIR y jubilados, son las mujeres quienes más consideran que se respeta la confidencialidad, sin haber diferencias estadísticamente significativas.

39. Como médico/a, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento? El 61.05% (58.29% de hombres y 63.14% de mujeres) aceptaría de manera excepcional la pérdida de la confidencialidad en su asistencia clínica si ello conlleva una agilización en su diagnóstico y tratamiento, y el 24.07% (26.10% de hombres y 22.53% de mujeres) lo aceptarían siempre. Por otro lado, el 14.88% (15.61% de hombres y 14.33% de mujeres) no está dispuesto a perder la confidencialidad aunque ello suponga una mayor rapidez en la asistencia. En esta situación hay diferencias estadísticamente significativas en la decisión de hombres y mujeres, debido a que, aunque ambos están dispuestos a aceptar la pérdida de la confidencialidad, en el caso de las mujeres sería de manera más excepcional, y en el caso de los hombres no habría esta restricción. Además, vemos como conforme aumentamos en edad, va aumentando el porcentaje de médicos/as que no están dispuestos a perder la confidencialidad.

40. En su opinión: ¿Los médicos/as comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico/a responsable de la atención? La mayoría de ellos (72.21%: 73.79% de hombres y 71.02% de mujeres) opinan que no se suelen comentar este tipo de problemas y el 27.79% (26.21% de hombres y 28.98% de mujeres) opina que sí. De manera global aparecen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ya que ellas piensan con más frecuencia que este tipo de situaciones es habitual. Aunque en las CP esta tendencia se mantiene, en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas.

41. Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud... La mayoría de los médicos/as (63.82%) asumirían el caso ellos mismos. El 33.15% (33.85% de hombres y 32.61% de mujeres) lo hablarían en la consulta con más tiempo y el 30.97% (29.87% de hombres y 31.80% de mujeres) le sugeriría una propuesta al compañero para volver a hablarlo otro día. Únicamente en el grupo de los jubilados hay diferencia significativa entre géneros, siendo más frecuente en mujeres.

El resto, recomendarían consultar a otro médico/a: el 26.30% (27.61% de hombres y 25.31% de mujeres) recomendarían un especialista en el problema, el 9.08% (8.29% de hombres y 9.67% de mujeres) a su médico/a de familia y el 0.51% (0.38% de hombres y 0.61% de mujeres)



sugeriría acudir a Salud laboral. Esta opción la recomiendan más las mujeres de una manera significativa.

También en la opción de recomendar a los médicos/as de Familia hay diferencias estadísticamente significativas, siendo los varones MIR quienes más lo recomiendan mientras que en los activos son las mujeres.

42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico/a? Hay diferencias estadísticamente significativas entre cómo viven este tipo de situaciones hombres y mujeres. Los hombres suelen vivirlo como atender a un paciente más mientras que las mujeres suelen tener más dificultades para manejar este tipo de situaciones.

La mayoría (59.01%) tratarían a sus colegas como lo hacen con cualquier otro paciente, siendo más frecuente entre hombres (69.27%) que entre mujeres (51.22%), con significación estadística en MIR y en activos. Conforme se aumenta en edad y en experiencia, los médicos/as se van sintiendo más cómodos atendiendo a colegas.

El 17.83% (14.96% de hombres y 20% de mujeres) se sentiría incómodo al tratar un colega, por no saber cuánta información es conveniente dar. Esta actitud es más frecuente en mujeres que en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el caso de los activos.

El 13.70% (8.29% de hombres y 17.80% de mujeres) se sentiría como si estuviera haciendo un examen, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y en los más jóvenes. Hay diferencias estadísticamente significativas en los MIR y en activos.

Un 9.47% (7.48% de hombres y 10.98% de mujeres) no se ha encontrado en esta situación.

43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional? El 84.04% (90.04% de hombres y 79.88% de mujeres) se siente preparados para atender a un colega enfermo frente al 15.74% (9.96% de hombres y 20.12% de mujeres) que se siente poco preparado. En todos los casos, los hombres se sienten más preparados, habiendo diferencia significativa entre géneros en todos los grupos excepto en los MIR.

44. ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Esta pregunta contiene 3 afirmaciones, de las cuales solo es significativa la siguiente:

- c) Médicos/as con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada.

La mayoría, el 90.44% considera que debería haber una unidad especializada para médicos/as con problemas de salud que comprometan el ejercicio profesional (88.86% de hombres y 91.63% de mujeres). En general, esta opinión es más frecuente en mujeres, habiendo diferencia significativa en los activos y de manera global.

45. Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente? La actuación de los médicos/as que advierten que un colega tiene algún problema de salud que puede afectar en su ejercicio profesional es significativamente distinta dependiendo de si es hombre o mujer.

La mayoría (57.47%: 47.26 % de los hombres y 65.22% de las mujeres) tendría dudas sobre cómo actuar, siendo más frecuente en las mujeres y en los más jóvenes.



El 41.23% (51.78% de hombres y 33.22% de mujeres) optaría por hablar directamente con el compañero afectado. Esta opción es más frecuente en hombres y en los médicos/as de más edad.

Finalmente, la opción menos frecuente es la de no decirle nada (1.30%: 0.97% de hombres y 1.55% de mujeres), siendo más frecuente en mujeres, con diferencia significativa únicamente en el grupo de los activos.

46. ¿Cree usted que la responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio? La mayoría de médicos/as, el 88.12% (87.08% de hombres y 88.90% de mujeres) opina que es un superior quien tiene que abordar los problemas de salud de los colegas, estando en desacuerdo el 11.88% (12.92% de hombres y 11.10% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son las mujeres quienes más apoyan esta la idea, habiendo diferencias en el grupo de los activos.

47. Si tiene que atender a un médico/a enfermo... La mayoría (60.82%: 59.76% de hombres y 62.22% de mujeres) prefiere que el médico/a se identifique como tal, especialmente los de mayor edad.

Entre las otras dos actitudes a tomar, hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (excepto en el grupo de los MIR).

Al 28.13% de los encuestados (30.25% de hombres y 26.53% de mujeres) no le influye el hecho de que el paciente sea médico/a, ya que hay que dar a todos los pacientes el mismo tipo de atención, siendo esta opción más frecuente entre los hombres.

En contraposición, el 11.05% (7.53% de hombres y 13.71% de mujeres) prefiere no saber que el paciente es un médico/a, para que no afecte en su manera de atender, siendo esta opción más frecuente entre mujeres en todas las CP y en los más jóvenes.

48. ¿Recomendaría a un médico/a enfermo acudir a su servicio de salud laboral o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa? La mayoría (83.17%: 83.10% de hombres y 83.22% de mujeres) cree conveniente que los médicos/as enfermos acudan a salud laboral o prevención de riesgos laborales, y el 16.83% (16.90% de hombres y 16.78% de mujeres) no lo considera necesario. Solamente hay diferencia significativa en los MIR, siendo esta recomendación más frecuente en hombres.

49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos/as jubilados/as? La mayoría, el 85.24% (83.21% de hombres y 86.78% de mujeres) considera que la atención a los médicos/as jubilados es adecuada y el 14.76% (16.79% de hombres y 13.22% de mujeres) la considera deficiente. Aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo los hombres quienes más opinan que los jubilados no reciben la atención que merecen. Esta diferencia es la misma en los activos y es la contraria en los jubilados, donde son las mujeres quienes más opinan que la atención no es la adecuada. Conforme avanzamos en edad, observamos que cada vez hay más médicos/as que consideran que la atención no es suficientemente buena.

50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico/a jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos? El 45.19% (54.41% de hombres y 38.20% de mujeres) considera que se debería conservar la capacidad de prescripción



de por vida, siendo esta opinión más frecuente significativamente en los hombres y en los jubilados.

Por otro lado el 39.44% (33.53% de hombres y 43.92% de mujeres) considera que deberían renunciar tras varios años sin ejercicio, siendo esta opción más frecuente significativamente entre las mujeres y en los grupos de menor edad.

La opción menos frecuente es la de renuncia inmediata de la posibilidad de prescripción al finalizar la actividad (15.37%:12.06 % de hombres y 17.88% de mujeres). Esta opción es más frecuente en mujeres excepto en el grupo de los jubilados y en los más jóvenes.

51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico/a? El 94.17% (91.55% de hombres y 96.16% de mujeres) lo ven como algo conveniente y solo el 5.83% (8.45% de hombres y 3.84% de mujeres) lo ve innecesario. En todos los grupos excepto en los MIR, son las mujeres quienes más apoyan esta iniciativa, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros en todos ellos.

52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos? La mayoría está satisfecha con la implicación del Colegio de Médicos en la atención de los colegiados enfermos (54.81%:55.06% de hombres y 54.61% de mujeres) y el 45.19% (44.94% de hombres y 45.39% de mujeres) opina que no se implica lo suficiente. Solo hay diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los jubilados, siendo las mujeres las que menos satisfechas están.

53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años? Casi la mitad (48.05%) de los médicos/as conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC). Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más conocida por hombres (54.52%) que por mujeres (43.14%). Esta significación se mantiene en todas las CP excepto en los jubilados.

54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio? La mayoría está de acuerdo (80.55%: 77.50% de hombres y 82.86% de mujeres) y el 19.45% no está conforme (22.50% de hombres y 17.14% de mujeres). En todos los grupos, la satisfacción con la puesta en marcha de la VPC es mayor en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grupo de activos y de manera global.

55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos/as seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud? La mayoría (65.78%: 65.29% de hombres y 66.16% de mujeres) considera que la VPC puede contribuir a que los médicos/as seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud. Solo hay diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los jubilados, siendo las mujeres quienes más optimistas son respecto a la VPC.

5.1.2. Análisis de las respuestas cualitativas

En las preguntas de respuesta libre que se muestran a continuación, se ha calculado el porcentaje de las aportaciones y se ha descrito en el anexo 4. Dada la extensión del trabajo, no se ha profundizado en el análisis cualitativo de las respuestas.

15.1. Otras enfermedades crónicas: 1629 de los médicos/as encuestados (704 hombres, el 37.89%, y 925 mujeres, el 37.76%) hicieron aportaciones.



21.1: Otros motivos por los que problemas de salud han sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional: 380 de los médicos/as encuestados (120 hombres, el 6.46%, y 260 mujeres, el 10.61%) hicieron aportaciones.

25.5. Otras razones para acudir a trabajar estando enfermo: 1029 de los médicos/as encuestados (396 hombres, el 21.35%, y 634 mujeres, el 25.88%) hicieron aportaciones.

56. ¿Podría sugerirnos alguna estrategia para mejorar la atención del médico/a como paciente desde los servicios de salud y/o los colegios de médicos u otras instituciones? Un total de 1029 de los médicos/as encuestados (448 hombres, el 24.11% y 502 mujeres, el 20.49%) hicieron aportaciones.

5.2. Análisis estadístico multivariante por regresión logística binaria.

Se exponen a continuación los resultados de cada modelo según lo explicado en Material y Métodos. El punto de corte de valor de significación ha sido $p < 0.05$ o IC excluyendo el 1. Se considera asociación con el hecho de ser hombre una $OR > 1$ y con el de ser mujer una $OR < 1$. Las tablas con los resultados de los modelos multivariantes junto con la explicación de los resultados aplicados a los médicos/as por especialidades están en los anexos 6 y 7.

5.2.1. Resultados modelo 1: percepción y afectación de la salud

A) Con P20 (¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional? SÍ/NO)

Al aplicar este modelo vemos que todas las variables aparecen asociadas a alguno de los géneros de manera significativa. Se asocia con los hombres tener alguna enfermedad crónica (p.15) y opinar que la salud de los médicos/as afecta en su trabajo (p.18). Por otro lado, se asocia a las mujeres tener una satisfacción laboral neutra (12.2), autoprescribirse medicamentos para controlar el dolor, tener problemas de salud que afecten de manera negativa a su actividad profesional (p.17) y opinar que los problemas de salud han empeorado debido a su actividad profesional (p.20).

B) Sin P20

Al ajustar el modelo de percepción de enfermedad por el resto de variables relacionadas, vemos que la mayoría de ellas no tiene significación y por tanto no se asocian a ninguno de los géneros: satisfacción laboral (p.12r), opinar que los problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida (p.16r), estar de acuerdo en que la salud de los médicos/as afecta en su trabajo (p.18r), que los problemas de salud hayan empeorado debido a su actividad profesional (p.20), los motivos por los que la salud ha empeorado por actividad profesional (p.21), la autoprescripción en salud mental" (p.33) , la autoprescripción para el dolor", y pensar que la atención sanitaria ha sido perjudicial por el hecho de ser médico/a (37.3).

El hecho de ser hombres se asocia con tener alguna enfermedad crónica (p.15), más ingresos hospitalarios durante el último año (p.34) y que en la atención sanitaria recibida beneficie la condición de médico (37.2).

Por otro lado, con el hecho de ser mujer se relaciona tener problemas de salud que afecten de manera negativa en la actividad profesional (p.17r) y por estar más semanas de baja (p.23).



5.2.2. Resultados modelo 2: comportamientos de riesgo sobre la salud-enfermedad

Las variables que no muestran asociación estadísticamente significativa con el comportamiento de varones y mujeres son: pensar que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en el trabajo (p.19), acudir formalmente a un colega ante un problema grave (p.27.4), vacunarse de la gripe (p.28), acudir a las revisiones de Salud Laboral (p.29r), fumar (p.31) y pensar que el trabajo en equipo aumenta la seguridad clínica (p.44.1).

En el caso de los hombres, hay una mayor tendencia a estar casado (p.5), a contar con más años trabajados (p.10), a presentar dificultad en admitir que están enfermos (p.14r), a que la salud de los médicos/as afecte en su trabajo (p.18), a acudir a consultas informales (p.27.5) o a automedicarse (p.27.6) en procesos graves, a realizar más ejercicio físico (p.30), a consumir alcohol (p.32.1) y a opinar que los médicos/as deben conservar la capacidad de prescripción tras jubilarse (p.50).

Por el otro lado, hay variables que se asocian más a las mujeres: tener una mejor percepción del estado de salud (p.13), que los problemas de salud condicionen su actividad profesional a lo largo de su vida (p.16), a acudir a trabajar cuando tendrían que estar de baja (p.24) e ir al médico/a de familia (p.35).

5.2.3. Resultados modelo 3: autoconfianza

Las variables que no se asocian con el comportamiento de varones o mujeres son: tener una satisfacción laboral alta (p.12), sentirse incómodo por no saber cuánta información dar (p.42.2), opinar que es necesaria una atención especializada para atender a médicos/as (p.44.2), ser conscientes de que el trabajo en equipo aumenta la seguridad clínica (p.44.1) y la actitud al atender a un médico/a enfermo (p.47).

En el caso de los hombres ($OR > 1$) hay una mayor tendencia a considerar que el estado de salud de los médicos/as afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario (p.18), a sentirse como atendiendo a un paciente más cuando tienen que tratar a un colega (42.4), y a sentirse mejor preparados para atender a un colega (p.43).

Por el otro lado, las variables que se asocian más a las mujeres son ($OR < 1$): una satisfacción laboral neutra (p.12), acudir a trabajar estando enferma por miedo a perder el trabajo (25.3), a sentirse como si estuviera en un examen al atender a un colega enfermo (42.3) y a ver necesarias las recomendaciones en el Código Deontológico sobre cómo actuar ante un médico/a enfermo (p.51r)

5.2.4. Resultados modelo 4: confidencialidad

Hay varias que no presentan asociación con ninguno de los dos géneros: estar dispuesto a perder la confidencialidad si ello supone agilizar el proceso en cualquier caso (p.39.3) y opinar que se comentan los problemas de salud entre los médicos/as (p.40).

El comportamiento que se asocia con el hecho de ser hombre es opinar que se respeta la confidencialidad (p.38) y con el hecho de ser mujer, estar dispuesto a perder la confidencialidad de manera excepcional si ello supone agilizar el proceso (p.39.2).



5.2.5. Resultados modelo 5: relación con otros colegas siendo hombre o mujer

No se asocian con ningún género según este modelo, las siguientes variables: que el médico/a de familia sea alguien cercano (p.36), ante un colega que le plantea un problema de manera informal (p.41) aconsejarle ir a su médico/a de familia (41.2) o indicarle ir a un médico/a especialista en el problema (41.3), recomendar ir a salud laboral (p.48r), que los médicos/as renuncien a la capacidad de prescripción tras unos años de jubilarse (p.50.2), considerar que la VPC ayudaría a crear conciencia sobre las necesidad de cuidados de salud (p.55) y tener dudas sobre cómo hablar con el compañero si tiene algún problema que afecta en su trabajo (p.45.2).

Las asociaciones significativas con el hecho de ser hombre son: tener una pareja profesional sanitario (p.6), ante el colega que le plantea de manera informal un problema de salud (p.41): invitarle a hablarlo en la consulta con tiempo (41.4) o sugerirle una propuesta y volver a hablar otro día (41.5), hablar con total seguridad con un compañero si tiene algún problema que afecta en su trabajo (p.45.3) y opinar que los jubilados deberían mantener su capacidad de prescripción (50.3).

6. DISCUSIÓN

6.1. Limitaciones y fortalezas de la encuesta

Este trabajo ha analizado las diferencias de autopercepción ante el proceso de enfermar en la profesión médica entre mujeres y hombres por medio de la encuesta CAMAPE (Comportamiento y Actitudes de los Médicos/as ante su Proceso de Enfermar).

Entre las limitaciones del trabajo queremos reseñar las relacionadas con el instrumento utilizado: una encuesta auto-cumplimentada que se ubicó en la plataforma de la Organización Médica Colegial. Los datos auto-informados están limitados por el hecho de que pocas veces pueden ser verificados independientemente. Sin embargo, este factor tiene menos peso en los individuos con formación académica (18). Por otro lado, el hecho de que haya sido por internet puede haber facilitado la participación de profesionales más jóvenes (19). Además, al haber sido difundida a través de la OMC, ha llegado principalmente a médicos/as colegiados.

En cuanto a las variables en relación con la perspectiva de género, la encuesta no ha considerado algunas variables como tener hijos o personas mayores a su cargo. Haber preguntado por la conciliación familiar y el desempeño de la profesión hubiese sido interesante para establecer hipótesis explicativas en este trabajo.

Tampoco se ha incluido una pregunta sobre el aprendizaje vivencial de los médicos/as sobre la enfermedad. Si bien, esta información se ha recogido de las entrevistas en profundidad y los grupos focales con un impacto positivo de la vivencia de la enfermedad como un elemento de aprendizaje que mejora la comprensión de la vivencia de sus pacientes y desarrolla la empatía en la entrevista clínica.

En cuanto a fortalezas del trabajo, el número de respuestas supera la estimación inicial del tamaño muestral en su conjunto, por lo que parte de las limitaciones antes reseñadas pueden estar parcialmente compensadas. Si bien, cuando se analiza por subgrupos, la significación de los resultados disminuye puesto que el número de respuestas es inferior, particularmente en relación con residentes y jubilados. La muestra de los profesionales activos sigue siendo numerosa por lo que sus resultados mantienen la significación estadística.



En cuanto a la interpretación de los resultados, una de las principales limitaciones para contrastar la información de nuestra encuesta es la falta de estudios previos de investigación sobre el tema en España y a nivel internacional. En España, tenemos como referencia el estudio de la Fundación Galatea y el Centro de Análisis y Programas Sanitarios sobre “La salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos/as y médicas de Cataluña” realizada durante el 2006 y comparada con la Encuesta de Salud de Cataluña del 2002(6). Existen más estudios sobre patología mental, adictiva (20) y burn-out(21), pero no sobre el impacto de otras enfermedades y de actividades preventivas básicas.

No existe una palabra clave que pueda orientar la búsqueda bibliográfica y por ello proponemos tras este estudio acuñar el término “**sick doctor**” como el que mejor nos ha aproximado a referencias de interés. Para el género hemos usado “Gender” combinando con “sick doctor” y “risk behaviour”.

6.2. Comparación con la población general del mismo nivel de estudios y edad

En relación con aquellas variables que coinciden con las de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (ENS17), pasamos a comparar nuestros resultados con el estrato poblacional de igual edad y nivel de estudios (titulados superiores) según lo explicado en Material y Métodos (los médicos/as en activo: MIR + activos, se comparan con la población de 25 a 65 años y los médicos/as jubilados con la población mayor de 65 años). Sin embargo, se deja para otra etapa de la investigación una comparación más precisa de los mismos.

a) Salud percibida (p.13)

El 65.51% de los médicos/as en activo (64.33% en hombres y 66.29% en mujeres) opina que tiene buena salud, cifra que es considerablemente inferior a la ENS17, que es del 83.90% (85.93% de hombres y 82.14% de mujeres). En el caso de los médicos/as jubilados, el 50.52% (47.88% de hombres y 57.69% de mujeres) considera su estado de salud como buena, siendo estas cifras también inferiores a las del ENS17 (65.03%: 63.04% de hombres y 68.02% de mujeres).

Podemos concluir que la salud percibida por los médicos/as es muy inferior a la de la población general de igual nivel etario y de estudios. Esto podría deberse a la influencia de los conocimientos médicos que podría condicionar una evaluación más crítica sobre el propio estado de salud.

Nuestros resultados son contrarios a otros estudios en los que se comprobó que las médicas tenían un mejor estado de salud percibido que las mujeres ocupadas de la población general. En el caso de los hombres, la salud percibida era muy similar entre médicos/as y otros profesionales no sanitarios (22).

b) Enfermedades crónicas (p.15)

De manera general, la población médica tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas, lo que coincide con los resultados de otros estudios (22). Las enfermedades crónicas que se han comparado son:



b.1) Hipertensión

El 12.76% (21.50% de hombres y 6.72% de mujeres) de los médicos/as en activo tiene HTA, cifra mayor a la del ENS17 (7.94%:11.29% de hombres y 5.04% de mujeres). Estos resultados difieren de los obtenidos en un estudio en la población de médicos/as de Cataluña de 2006 en la que tanto médicos como médicas tienen una prevalencia de hipertensión arterial inferior a la de la población de la misma clase social. (6)

Respecto al grupo de los médicos/as jubilados, tienen HTA un 44.72% (47.31% de hombres y 37.69% de mujeres) cifra también superior a las del ENS17 (41.36%:46.07% de hombres y 34.32% de mujeres).

Podemos concluir que los médicos/as sufren más de HTA que la población general, siendo especialmente preocupante la diferencia en el grupo de hombres médicos activos. La medición de la prevalencia de enfermedades se hizo a la vez ya que tanto nuestra encuesta como la ENS17 se desarrollaron en el mismo año. Las diferencias detectadas podrían deberse a que los profesionales médicos/as realizan un diagnóstico temprano de esta patología en relación con la población general.

b.2) Diabetes.

La DM aparece en el 3.69% de los médicos/as en activo (6.29% de hombres y 1.9% de mujeres), lo que supone una prevalencia mayor que en la población ENS17 (2.03%: 3.07% de hombres y 1.12% de mujeres). Estos resultados difieren de los obtenidos en el estudio catalán mencionado previamente en la que las médicas tienen una prevalencia de diabetes inferior a la de la población de la misma clase social. (6)

Por el contrario, en los jubilados, ser médico/a parece un factor protector (10.56%: (11.90% de hombres y 6.92% de mujeres) frente al 13.96% de la población ENS17 (18.93% de hombres y 6.54% de mujeres).

Observamos que la prevalencia de diabetes en la población médica activa es mayor que en la ENS17. Sin embargo, en el caso de los jubilados y de los hombres jubilados, es la población general la que tiene una mayor prevalencia de diabetes. Estas diferencias pueden deberse, al igual que en el caso anterior, a que los profesionales médicos/as realicen un diagnóstico temprano de esta patología y que con la edad se iguale la prevalencia, incluso aumentando en la población general.

b.3) Trastornos depresivos.

Este tipo de trastornos aparecen en el 6.55% de los médicos/as activos (5.86% de hombres y 7.03% de mujeres). Resulta preocupante ver que este tipo de problemas es más frecuente en médicos/as que en ENS17 (2.90%: 1.88% de hombres y 3.78% de mujeres).

La diferencia entre la prevalencia en los médicos/as jubilados (6.42%: 5.95% en hombres y 7.69% en mujeres) y en la ENS17 (6.24%:4.42% en hombres y 8.97% en mujeres) no es tan marcada.

Observamos que la prevalencia de depresión es mayor en la población médica en todas las etapas profesionales, tanto para varones como mujeres, hecho ya descrito en la literatura (23) (24).



b.4) Trastornos de ansiedad.

La prevalencia de trastornos de ansiedad en los médicos/as activos es de 13.76% (11.46% de hombres y 15.34% de mujeres) más del triple que en la ENS17 (4.31%: 2.71% en hombres y 5.71% en mujeres). Esta cifra desciende en los jubilados (9.52%, 8.50% en hombres y 12.31% en mujeres) pero sigue siendo significativamente mayor que en la ENS17 (4.73%, 2.52% en hombres y 8.03% en mujeres).

Estas cifras convierten a los trastornos por ansiedad en una de las entidades clínicas más preocupantes en médicos/as, ya que la diferencia con la población comparada es importante en todos los grupos de edad y en ambos géneros.

La tasa elevada de ansiedad es congruente con los datos reflejados en otras publicaciones científicas que señalan el desempeño de la profesión médica como un factor de riesgo para los trastornos ansiosos (25) (26). En nuestro estudio, la ansiedad de los médicos/as disminuye con la edad, hecho que no ocurre con la población general, lo cual apoyaría la hipótesis de que la carga emocional y responsabilidad inherente a la profesión influye en el desarrollo de cuadros ansiosos.

c) Vacunación gripe (p.28)

Como era de esperar, la vacunación de la gripe es mucho más frecuente en los médicos/as que en la población general, puesto que al ser sanitarios está altamente recomendada.

Aun así, solo se vacunan el 51.65% de los médicos/as en activo (52.57% de hombres y 51.03% de mujeres) frente al 8.78% (7.91% de hombres y 9.53% de mujeres) de la ENS17. Estas cifras de vacunación son superiores a las halladas en un estudio de médicos/as en Cataluña (45,7% de los médicos y un 40,9% de las médicas) (6).

Estas diferencias disminuyen en los mayores de 65 años: 66.25% (64.02% de hombres y 72.31% de mujeres) en médicos/as frente a 48.60% (51.63% de hombres y 44.07% de mujeres) en ENS17.

Excepto en la población del ENS17 menores de 65 años, en la que es más frecuente la vacunación entre las mujeres, en el resto de grupos son los hombres quienes más se vacunan.

d) Tabaco (p.31)

Fuman el 11.69% de los médicos/as activos (12.25% de hombres y 11.33% de mujeres). Estas cifras son mucho menores que las del ENS17 (22.23%: 23.71% de hombres y 20.95% de mujeres)

Sin embargo, en el grupo de mayores de 65 años, son los médicos/as jubilados quienes más fuman (13.25%: 15.58% de hombres y 6.92% de mujeres) respecto a la ENS17 (12.43%: 13.85% de hombres y 10.33% de mujeres). Esto es porque los médicos hombres jubilados fuman más que los mayores de 65 años de la ENS17.

En todos los casos, son los hombres quienes más fuman. A pesar de que entre las médicas ha aumentado levemente el hábito tabáquico, la prevalencia general de tabaquismo entre los médicos/as en activo es menor que en la población de referencia, como es lo deseable entre aquellos de los que se espera que brinden ejemplo respecto a los hábitos de vida saludable.



e) Alcohol (p.32.1)

Es preocupante el alto consumo de alcohol entre la población médica: 28.50% en los activos (36.80% de hombres y 23.74% de mujeres) aunque los resultados de la ENS17 son muy superiores (80.07%: 88.15% de hombres y 73.06% de mujeres).

Este consumo es menor en los menores de 65 años: 22.98% en los médicos/as (25.50% de hombres y 16.15% de mujeres), siendo también mayor el consumo en la ENS17 (73.94%: 78.18% de hombres y 67.58% de mujeres).

Evaluar el comportamiento de los médicos/as en aspectos relacionados con la promoción de la salud es especialmente interesante ya que se considera que es un marcador de cómo la población percibe lo dañino que pueden llegar a ser ciertos comportamientos. Cobra especial relevancia el tabaco y el alcohol por ser elementos muy presentes en la población actual. Se comparan los resultados con un estudio de tabaco y alcohol en médicos/as de Familia en Suiza. (27) En esta población, los médicos/as fuman menos que la población general debido a su elevado nivel socio-económico y el conocimiento de los peligros del tabaco. Esta situación es la misma en España excepto en el grupo de los hombres mayores de 65 años, en el que el porcentaje de fumadores es muy similar. El cuanto al alcohol, aunque sabemos que no solo causa problemas de salud sino también sociales y familiares, algunos estudios sugieren que una parte de la población no percibe su potencial perjuicio. En el caso de Suiza y en estudios en otros países, se ha demostrado claramente que los médicos/as beben más frecuentemente y en cantidades superiores que la población general, lo que aumenta el riesgo de abuso y dependencia de alcohol.

Existen importantes diferencias entre nuestros resultados (en España parece ser la población general la que tiene un consumo de alcohol más alto) y los de otras publicaciones, lo que nos plantea la existencia de algún posible sesgo y que sea necesaria una investigación más profunda. Lo que si podemos concluir en referencia a la encuesta CAMAPE es que el consumo de alcohol entre médicos/as es elevado y en todas las comparaciones son los hombres quienes más alcohol consumen.

f) Hospitalización (p.34)

Ha estado hospitalizado el 9.29% de los activos (10.24% de hombres y 8.66% de mujeres) frente al 7.26% (5.05% de hombres y 9.19% de mujeres) de la ENS17. Por otro lado, el 18.22% (20.40% de hombres y 12.31% de mujeres) de los médicos/as jubilados han sido hospitalizados, frente al 14.63% (16.98% de hombres y 11.12% de mujeres) de ENS17.

Concluimos que, excepto en el grupo de referencia de las mujeres menores de 65 años, son los médicos/as y los hombres quienes más han estado hospitalizados.

6.3. Variables significativas del análisis bivariado con peso importante en la investigación

a) En relación con las variables socio-demográficos, especialidad, situación laboral, práctica pública/privada/combinada y de satisfacción profesional.

4308 médicos/as de todas las categorías profesionales (en formación: 8.36%, en activo: 80.04% y jubilados: 11.21%) han participado en la encuesta CAMAPE, siendo el 43.13% de ellos hombres y el 56.87% mujeres. La distribución de la muestra en cuanto sexo y edad es similar a



la publicada en el estudio sobre Demografía Médica de la CGCOM en 2017 (28). La feminización de la Medicina se ve claramente reflejada en esta encuesta: mientras que las mujeres predominan en las edades más jóvenes, los hombres tienen una mayor representación en las edades más avanzadas. En consecuencia, la media de edad es mayor en los hombres que en las mujeres y cuentan con más años de ejercicio profesional. También son ellos quienes más horas invierten en su actividad profesional, con una tendencia a disminuir el número de horas conforme avanzamos en las etapas profesionales.

No tenemos datos para comparar estos datos con los de la población de referencia de la mismo nivel de estudios, pero un estudio en Cataluña observó que los médicos/as trabajan una media de casi 10 horas más a la semana que los hombres y mujeres de su clase social (6).

Resultaría interesante profundizar en la satisfacción relacionada con el número de horas trabajadas, pues según un estudio, el 82% de mujeres y 75% de los hombres consideraron que trabajan demasiadas horas, lo que conllevaba problemas para desconectar después del trabajo y para encontrar tiempo y energía para realizar otras actividades. Además, se observó una relación entre la insatisfacción por el exceso de horas trabajadas con síntomas físicos y mentales (29).

La mayoría están casados, siendo esta situación más frecuente en los hombres. Es más habitual que sean las mujeres quienes estén solteras, especialmente las de mayor edad. Además, cerca de la mitad de los médicos/as tiene una pareja sanitaria, principalmente una enfermera en el caso de los hombres de mayor edad. Este aspecto es importante puesto que hay estudios que determinan que tener pareja es un factor protector de enfermedad y que el hecho de que esta sea sanitaria incrementa este efecto, probablemente por el hecho de tener un buen soporte social y emocional y que pueda detectar posibles problemas (30).

La especialidad más representada en la muestra es la medicina de Familia, seguida de las especialidades médicas, las quirúrgicas y los servicios centrales. Mientras que en las dos primeras son más frecuentes las mujeres, las especialidades quirúrgicas tienen una mayor representación masculina.

Cabe destacar que de los médicos/as en activo, la mayoría está trabajando por cuenta ajena y en la sanidad pública, siendo esta situación la predominante en las mujeres. La mayor representación de ejercicio mixto (ajena más propia) y en la sanidad privada viene determinada por el grupo de varones. Esta información concuerda con la reflejada en el estudio sobre Demografía Médica CGCOM en 2017. En cuanto a los jubilados, la mayoría no mantiene actividad profesional, siendo los hombres quienes más han continuado con su labor médica.

Los últimos trabajos de la literatura anglosajona informan de un progresivo aumento en la insatisfacción laboral en la práctica médica. En los años 70 menos de un 15% de los médicos/as refería insatisfacción laboral, a partir de los años 80 más de un tercio opinaba que no volverían a elegir Medicina o no la recomendarían. En el año 2001, un 58% del colectivo médico afirmó que su entusiasmo respecto a la Medicina había disminuido considerablemente en los últimos 5 años especialmente debido a la carga de trabajo, labores administrativas y los ingresos (31). En la encuesta CAMAPE, la satisfacción con el trabajo desempeñado suele ser alta de manera general y especialmente en los hombres, siendo las mujeres quienes más valoran como algo neutro o normal la satisfacción laboral. Sin embargo, en otros estudios no se ha demostrado una clara relación entre el género y la satisfacción laboral. (29)



b) En relación con las variables que describen el hecho general de enfermar (relación con su médico/a de familia, bajas laborales, presentismo, problemas médicos en los últimos años, tiempo de baja laboral...)

La valoración del estado de salud es positiva en la mayoría de los médicos/as, especialmente en el grupo femenino y en los grupos más jóvenes. Esto es congruente con el hecho de que los hombres y los grupos de mayor edad presentan una mayor comorbilidad (enfermedades vasculares, hipertensión y diabetes). Debido a esto, también son estos grupos los que han sido hospitalizados y han estado de baja con mayor frecuencia. En contraposición a esta tendencia, se encuentra los trastornos de ansiedad, peligrosamente prevalentes en toda la población médica y, como se ha explicado previamente, es mayor que en la población no médica, siendo más frecuente entre las mujeres y disminuyendo tras la jubilación.

Los médicos/as son conscientes de que los problemas de salud afectan al resto de las esferas de su vida. A la mayoría, estos problemas han condicionado la actividad profesional o le ha afectado negativamente en algún momento de su vida, siendo las mujeres en ambos casos quienes más vivencian esta repercusión. También son ellas quienes más opinan que alguno de estos problemas de salud fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional. En todos ellos, el motivo principal ha sido la sobrecarga asistencial.

Todos los problemas, tanto los somáticos como los mentales, tienen un gran impacto en la vida y profesión de los médicos/as. La mayoría de ellos opina que los somáticos tienen un impacto menor que los mentales en la competencia profesional. Esta idea es respaldada especialmente por los hombres y por los grupos de mayor edad.

Menos de la mitad de los médicos/as acuden a los reconocimientos de salud laboral, cumpliendo esta recomendación con más frecuencia las mujeres.

Considerando la recomendación de la OMS de realizar 300 minutos (5 horas) de ejercicio físico a la semana para que sea beneficioso para la salud, la mayoría de médicos/as cumple con las recomendaciones, siendo los hombres quienes más horas dedican. Según un estudio en Estonia, los médicos/as que realizan ejercicio físico tienen una mayor tendencia a promover entre sus pacientes la actividad física (32).

c) Contenidos en relación con auto-manejo de la enfermedad propia (automedicación, vías alternativas de acceso al diagnóstico y tratamiento...).

Como refleja la literatura (2), cuando los médicos/as sufren un problema de salud presumiblemente leve, la tendencia general de la población médica es a buscar soluciones por sí mismos, generalmente a través de la automedicación. Sin embargo, cuando el proceso parece grave, los médicos/as y especialmente los hombres suelen recurrir a la ayuda de un colega, tanto de manera formal como informal. Otra alternativa es la de acudir al médico/a de Familia, opción elegida más frecuentemente por las mujeres. Además, vemos que son ellas quienes mantienen una mayor relación con su médico/a de familia, consultándole con mayor frecuencia sus problemas de salud. Numerosas organizaciones recomiendan a los médicos/as tener un médico/a de Familia de referencia, ya que permite una relación médico/a-paciente más adecuada (33).

Estos hallazgos coinciden con la mayoría de las publicaciones al respecto, en las que se pone de manifiesto que los médicos/as utilizan menos los servicios sanitarios formales que la



población general, y recurren de manera informal a los compañeros del trabajo y la auto-prescripción (33)(3).

A pesar de los riesgos que conlleva, como la falta de objetividad y retraso en el diagnóstico, la automedicación es una práctica muy extendida entre los médicos/as. La prevalencia de la auto-prescripción varía según los estudios desde el 39% al 99%. Por ejemplo, en un estudio realizado en Noruega, el 90% de los médicos/as que habían utilizado un medicamento era autorrecetado, siendo los más frecuentes, al igual que en la encuesta CAMAPE, los antibióticos (71-81%), los analgésicos (18-21%) y los hipnóticos (9-12%) (34). En la encuesta CAMAPE, la prescripción de antibióticos y analgésicos básicos predomina en el grupo de las mujeres, mientras que en el grupo de los hombres lo hacen los analgésicos opioides. Este elevado uso de analgésicos en la población médica podría estar relacionado con que en varios estudios los médicos/as han puntuado alto en la escala de dolor (6).

d) Contenidos en relación con hecho de compartir la enfermedad buscando ayuda médica (pérdida de la confidencialidad, acceso a los cuidados,...)

La mitad de los médicos/as que han requerido atención sanitaria considera que ser médico/a ha condicionado el trato recibido. La mayoría de veces ha tenido un efecto beneficioso, especialmente en el caso de los hombres y para una pequeña parte ha tenido un efecto perjudicial, principalmente en las mujeres.

La mayoría y más frecuentemente los hombres, considera que se respeta la confidencialidad y que no se comentan los problemas de salud entre los compañeros. Pese a su importancia en el trato de la enfermedad, la mayoría de los médicos/as estaría dispuesto a renunciar a ella. Las mujeres renunciarían de manera excepcional mientras que los hombres renunciarían siempre.

Los más jóvenes piensan que a veces no se respeta la confidencialidad cuando se trata a un médico/a enfermo/a y estarían dispuestos a renunciar a ella con el fin de agilizar el proceso. Estos resultados contrastan con otras investigaciones europeas, en la que los médicos/as residentes no estarían dispuestos a perder la confidencialidad (35). Por el contrario, los jubilados opinan que la confidencialidad se preserva muy frecuentemente, y en un mayor porcentaje no estarían dispuestos a perderla.

e) Contenidos en relación con el manejo de otros compañeros enfermos.

La mayoría de médicos/as que recibe solicitud de ayuda de algún colega prefieren encargarse ellos mismos del problema, citándole en consulta o proponiéndole alguna solución. Una pequeña parte, considera una buena sugerencia la de visitar al médico/a de Familia.

Una gran parte de la población médica se siente preparada para atender a un compañero médico/a, siendo los hombres quienes más preparados se sienten. Esta situación es congruente con el hecho de que ellos suelen vivir esta situación como si fuesen a atender a un paciente más mientras que ellas se sienten incómodas por no saber cuanta información es conveniente dar o por sentirse como si estuvieran haciendo un examen. Conforme avanzan en las etapas profesionales y adquieren experiencia, los médicos/as van sintiéndose más cómodos y preparados para atender colegas.

En el caso de que el problema de salud pueda comprometer el ejercicio profesional, casi todos los médicos/as y especialmente las mujeres, son partidarios de que exista apoyo de una



unidad especializada. Además, ellos no dudarían en hablar con el compañero cuyas facultades pueden estar comprometidas pero ellas y los más jóvenes tendrían dudas sobre cómo actuar. En línea con esta idea, la mayoría de médicos/as y especialmente ellas creen que la responsabilidad de abordar el problema de salud del compañero es de los directores y jefes de servicio.

La mayoría, principalmente los hombres y los grupos de mayor edad, prefiere que los médicos/as se identifiquen como tal. Algunas mujeres, prefieren no saber que el paciente es un médico/a para que su manera de atenderles no se vea afectada.

f) Consideraciones sobre la validación periódica de la colegiación

La mayoría de médicos/as y más frecuentemente ellas ven conveniente que el Código de Deontología refleje recomendaciones sobre cómo abordar la salud del médico/a. Esta idea es congruente con que las mujeres tienen más dudas sobre cómo actuar ante un compañero enfermo y con el hecho de que se sienten menos preparadas para ello.

Si analizamos la capacidad de prescripción de los jubilados, observamos que son los hombres y los grupos de mayor edad quienes consideran que tras la jubilación debería conservarse el talonario de prescripción, mientras que las mujeres y los más jóvenes opinan que deberían renunciar a los años de jubilarse.

En cuanto a la VPC, la mayoría y más frecuentemente las mujeres, está de acuerdo con su puesta en marcha, considerando en su mayoría que puede contribuir a que los médicos/as seamos más conscientes del cuidado de la salud.

6.4. Comentarios de los modelos multivariantes

Los resultados obtenidos de los modelos multivariantes confirman algunas de las hipótesis que nos planteábamos y descartan otras. Es muy complicado representar determinadas formas de comportamiento de manera dicotómica entre varones y mujeres en cuanto a comportamientos ligados al género y en cuanto a comportamientos ligados al rol de mujer y hombres. Solo se comentarán los aspectos más relevantes del análisis de la población activa en su conjunto.

Relacionado con el modelo de percepción y afectación de la salud, observamos que son los hombres quienes sufren más enfermedades crónicas con el consiguiente mayor número de ingresos. La condición de médico/a se percibe como beneficiosa a la hora de ser atendidos y opinan que su salud influye en su trabajo. En cuanto a las mujeres, pese a tener menos enfermedades crónicas y una percepción de la salud positiva, observamos una mayor afectación negativa de la salud en el trabajo y la idea de que los problemas de salud han empeorado por motivos laborales. Parece pues que los hombres tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que las mujeres, pero son las mujeres a quienes más les afecta la enfermedad en su relación con el trabajo, reconociendo más abiertamente su vulnerabilidad ante la enfermedad y el impacto directo en su labor diaria. Además, las mujeres tienen una mayor tasa de autoprescripción de medicamentos para controlar el dolor. En otros estudios, los médicos se autotrataban y medicaban en una proporción más alta que las médicas (22)

El hecho de que las mujeres acumulan más días de baja que sus colegas hombres también se ha visto en otros estudios (22).



Los modelos de comportamientos de riesgo de la salud y autoconfianza en el trabajo están relacionados. Hay un balance en ambos grupos entre los comportamientos de minimización del riesgo y de protección de la salud que en muchos casos va de la mano de la confianza en el desempeño profesional.

Las mujeres, posiblemente por falta de confianza en su capacidad diagnóstica o por aversión al riesgo, buscan más apoyo en su médico/a de familia. Por su parte, los hombres, posiblemente por una mayor confianza en sus conocimientos o por una mayor dificultad en admitir que están enfermos, buscan soluciones más rápidas como son la automedicación y las consultas informales.

Veamos ahora la otra cara de la moneda. Esta misma manifestación de autoconfianza en los hombres también tiene efectos positivos, pues les permite sentirse cómodos al atender a un colega, con una buena percepción de preparación e incluso como si fuera un paciente más. Y en las mujeres, esa menor autoconfianza que actúa como protección, también tiene efectos negativos, como sentirse como si estuviera en un examen al atender a un colega enfermo, acudir a trabajar estando enfermas por miedo a perder el trabajo y considerar necesario que el Código Deontológico realice recomendaciones sobre cómo tratar al médico/a enfermo/a.

Esta doble cara de la autoconfianza en su trabajo y en los comportamientos de protección de la salud demuestra que son cualidades que hombres y mujeres deberían reforzar desde una perspectiva positiva. Resultaría útil desarrollar competencias diagnósticas y comunicativas para tener seguridad y confianza en el manejo de los pacientes y de los compañeros enfermos.

Por otro lado es necesario recordar que tener un referente sanitario es un factor protector en la salud. Las mujeres se asocian con mayor frecuencia a tener un médico/a de familia y los hombres a solicitar la ayuda de un colega de manera informal. Estudios demuestran que la tendencia de los profesionales a hacer de médicos/as de sí mismos y a consultar de manera informal a compañeros puede tener un efecto negativo en la propia salud (36). Para evitar esta situación, se debería recomendar tener un profesional sanitario de referencia con el que se mantenga una adecuada relación médico/a-paciente y un óptimo acceso al sistema de salud.

Todos los médicos/as están de acuerdo en el impacto que tiene la salud en el trabajo y las mujeres reconocen más frecuentemente las limitaciones que suponen estos problemas. Sin embargo, posiblemente por la elevada autoexigencia de la población médica y las dificultades al solicitar la baja, muchos médicos/as acuden al trabajo estando enfermos cuando ellos mismos habrían dado una baja laboral. Teniendo en cuenta los problemas de seguridad que puede acarrear esta práctica tanto para médicos/as como para pacientes, es necesario evitar el presentismo (ir a trabajar estando enfermo), especialmente frecuente en mujeres.

En un estudio sueco (37) se concluye que las médicas reconocieron presentismo más a menudo que los hombres, informando de razones relacionadas con la "preocupación por los demás" y la "carga de trabajo". Los hombres informaron de razones relacionadas con la "capacidad" y el "dinero" con más fuerza que las mujeres. Estas diferencias son efectos probables de los estereotipos de género y de las diferentes responsabilidades familiares. En nuestra opinión, disminuir el estrés laboral asociado a la enfermedad y el presentismo podría conseguirse a través de una mejor regulación y cobertura de las bajas.

Respecto a la promoción de la salud, las mujeres deberían aumentar las horas de ejercicio físico y los hombres reducir el consumo de alcohol. Es importante porque hay estudios que



demuestran que los médicos/as que practican buenos hábitos de salud dan consejos de forma más frecuente y de manera más convincentes y motivadora a los pacientes (7).

En cuanto a la confidencialidad, se cumple nuestra hipótesis de que hombres y mujeres tienen diferentes planteamientos respecto a su importancia y su impacto, siendo los varones quienes más dicen respetarla. Las mujeres están más dispuestas a perderla de manera excepcional si ello supone agilizar el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Los hombres presentan mayor seguridad en las relaciones con sus compañeros ocupándose ellos mismos del manejo del colega que solicita ayuda o hablando con sus compañeros si detectan algún problema. Posiblemente las mujeres consideran que la atención a los médicos/as deberían hacerla personas especializadas y formadas para tratar a médicos/as enfermos. Esto condiciona que, si no han recibido una formación, se sientan poco preparadas para tratar a un colega y consideren que es necesaria la creación de unidades especializadas en atender al médico/a enfermo.

Es necesario concienciar a la población médica del cuidado de su salud. **Podemos concluir que para formar y desarrollarnos mejor como profesionales, la manera más acertada a nuestro parecer es buscar la sinergia entre hombre y mujeres, aprendiendo cada grupo del otro en aquellas cosas que hacemos bien.**

6.5. Futuras líneas de investigación

Sería interesante continuar trabajando los modelos multivariantes que hemos aplicado a las diferentes especialidades según hipótesis de otros trabajos, ya que se han encontrado asociaciones en las que merece la pena profundizar. Por ejemplo, el hecho de que los cirujanos varones opinen con más frecuencia que las mujeres que la salud afecta en su trabajo. Este matiz es importante ya que el buen estado físico es muy relevante para las profesiones manuales. Otro ejemplo sería analizar la automedicación según las especialidades, ya que otros estudios refieren que es más frecuente en anestesia, urgencias y psiquiatría (38).

Consideramos que a partir de las respuestas cualitativas de la encuesta CAMAPE pueden establecerse varias líneas de investigación futura. Por su relación con el TFG y con la perspectiva de género, merece la pena resaltar un estudio que pone el punto de mira en el acoso y en la intimidación física y verbal que en ocasiones sufre el colectivo médico, especialmente en las mujeres. En las respuestas de CAMAPE hay proporcionalmente más mujeres que reflejan esta problemática. Además de la propia gravedad de la situación, esto se traduce en peor salud y satisfacción laboral. Es fundamental continuar los esfuerzos por reducir estos comportamientos y lenguaje por parte de trabajadores, supervisores, pacientes y familiares. Algunas propuestas son concienciar a la población y a los trabajadores del sistema de salud a través de publicidad y políticas disuasorias, así como dar estrategias a los médicos/as para lidiar y denunciar estas situaciones (29).

Otra futura línea de investigación es el análisis de las respuestas cualitativas referidas al dolor. Muchos médicos/as lo han manifestado de diferentes maneras. Además de expresar enfermedades, puede estar relacionado con la ergonomía del lugar de trabajo, sufrimiento físico y psíquico, presión social, las situaciones de estrés o sobrecarga laboral (6).

También consideramos interesante e importante investigar la alta prevalencia de trastornos ansiosos entre los profesionales sanitarios en su etapa de MIR y activos. Es un problema social



y de salud pública que daña la calidad de vida del médico/a y de su labor asistencial, incrementando los costes económicos y sociales. Serían precisas acciones encaminadas a mejorar las capacidades de los médicos/as a la hora de afrontar el estrés, mejorar las relaciones interpersonales y trabajo en equipo, así como recibir entrenamiento en técnicas para la gestión y manejo de la ansiedad.

Por último, consideramos que merece la pena profundizar en la comparación de los datos de esta encuesta con la población general del mismo nivel de estudios y tramo de edad, evaluando otras preguntas que son similares a las de la ENS17 pero que requieren cálculos más precisos y adaptar las categorías de las respuestas para poder hacer las comparaciones.

7. CONCLUSIONES

1. Han respondido a la encuesta nacional CAMAPE 4308 médicos/as (1858 hombres y 2450 mujeres). Los resultados de su análisis reflejan diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de hombres y mujeres en las 3 etapas profesionales consideradas (MIR, Activos y Jubilados). La progresiva feminización de la Medicina se confirma en la encuesta con un aumento progresivo de la proporción de mujeres en los grupos profesionales más jóvenes y con una media de años trabajados más elevada entre los varones.

2. El porcentaje de soltería es superior en mujeres, especialmente entre los grupos de mayor edad. Viven mayoritariamente en poblaciones de más de 50.000 habitantes y trabajan por cuenta ajena, principalmente en el sistema público de salud. Los hombres están casados, siendo su pareja una enfermera en un alto porcentaje de los casos. Compaginan con mayor frecuencia la actividad pública y privada manteniéndola en mayor porcentaje tras la jubilación.

3. Las mujeres ejercen especialidades médicas siendo medicina de familia la más frecuente. Por su parte, los hombres tienen una mayor presencia en las especialidades quirúrgicas.

4. Los hombres trabajan de media más horas semanales que las mujeres (MIR + activos) y son los más jóvenes los que más horas invierten.

5. El hecho de ser hombre y mujer médico/a condiciona una elevada prevalencia de problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, que en la mayoría de los casos es mayor o similar que en la población de su mismo nivel educativo y tramo etario. (HTA, diabetes, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad). Además, tienen una peor percepción de su estado de salud que la población general.

6. Los hombres sufren más enfermedades crónicas que las mujeres y ellas tienen un mejor estado de salud percibido. Sin embargo, son ellas quienes tienen un mayor porcentaje de autoprescripción de analgésicos tras haber ajustado el modelo por procesos crónicos y estado de salud y quienes cuentan con periodos de baja más largos

7. Se debe potenciar los estilos de vida saludables promoviendo el abandono del tabaco (fuman a diario u ocasionalmente el 11.86%: 12.86% de hombres y 11.10% de mujeres) y especialmente del alcohol (27.92% lo consume de manera ocasional o habitual: 33.96% de hombres y 23.35% de mujeres). Es muy positivo mantener el nivel de actividad física que los profesionales refieren en la encuesta, particularmente los varones. El comportamiento de los profesionales en cuanto a actividades preventivas tiene un impacto positivo en el resto de la población.



8. La mayoría de profesionales reconoce que su salud tiene un fuerte impacto en su trabajo, en los pacientes y en la calidad de nuestro sistema asistencial. Hombres y mujeres coinciden en la relación directa entre salud y trabajo, pero ellos admiten con más frecuencia que su salud influye en su trabajo mientras que ellas opinan que la afectación ha sido negativa y que su salud ha empeorado por motivos laborales. En ambos casos, una fuente importante de malestar ha sido la sobrecarga asistencial. A pesar de esta afectación en el trabajo, muchos médicos/as, especialmente las mujeres, acuden a trabajar estando enfermos, lo que conlleva riesgos en la seguridad del paciente. En el caso de ellas, acuden en mayor proporción por miedo a perder su trabajo.

9. Hay una alta proporción de médicos/as, especialmente hombres, cuyos comportamientos en relación con el cuidado de su salud conllevan ciertos riesgos (consultas informales, automedicación, falta de un profesional de referencia o falta de seguimiento). En este aspecto, el punto positivo en los hombres es el mayor cumplimiento de vacunación de la gripe y en las mujeres acudir a las revisiones de salud laboral y tener un médico/a de Familia de referencia.

10. La satisfacción laboral es alta para hombres como para mujeres. Este aspecto es muy positivo ya que se considera un elemento clave en la protección de la salud mental y del desgaste profesional. Sin embargo, uno de los problemas con una mayor prevalencia entre los médicos/as en activo, especialmente mujeres, son los problemas de ansiedad (13.76%, 11.46% de hombres y 15.34% de mujeres), que disminuyen entre los médicos/as jubilados (9.52%, 8.50% en hombres y 12.31% en mujeres).

11. Los médicos/as, especialmente los hombres, valoran la confidencialidad de manera positiva y consideran que se respeta. Las mujeres estarían dispuestas a renunciar a ella de manera excepcional si conlleva mayor agilidad en el proceso diagnóstico y terapéutico.

12. Para una gran parte de los médicos/as, especialmente los hombres, su condición de médico ha sido beneficiosa en la calidad de la atención y se sienten más seguros en las relaciones con sus compañeros. Por su parte, las mujeres se sienten inseguras para atender a otros compañeros y están de acuerdo en recibir formación específica para ello.

13. Tener claras nuestras características y limitaciones como médicos/as en el proceso de enfermar, las consecuencias negativas de ciertas prácticas y cuáles son las mejores formas de acceder al sistema sanitario son esenciales para una mejor calidad asistencial al médico/a enfermo.

14. Trasladar estos resultados a la práctica pasa por concienciar a los profesionales médicos/as de los riesgos asociados a la profesión y de la importancia de cuidar nuestra salud para después cuidar a los demás, educar sobre qué hacer y qué no hacer ante los problemas de salud y formar a los médicos/as sobre cómo actuar y tratar a los colegas. Este trabajo es un paso más en esta línea.



7. BIBLIOGRAFIA

1. Jovell A. Cuando el médico enferma. *Med Econ*. 2004;36–41.
2. Marco-Gómez B, Pérez-Alvárez C, Gallego-Royo A, Martínez-Boyeró T, Altisent R, Delgado-Marroquín T, et al. The process of physicians falling ill and consequences for their professionalism. *Acta Bioeth*. 2018;24(2):199–210.
3. Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. Care of doctors to their health care. Results of a postal survey. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(13):492–4.
4. Tarkowski Z, Piątkowski W, Bogusz R, Majchrowska A, Nowakowski M, Sadowska A, et al. When a doctor becomes a patient, the unique expectations and behaviours in a disease: preliminary report. *Prog Heal Sci*. 2016;6(2):160–4.
5. Donaldson LJ. Sick doctors. A responsibility to act. *BMJ Br Med J*. 1994;309:557–8.
6. Arrizabalaga P, Baranda L, Rohlfis I, Artazcoz L, Carme Borrell, Mercè Fuentes, et al. *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*. Barcelona; 2007.
7. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. *Estudio Sobre La Salud De Los Residentes De Cataluña*. Barcelona; 2009.
8. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52(2):215–22.
9. Sánchez-Candamio Méndez M, Del Valle Gomez A. *Estudi de necessitats dels professionals de la medicina relacionades amb el moment de la jubilació*. Barcelona: Fundacion Galatea; 2006.
10. Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: The importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Heal Care*. 2005;14(1):13–7.
11. Padrós Selma J, Arteman Jané A, Bruguera Cortada E, Bule Albiol C, Casas Brugué M., Gual Solé A, et al. *El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt i el control de l'exercici professional*. Barcelona: Fundacion Galatea; 2013.
12. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Gac Sanit*. 2019;33(2):203–10.
13. García Calvente M del M, Jiménez Rodríguez ML, Martínez Morante E, Río Lozano M del. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada; 2010.
14. Maharaj R TY. Male gender role and its implications for family medicine. *Can Fam Physician*. 2000;46:1005–7.
15. ISCIII R. *Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España*. Madrid; 2020.
16. Lopez N. El 76% del personal sanitario contagiado por COVID-19 son mujeres [Internet]. *Newtral*. 2020. Available from: <https://www.newtral.es/tasa-contagio-covid-19-sanitarios-hombres-mujeres/20200511/>
17. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of



- hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):206–13.
18. Reyhav I, Beerli R, Balapour A, Raban DR, Sabherwal R, Azuri J. How reliable are self-assessments using mobile technology in healthcare? The effects of technology identity and self-efficacy. *Comput Human Behav.* 2019;91:52–61.
 19. Díaz De Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. Vol. 97, Papers. 2012.
 20. Braquehais MD, Bel MJ, Montejo JE, Arteman A, Bruguera E, Casas M. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Rev Esp Med Leg.* 2012;38(3):107–12.
 21. Escriba-Agüir V, Artazcoz L P-HS. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008;22(4):300–8.
 22. Töyry S. Self-reported Health, Illness, and Self-care Among Finnish Physicians: a national survey. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1079–85.
 23. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ.* 1994;309:1261.
 24. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2015;314(22):2373–83.
 25. Jiménez OG, Morales Socorro MP, López-Iboraliño JJ. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38(2):65–71.
 26. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31(9):564–71.
 27. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: A cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2007;7.
 28. Del Pozo G, Garcia M, Leon M, Lopez G M V. Estudio sobre demografía médica_2017. Cuadernos CGCOM. 2018.
 29. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res.* 2003;54(2):171–8.
 30. Guner N, Kulikova Y, Llull J. Documentos de Trabajo N.º 1745. Marriage and health: selection, protection, and assortative mating. 2017.
 31. Zuger A. special report Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med.* 2004;69–75.
 32. Suija K, Pechter Ü, Maaros J, Kalda R, Rätsep A, Oona M, et al. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2010;11(1):48.
 33. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: Postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *Br Med J.* 1999;319(7210):605–8.
 34. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: A nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:1–7.



35. Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Marco-Gómez B, Martínez-Boyero T, Altisent R, Delgado-Marroquín MT, et al. Resident Physicians as Patients: Perceptions of Residents and Their Teaching Physicians. *Acad Psychiatry*. 2019;43(1):67–70.
36. Tarkowski Z, Piątkowski W, Bogusz R, Majchrowska A, Nowakowski M, Sadowska A, et al. When a doctor becomes a patient, the unique expectations and behaviours in a disease: preliminary report. *Prog Heal Sci*. 2016;6(2):160–4.
37. Sendén MG, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. Gender differences in Reasons for Sickness Presenteeism - a study among GPs in a Swedish health care organization. *Ann Occup Environ Med*. 2016;28(1):1–7.
38. Bennett J, O'Donovan D. Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Curr Opin Psychiatry*. 2001;14(3):195–9.



8. ANEXOS

8.1. Anexo 1. Figuras

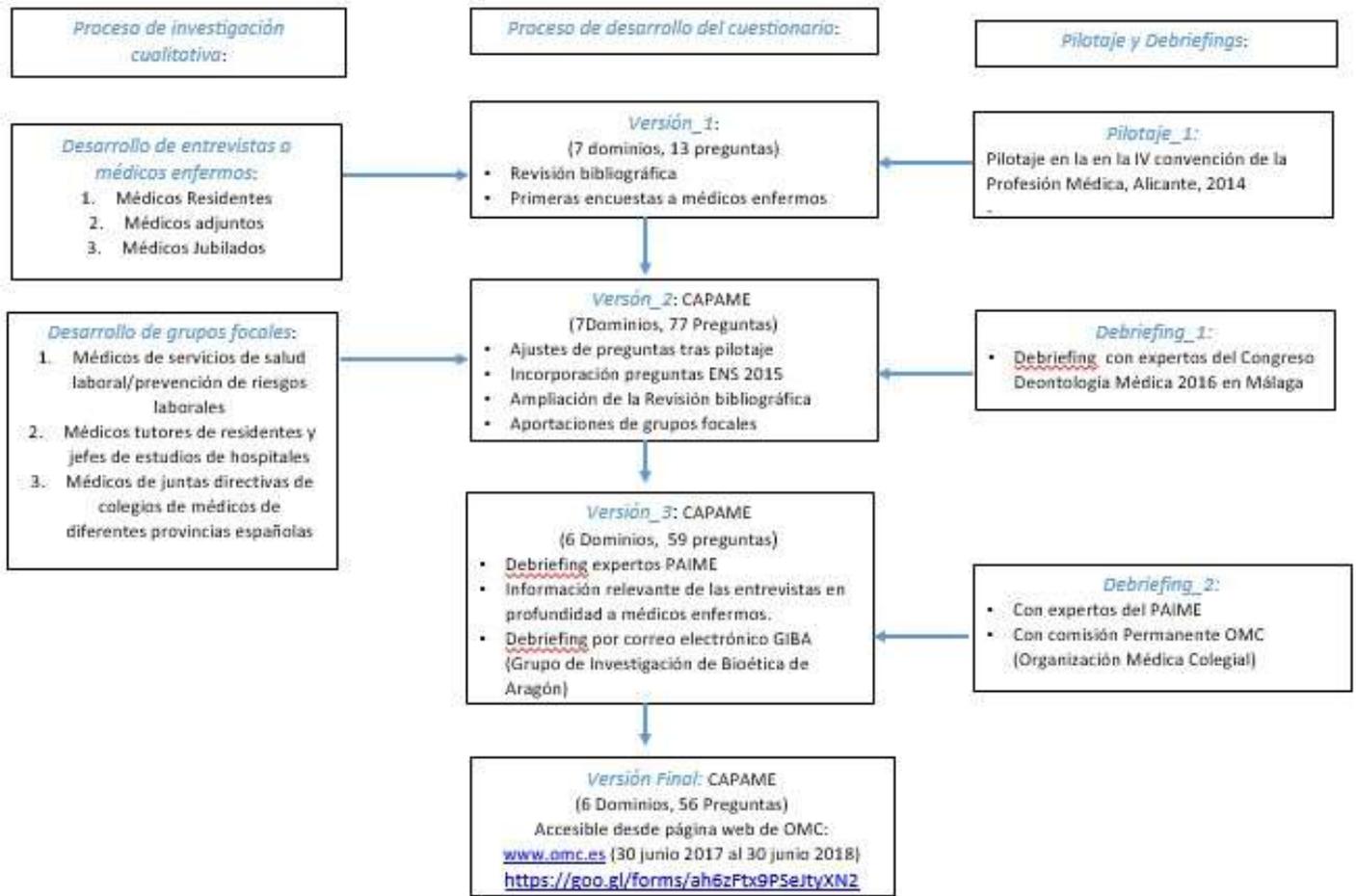


Figura 1. Proyecto “Enfermar es humano: cuando el paciente es el medico”. Diseño del cuestionario CAPAME (Cuestionario sobre actitudes y comportamientos del médico ante su propio proceso de enfermar).



8.2. Anexo 2. Variables de la encuesta CAMAPE con las opciones de respuestas y recodificaciones empleadas.

Pregunta encuesta CAPAME	Subapartados pregunta	Categorías	Recodificaciones
1. Sexo		1 hombre; 2 mujer	
2. Edad		Numérica (años)	
3. Provincia		51 provincias	
4. Habitantes aproximados del municipio en el que reside		Menos de 2.000; de 2.000 a 10.000; de 10.000 a 50.000; de 50.000 a 100.000; más de 100.000.	Menos de 10.000 habitantes (Menos de 2.000 + de 2.000 a 10.000), De 10.000 a 50.000 habitantes (de 10.000 a 50.000) y más de 50.000 habitantes (de 50.000 a 100.000 + más de 100.000).
5. Estado civil		Casado/a; separado/a o /divorciado/a; soltero/a; viudo/a	Casado; no casado (separado + soltero + viudo)
6. ¿Es su pareja un/a profesional sanitario/a?		No es un/a profesional sanitario/a ; sí, es médico/a; sí, es enfermero/a; sí, es otro tipo de profesional sanitario/a, sin pareja.	
7. Situación laboral actual		Médico en formación de cualquier especialidad; médico con ejercicio profesional por cuenta ajena; médico con ejercicio profesional por cuenta propia; médico con ejercicio profesional mixto (cuenta propia y ajena); médico jubilado sin ejercicio profesional; médico jubilado con ejercicio profesional por cuenta propia; médico en desempleo	MIR (médico en formación de cualquier especialidad); activos (médico con ejercicio profesional por cuenta ajena+ médico con ejercicio profesional por cuenta propia+ médico con ejercicio profesional mixto (cuenta propia y ajena)+médico en desempleo); jubilados (médico jubilado sin ejercicio profesional+ médico jubilado con ejercicio profesional por cuenta propia)
8. Especialidad que ejerce o ha ejercido:		Clasificación de las especialidades en : medicina de Familia; servicios médicos ; servicios quirúrgicos; servicios centrales	
8. 1. ¿Ha ejercido o ejerce una segunda Especialidad?:		Sí; no	
Si ha marcado "SI", indique la especialidad:			
9. Sector de actividad en el que desempeña o desempeñó su último trabajo principal:		Sector público; sector privado; sector privado con concierto en el sistema público; ambos	
10. ¿Cuántos años lleva de ejercicio profesional (incluyendo el periodo de la residencia)?		Numérica (años)	
11. Horas trabajadas durante la última semana laboral. Contabilice aproximadamente el tiempo dedicado a todos sus trabajos, guardias, etc.		Numérica (horas)	



Si actualmente no trabaja, anote 0 horas.		
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)	Siendo 1 "Nada satisfecho" y 5 "Muy satisfecho"	No satisfecho con su trabajo (1 o 2); neutro (3); satisfechos (4 o 5).
13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?	Muy malo; malo; normal; bueno; muy bueno	Malo (muy malo o malo); normal (normal); bueno (bueno o muy bueno).
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: "A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos"?	Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; de acuerdo; completamente de acuerdo	De acuerdo (completamente de acuerdo o de acuerdo); en desacuerdo (o en desacuerdo o completamente en desacuerdo)
15. ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)	Enfermedades cardiovasculares	Si/no
	Hipertensión	Si/no
	Diabetes	Si/no
	Trastornos depresivos	Si/no
	Trastornos de ansiedad	Si/no
15.1 ¿Tiene otros trastornos crónicos diferentes a los mencionados en la pregunta anterior?	Si ha marcado "Si", especifíquelo:	"Tener alguna o varias enfermedades crónicas" : cardiovasculares y/o hipertensión y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad
16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:	Nunca; pocas veces; bastantes veces; siempre.	Osteomuscular; cardiovascular; neurológico; alergia; digestivo; endocrino; oncológico; genitourinario; autoinmune; mental; infecciones.
17. Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional?	Nunca; pocas veces; bastantes veces; siempre.	No han condicionado su actividad profesional (nunca); sí les ha afectado (pocas veces o bastantes veces o siempre)
18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?	Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; de acuerdo; completamente de acuerdo	No ha afectado (nunca); sí ha afectado (pocas veces o bastantes veces o siempre)
	Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; de acuerdo; completamente de acuerdo	De acuerdo (completamente de acuerdo o de acuerdo); en desacuerdo (o en desacuerdo o completamente en desacuerdo)



19. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación "Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional"?	Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; de acuerdo; completamente de acuerdo	De acuerdo (completamente de acuerdo o de acuerdo); en desacuerdo (o en desacuerdo o completamente en desacuerdo)
20. ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional?	Sí; no	
21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional?	Por el impacto de un error/errores médicos que he vivido con mis pacientes	Sí; no
	Por la sobrecarga asistencial y horarios de trabajo	Sí; no
	Por el nivel de responsabilidad de mi profesión	Sí; no
21.1. ¿El motivo de empeoramiento o consecuencia de su problema de salud es otro motivo diferente a los mencionados en la pregunta anterior?	Sí; no	
Si ha marcado "SI", especifíquelo:		Problemas médicos ; estrés; equipo; instalaciones; problemas familiares y personal; otros; pacientes
22. ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida?	Sí; no	
23. Indique cuántas semanas aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional:	Numérica (semanas)	
24. ¿Con qué frecuencia ha ido a trabajar con un problema de salud por el que usted hubiera dado la baja laboral a un paciente?	Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.	Poco frecuente (nunca o pocas veces), frecuentemente (bastantes veces o muy a menudo o siempre)
25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:	Para mantener mi nivel de ingresos; para no sobrecargar a mis compañeros; por miedo a perder el	



	trabajo; por responsabilidad hacia mis pacientes	
25. 1. ¿Ha habido otra razón por la que ha acudido a trabajar estando enfermo diferente a las mencionadas en la pregunta anterior?	Sí; no	
Si ha marcado "SI", especifíquela:	Compañeros; pacientes; responsabilidad; personal; otros; económico; miedo a perder el trabajo; levedad; jefe; minimización; baja; ocultar problema; guardia; acoso laboral	
26. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud leve (ej. cuadro catarral, diarrea, cefalea, torsión articular...), ¿qué hace en primer lugar?	Acudo a mutua de trabajo; acudo a una mutua o seguro médico privado; acudo a mi médico de familia; acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital; busco consejo informal de un colega; me automedico o trato de resolver el problema por mí mismo	
27. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo? (en caso de no actuar de manera diferente, señala la misma opción que en la pregunta 26)	Acudo a mutua de trabajo; acudo a una mutua o seguro médico privado; acudo a mi médico de familia; acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital; busco consejo informal de un colega; me automedico o trato de resolver el problema por mí mismo	
28. ¿Se vacuna contra la gripe?	Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.	Frecuentemente (bastantes veces o siempre); poco frecuente (nunca o pocas veces)
29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?	Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.	Frecuentemente (bastantes veces o siempre); poco frecuente (nunca o pocas veces)
30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana	Numérico (horas)	
31. ¿Fuma usted actualmente?	No fumo, ni he fumado nunca; no fumo actualmente, pero he fumado antes; sí, fumo, pero no diariamente; sí, fumo diariamente	No fuma (no fumo, ni he fumado nunca o no fumo actualmente, pero he fumado antes); fuma (sí, fumo, pero no diariamente o sí, fumo diariamente)



32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido...	... alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?	No, nunca; de manera ocasional; de manera habitual	No (no, nunca); sí (de manera ocasional o de manera habitual)
	... bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?	No, nunca; de manera ocasional; de manera habitual	No (no, nunca); sí (de manera ocasional o de manera habitual)
	... algún tipo de cannabis?	No, nunca; de manera ocasional; de manera habitual	No (no, nunca); sí (de manera ocasional o de manera habitual)
33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?	Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Antibióticos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Otros psicofármacos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Analgésicos opioides	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Analgésicos básicos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
			“Autoprescripción salud mental”: hipnóticos y/o psicofármacos. “Autoprescripción dolor” : analgésicos básicos y/o opiáceos
34. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)?		Sí; no	
35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años?		No tengo médico de familia; tengo médico de familia, pero no he acudido nunca a su consulta; he acudido de una a tres ocasiones; entre 3 y 10 ocasiones; más de 10 ocasiones	No han acudido en los últimos 5 años (no tengo médico de familia o tengo médico de familia, pero no he acudido nunca a su consulta), ha acudido de 1 a 3 veces (he acudido de una a tres ocasiones); ha acudido más de 3 veces (entre 3 y 10 ocasiones o más de 10 ocasiones)
36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?		Sí; no	
37. Como médico, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es		El hecho de ser médico no ha afectado a mi proceso de atención; sí, la mayoría de las veces me ha	



diferente a la de otros pacientes no médicos?		beneficiado; sí, la mayoría de las veces ha supuesto un perjuicio	
38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?		Nunca, algunas veces, a menudo, siempre	Sí (a menudo o siempre); no (algunas veces o nunca)
39. Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?		No lo aceptaría; sólo en casos excepcionales; sí, siempre	
40. En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?		Nunca, algunas veces, a menudo, siempre	Sí (a menudo o siempre); no (algunas veces o nunca)
41. Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud...		Le indicaría ir a Salud laboral; le indicaría ir a su médico de familia; le indicaría ir a un médico especialista en el problema; le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo; le sugeriría una propuesta y volvería a hablar otro día	
42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico? Elija una opción:		No he atendido a ningún compañero; incómodo por no saber cuánta información facilitar; como si estuviera pasando un examen; como atendiendo a un paciente más	
43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?		Siendo 1 "Nada preparado" y 5 "Totalmente preparado"	Poco preparado (1 o 2); bien preparado (3 o 4 o 5)
44. ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.	1 "Completamente en desacuerdo" a 5 "Completamente de acuerdo"	De acuerdo (3 o 4 o 5); en desacuerdo (1 o 2).
	Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales	2 "Completamente en desacuerdo" a 5 "Completamente de acuerdo"	De acuerdo (3 o 4 o 5); en desacuerdo (1 o 2).



	que estén formados específicamente para ello.		
	Médicos con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada.	3 "Completamente en desacuerdo" a 5 "Completamente de acuerdo"	De acuerdo (3 o 4 o 5); en desacuerdo (1 o 2).
45. Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente?		No le diría nada; tengo dudas sobre cómo debería actuar; se lo diría con toda seguridad	
46. ¿Cree usted que la responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio?		Siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo"	De acuerdo (3 o 4 o 5); en desacuerdo (1 o 2).
47. Si tiene que atender a un médico enfermo...		No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención; prefiero no saberlo para que no afecte a mi manera de atenderle; prefiero que el médico se identifique como tal	
48. ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa?		Siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"	Lo recomendaría (3 o 4 o 5); no lo recomendaría (1 o 2).
49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos/as jubilados/as?		Siendo 1 "Deficiente" y 5 "Excelente"	Adecuada (3 o 4 o 5); deficiente (1 o 2)
50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?		Deberían renunciar nada más jubilarse; deberían renunciar tras varios años sin ejercicio; deberían conservar esa capacidad de por vida	



51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?	Siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"	Poco necesario (1 o 2); necesario (3 o 4 o 5).
52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos?	Siendo 1 "No se implican nada" y 5 "Se implican completamente"	Poca implicación (1 o 2); suficiente implicación (3 o 4 o 5).
53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años?	Sí; no	
54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio?	Siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo"	De acuerdo (3 o 4 o 5); en desacuerdo (1 o 2)
55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?	Sí; no	
56. ¿Podría sugerirnos alguna estrategia para mejorar la atención del médico como paciente desde los servicios de salud y/o los colegios de médicos u otras instituciones?		Mejorar el circuito asistencial; reducir el impacto y la sobrecarga laboral, trato; médicos de médicos; evaluación de los profesionales; colegio de médicos



8.3. Anexo 3. Recodificación de las especialidades en la encuesta CAMAPE

Tabla 1. MEDICINA DE FAMILIA

Especialidad médica	N	%
Medicina familiar y Comunitaria	1667	39

Tabla 2. ESPECIALIDADES MÉDICAS

Especialidad médica	N	%
Pediatría	249	5,8
Otras	247	5,7
Psiquiatría	188	4,4
Medicina del trabajo	179	4,2
Medicina interna	139	3,2
Gastroenterología	59	1,4
Neurología	58	1,3
Hematología y Hemoterapia	51	1,2
Cardiología	47	1,1
Oncología médica	47	1,1
Geriatría	46	1,1
Medicina física y rehabilitación	41	1,0
Reumatología	40	0,9
Neumología	39	0,9
Dermatología	37	0,9
Endocrinología	34	0,8
Nefrología	33	0,8
Alergología	31	0,7
Medicina del deporte	22	0,5
Oncología radioterápica	19	0,4
Hidrología	4	0,1

Tabla 3. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Especialidad médica	N	%
Obstetricia y Ginecología	120	2,8
Cirugía plástica	95	2,2
Cirugía general y digestiva	94	2,2
Oftalmología	74	1,7
Urología	50	1,2
Otorrinolaringología	35	0,8
Estomatología	32	0,7
Neurocirugía	20	0,5
Cirugía vascular	19	0,4
Cirugía pediátrica	16	0,4
Cirugía oral y maxilofacial	10	0,2
Cirugía torácica	10	0,2
Cirugía cardiovascular	7	0,2



Tabla 4. SERVICIOS CENTRALES

Especialidad médica	N	%
Anestesiología y reanimación	124	2,9
Medicina intensiva	72	1,7
Radiodiagnóstico	72	1,7
Medicina preventiva	53	1,2
Medicina legal y forense	26	0,6
Análisis clínicos	24	0,6
Anatomía patológica	22	0,5
Microbiología	17	0,4
Neurofisiología clínica	13	0,3
Medicina nuclear	11	0,3
Inmunología	7	0,2
Bioquímica clínica	5	0,1
Farmacología clínica	3	0,1



8.4. Anexo 4. Descripción de las variables de la encuesta según el género

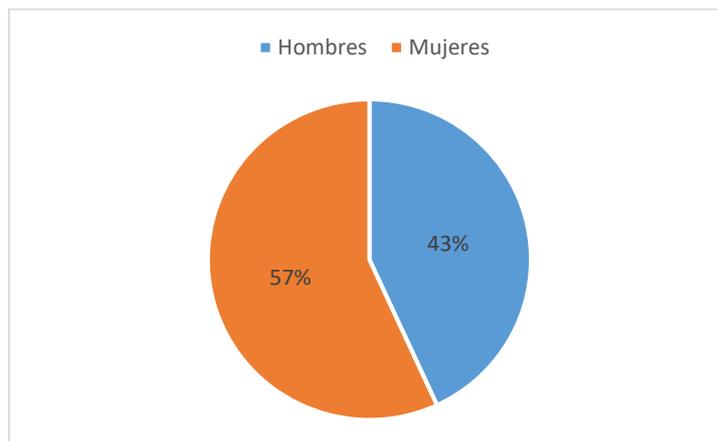
Para analizar la encuesta sobre el Comportamientos y Actitudes del Médico ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE) procedemos a describir cada pregunta, haciendo una comparación por género para ver las diferencias entre hombres y mujeres ante su propio proceso de enfermar. Posteriormente, comparamos por categorías profesionales, siendo estas: MIR, médicos en activo y médicos jubilados.

A) Datos socio-demográficos:

Las variables socio-demográficas de la encuesta son sexo, edad, categoría laboral, especialidad, población de residencia, estado civil, pareja profesional sanitaria, años de vida profesional.

1: Sexo. En la encuesta han participado un total de 4308 médicos, de los cuales 1858 son hombres (un 43.13% de la muestra) y 2450 mujeres (56.87% de la muestra).

Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo



Si comparamos por categorías observamos que en el grupo MIR han participado 263 mujeres (73.06%) y 97 hombres (26.94%). Respecto a los médicos en activo, la representación femenina sigue siendo mayor, con 2057 mujeres (59.37%) frente a los hombres que participaron, 1408 (40.63%). Por último, en el subgrupo de médicos jubilados, encontramos una mayoría de hombres, 353 (73.08%), respecto de mujeres, 130 (26.92%).

Esta distribución por edades se corresponde con la explicada por la CGCOM en 2017 en su informe demografía médica, en la que se describe la feminización de la Medicina: ha habido un aumento de la proporción de las mujeres médico en los grupos más jóvenes respecto a grupos de edades más avanzadas, en los que predominan los hombres.

2. Edad. Observamos que hay diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las mujeres y la de los hombres. La edad media de los hombres (54.78 ± 11.87 años) es mayor que la de las mujeres (45.95 ± 11.76). Esto apoya la idea comentada previamente en la pregunta anterior, confirmándose así que los hombres están más representados en las edades más avanzadas y las mujeres en las edades más jóvenes.



Tabla 6. Distribución de la edad por sexo

Sexo	N	Edad media	D. t.	Mínimo	Máximo
Hombre	1857	54.78	11.87	24	85
Mujer	2449	45.95	11.76	24	83
Total	4306	49.76	12.59	24	85

*D.t: desviación típica

p<0.05

Si hacemos el análisis por categorías observamos que la edad de los MIR hombres (31.67±9.91) es mayor que la de las MIR mujeres (28.90±5.95), pero no hay una diferencia estadísticamente significativa. Sí encontramos sin embargo una diferencia estadísticamente significativa en los médicos activos, siendo la media de edad en hombres de 52.93 ± 9.24, frente a mujeres que es de 46.84 ± 9.69. Finalmente, si nos fijamos en los jubilados, vemos que también hay una diferencia estadísticamente significativa, siendo la edad media de los hombres de este rango de 68.48 ± 5.09 años, frente a las mujeres 66.43±5.58 años.

3. Provincia. No se ha analizado para este trabajo.

4. Habitantes aproximados del municipio en el que reside:

- Menos de 2.000
- De 2.000 a 10.000
- De 10.000 a 50.000
- De 50.000 a 100.000
- Más de 100.000

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las poblaciones en 3 grupos según el número de habitantes: poblaciones pequeñas (menos de 10000 habitantes), medianas (de 10000 a 50000) y grandes (más de 50000).

La mayoría de médicos, el 77.04% (75.89% de hombres y 77.92% de mujeres) residen en poblaciones de más de 50.000 habitantes. Este hecho no sorprende puesto que la mayoría de hospitales y de centros de salud se encuentran en las ciudades grandes. Sin haber diferencias estadísticamente significativas entre géneros, solo un 12.56% (12.81% de hombres y 12.37% de mujeres) vive en una población mediana, de 10.000 a 50.000 habitantes, quedando en áreas rurales de menos de 10.000 habitantes el 10.40% (11.30% de hombres y 9.71% de mujeres).

Si analizamos por grupos de edad, en los MIR tampoco hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros. Al igual que en la población general, la mayoría se concentra en las poblaciones de más de 50.000 habitantes, siendo el porcentaje aún mayor: el 88.33% (89.69% de hombres y 87.83% de mujeres), lo cual se explica con el hecho de que los hospitales que forman residentes están en su mayoría en ciudades grandes. Solo el 7.22% (6.19% de hombres y 7.60% de mujeres) están en poblaciones medianas, y un 4.44% (4.12% de hombres y 4.56% de mujeres) están en áreas con menos de 10.000 habitantes.

Sin embargo, si avanzamos en la edad, sí que aparecen diferencias estadísticamente significativas tanto en activos como en jubilados. Por un lado, el porcentaje de activos que están en grandes poblaciones es un poco menor que en el global, el 75.18%, siendo menor el de hombres, 72.73%, que el de mujeres, 76.86%. Se encuentran en poblaciones de 10.000 a 50.000



habitantes un 13.42% (14.49% de hombres y 12.69% de mujeres) y un 12.78% están en poblaciones pequeñas de menos de 10.000 habitantes (12.78% de hombres y 10.45% de mujeres).

Por otro lado, los jubilados también están principalmente en las poblaciones grandes: el 81.99% (84.70% de hombres y 74.62% de mujeres). Solo el 10.35% están en poblaciones medianas (7.93% de hombres y 16.92% de mujeres) y en poblaciones pequeñas apenas hay un 7.66% (7.37% de hombres y 8.46% de mujeres).

Esta evolución en el lugar de residencia, se explica porque durante la residencia, tanto hombres como mujeres van a estar en aquellos lugares donde haya hospitales docentes, la mayoría de ellos en grandes ciudades. Posteriormente, suele ser necesario buscar trabajo en otras poblaciones, muchas de ellas con poblaciones más pequeñas y en áreas rurales. Posteriormente, al jubilarse, los médicos vuelven a las grandes ciudades. Llama la atención que durante la vida en activo, son las mujeres quienes están más representadas en las grandes ciudades, para invertirse posteriormente al llegar al grupo de los jubilados.

Tabla 7. Distribución de las poblaciones por sexo

Poblaciones	Hombre	Mujer	Total
Menos de 10.000 habts.	210	238	448
	11.30%	9.71%	10.40%
10.000-50.000 habts.	238	303	541
	12.81%	12.37%	12.56%
Más de 50.000 habts.	1410	1909	3319
	75.89%	77.92%	77.04%
Total	1,858	2,450	4,308

p>0.05

5. Estado civil:

- Casado/a
- Separado/a o /Divorciado/a
- Soltero/a
- Viudo/a

Como vemos en la tabla, hay diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de los médicos encuestados. La mayoría de ellos, el 74.91%, están casados, siendo mayor este porcentaje en hombres (83.48%) que en mujeres (68.41%). En contraposición, sólo el 16.90% están solteros, siendo más frecuente en mujeres (23.06%) que en hombres (8.77%). Solo el 6.59% están separados o divorciados (6.40% de hombres y 6.73% de mujeres), y el 1.60% viudos (1.35% de hombres y 1.80% de mujeres).



Tabla 8. Distribución del estado civil por sexo

Estado civil	Hombre	Mujer	Total
Casado/a	1551 83.48%	1676 68.41%	3227 74.91%
Separado/a o Divorciado/a	119 6.40%	165 6.73%	284 6.59%
Soltero/a	163 8.77%	565 23.06%	728 16.90%
Viudo/a	25 1.35%	44 1.80%	69 1.60%
Total	1858	2450	4308

p<0.05

Si analizamos por grupos, en los MIR no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, manteniéndose porcentajes parecidos en todas las categorías. Aproximadamente la mitad están solteros (51.11%). La distribución de la soltería en MIR es de 49.48% de hombres y 51.71% en mujeres. La otra mitad del total de MIR están casados (47.50%: 47.42 % de los hombres y 47.53% de las mujeres). Solo el 1.39% (3.09% de hombres y 0.76% de mujeres) está separados o divorciados, no habiendo nadie viudo en este grupo.

Por el contrario, en el resto de categorías de mayor edad, sí hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En los activos (77.14% de casados), es mayor el porcentaje de hombres casados (84.80%) que de mujeres casadas (71.90%). Esta tendencia aumenta en los jubilados (79.30% de casados), llegando a 88.10 el porcentaje de hombres casados, frente al 55.38% de mujeres casadas. Si lo analizamos a la inversa, la proporción de mujeres solteras en el grupo de los activos (19.30%) es más de doble que de hombres (7.46%), siendo el porcentaje total de solteros de 14.49%. Al igual que en el caso anterior, esta diferencia aumenta al avanzar en el grupo de edad. En los jubilados (8.70% de solteros), el 24.62% de mujeres están solteras, lo que supone casi 9 veces más que el porcentaje de hombres solteros (2.83%).

En el resto de categorías, no parece haber grandes diferencias entre géneros. En cuanto a los separados o divorciados, los porcentajes se mantienen similares en ambos grupos de edad, siendo superior en mujeres en ambos casos (7.04% de los activos, 6.89% de hombres y 7.15% de mujeres; y 7.25% de los jubilados, 5.38% de hombres y 12.31% de mujeres). Respecto a los viudos, aumenta con la edad, siendo también siempre mayor en mujeres. En los activos es del 1.33% (0.85% en hombres y 1.65% en mujeres), y en los jubilados es de 4.76% (3.68% en hombres y 7.69% en mujeres).

Al recodificar la variable y analizar los que están casados frente a los que no lo están, se mantiene la diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo más frecuente en hombres. La mayoría de médicos están casados (74.91: 83.48% de hombres y 68.41 de mujeres). Están casados el 47.50% de los MIR (47.42% de hombres y 47.53% de mujeres), el 77.14% de los médicos en activo (84.80% de hombres y 71.90% de mujeres) y el 79.30% de los jubilados (88.10% de los hombres y 55.38% de las mujeres). Observamos que, conforme avanzamos en los grupos profesionales, el porcentaje de médicos casados aumenta,



haciéndose cada vez más importante la diferencia entre hombres y mujeres, siendo estadísticamente significativa en todos los casos excepto en los MIR.

6. ¿Es su pareja un/a profesional sanitario/a?

- No es un/a profesional sanitario/a
- Sí, es médico/a
- Sí, es enfermero/a
- Sí, es otro tipo de profesional sanitario/a
- Sin pareja

Aproximadamente la mitad de las parejas de los médicos encuestados, no son profesionales sanitarios (51.35%) con una distribución de 46.18% de hombres y 55.27% de mujeres. El 21.29% (22.82% de hombres y 20.12% de mujeres) está casado o en pareja con médicos, y el 5.59% (9.15% de hombres y 2.90% de mujeres) tienen pareja sanitario que no es ni médico ni enfermero. La diferencia principal, que determina la diferencia estadísticamente significativas entre géneros, se encuentra en el porcentaje de médicos cuya pareja son enfermeros (6.71%): 13.67% en varones frente a 1.43% en mujeres. También hay una marcada diferencia en quienes no tiene pareja, 15.06% del total, siendo el 8.18% hombres y 20.29% mujeres.

Si analizamos por grupos de edad, hay diferencias estadísticamente significativas en todos ellos. Es interesante ver la evolución de las parejas enfermeros. En el grupo de los MIR es de un 3.06% (6.19% hombres y 1.90% en mujeres), en el de los activos es de 6.23% (13.21% hombres y 1.46% mujeres) y en el de jubilados es de 12.84% (17.56% hombres y ninguna mujer). Vemos pues como, conforme aumentamos en edad, se va haciendo más frecuente que la pareja sea un enfermero- o más concretamente- enfermera, llegando a haber en los jubilados una diferencia muy significativa. Esto puede explicarse con el hecho de que se pasa una gran parte del tiempo trabajando con este grupo profesional y porque hasta ahora la profesión de enfermería ha estado representada principalmente por las mujeres, si bien actualmente cada vez más hombres se dedican a ello.

También llama la atención el ítem de las parejas médico y como va en aumento en los más jóvenes. En los MIR son el 23.89% (34.02% de hombres y 20.15% en mujeres), en los activos son el 21.99% (24.86% en hombres y 20.03% en mujeres), para seguir descendiendo en jubilados con un 14.29% (11.61% en hombres y 21.54% en mujeres). Por tanto, vemos la tendencia de los más jóvenes, posiblemente porque se pasa mucho tiempo con los compañeros de profesión y se comparten momentos muy intensos, especialmente durante la residencia. Los jubilados son el único grupo en el que las mujeres cuentan con un porcentaje mayor. Una hipótesis sería que, previamente y especialmente en el grupo de los jubilados, había pocas mujeres médico, por lo que no tantos varones tenían la posibilidad de tener una pareja médico. En el resto, los hombres tienen más parejas médico que ellas

Si nos centramos en quienes no tienen pareja que sea profesional sanitario, son un 46.11% de los MIR (34.02% de hombres y 50.57% de mujeres), un 52.18% en activos (45.45% en hombres y 56.78% en mujeres), y un 49.28% en jubilados (52.41% en hombres y 40.77% en mujeres).

En cuanto a los solteros, son el 23.06% de los MIR (21.65% de hombres y 23.57% de mujeres), el 14% de los activos (6.96% de hombres y 18.81% de mujeres) y el 16.77% de jubilados (9.35% de hombres y 36.92 % de mujeres). En todos los grupos hay más mujeres solteras que hombres, siendo la diferencia cada vez mayor conforme se aumenta de edad.

Otras profesiones sanitarias (como matronas, fisioterapeutas, auxiliares, celadores...) están representadas en los MIR con un 3.89% (4.12% de hombres y 3.80% en mujeres), con un 5.60% en activos (9.52% en hombres y 2.92% en mujeres), y con un 6.83% en jubilados (9.07% en hombres y 0.77% en mujeres).



Tabla 9. Distribución de la profesión de la pareja por sexo

Pareja	Hombre	Mujer	Total
No es profesional sanitario	858 46.18%	1354 55.27%	2212 51.35%
Médico/a	424 22.82%	493 20.12%	917 21.29%
Enfermero/a	254 13.67%	35 1.43%	289 6.71%
Otro	170 9.15%	71 2.90%	241 5.59%
Sin pareja	152 8.18%	497 20.29%	649 15.06%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

7. Situación laboral actual:

- Médico en formación de cualquier especialidad
- Médico con ejercicio profesional por cuenta ajena
- Médico con ejercicio profesional por cuenta propia
- Médico con ejercicio profesional mixto (cuenta propia y ajena)
- Médico jubilado sin ejercicio profesional
- Médico jubilado con ejercicio profesional por cuenta propia
- Médico en desempleo

Si observamos los datos de la tabla, vemos que hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. Esta viene dada principalmente por el predominio de mujeres en el grupo de los MIR y el predominio de hombres en el grupo de los jubilados.

Los MIR son el 8.36% de la muestra (5.22% de hombres y 10.73% de mujeres).

Los médicos en activos constituyen el 80.4% de la muestra (75.78% de hombres y 83.96% de mujeres). Solo el 2.02% de ellos están en desempleo (1.56% de hombres y 2.33% de mujeres), y el 97.98% están trabajando (98.44% de hombres y 97.67% de mujeres). Si bien en este grupo no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre géneros entre los que se encuentran trabajando y en el paro, sí la hay entre aquellos que están trabajando. La mayoría de ellos, el 78.18 %, está trabajando por cuenta ajena (69.32% de hombres y 84.25% de mujeres), el 13.51% (20.81% de hombres y 8.51% de mujeres) tienen ejercicio mixto y solo el 6.29% trabajan por cuenta propia (8.31% de hombres y 4.91% de mujeres). Como vemos, los hombres están más representados que las mujeres en el ejercicio por cuenta propia y mixta.

Los jubilados son el 11.21% de la muestra (19% de hombres y 5.31% de mujeres). La mayoría no tienen actividad profesional (75.57%), distribuyéndose por sexo: 70.25% hombres y 90% mujeres. Únicamente el 24.43% de ellos mantiene la actividad profesional (29.75% de hombres y 10% de mujeres). Como vemos, es mayor el porcentaje de hombres que tras la jubilación sigue ejerciendo de médicos, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros.



Tabla 10. Distribución de las categorías profesionales por sexo

	Hombre	Mujer	Total
En formación	97 5.22%	263 10.73%	360 8.36%
Ejercicio por cuenta ajena	976 52.53%	1733 70.73%	2709 62.88%
Ejercicio por cuenta propia	117 6.30%	101 4.12%	218 5.06%
Ejercicio mixto	293 15.77%	175 7.14%	468 10.86%
Jubilado sin ejercicio	248 13.35%	117 4.78%	365 8.47%
Jubilado con ejercicio por cuenta propia	105 5.65%	13 0.53%	118 2.74%
Desempleado	22 1.18%	48 1.96%	70 1.62%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

8. Especialidad que ejerce o ha ejercido.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades que eligen hombres y mujeres, tanto de manera global, como en activos y en jubilados.

De manera global, el mayor porcentaje es el de médicos de familia (38.70%:36.87% de hombres y 40.08% de mujeres), siendo en todos los casos más frecuente esta especialidad en mujeres que en hombres. Son el 35.56% de los MIR (30.93% de hombres y 37.26% de mujeres), el 41.15% de los activos (40.98% de hombres y 41.27% de mujeres) y el 23.40% de los jubilados (22.10% de hombres y 26.92% de mujeres).

La segunda especialidad más frecuente son las especialidades médicas (34.29%: 32.35% de hombres y 35.76% de mujeres). Excepto en los jubilados, las especialidades médicas son más frecuentes en mujeres que en hombres. Son el 38.89% de los MIR (34.02% de hombres y 40.68% de mujeres), el 32.73% de los activos (29.69% de hombres y 34.81% de mujeres) y el 42.03% de los jubilados (42.49% de hombres y 40.77% de mujeres).

En tercer lugar en orden de frecuencia, están las especialidades quirúrgicas (17.25%: 21.91% de hombres y 13.71% de mujeres). En todos los casos, estas especialidades son más frecuentes en hombres que en mujeres. Son el 18.89% de los MIR (27.84% de hombres y 15.59% de mujeres), el 15.61% de los activos (19.25% de hombres y 13.13% de mujeres) y el 27.74% de los jubilados (30.88% de hombres y 19.23% de mujeres).

Por último, las especialidades menos frecuentes son las de servicios centrales (9.77%: 8.88% de hombres y 10.45% de mujeres). Excepto en el grupo de los activos, estas especialidades son más frecuentes en mujeres que en hombres. Son el 6.67% de los MIR (7.22% de hombres y 6.46% de mujeres), el 10.51% de los activos (10.09% de hombres y 10.79% de mujeres) y el 6.83% de los jubilados (4.53% de hombres y 13.08% de mujeres).



Tabla 11. Distribución de especialidades por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Medicina de Familia	685 36.87%	982 40.08%	1667 38.70%
Servicios médicos	601 32.35%	876 35.76%	1477 34.29%
Servicios quirúrgicos	407 21.91%	336 13.71%	743 17.25%
Servicios centrales	165 8.88%	256 10.45%	421 9.77%
Total	1858	2450	4308

p<0.05

9. Sector de actividad en el que desempeña o desempeñó su último trabajo principal:

- Sector público
- Sector privado
- Sector privado con concierto en el sistema público
- Ambos

De manera global, en los activos y en los jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas en el sector de actividad en el que trabajan hombres y mujeres. En ambos casos, la mayor parte de médicos, el 70.68%, trabajan en el sector público (62.86% de hombres y 76.61% de mujeres). En segundo lugar, el 13.74%, trabaja en el sector privado (16.31% de hombres y 11.80% de mujeres). Por otro lado, el 11.65% (17.76% de hombres y 7.02% de mujeres) tiene actividad en ambos, y solo el 3.92% (3.07% de hombres y 4.57% de mujeres) trabaja en sector privado con concierto público.

Como comentábamos, en los MIR no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, ya que la formación de los residentes se hace en su mayoría en el sector público (el 93.06%: 97.94% de hombres y 91.25% de mujeres). El 5% trabaja en el sector privado (1.03% de los hombres y 6.46% de las mujeres), el 1.39% en el sector privado con cierto en público (1.9% de mujeres) y solo el 0.56% tienen actividad en ambos sectores (1.03% de hombres y 0.38% de mujeres).

En los activos, el 69.52% de los médicos trabajan en el sector público (62.93% de hombres y 74.04% de mujeres), el 15.24% en el sector privado (18.47% de hombres y 13.03% de mujeres) y el 10.74% en ambos sectores (15.06% de hombres y 7.78% de mujeres). Solo el 4.5% (3.55% de hombres y 5.15% de mujeres) trabajan en el sector privado con concierto en público.

Las mismas diferencias entre sectores que veíamos en los médicos en activo, aumentan en los médicos jubilados. El 62.32% (52.97% de hombres y 87.69% de mujeres) trabajan en el sector público y el 9.52% (11.90% de hombres y 3.08% de mujeres) en el sector privado. En ambos sectores trabaja el 26.5% de ellos (33.14% de hombres y 8.46% de mujeres), y solo el 1.66% (1.98% de hombres y 0.77% de mujeres) trabaja en sector privado con concierto en público.



Como muestran las cifras, las diferencias entre sexos, en activos y sobre todo en jubilados, vienen dadas por el hecho de que los hombres tienen una mayor representación tanto en el sector privado como en “público más privado”.

Tabla 12. Distribución del sector de trabajo por sexo

Sector de trabajo	Hombre	Mujer	Total
Sector público	1168 62.86%	1877 76.61%	3045 70.68%
Sector privado	303 16.31%	289 11.80%	592 13.74%
Privado con concierto en público	57 3.07%	112 4.57%	169 3.92%
Ambos	330 17.76%	172 7.02%	502 11.65%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

B) Percepción del trabajo:

Satisfacción con el trabajo, horas de trabajo semanales.

10. Años profesionales. Como se observa en la tabla, hay una diferencia estadísticamente significativa en los años trabajados, siendo mayor en hombres (27.81±11.62) que en mujeres (19.08±11).

Tabla 13. Distribución de los años profesionales por sexo

Sexo	N	Media años trabajados	D.t.	Mínimo	Máximo
Hombre	1795	27.81	11.62	0	57
Mujer	2390	19.08	11.00	0	51
Total	4185	22.83	12.07	0	57

*D.t: desviación típica

p<0.05

Esta diferencia se mantiene de forma significativa en todas las categorías, siendo siempre los hombres los que cuentan con un mayor número de años trabajados. En el caso de los MIR, supone una media de 5.62±8.16 frente a los 3.52±5.19 de las mujeres. Por otro lado, los médicos hombres activos han trabajado de media 26.28±9.56 años frente a los 19.88±9.20 de las mujeres. Por último, los años laborales en los jubilados hombres es de 40.30±5.19, mayor que las mujeres, que han trabajado de media 37.58±6.57.

11. Horas trabajadas durante la última semana laboral. Contabilice aproximadamente el tiempo dedicado a todos sus trabajos, guardias, etc. Si actualmente no trabaja, anote 0 horas.

Los médicos trabajan de media 40.34±20.22 horas a la semana (38.47±20.95 horas los hombres y 41.77±19.52 las mujeres). Si bien de manera global son las mujeres quienes más



horas trabajan de media a la semana, al analizarlo por categorías profesionales vemos que en todos los casos los hombres son quienes más horas han trabajado. Esta aparente discrepancia aparece porque en el grupo de los jubilados, que son quienes menos horas trabajan a la semana, son mucho más numerosos los hombres que las mujeres, bajando por tanto la media de horas del global. En todos los casos excepto en los MIR, existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son quienes más horas han trabajado de media en la última semana: 55.04±18.04 horas (56.03±13.29 los hombres y 54.68 ±19.50 las mujeres). El grupo de los activos ha trabajado de media 43.50±16.12 horas (44.83±15.21 los hombres y 42.58±16.67 las mujeres). Por último, los jubilados son, lógicamente, quienes menos horas han trabajado: 7.83±14.36 horas (9.27±14.69 los hombres y 3.95 ±12.66 las mujeres).

Tabla 14. Horas trabajadas en la última semana por sexo

Sexo	N	Horas semana última	D.t.
Hombre	1789	38.47	20.95
Mujer	2336	41.77	19.52
Total	4125	40.34	20.22

*D.t: desviación típica
p<0.05

12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja) Califique de 1 a 5, siendo 1 "Nada satisfecho" y 5 "Muy satisfecho"

Para analizar esta pregunta hemos agrupado las respuestas en aquellos que no están satisfechos con su trabajo (han puntuado con 1 o 2), los que han puntuado neutro (3) y los que sí están satisfechos (han puntuado con 4 o 5).

De esta manera hemos visto que hay diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con el trabajo que desempeñan hombres y mujeres, que viene determinada por la existencia de diferencias en la categoría profesional de los activos. Ni en los MIR ni en los jubilados encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

De manera global, la mayoría de médicos está satisfecho con el trabajo que desempeña (66.18%: 69.81% de hombres y 63.43% de mujeres), un 24.36% no están ni satisfechos ni insatisfechos (20.88% de hombres y 27.43% de mujeres) y un 9.22% no están satisfechos (9.31% de hombres y 9.14% de mujeres).

La mayor satisfacción en el trabajo la encontramos en el grupo de los MIR y de los jubilados. En los MIR, la mayoría está satisfecho (73.89%:76.29% de hombres y 73% de mujeres), el 21.39% han respondido como neutro (19.59% de hombres y 22.05% de mujeres) y solo el 4.72% de ellos están poco satisfechos o no están satisfechos (4.12% de hombres y 4.94% de mujeres). Por su parte, en los jubilados, el 78.67% están satisfechos (78.19% de hombres y 80% de mujeres), el 14.91% han puntuado como neutro (15.01% de hombres y 14.62% de mujeres) y el 6.42% no están satisfechos (6.80% de hombres y 5.38% de mujeres).



Si hablamos de los activos, que es el grupo en el que encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos, vemos que los hombres están más satisfechos con el trabajo que desempeñan que las mujeres. El 63.64% de los médicos en activo están satisfechos (67.26% de hombres y 61.16% de mujeres), el 26.29% ni satisfechos ni insatisfechos (22.44% de hombres y 28.93% de mujeres), y un 10.30%, la cifra más alta de las tres categorías profesionales, están poco o insatisfechos (10.30% de hombres y 9.92% de mujeres).

Tabla 15. Satisfacción con el trabajo desempeñado por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Poco satisfecho	173 9.31%	224 9.14%	397 9.22%
Normal	388 20.88%	672 27.43%	1,060 24.61%
Satisfecho	1297 69.81%	1554 63.43%	2851 66.18%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0,05

2. ESTADO DE SALUD DE LOS PROFESIONALES:

13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?

- Muy malo
- Malo
- Normal
- Bueno
- Muy bueno

Para analizar esta pregunta, hemos decidido agrupar las respuestas en 3 categorías: los que consideran su estado de salud como malo (aquellos que habían puntuado con muy malo o malo), normal (los que habían puntuado con normal) y bueno (los que habían puntuado con bueno o muy bueno).

De manera global, la mayoría de los médicos consideran que su estado de salud es bueno (63.86%:61.25% de hombres y 65.84% de mujeres), un 28.46% lo considera normal (30.84% de hombres y 26.65% de mujeres) y el 7.68% lo considera malo (7.91% de hombres y 7.51% de mujeres). Vemos que hay una diferencia estadísticamente significativa en la valoración de la salud entre hombres y mujeres, siendo ligeramente más positiva en el grupo femenino, si bien al analizarlo por categorías profesionales no vemos en ningún caso diferencias estadísticamente significativas.

Como cabe esperar, la percepción de la salud más positiva la encontramos en los jóvenes. Así, el 75.56% de los MIR considera que tiene buena salud (77.32% de hombres y 74.90% de mujeres), el 21.39% considera que es normal (22.68% de hombres y 20.91% de



mujeres) y solo el 3.06% considera que tiene mala salud, representado únicamente por el grupo de las mujeres (4.18%).

En cuanto a los médicos en activos, el 64.50% considera que tiene buena salud (63.49% de hombres y 65.19% de mujeres), el 28.25 % que es normal (29.83% de hombres y 27.18% de mujeres), y el 7.24% que es mala (6.68% de hombres y 7.63% de mujeres).

Finalmente, en el grupo de los jubilados, la mitad considera que tiene buen estado de salud (50.52%: 47.88% de hombres y 57.69% de mujeres) y el 35.20% normal (37.11% de hombres y 30% de mujeres). Es en este grupo en el que la percepción del estado de salud como malo es mayor, con un 14.29% de ellos (15.01% de hombres y 12.31% de mujeres).

Tabla 16. Distribución de la percepción del estado de salud por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Malo	147	184	331
	7.91%	7.51%	7.68%
Normal	573	653	1,226
	30.84%	26.65%	28.46%
Bueno	1138	1613	2751
	61.25%	65.84%	63.86%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0,05

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: “A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos”?

- Completamente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Para analizar si a los médicos les resulta difícil admitir que están enfermos, hemos agrupado las respuestas en aquellos que están de acuerdo (han respondido completamente de acuerdo o de acuerdo) y aquellos que no están de acuerdo (han respondido en desacuerdo o completamente en desacuerdo).

La mayoría de ellos, el 73.14% están de acuerdo (72.55% de hombres y 73.59% de mujeres) y el 26.41% (27.45% de hombres y 26.41% de mujeres) no lo están. En ningún caso hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos.

Tanto en el grupo de los MIR como en el grupo de los activos las cifras son muy similares. En los MIR, están de acuerdo el 75% (74.23% de hombres y 75.29% de mujeres) y en desacuerdo el 25% (25.77% de hombres y 24.71% de mujeres). Por otro lado, en el grupo de los activos, están de acuerdo el 74.69% (75.85% de hombres y 73.89% de mujeres) y en desacuerdo el 25.31% (24.15% de hombres y 26.11% de mujeres).

En el grupo de los jubilados, que también es el grupo en el que la enfermedad es más prevalente, parece que es menos complicado admitir la enfermedad. Están de acuerdo el



60.66% (58.92% de hombres y 65.38% de mujeres), y en desacuerdo el 39.34% (41.08% de hombres y el 34.62% de mujeres).

Tabla 17. Dificultad en admitir la enfermedad por sexo

	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	510 27.45%	647 26.41%	1157 26.86%
De acuerdo	1348 72.55%	1803 73.59%	3,151 73.14%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05

15. ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- Enfermedades cardiovasculares Sí/NO
- Hipertensión Sí/NO
- Diabetes Sí/NO
- Trastornos depresivos Sí/NO
- Trastornos de ansiedad Sí/NO

Enfermedades cardiovasculares (excluida la HTA)

Puesto que en la ENS no hay un ítem equivalente con el que comparar, en este grupo nos limitamos a analizar los datos de nuestra encuesta.

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares en los médicos es alta, afectando al 5.87% de ellos. Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más prevalente en hombres (10.17%) que en mujeres (2.61%).

Si lo analizamos por edades, vemos que en los MIR apenas afecta al 0.83%, sin haber diferencias estadísticamente significativas entre géneros (1.03% en hombres y 0.76% en mujeres). Sin embargo, tanto en activos como en jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas, aumentando los problemas cardiovasculares conforme se aumenta la edad, especialmente en hombres. En activos (4.73%) afecta a 8.17% de hombres y 2.38% de mujeres, y en jubilados (17.81%) afecta al 20.68% de hombres y 10% de mujeres.

Estos datos se ajustan a lo esperado, puesto que es conocido que la edad y el sexo masculino son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Hipertensión

Un 16.64% de los médicos tienen hipertensión arterial (HTA), siendo significativamente mayor en hombres (27.56%) que en mujeres (8.37%). Excepto en el grupo de jubilados, en todos los grupos se mantiene esta diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

En el grupo MIR (1.67%), el 4.12% de hombres y 0.76% de mujeres tiene HTA, y en el grupo de los activos, un 14.29% (24.22% de hombres y 7.49% de mujeres). Respecto al grupo de los jubilados un 44.72% tienen HTA (47.31% de hombres y 37.69% de mujeres).



Diabetes

Sin diferenciar entre diabetes (DM) tipo 1 y tipo 2, un 4.55% de los médicos (7.70% de hombres y 2.16% de mujeres) padecen esta enfermedad. En todos los grupos hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros, excepto en el grupo de los jubilados.

En cuanto a los MIR, un 1.67% (4.12% de hombres y 0.76% de mujeres) tienen la enfermedad. Las cifras aumentan en los activos: 4.01% (6.89% de hombres y 2.04% de mujeres). Por último, un 10.56% de los médicos jubilados son diabéticos (11.90% de hombres y 6.92% de mujeres).

Trastornos depresivos

Un 6.69% de los médicos tiene trastornos depresivos (6.19% de hombres y 7.06% de mujeres). Aunque en todos los grupos es una enfermedad más prevalente en mujeres, no hay en ningún caso diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

La prevalencia más alta se da en los MIR, un 7.50% (6.19% en hombres y 7.98% en mujeres). En los activos desciende a 6.64% (6.25% en hombres y 6.90% en mujeres). Por otro lado, la prevalencia más baja la encontramos en los médicos jubilados (6.42%, lo que supone 5.95% en hombres y 7.69% en mujeres).

Trastornos de ansiedad

Esta es una de las patologías que más nos preocupa ya que la diferencia con la población comparada, es importante en todos los grupos de edad y en ambos géneros.

Los trastornos de ansiedad son muy prevalentes especialmente entre los más jóvenes y en las mujeres (habiéndose significación estadística tanto en el global como en los activos). En general, hay una prevalencia del 13.60% (11.52% en hombres y 15.18% en mujeres).

Si lo analizamos por grupos, vemos que en los MIR lo encontramos en un 15.83% (13.40% en hombres y 16.73% en mujeres) y en los activos en un 13.94% (12.14% en hombres y 15.17% en mujeres). Esta cifra desciende en los jubilados (9.52%, 8.50% en hombres y 12.31% en mujeres).

Tabla 18. Enfermedades crónicas por sexo

Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad
Hombre	189 10.17%	512 27.56%	143 7.70%	115 6.19%	214 11.52%
Mujer	64 2.61%	205 8.37%	53 2.16%	173 7.06%	372 15.18%
Total	253 5.87%	717 16.64%	196 4.55%	288 6.69%	586 13.60%

Al analizar el porcentaje de médicos que tienen alguna enfermedad crónica (enfermedades cardiovasculares y/o HTA y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos ansiosos) observamos que son los hombres quienes tienen una prevalencia mayor de estas enfermedades, siendo la diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los activos. Conforme aumenta la categoría profesional, se incrementa considerablemente el porcentaje de médicos que tienen alguna de esas enfermedades. Son el 38.89% de los MIR (39.18% de hombres y 38.78% de las mujeres), el 54.60% de los activos (58.81% de hombres y 51.73% de mujeres) y el 78.47% de los jubilados (80.45% de los hombres y 73.58% de las mujeres).



Otras enfermedades crónicas

Aquellos médicos que sufren alguna enfermedad crónica no mencionada en los grupos anteriores, han podido contestar de manera cualitativa lo que considerasen conveniente. Han escrito en este apartado 704 hombres (37.89%) y 925 mujeres (37.76%). Estas respuestas se han clasificado y analizado según lo descrito para el análisis cualitativo en material y métodos. Los porcentajes que aparecen son en relación con el total de médicos hombres y médicos mujeres que han realizado la encuesta.

a) Osteomuscular

Es la patología más frecuente en los médicos (10.21% de los encuestados) tanto en hombres (9.80%) como en mujeres (10.53). Sin duda, la más frecuente es la artrosis, especialmente de caderas y rodillas. También son muy frecuente los dolores lumbares, las cervicalgias, las artritis y las tendinitis del hombro. Cabe destacar que en varios casos, ciertos tipos de dolores articulares y musculares han sido relacionados con el trabajo, especialmente por el quirófano y por mover pacientes.

b) Cardiovascular

El 5.71% de los médicos padece alguna enfermedad cardiovascular, siendo mucho más prevalente en hombres (9.10%) que en mujeres (3.14%). En este grupo destaca el síndrome metabólico (principalmente dislipemia, exceso de peso, hiperuricemia, SAOS). Aparecen otros, aunque en mucha menor frecuencia, como la insuficiencia venosa y las taquicardias.

c) Neurológico

Este grupo de enfermedades es más frecuente en mujeres (6.45%) que en hombres (4.41%), afectando al 5.57% de los médicos. Está representado por dos grandes grupos: cefalea (especialmente migrañas) y hernias discales. Mucho menos frecuentes son otras patologías, como epilepsia o neuropatía periférica.

d) Alergia

En este grupo se engloban patologías relacionadas con alergias, destacando por orden de frecuencia: asma, alergia, dermatitis (algunos de ellos especifican que es por el continuo lavado de manos), atopia y rinitis. También hay casos, aunque pocos, de angioedema o urticaria. Aparece en el 4.34% de los médicos (3.50% de hombres y 4.82% de mujeres).

e) Digestivo

Los principales problemas relacionados con el aparato digestivo que han comentado los médicos, son el reflujo gastroesofágico, el síndrome del intestino irritable, la hernia de hiato y la celiaquía. También hay numerosos casos de diverticulosis y enfermedad inflamatoria intestinal. Es el caso del 4.25% de los médicos (4,36% de hombres y 3,76% de mujeres).

f) Endocrino

La patología endocrina afecta al 4.02% de los médicos, siendo claramente más frecuente en mujeres (6.41%) que en hombres (1.61%). La gran mayoría de ellos son problemas tiroideos, tanto hiper como hipotiroidismo, tiroiditis y bocio. También aparecen otros como insuficiencia suprarrenal y síndrome de Addison.



g) Oncológico

Los procesos oncológicos afectan al 3.16% de los médicos, existiendo frecuencias muy similares en hombres (3,18%) y en mujeres (3,14%). En los casos en que se ha especificado que tipo de cáncer han sufrido, destaca el carcinoma de mama, de colon, de pulmón, de próstata y hematológicos. Quienes han comentado efectos secundarios de tratamientos por una neoplasia (como neuropatía post quimioterápica, mastectomía o hipotiroidismo post tiroidectomía) se han contabilizado en este grupo.

h) Genitourinario

Afectan al 2.25% de médicos (2,10% de hombres y 2,37% de mujeres). Engloba dos grandes grupos: por un lado, las patologías urológicas (siendo las más frecuentes la hipertrofia benigna de próstata, las infecciones urinarias y las litiasis renales) y las patologías ginecológicas (predominando problemas relacionados con la menstruación: endometriosis y síndrome de ovarios poliquísticos).

i) Autoinmune

Las enfermedades autoinmunes afectan al 2.25% de los encuestados (2,10% de hombres y 2,37% de mujeres). Están representadas en su mayoría por artritis reumatoide. También aparecen con frecuencia psoriasis, lupus y espondilitis anquilosante.

j) Mental

En este grupo destaca el insomnio y las alteraciones del sueño, afectando al 0.67% de los médicos (0,43% de hombres y 0,86% de mujeres). También destacan algunos casos de trastorno obsesivo- compulsivo y trastorno de la conducta alimenticia.

k) Infecciones

En este grupo se han englobado las enfermedades infecto- contagiosas como VIH o virus de la hepatitis B. Resulta interesante porque en varios casos, se relacionan con accidentes laborales. Afecta al 0.28% de los médicos (0,38% de hombres y 0,20% de mujeres).

l) Otros

Existen muchas otras patologías que por su baja frecuencia de respuestas, no las hemos englobado en ningún grupo, como anemias, insuficiencia renal crónica, problemas oculares (miopía o glaucoma principalmente), otorrinolaringológicos (problemas auditivos en su mayoría), neumológicos (EPOC o enfisema), dolor o problemas relacionados con traumatismo. Sí merece la pena destacar algunas respuestas relacionadas con la profesión, como el “estrés laboral por presión, exceso de trabajo y mala organización” o “alteración del sueño por las guardias”.



Tabla 19. Otras patologías (análisis de datos cualitativos) por sexo

	Hombre	Mujer	Media
<i>Osteomuscular</i>	9,80%	10,53%	10,21%
<i>Cardiovascular</i>	9,10%	3,14%	5,71%
<i>Neurológico</i>	4,41%	6,45%	5,57%
<i>Alergia</i>	3,50%	4,82%	4,34%
<i>Digestivo</i>	4,36%	3,76%	4,25%
<i>Endocrino</i>	1,61%	6,41%	4,02%
<i>Oncológico</i>	3,18%	3,14%	3,16%
<i>Genitourinario</i>	4,25%	1,96%	2,95%
<i>Autoinmune</i>	2,10%	2,37%	2,25%
<i>Mental</i>	0,43%	0,86%	0,67%
<i>Infecciones</i>	0,38%	0,20%	0,28%

Según la categoría profesional varía mucho la frecuencia de las patologías. Así, en los MIR las más frecuentes son la alergia (6.94%: 8.25% de hombres y 6.46% de mujeres) y problemas neurológicos (5.56%: 3.09% en hombres y 6.46% en mujeres). En los activos, los más frecuentes son, al igual que en el global, los osteomusculares (9.93%: 9.22% en hombres y 10.45% en mujeres) y los cardiovasculares (5.67%: 8.95% de hombres y 3.26% de mujeres). Por último, los jubilados son quienes, con diferencia, presentan frecuencias más altas de patologías. Destacan problemas osteomusculares (18.28%: 15.81% de hombres y 23.08% de mujeres), 10.44% de procesos oncológicos (11.46% de hombres y 8.46% de mujeres) y cardiovasculares (13.44% de hombres y 4.62% de mujeres).

16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

Para analizar esta pregunta hemos decidido agrupar las respuestas en 2 categorías: los que sus problemas de salud no han condicionado su actividad profesional (y habían contestado como nunca) y aquellos a los que si les ha afectado (y habían contestado como pocas veces, bastantes veces y siempre).

Para la mayoría de ellos, el 68.18%, la salud ha condicionado su actividad profesional (63.94% de hombres y 71.39% de mujeres) y en el 31.82% no ha condicionado (36.06% de hombres y 28.61% de mujeres). Como se ve, a las mujeres les condiciona más que a los hombres, manteniéndose esta tendencia en todos los grupos profesionales, si bien la diferencia solo es estadísticamente significativa de manera global y en el grupo de los activos.

En los MIR, afecta al 60.56% (53.61% de hombres y 63.12% de mujeres) y no afecta al 39.44% (46.39% de hombres y 36.88% de mujeres). Estas cifras son muy similares a las de los jubilados, cuya actividad profesional se ve influida por su salud en un 60.87% (60.34% de hombres y 62.31% de mujeres) y no se ve influida en un 39.13% (39.66% de hombres y 37.69% de mujeres).



A quienes más afecta es a los médicos en activo, especialmente a las mujeres (69.99%: 65.55% de hombres y 73.02% de mujeres) y no afecta al 30.01% (34.45% de hombres y 26.98% de mujeres).

Tabla 20. La salud ha condicionado su actividad profesional por sexo

	Hombre	Mujer	Total
La salud no ha condicionado	670 36.06%	701 28.61%	1371 31.82%
La salud ha condicionado	1188 63.94%	1749 71.39%	2,937 68.18%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0,05

17. Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional?

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

Para ver la afectación de la salud en el trabajo, hemos agrupado las respuestas en aquellos a quienes no les había afectado (han contestado como nunca) y en los que si les ha afectado de manera negativa (pocas veces, bastantes veces o siempre).

La mitad de los médicos (49.98%: 44.13% de hombres y 54.41% de mujeres) ha tenido en los dos últimos años algún problema de salud que ha afectado en su desempeño profesional de forma negativa y la otra mitad no (50.02%: 55.87% de hombres y 45.59% de mujeres). Como vemos, es mayor el porcentaje de mujeres cuyo trabajo se ha visto afectado por su salud, habiendo diferencias estadísticamente significativas

El grupo de los MIR es en el que mayor afectación hay, un 53.61%, tanto en hombres como en mujeres, y no le ha afectado al 46.39%.

En los médicos en activo también hay diferencias estadísticamente significativas, siendo la afectación mayor en mujeres. Con cifras similares al global, ha afectado al 50.71% de ellos (43.47% de hombres y 55.66% de mujeres) y no ha afectado al 49.29% (56.53% de hombres y 44.34% de mujeres).

En el grupo de los jubilados esta tendencia se invierte: afecta más a los hombres (44.19%) que a las mujeres (36.15%), aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Además, llama la atención que es en este grupo en quienes menor afectación hay de la salud sobre el trabajo (42.03%), probablemente porque la mayoría de ellos no continúan con su actividad asistencial. No les ha afectado al 57.97% (55.81% de hombres y 63.85% de mujeres).



Tabla 21. Problema de salud ha afectado negativamente en su trabajo por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	1038	1117	2155
	55.87%	45.59%	50.02%
Si	820	1333	2,153
	44.13%	54.41%	49.98%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?

- Completamente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que están de acuerdo (han contestado de acuerdo o completamente de acuerdo) y aquellos que no están de acuerdo (han contestado en desacuerdo o completamente en desacuerdo).

La mayoría de médicos (89.48%: 89.45% de hombres y 89.51% de mujeres) considera que la salud de los médicos afecta de manera directa a la atención sanitaria que prestan en su trabajo y el 10.52% (10.55% de hombres y 10.49% de mujeres) están en desacuerdo. En ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son los que más de acuerdo están (97.22%: 98.97% de hombres y 96.58% de mujeres), solo están en desacuerdo el 2.78% (1.03% de hombres y 3.42% de mujeres). De los activos, están de acuerdo el 89.93% (91.12% de hombres y 89.11% de mujeres) y en desacuerdo el 10.77% (8.88% de hombres y 10.89% de mujeres). El grupo en el que menos médicos está de acuerdo es el de los jubilados (80.54%: 80.17% de hombres y 81.54% de mujeres) y está en desacuerdo el 19.46% de ellos (19.83% de hombres y 18.46% de mujeres).

Tabla 22. La salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	196	257	453
	10.55%	10.49%	10.52%
De acuerdo	1662	2193	3855
	89.45%	89.51%	89.48%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05

19. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación "Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional"?

- Completamente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo



Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que están de acuerdo (han contestado de acuerdo o completamente de acuerdo) y aquellos que no están de acuerdo (han contestado en desacuerdo o completamente en desacuerdo).

De manera global, el 53.83% de los médicos están de acuerdo con que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional (60.06% de hombres y 49.10% de mujeres) y el 46.17% están en desacuerdo (39.94% de hombres y 50.90% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son los hombres quienes están más de acuerdo con esta afirmación, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR, en los activos y de manera global. Es decir, las mujeres tienden a opinar que ambos problemas tienen un impacto similar.

Los MIR son el único grupo en el que el porcentaje que está en desacuerdo es mayor (65.83%: 57.73% de hombres y 68.82% de mujeres) que el que está de acuerdo (34.17%: 42.27% de hombres y 31.18% de mujeres). Con la edad avanza el porcentaje de médicos que están de acuerdo. Así, están de acuerdo el 53.39% de los médicos en activo (58.52% de hombres y 49.88% de mujeres) y están en desacuerdo el 46.61% de ellos (41.48% de hombres y 50.12% de mujeres). De los jubilados, la mayoría están de acuerdo (71.64%:71.10% de hombres 73.08% de mujeres) y el 28.36% está en desacuerdo (28.90% de hombres y 26.92% de mujeres).

Tabla 23. Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	742 39.94%	1247 50.90%	1989 46.17%
De acuerdo	1116 60.06%	1203 49.10%	2319 53.83%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

20. ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional? Sí/NO

El 45.31% (38.48% de hombres y 50.49% de mujeres) de los médicos reconoce que su actividad profesional ha afectado en sus problemas de salud. Si lo analizamos por edad, supone el 48.06 % de los MIR (42.27% de hombres y 50.19% de mujeres), el 47.59% de los activos (41.41% de hombres y 51.82% de mujeres) y el 26.92% de los jubilados (25.78% de hombres y 30.00% de mujeres). Como observamos, conforme avanzamos en edad, la afectación de la actividad profesional en la salud va disminuyendo.

En todas las categorías vemos que la influencia en las mujeres es mayor que en los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en los activos y de manera global.



Tabla 24. Algún problema de salud ha sido provocado o empeoró por su actividad profesional distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	1143 61.52%	1213 49.51%	2356 54.69%
Si	715 38.48%	1237 50.49%	1952 45.31%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional?

- Por el impacto de un error/errores médicos que he vivido con mis pacientes SÍ/NO
- Por la sobrecarga asistencial y horarios de trabajo SÍ/NO
- Por el nivel de responsabilidad de mi profesión SÍ/NO

Como hemos comentado en la pregunta anterior, para muchos médicos hay problemas de salud que se han debido o han empeorado debido a su actividad profesional. Entre ellos, encontramos:

Impacto de un error medico

Ha influido al 20.29% de los médicos (20.14% de los hombres y 20.37% de las mujeres), y en ninguna franja de edad hay diferencias estadísticamente significativas por género.

La tendencia que presentan los grupos es a que influya menos conforme se avanza en edad y en experiencia. Así, en los MIR es del 24.28% (21.95% en hombres y 25% en mujeres), en activos del 20.19% (20.41% en hombres y 20.08% en mujeres), hasta llegar a los jubilados, en los que solo ha afectado al 16.15% (17.58% de hombres y 12.82% de mujeres).

Sobrecarga asistencial

La sobrecarga asistencial es, sin duda, una de los motivos que más ha afectado a la salud de los médicos (89.65%, 87.27% de hombres y 91.03% de mujeres). De manera global y en el grupo de los MIR, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más prevalente en el grupo de las mujeres.

La sobrecarga asistencial afecta al 89.60% de los MIR (78.05% de hombres y 93.18% de mujeres), al 90.18% de los activos (88.68% de los hombres y 90.99% de las mujeres) y al 83.08% de los jubilados (82.42% de hombres y 84.62% de mujeres).



Nivel de responsabilidad

Si hablamos de cómo influye el nivel de responsabilidad profesional en la salud de los médicos, se ve una tendencia a mayor afectación conforme se avanza en edad. No hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Globalmente, ha afectado al 69.01% de los médicos (69.65% de hombres y 68.63% de mujeres). En los MIR, al 57.23% (56.10% en hombres y 57.58% e mujeres), asciende a los 69.92% en activos (69.81% en hombres y 69.98% en mujeres), hasta alcanzar el máximo en los jubilados, el 73.08% (74.73% de hombres y 69.23% de mujeres).

Tabla 25. Motivo principal por el que su problema de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional

Sexo	Impacto de un error médico	Sobrecarga asistencial	Nivel de responsabilidad	Otro motivo
Hombre	144 20.14%	624 87.27%	498 69.65%	1269 68.30%
Mujer	252 20.37%	1126 91.03%	849 68.63%	1519 62.00%
Total	396 20.29%	1750 89.65%	1347 69.01%	2788 64.72%

Otros motivos

Si algún médico ha considerado que algún problema de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional por algún motivo que no se menciona en la pregunta, ha podido escribir lo que considerase conveniente. Se han recogido respuestas de 120 hombres (6.46%) y 260 mujeres (10.61%) que han sido analizadas de manera cualitativa, según lo descrito en material y métodos.

A continuación se exponen los motivos más importantes y frecuentes, que se han agrupado de la siguiente manera:

a) Problemas médicos

Un 3.85% de los médicos (3,28% de hombres y 4,29% de mujeres) considera que su salud ha empeorado por problemas médicos, relacionados directa o indirectamente con el trabajo. Destacan los problemas derivados de pasar muchas horas de pie en quirófano (postura quirúrgica, dolores musculares y varices) y la exposición a gérmenes (tanto infecciones respiratorias banales por contacto con pacientes como otras enfermedades graves como VHC o tuberculosis). Otros son la exigencia física de ir a domicilios, problemas posturales o cefaleas (especialmente migrañas) desencadenadas por los turnos en el trabajo. También aquí se han englobado la ansiedad y la depresión producidas durante la carrera y por entrar en la especialidad deseada así como el nivel formativo requerido.

b) Estrés

El estrés ha supuesto un gran causante de problemas médicos, para el 1.81% de los encuestados (1,18% de hombres y 2,29% de mujeres). En este grupo destacan la sobrecarga laboral y la presión asistencial, así como la inestabilidad laboral. También aparecen con frecuencia el insomnio por el estrés, el burn out, los empleos de mala calidad, la precariedad laboral y la falta



de sustitución por las bajas laborales. Llama la atención el estrés relacionado con la formación: varios médicos no se sienten suficientemente cualificados al empezar y consideran que el nivel de responsabilidad exigido es demasiado, y otros se quejan de la presión en la formación constante/preparación de oposiciones.

c) Problemas con el equipo

Un 1.74% de los médicos (0,91% de hombres y 2,37% de mujeres) ha tenido problemas con sus compañeros, con alguien del servicio, jefe, dirección o con la empresa. Además de relaciones complicadas dentro del equipo por diversos motivos (mal ambiente, mala organización del trabajo, presión o falta de apoyos desde gerencia, abuso de autoridad y presión por parte de superiores) destacan varios casos de acoso laboral.

d) Instalaciones

Este grupo hace referencia a las instalaciones relacionadas con el lugar de trabajo: consultas en mal estado por su antigüedad y falta de mantenimiento/ limpieza (mobiliario, climatización...), uso excesivo de ordenador, puesto de trabajo lejano al lugar de residencia o necesidad de acudir a domicilios que suponen largos desplazamientos en coche. Este problema afecta al 0.65% de los médicos (0,59% de hombres y 0,69% de mujeres).

e) Problemas familiares y personales

Son problemas personales, de pareja y familiares. Destacan la sobrecarga por cuidar a algún familiar y, en el caso de varias mujeres, la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral. Afecta al 0.53% de los médicos, especialmente a las mujeres (0,05% de hombres y 0,90% de mujeres).

f) Pacientes

Si bien la relación médico paciente suele ser positiva, para el 0.19% de los médicos (0,22% de hombres y 0,16% de mujeres) ha resultado en algo negativo, principalmente por la falta de respeto por parte de los pacientes, reclamaciones e incluso denuncias.

g) Otros

Hay otras razones, poco frecuentes que no están incluida de forma específica en ningún grupo de los mencionados anteriormente, pero merece la pena nombrar. Algunos son por la tardanza en consultar a un facultativo, la edad, la dificultad en adquirir el rol de paciente, desempeñar un trabajo/especialidad que no gusta o la falta de adaptación al trabajo.

Tabla 26. Otros motivos por los que los problemas de salud ha sido provocado o empeorado por su actividad profesional distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Media
<i>Problemas médicos</i>	3,28%	4,29%	3,85%
<i>Estrés</i>	1,18%	2,29%	1,81%
<i>Equipo</i>	0,91%	2,37%	1,74%
<i>Instalaciones</i>	0,59%	0,69%	0,65%
<i>Problemas familiares y personal</i>	0,05%	0,90%	0,53%
<i>Otros</i>	0,65%	0,45%	0,53%
<i>Pacientes</i>	0,22%	0,16%	0,19%



Como vemos en la tabla, esta afectación en el estado de salud es en general mayor en mujeres que en hombres.

Si lo analizamos por categorías profesionales, observamos que a los MIR les afecta mucho los problemas médicos (3.33%: 4.12% de hombres y 3.04% de mujeres) y el estrés (2.22%: 2.06% de hombres y 2.28% de mujeres). En los activos, también son los problemas médicos el factor más influyente (3.90%: 3.05% de hombres 4.52% de mujeres) y problemas con el resto del equipo (1.91%: 0.93% de hombres y 2.63% de mujeres). Por último, al 3.92% de los jubilados les influyen temas médicos (4.35% en hombres y 3.08% en mujeres) y al 1.32% el estrés (1.58% de hombres y 0.77% de mujeres).

22. ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida? Sí/NO

El 69.38% de los médicos, 73.14% de hombres y 66.53% de mujeres, ha estado de baja laboral oficial en algún momento de su ejercicio profesional (excluyendo la baja por maternidad o paternidad). Excepto en el grupo de los jubilados, en todos los grupos es mayor el porcentaje en hombres que en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en activos y en el global.

En los MIR es donde encontramos, con una gran diferencia, el menor número de bajas (27.22%, 28.87% en hombres y 26.62% en mujeres). En los activos, este porcentaje asciende al 71.46% (73.30% en hombres y 70.20% en mujeres). La cifra más alta está en los jubilados: el 85.92% ha cogido la baja en algún momento (84.70% en hombres y 89.23% en mujeres).

Tabla 27. Baja laboral por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	499 26.86%	820 33.47%	1319 30.62%
Si	1359 73.14%	1630 66.53%	2989 69.38%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

23. Indique cuántas semanas aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional:

De manera global, los médicos que han estado de baja (3256 de los que contestaron la encuesta) han estado de media 16.51 ± 32.22 semanas. Excepto en los MIR, son las mujeres quienes más semanas han estado de baja (17.42 ± 34.85) respecto a los hombres (15.40 ± 28.65) aunque en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son quienes menos han estado de baja (9.91 ± 27.42 semanas, 15.15 ± 43.46 los hombres y 7.45 ± 14.57 las mujeres). Los activos han estado de media 15.96 ± 31.98 semanas (13.94 ± 25.73 los hombres y 17.38 ± 35.66 las mujeres). Los jubilados son los que más semanas de media han estado de baja: 21.89 ± 34.37 (20.65 ± 34.99 de hombres y 25.06 ± 32.65 de mujeres).



Tabla 28. Semanas de baja distribuidas por sexo

Sexo	N	Semanas de baja	D.t.
Hombre	1462	15.40	28.65
Mujer	1794	17.42	34.85
Total	3256	16.51	32.22

*D.t: desviación típica

p>0.05

24. ¿Con qué frecuencia ha ido a trabajar con un problema de salud por el que usted hubiera dado la baja laboral a un paciente?

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Muy a menudo o siempre

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que suelen ir a trabajar estando enfermos (bastantes veces, muy a menudo o siempre) y los que no suelen acudir a trabajar (nunca o pocas veces).

La mayoría de médicos acude a trabajar con problemas de salud por los que hubieran dado la baja a un paciente (89.37%: 88.16% de hombres y 90.29% de mujeres) y el 10.63% no suelen acudir a trabajar estando enfermos (11.84% de hombres y 9.71% de mujeres). Excepto en el grupo de los MIR, son las mujeres quienes más acuden a trabajar estando enfermas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos.

Los MIR son quienes menos acuden a trabajar estando enfermos (68.33%:69.07% de hombres y 68.06% de mujeres), se quedan en casa el 31.67% (30.93% de hombres y 31.94% de mujeres). De los activos, acuden a trabajar estando enfermos el 91.37% (83.06% de hombres y 92.95% de mujeres) y no acuden el 8.63% (10.94% de hombres y 7.05% de mujeres). De los jubilados, acuden el 90.68% (89.80% de hombres y 93.08% de mujeres) y no acuden el 9.32% (10.20% de hombres y 6.92% de mujeres).

Tabla 29. Acuden a trabajar estando enfermos distribuidos por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Poco frecuente	220 11.84%	238 9.71%	458 10.63%
Muy frecuente	1638 88.16%	2212 90.29%	3,850 89.37%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:

- Para mantener mi nivel de ingresos
- Para no sobrecargar a mis compañeros
- Por miedo a perder el trabajo
- Por responsabilidad hacia mis pacientes



La mayoría de las veces en las que los médicos han acudido a trabajar estando enfermos ha sido para no sobrecargar a sus compañeros (53.97%: 48.35% de hombres y 58.14% de mujeres). Este es un motivo más frecuente en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros. El otro gran motivo, ha sido por responsabilidad hacia sus pacientes (38.03%: 44.63% de hombres y 33.14% de mujeres). Este es un motivo más frecuente entre hombres y también encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre géneros. Para el 4.23%, su motivo ha sido por mantener el nivel de ingresos (5.01% de hombres y 3.66% de mujeres). Por último, para el 3.77% ha sido por miedo a perder el trabajo (2.01% de hombres y 5.06% de mujeres), siendo más frecuente en mujeres con una diferencia estadísticamente significativa.

En los MIR, en los que no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre sexos, vemos que las respuestas son muy parecidas a las del global. La mayoría, el 65.04%, no quiere sobrecargar a sus compañeros (70.15% de hombres y 63.13% de mujeres). También es importante la responsabilidad hacia sus pacientes (25.61%: 23.88% de hombres y 26.26% de mujeres). El 4.88% acude por temas económicos (4.88%: 5.97% de hombres y 4.47% de mujeres), y el 4.47% acude por miedo a perder su trabajo (solo representado por mujeres, el 6.15% de ellas).

En cuanto a los activos, el 54.96% no quiere sobrecargar a sus compañeros (48.96% de hombres y 58.89% de mujeres), un 36.54% lo hace por sus pacientes (43.14% de hombres y 32.22% de mujeres) y el 4.42% por un tema económico (5.50% de hombres y 3.71% de mujeres). Solo el 4.07% acude por miedo a perder su trabajo (2.39% de hombres y 5.18% de mujeres).

En los jubilados tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. En este caso, el motivo fundamental es la responsabilidad hacia sus pacientes (55.71%: 54.89% de hombres y 57.85% de mujeres), quedando en un segundo plano el hecho de no sobrecargar a sus compañeros (40.64%: 41.32% de hombres y 38.84% de mujeres). En tercer lugar, es por un tema económico (2.51%: 2.84% de hombres y 1.65% de mujeres) y en un 1.14% por miedo a perder el trabajo (0.95% de hombres y 1.65% de mujeres).

Tabla 30. Motivos para ir a trabajar estando enfermo distribuidos por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Mantener ingresos	82 5.01%	81 3.66%	163 4.23%
No sobrecargar los compañeros	792 48.35%	1286 58.14%	2078 53.97%
Miedo a perder el trabajo	33 2.01%	112 5.06%	145 3.77%
Responsabilidad hacia los pacientes	731 44.63%	733 33.14%	1464 38.03%
Total	1638	2212	3850

P<0.05

Otros motivos

Si algún médico ha acudido a trabajar estando enfermo por alguna razón diferente de las descritas previamente, ha podido escribir en este apartado lo que considerase oportuno. Estas se han analizado de manera cualitativa con Excel, según lo descrito en material y métodos.



Se han obtenido 1029 respuestas, 396 de hombres (21.35% del total de médicos hombre) y 634 de mujeres (25.88% del total de médicos mujeres).

A continuación se exponen los motivos más importantes y frecuentes, que se han agrupado de la siguiente manera:

a) Compañeros

Un 6.59% de médicos (6,19% de hombres y 6,90% de mujeres) acuden a trabajar estando enfermos por motivos relacionados con sus compañeros. La mayoría es para evitar sobrecargarlos, ya que al no haber suplentes son ellos quienes tendrán que realizar su trabajo. Sin embargo, también hay casos en los que es por miedo a sus críticas, falta de comprensión o por no dar una mala imagen ante ellos. En el caso de algunos médicos de especialidades quirúrgicas, acuden a trabajar aun con alguna enfermedad por “miedo a ser considerados vagos o débiles”, ya que podría suponer perder prestigio dentro del grupo, lo que considera como importante dentro de las especialidades quirúrgicas. También destaca algunas respuestas de los MIR, en los que sienten que la presión de sus adjuntos es una limitación para pedir la baja.

b) Pacientes

Un 5.57% de los médicos (3,55% de hombres y 5,35% de mujeres) acuden a trabajar por responsabilidad y compromiso con sus pacientes. Muchos de ellos son los únicos que realizan una tarea asistencial específica, por lo que si no acuden a trabajar se anulan sus consultas y sus pacientes no serán vistos. Además, destaca el caso de varios médicos que trabajan en la sanidad privada, que indican que acudieron a trabajar por miedo a perder a sus pacientes.

c) Responsabilidad

Con este término englobamos el sentido de la responsabilidad y el compromiso personal relacionado con el trabajo, así como la auto exigencia y el amor por el trabajo. Algunas personas escriben que se sienten mal (en el sentido de culpabilidad) si faltan a trabajar y que prefieren acudir al trabajo a quedarse en casa. Hay otros que tienen responsabilidades profesionales indelegables o no asistenciales. Destaca el caso de varios MIR, que acuden por no perder tiempo de formación. Este es el caso del 3.04% de los médicos (3,12% de hombres y 2,98% de mujeres).

d) Personal

El 2.30% de los médicos (1,51% de hombres y 2,90% de mujeres) acuden por motivos personales, siendo el más frecuente la sobrecarga de la agenda cuando vuelvan al trabajo ya que no los sustituyen.

e) Otros

Hay otros motivos poco frecuentes pero que merece la pena nombrar: no reconocer que los médicos también nos ponemos enfermos, que “no está bien visto estar de baja entre médicos”, “por no quedar mal”, por “el estigma de enfermedades como la depresión”, porque acudir al trabajo supone estar bien mentalmente a pesar de la dolencia física, porque prefiere trabajar aunque sea a un ritmo más lento que no trabajar (y así sentirse útil) o por evitar dar explicaciones.

f) Económico

Un 1.39% de médicos (1,67% de hombres y 1,18% de mujeres) ha acudido a trabajar para mantener el nivel de ingresos. En este grupo destacan los que trabajan en la sanidad privada, para quienes no acudir a trabajar supone una disminución de sus ingresos y seguir pagando los



gastos fijos de consulta. También los que realizan guardias, ya que sin este suplemento no llegan a unos ingresos mínimos, y durante los primeros años profesionales, en los que se cobra menos.

g) Miedo a perder el trabajo

El 1.32% de los médicos (0,91% de hombres y 1,63% de mujeres) han acudido a trabajar estando enfermos por miedo a perder su trabajo, por miedo a que no les renueven o miedo a represalias (por tutores de médicos en formación, de jefes o de la administración). En este grupo se han incluido los que han escrito como causa la inestabilidad laboral y los contratos temporales.

h) Levedad

El 1.04% de los médicos (1,08% de hombres y 1,02% de mujeres) han acudido a trabajar porque han considerado que sus dolencias no eran tan graves como para coger la baja o por ser dolencias compatibles con el trabajo.

i) Otros motivos menos frecuentes (<1% de los médicos). Hay otros motivos que merece la pena destacar (pueden verse las frecuencias en la tabla a continuación).

- Jefe: no decepcionar a los jefes, por exigencias de dirección (como “necesidades del servicio”) , no dar una mala imagen ante los superiores, incomodidad de solicitar la baja
- Minimización: algunos médicos minimizan las enfermedades o tienen una falsa percepción de poder con todo/levedad de la patología.
- Baja: por dificultades para coger la baja, principalmente justificar el problema para pedirla o que un médico no lo considere motivo de baja
- Ocultar problema: algunos médicos no han querido mostrar que estaban mal, o no querían que sus compañeros se enterasen de que tenía alguna enfermedad. Algunas veces se ha ocultado para no dar sensación de debilidad o fragilidad.
- Guardia: las guardias suponen un problema a la hora de conseguir un suplente.
- Acoso laboral: es el caso de varias mujeres que denuncian acoso laboral o discriminación.

Tabla 31. Otros motivos para ir a trabajar estando enfermo distribuidos por sexo

	Hombre	Mujer	Media
<i>Compañeros</i>	6,19%	6,90%	6,59%
<i>Pacientes</i>	3,55%	5,35%	4,57%
<i>Responsabilidad</i>	3,12%	2,98%	3,04%
<i>Personal</i>	1,51%	2,90%	2,30%
<i>Otros</i>	2,10%	1,76%	1,90%
<i>Económico</i>	1,67%	1,18%	1,39%
<i>Miedo a perder el trabajo</i>	0,91%	1,63%	1,32%
<i>Levedad</i>	1,08%	1,02%	1,04%
<i>Jefe</i>	0,43%	0,82%	0,65%
<i>Minimización</i>	0,38%	0,69%	0,56%
<i>Baja</i>	0,05%	0,24%	0,16%
<i>Ocultar problema</i>	0,22%	0,12%	0,16%
<i>Guardia</i>	0,05%	0,08%	0,07%
<i>Acoso laboral</i>	0,00%	0,08%	0,05%



En el caso de los MIR, las razones más importantes son los compañeros (4.17%: 6.19% de hombres y 3.42% de mujeres) y la responsabilidad (2.50%: 2,06% de hombres y 2,66% de mujeres). Para los médicos en activo, las razones más importantes son los compañeros (6.56%: 5,64% de hombres y 7,24% de mujeres) y los pacientes (4.77%: 3,45% de hombres y 5,74% de mujeres). Por último, para los jubilados, son importantes los compañeros (9.41%: 9,49% de hombres y 8,46% de mujeres) y la responsabilidad (5.22%: 5,14% de hombres y 5,38%).

26. Cuando se siente indispuerto por un problema de salud leve (ej. cuadro catarral, diarrea, cefalea, torsión articular...), ¿qué hace en primer lugar?

- Acudo a mutua de trabajo
- Acudo a una mutua o seguro médico privado
- Acudo a mi médico de familia
- Acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital
- Busco consejo informal de un colega
- Me automedico o trato de resolver el problema por mí mismo

En cuanto a la actitud que toman los médicos cuando se sienten indispuertos por algún problema de salud leve, no encontramos en ningún caso diferencia estadísticamente significativa entre géneros.

La gran mayoría de ellos, el 94.71% de los médicos (94.29% en hombres y 95.02% en mujeres) recurre a la autoprescripción y a la automedicación. La tendencia en los grupos de distinta edad es muy similar. En los MIR es del 93.33% (92.78% en hombres y 93.54% en mujeres), en los activos es del 95.35% (94.96% en hombres y 95.62% en mujeres) y en los jubilados es del 91.10% (92.07% en hombres y 88.46% en mujeres).

Aunque las mujeres tienen un porcentaje ligeramente mayor de automedicación respecto a los hombres (excepto en el grupo de los jubilados), no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

La segunda actitud por orden de frecuencia, aunque proporcionalmente mucho menor que la automedicación, es la de buscar el consejo informal de un colega. En este caso, son los hombres los que tienen una mayor tendencia a recurrir a esta solución, excepto en el grupo de los jubilados, si bien no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros. De manera global, supone el 3.11% de los casos (3.50% en hombres y 2.82% en mujeres). Si lo analizamos por edades, vemos que esta actuación la lleva a cabo el 4.17% de los MIR (5.15% en hombres y 3.80% en mujeres), el 2.91% de los activos (3.48% en hombres y 2.53% en mujeres) y el 3.73% de los jubilados (3.12% en hombres y 5.38% en mujeres)

En tercer lugar, aunque en una proporción baja (1.28%:1.08% en hombres y 1.43% en mujeres), los médicos consultan a su médico de Atención Primaria. En los MIR, son los hombres los que consultan más, y en el resto de las edades, son las mujeres las que más recurren a su médico. Esta solución es la que emplean el 1.67% de los MIR (2.06% en hombres y 1.52% en mujeres), el 1.1% de los activos (0.85% en hombres y 1.26% en mujeres) y el 2.28% de los jubilados (1.70% en hombres y 3.85% en mujeres).



En cuarto lugar, los médicos recurren a la consulta formal a un compañero, en un 0.58% (0.70% en hombres y 0.49% en mujeres). Esto supone un 0.83% de los MIR (1.14% de mujeres), un 0.35% de los activos (0.36% en hombres y 0.34 % en mujeres). La tasa más alta es en jubilados, con un 2.07% (2.27% en hombres y 1.54% en mujeres).

En quinto lugar, acudir a una mutua o seguro privado es la solución que toman el 0.30% de los médicos (0.43% en hombres y 0.20% en mujeres). Solo recurren a ella los activos (0.26%:0.36% en hombres y 0.19% en mujeres) y los jubilados (0.83%: 0.85% en hombres y 0.77% en mujeres).

Por último, y con solo el 0.02% de los médicos (representado únicamente por mujeres, el 0.04%, siendo todas del grupo de los activos), otra opción ante enfermedades leves es acudir a la mutua de trabajo.

Tabla 32. Actitud ante un problema de salud leve distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Mutua de trabajo	0 0%	1 0.04%	1 0.02%
Mi médico de familia	20 1.08%	35 1.43%	55 1.28%
Mutua o seguro privado	8 0.43%	5 0.20%	13 0.30%
Consulta formal a un colega	13 0.70%	12 0.49%	25 0.58%
Consejo informal	65 3.50%	69 2.82%	134 3.11%
Me automedico	1,752 94.29%	2,328 95.02%	4080 94.71%
Total	1858	2450	4308

P>0.05

27. Cuando se siente indispuerto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo? (en caso de no actuar de manera diferente, señala la misma opción que en la pregunta 26)

- Acudo a mutua de trabajo
- Acudo a una mutua o seguro médico privado
- Acudo a mi médico de familia
- Acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital
- Busco consejo informal de un colega
- Me automedico o trato de resolver el problema por mí mismo

Quando el proceso no es leve, la actitud de los médicos cambia. Al contrario que en el caso anterior, aquí sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en la actuación de hombres y mujeres, tanto de manera global como en activos y jubilados.



La mayoría de ellos, acude a la consulta de un compañero, ya sea de manera formal, el 32.75% (35.68% de hombres y 30.53% de mujeres), o informal, el 30.66% (31.11% de hombres y 30.33% de mujeres). Los MIR son el único grupo que busca más el consejo informal (40.56%: 37.11% de hombres y 41.83% de mujeres) que el formal (19.72%: 20.62% de hombres y 19.39% de mujeres). Por su parte, los activos, prefieren acudir formalmente a un compañero (32.15%: 33.03% de hombres y 31.55% de mujeres) y en segundo lugar el consejo informal (30.39%: 32.39% de hombres y 29.02% de mujeres). De los activos, los hombres buscan el consejo informal más que las mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. De los jubilados, casi la mitad, el 46.79%, acude a un colega de manera formal, habiendo una diferencia estadísticamente significativa entre sexos (50.42% de hombres y 36.92% de mujeres) y solo el 25.26% acude de manera informal (24.36% de hombres y 27.69% de mujeres). Para ver si esta tendencia se mantiene conforme aumenta la edad, observamos la evolución de los activos según grupos de edad, y confirmamos que, con diferencias estadísticamente significativas entre grupo de edad, la tendencia es a acudir más a consultas formales (22.35% en menores de 40 años, 29.65% entre 40 y 55 años y 40.49% entre 55 y 65 años), así como acudir menos a consultas informales (39.39% en menores de 40 años, 31.33% entre 40 y 55 años y 24.13 % entre 55 y 65 años).

De manera global, la tercera opción más frecuente es la de acudir al Médico de Familia: 24.05% (19.70% de hombres y 27.35% de mujeres). Para los MIR es la segunda vía más utilizada después de buscar el consejo informal, siendo la opción del 28.33% de ellos, con porcentajes muy similares entre sexos (29.90% de hombres y 27.76% de mujeres). Por otro lado, tanto en activos como en jubilados encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo esta actitud más frecuente en mujeres. Así, en activos es del 24.39% (20.10% de hombres y 27.32% de mujeres) y en jubilados es del 18.43% (15.30% de hombres y 26.92% de mujeres). Vemos pues la tendencia de acudir menos al Médico de Familia conforme aumenta la edad de los médicos, especialmente en los hombres. Esta tendencia, se corrobora con los datos por edades en los activos, ya que en los menores de 40 años acuden el 28.50%, entre los 40 y los 55 años acude el 25.24%, y entre los 55 y los 65 el 20.84%, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

La cuarta opción, que era la más frecuente en procesos banales, es la automedicación, alternativa por la que optan el 6.48% (7.53% de hombres y 5.67% de mujeres). Es más frecuente en hombres, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los activos y de manera global. Supone el 7.22% de los MIR (9.28% de hombres y 6.46% de mujeres), el 6.75% de los activos (8.10% de hombres y 5.83% de mujeres) y el 3.93% de los jubilados (4.82% de hombres y 1.54% de mujeres).

La quinta opción (5.90%) es la de acudir a una mutua o seguro privado (5.76% de hombres y 6% de mujeres). Si bien es más frecuente entre mujeres, no hay diferencias estadísticamente significativas por género. En los MIR es del 3.61% (2.06% de hombres y 4.18% de mujeres), en los activos del 6.20% (6.25% de hombres y 6.17% de mujeres) y en los jubilados el 5.38% (4.82% de hombres y 6.92% de mujeres).

Finalmente, la opción menos utilizada es la de acudir a la mutua laboral (0.16%: 0.22% de hombres y 0.12% de mujeres), donde no hay diferencias estadísticamente significativas por género. En los MIR es el 0.56% (1.03% de hombres y 0.38% de mujeres), en los activos es el 0.12% (0.14% de hombres y 0.10% de mujeres) y en los jubilados el 0.21%, representado únicamente por los varones, con un 0.28%.



Tabla 33. Actitud ante un problema de salud grave distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Mutua de trabajo	4 0.22%	3 0.12%	7 0.16%
Mi médico de familia	366 19.70%	670 27.35%	1036 24.05%
Mutua o seguro privado	107 5.76%	147 6.00%	254 5.90%
Consulta formal a un colega	663 35.68%	748 30.53%	1411 32.75%
Consejo informal	578 31.11%	743 30.33%	1321 30.66%
Me automedico	140 7.53%	139 5.67%	279 6.48%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

28. ¿Se vacuna contra la gripe?

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

En torno a la mitad de los médicos, el 53.27% (54.74% de hombres y 52.16% de mujeres), se suelen vacunar cada año de la gripe (bastantes veces o siempre), y el 46.73% (45.26% de hombres y 47.84% de mujeres) no suelen hacerlo (pocas veces o nunca). Excepto en el grupo de los jubilados, son los hombres quienes tienen tendencia a vacunarse más frecuentemente, si bien en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En los MIR suelen vacunarse menos de la mitad (44.44%: 49.48% de hombres y 42.59% de mujeres) y no suelen hacerlo el 55.56% (50.52% de hombres y 57.41% de mujeres). Conforme avanzamos en edad, va aumentando la tendencia a la vacunación. Así, en los activos es del 52.38% (52.77% de hombres y 52.11% de mujeres) y no lo hacen el 47.62% (47.23% de hombres y 47.89% de mujeres). La cifra más alta es con los jubilados ya que se vacunan el 66.25%, único grupo en el que es más frecuente en mujeres (72.31%) que en hombres (64.02%) y no se vacunan el 33.75% (35.98% de hombres y 27.69% de mujeres).

Tabla 34. Vacunación de la gripe por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	841 45.26%	1172 47.84%	2013 46.73%
Sí	1017 54.74%	1278 52.16%	2,295 53.27%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05



29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

Menos de la mitad de los médicos, el 44.5% (40.37% de hombres y 47.63% de mujeres), suele acudir a los reconocimientos de salud laboral en su centro de trabajo (bastantes veces o siempre), el 55.5% (59.63% de hombres y 52.37% de mujeres) no acostumbra a ir (pocas veces o nunca). En general, las mujeres suelen acudir más a los reconocimientos de salud (excepto en el grupo de los MIR, en el que es más frecuente que acudan los hombres) habiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el global y en el grupo de los activos.

Los MIR son quienes más frecuentemente acuden a los reconocimientos de salud, el 66.67%, y es el único grupo en el que es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres (70.10% de hombres y 65.40% de mujeres). No suelen acudir el 33.33% (29.90% de hombres y 34.60% de mujeres).

En cuanto a los médicos en activo, suelen acudir el 42.31% (38.07% de hombres y 45.21% de mujeres) y no acuden el 57.69% (61.93% de hombres y 54.79% de mujeres). Las cifras en los jubilados es muy similar: suelen hacerse el reconocimiento médico en salud laboral el 43.69% (41.36% de hombres y 50% de mujeres) y no suelen acudir el 56.31% (58.64% de hombres y 50% de mujeres).

Tabla 35. Reconocimientos de salud distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	1108	1283	2391
	59.63%	52.37%	55.50%
Sí	750	1167	1,917
	40.37%	47.63%	44.50%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)?
Indique horas/semana.

De manera global, los médicos hacen 5.55±4.14 horas de ejercicio a la semana. En todos los casos es mayor en hombres (6.33±4.69) que en mujeres (4.94±3.54), siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todos los grupos excepto en los jubilados.

Los MIR son quienes menos ejercicio hacen (5.13±3.66: 5.89±4.09 los hombres y 4.85±3.45 las mujeres). Los activos hacen 5.26±3.88 horas a la semana (5.95±4.51 los hombres y 4.76±3.28 las mujeres). Los jubilados son quienes más ejercicio hacen (7.95±5.33: 7.97±5.20 los hombres y 7.88±5.71 las mujeres).



Tabla 36. Horas de ejercicio a la semana distribuidas por sexo

Sexo	N	Horas de ejercicio	D.t.
Hombre	1758	6.33	4.69
Mujer	2248	4.94	3.54
Total	4006	5.55	4.14

*D.t: desviación típica

P<0.05

31. ¿Fuma usted actualmente?

- No fumo, ni he fumado nunca
- No fumo actualmente, pero he fumado antes
- Sí, fumo, pero no diariamente
- Sí, fumo diariamente

La mayoría de médicos, el 88.90% (87.14% de hombres y 88.90% de mujeres), no fuma actualmente (independientemente de si fumaron o no en el pasado) y fuman a diario u ocasionalmente el 11.86% (12.86% de hombres y 11.10% de mujeres).

Si vemos la evolución según la edad, los jóvenes son los que fuman menos y conforme avanzamos en las etapas profesionales va aumentando el porcentaje, siendo el más elevado el de los jubilados. Excepto en los MIR, en general las mujeres fuman menos, siendo significativo únicamente en el grupo de los jubilados.

Los MIR, los menos fumadores, fuman el 7.5% (6.19% de hombres y 7.98% de mujeres) y no fuman el 92.5% (93.81% de hombres y 92.02% de mujeres). De los activos fuman el 12.12% (12.64% de hombres y 11.76% de mujeres) y no fuman el 87.88% (87.36% de hombres y 88.24% de mujeres).

En los médicos jubilados, que es el grupo con mayor porcentaje de fumadores, el 13.25%, es significativamente mayor el número de fumadores hombres (15.58%) que mujeres (6.92%). No fuman el 86.75% (84.42% de hombres y 93.08% de mujeres).

Tabla 37. Fumadores distribuidos por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No fuma	1619	2178	3797
	87.14%	88.90%	88.14%
Fuma	239	272	511
	12.86%	11.10%	11.86%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05

32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido...

... bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?

- No, nunca
- De manera ocasional



- De manera habitual

... algún tipo de cannabis?

- No, nunca
- De manera ocasional
- De manera habitual

... alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?

- No, nunca
- De manera ocasional
- De manera habitual

Para analizar esta pregunta, tenemos en cuenta los que consumen las sustancias de manera ocasional o de manera habitual.

Alcohol

El consumo de alcohol en la población médica es elevado: el 27.92% lo consume de manera ocasional o habitual (33.96% de hombres y 23.35% de mujeres). En todos los grupos son los hombres quienes más alcohol consumen, habiendo diferencias significativas en todos los grupos excepto en los MIR.

Los MIR son el grupo que más alcohol consume: casi la mitad de ellos (48.06%: 55.67% de hombres y 45.25% de mujeres). En los activos, consumen alcohol el 26.52% (34.59% de hombres y 21% de mujeres) y el 22.98% de los jubilados (25.50% de hombres y 16.15% de mujeres).

Cannabis

El 2.21% de los médicos consumen cannabis de manera ocasional o habitual (2.15% de hombres y 2.24% de mujeres). De manera global y en jubilados, son las mujeres quienes más consumen, y en los MIR y activos son los hombres, si bien en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son quienes más consumen (8.06%: 9.28 % de hombres y 7.60% de mujeres). De los activos consumen el 1.73% (1.92% de hombres y 1.60% de mujeres) y de los jubilados el 1.24% (1.13% de hombres y 1.54% de mujeres).

Drogas

El 0.49% (0.70% de hombres y 0.33% de mujeres) de los médicos consumen algún tipo de droga como cocaína o anfetaminas de manera ocasional o habitual. Excepto en los jubilados, los hombres son quienes más drogas consumen, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el grupo de los MIR como en los activos.

Los MIR son quienes más drogas consumen (el 3.06%: 6.19% de hombres y 1.90% de mujeres). Los activos son quienes menos drogas consumen (0.23%: 0.43% de hombres y 0.10% de mujeres). Un 0.41% de los jubilados consumen drogas (0.28% de hombres y 0.77% de mujeres), siendo este grupo el único en el que es más frecuente el consumo en mujeres.



Tabla 38. Consumo en el último año distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Alcohol	631 33.96%	572 23.35%	1203 27.92%
Cannabis	40 2.15%	55 2.24%	95 2.21%
Drogas	13 0.70%	8 0.33%	21 0.49%

33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?

Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos

- Nunca
- Algunas veces
- Muy frecuentemente

Otros psicofármacos

- Nunca
- Algunas veces
- Muy frecuentemente

Antibióticos

- Nunca
- Algunas veces
- Muy frecuentemente

Analgésicos básicos

- Nunca
- Algunas veces
- Muy frecuentemente

Analgésicos opioides

- Nunca
- Algunas veces
- Muy frecuentemente

Para analizar esta pregunta, hemos contado aquellos que han respondido que se auto-prescriben estos fármacos algunas veces o muy frecuentemente. De manera general, la autoprescripción de fármacos es más frecuente en los hombres y en los grupos de mayor edad.

Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos

El 31.36% de los médicos (32.40 % de hombres y 30.57% de mujeres) se prescribe hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos. Excepto en el grupo de los activos, es más frecuente en el grupo de los hombres, pero en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son los que menos se autoprescriben (21.11%: 22.68 % de hombres y 20.53% de mujeres). De los activos lo hacen el 31.17% (30.68 % de hombres y 31.50% de mujeres). Por



último, los jubilados son los que más hipnóticos se prescriben (40.37%: 41.93 % de hombres y 36.15% de mujeres).

Otros psicofármacos

El 7.57% se prescriben otros psicofármacos (8.18 % de hombres y 7.10% de mujeres). Esta situación suele darse más frecuentemente en los hombres (excepto en el grupo de los activos), pero en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Por categorías profesionales, la autoprescripción de psicofármacos es más baja en los jóvenes: 6.11% en los MIR (8.25 % de hombres y 5.32% de mujeres) y 6.90% en los activos (6.75 % de hombres y 7% de mujeres). El más alto se da en los jubilados (13.46%:13.88 % de hombres y 12.31% de mujeres).

Antibióticos

La autoprescripción de antibióticos es muy elevada en los médicos (70.75%), siendo de manera global más frecuente en hombres que en mujeres (73.20 % de hombres y 68.90% de mujeres) habiendo diferencias estadísticamente significativas.

Los MIR son los que menos antibióticos se prescriben (46.11%), siendo más frecuente en mujeres que hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos (37.11 % de hombres y 49.43% de mujeres). La autoprescripción aumenta en los activos (71.28%: 72.51 % de hombres y 70.44% de mujeres) y llega al máximo en los jubilados (85.30%: 85.84 % de hombres y 83.85% de mujeres).

Analgésicos básicos

La mayoría de médicos, el 94.68% (93.43 % de hombres y 95.63% de mujeres) se auto prescriben analgésicos básicos. Esta situación es más frecuente en las mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en el de los jubilados.

Se autoprescriben el 92.50% de los MIR (87.63 % de hombres y 94.30% de mujeres), el 94.98% de los activos (93.75 % de hombres y 95.82% de mujeres), y el 94.20% de los jubilados (93.77 % de hombres y 95.38% de mujeres).

Analgésicos opioides

Un 5.29% de los médicos se prescriben analgésicos opioides (6.51 % de hombres y 4.37% de mujeres). De manera global y en el grupo de los activos, es significativamente mayor el porcentaje de hombres que se prescriben opioides. Sin embargo, en los MIR y en los jubilados es más frecuente en las mujeres, aunque sin haber diferencias estadísticamente significativas.

Como en todos los casos, la prescripción es más baja en los jóvenes: en los MIR es del 2.50% (2.06 % de hombres y 2.66% de mujeres) y en los activos del 4.88% (6.04 % de hombres y 4.08% de mujeres). La más alta es en los jubilados: 10.35% (9.63 % de hombres y 12.31% de mujeres).



Tabla 39. Autoprescripción de fármacos distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Hipnóticos	602 32.40%	749 30.57%	1351 31.36%
Psicofármacos	152 8.18%	174 7.10%	326 7.57%
Antibióticos	1360 73.20%	1688 68.90%	3048 70.75%
Analgésicos básicos	1736 93.43%	2343 95.63%	4079 94.68%
Opioides	121 6.51%	107 4.37%	228 5.29%

34. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)? SÍ/NO

Al preguntar a los médicos si alguna vez han estado hospitalizados, vemos que el 10.28% de ellos sí lo ha estado alguna vez (12.16% de hombres y 8.86% de mujeres). En todos los grupos, el porcentaje de hombres que han sido hospitalizados es mayor, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre géneros de manera global y en los jubilados.

Conforme aumentamos en edad, observamos que el número de hospitalizaciones también aumenta. Así, en los MIR es del 7.50% (9.28% de hombres y 6.84% de mujeres), en los activos es del 9.47% (10.30% de hombres y 8.90% de mujeres), y el porcentaje más alto es de los jubilados, un 18.22% (20.40% de hombres y 12.31% de mujeres).

Tabla 40. Hospitalización en el último año distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	1632 87.84%	2233 91.14%	3865 89.72%
Si	226 12.16%	217 8.86%	443 10.28%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años?

- No tengo médico de familia
- Tengo médico de familia, pero no he acudido nunca a su consulta
- He acudido de una a tres ocasiones
- Entre 3 y 10 ocasiones
- Más de 10 ocasiones

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que suelen recurrir al médico de Familia cuando tienen algún problema de salud (han acudido más de 3 veces en los últimos 5 años), los que suelen recurrir poco (han acudido entre 1 y 3 veces en los 5 últimos años), y los que no han acudido en los últimos 5 años (han contestado que no tienen médico de familia o que no han ido nunca a su consulta).



En todos los casos, vemos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, que muestran una tendencia mayor de las mujeres a recurrir a su médico de Familia.

De manera global, un 35.65% no conocen o no han acudido a su médico de Familia, siendo mayor el número de hombres (43.70%) que de mujeres (29.55%). De los médicos que sí recurren, un 41.67% lo ha hecho menos de 3 veces (35.58% de hombres y 46.29% de mujeres) y un 22.68% más de 3 veces (20.72% de hombres y 24.16% de mujeres).

Del grupo de los MIR, un 25% no ha acudido nunca (34.02% de hombres y 21.67% de mujeres). De quienes sí lo han hecho, la mitad (50%) ha sido menos de tres veces (41.24% de hombres y 53.23% de mujeres) y un cuarto (25%) más de 3 veces (24.74% de hombres y 25.10% de mujeres).

Los activos son el grupo que menos acude al médico de Familia. De hecho, un 38.24% no ha acudido en los últimos años o no lo conoce (48.22% de hombres y 31.40% de mujeres). De los que sí han acudido, la mayoría, el 40.87%, ha sido menos de 3 veces (33.74% de hombres y 45.75% de mujeres) y el 20.89% ha sido más de 3 veces (18.04% de hombres y 22.85% de mujeres).

Los jubilados son el grupo que más acude al médico de Familia. Un 25.05% no acude nunca (28.33% de hombres y 16.15% de mujeres), un 41.20% ha acudido menos de 3 veces (41.36% de hombres y 40.77% de mujeres), y un 33.75% ha acudido más de 3 veces (30.31% de hombres y 43.08% de mujeres). En varios de los grupos focales con médicos que han tratado médicos, se ha comentado que los médicos que se jubilan y pierden el contacto con el hospital y con sus compañeros, pierden la opción de recurrir de manera formal o informal a la ayuda de sus colegas especialistas, por lo que hacen un mayor uso de la medicina de Atención Primaria.

Tabla 41. Visitas al médico de Familia distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No lo conoce	812 43.70%	724 29.55%	1536 35.65%
1-3	661 35.58%	1134 46.29%	1,795 41.67%
Más de 3 veces	385 20.72%	592 24.16%	977 22.68%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo? Sí/NO

El médico de familia del 13.04% de los médicos (13.51% de hombres y 12.69% de mujeres) es un conocido suyo: pareja, familiar o amigo cercano. El porcentaje entre ambos géneros es muy similar en todas las edades, no habiendo diferencias estadísticamente significativas.

Conforme aumentamos en edad, se hace más frecuencia que el médico de familia sea alguien cercano. Mientras que en los MIR es del 7% (5.49% de hombres y 7.54% de mujeres), en los activos del 13.08% (13.14% de hombres y 13.05% de mujeres) y en los jubilados asciende al 17.16% (17.10% de hombres y 17.32% de mujeres)



Tabla 42. Su médico de familia es pareja, familiar cercano o amigo íntimo

	Hombre	Mujer	Total
No	1549 86.49%	2091 87.31%	3640 86.96%
Si	242 13.51%	304 12.69%	546 13.04%
Total	1791	2395	4186

P>0.05

37. Como médico, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es diferente a la de otros pacientes no médicos?

- El hecho de ser médico no ha afectado a mi proceso de atención
- Sí, la mayoría de las veces me ha beneficiado
- Si, la mayoría de las veces ha supuesto un perjuicio

En cuanto a la atención médica recibida, el 41.30% de los médicos siente que ha recibido el mismo trato que el resto de pacientes y que su condición de médico no ha influido en su atención. El resto opina que el hecho de ser médico ha modificado el trato recibido, tanto de una manera beneficiosa, el 48.58%, como perjudicial, el 10.12%. Puesto que de manera global y en los activos vemos que hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, hemos analizado estadísticamente cada ítem para ver donde están estas diferencias. Así, vemos que no hay diferencias en aquellos que no han visto afectado su proceso de atención, siendo muy similares en hombres (40.04%) y en mujeres (42.24%). Sin embargo, observamos que en quienes sí que han visto condicionada su atención médica por el hecho de ser médico, es significativamente mayor el porcentaje de hombres que se han visto beneficiados (52.48% de hombres frente al 45.63% de mujeres) y en contraposición es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que se han sentido perjudicadas (12.12% de mujeres frente a 7.48% de hombres).

En los MIR, el 40.28% (39.18% de hombres y 40.68% de mujeres) considera que ha sido tratado como el resto de pacientes, el 49.17% (51.55% de hombres y 48.29% de mujeres) ha sentido como beneficiosa su condición de médico, y el 10.56% (9.28% de hombres y 11.03% de mujeres) la ha sentido como perjudicial.

En el caso de los activos, se nos muestra la misma situación que de manera global: hay diferencias estadísticamente significativas entre los que se han visto beneficiados por ser médico (48.08%), siendo más frecuente en los hombres (52.56% de hombres y 45.02% de mujeres) y los que se han visto perjudicados por ser médico (10.79%), siendo más frecuente en las mujeres (8.24% de hombres y 12.54% de mujeres). La cifra de los médicos en activo que no han visto condicionada su atención por ser médicos es muy similar (41.13%: 39.20% de hombres y 42.44 % de mujeres).

En el grupo de los jubilados, el 43.27% considera que ha sido tratado como cualquier otro paciente (43.63% de hombres y 42.31% de mujeres), el 51.76% (52.41% de hombres y 50% de mujeres) siente que su trato ha sido mejor por ser médico, y el 4.97% (3.97% de hombres y 7.69% de mujeres) consideran que ha supuesto un perjuicio.



Tabla 43. Diferencias en la atención sanitaria por el hecho de ser médicos distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	744 40.04%	1035 42.24%	1779 41.30%
Si , ha beneficiado	975 52.48%	1118 45.63%	2093 48.58%
Si, ha perjudicado	139 7.48%	297 12.12%	436 10.12%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Para evaluar si los médicos consideramos que se respeta la confidencialidad cuando recibimos atención sanitaria, hemos diferenciado entre aquellos que consideran que sí (han respondido que se respeta a menudo o siempre) y los que consideran que no (han respondido algunas veces o nunca).

La mayoría de médicos, el 79.22% (81.92% de hombres y 77.18% de mujeres) considera que sí se respeta la confidencialidad, mientras que el 20.78% (18.08% de hombres y 22.82% de mujeres) considera que no. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el global como en los activos, siendo en ambos casos mayor el porcentaje de hombres que consideran que sí que se respeta la confidencialidad. Curiosamente, en el resto de grupos profesionales, MIR y jubilados, son las mujeres quienes más consideran que se respeta la confidencialidad, sin haber diferencias estadísticamente significativas.

Los MIR son quienes más piensan que no se respeta la confidencialidad (24.17%: 24.74% de hombres y 23.95% de mujeres), considerando que sí que se respeta el 75.83% (75.26% de hombres y 76.05% de mujeres). Conforme aumentamos en edad, vemos que va aumentando la confianza en el respeto de la confidencialidad, siendo en los activos del 78.30% (81.11% de hombres y 76.37% de mujeres) y en los jubilados del 88.41% (86.97% de hombres y 92.31% de mujeres). El 21.70% de los médicos en activo considera que no se respeta la confidencialidad (18.89% de hombres y 23.63% de mujeres), así como el 11.59% de los médicos jubilados (13.03% de hombres y 7.69% de mujeres).



Tabla 44. Considera que se respeta la confidencialidad distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	336 18.08%	559 22.82%	895 20.78%
Si	1522 81.92%	1891 77.18%	3,413 79.22%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

39. Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?

- No lo aceptaría
- Sólo en casos excepcionales
- Sí, siempre

El 61.05% de los médicos (58.29% de hombres y 63.14% de mujeres) aceptarían de manera excepcional la pérdida de la confidencialidad en su asistencia clínica si ello conlleva una agilización en su diagnóstico y tratamiento, y el 24.07% (26.10% de hombres y 22.53% de mujeres) lo aceptarían siempre. Por otro lado, el 14.88% de los médicos (15.61% de hombres y 14.33% de mujeres) no están dispuestos a perder la confidencialidad aunque ello suponga una mayor rapidez en la asistencia. En esta situación hay diferencias estadísticamente significativas en la decisión de hombres y mujeres, debido a que, aunque ambos están dispuestos a aceptar la pérdida de la confidencialidad, en el caso de las mujeres sería de manera más excepcional, y en el caso de los hombres no habría esta restricción.

En los MIR, el 11.11% (8.25% de hombres y 12.17% de mujeres) no están dispuestos a perder la confidencialidad, el 65% (60.82% de hombres y 66.54% de mujeres) solo de manera excepcional y el 23.89% (30.93% de hombres y 21.29% de mujeres) siempre.

Conforme aumentamos en edad, va aumentando el porcentaje de médicos que no están dispuestos a perder la confidencialidad. En el caso de los activos, es el 14.75% (15.34% de hombres y 14.34% de mujeres). En este grupo, al igual que en el global comentado previamente, hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, ya que hay más hombres dispuestos a perder la confidencialidad en favor de la rapidez (23.78%: 25.71% de hombres y 22.46% de mujeres) y más mujeres que solo aceptarían esto de manera excepcional (61.47%: 58.95% de hombres y 63.20% de mujeres).

Por último, los jubilados es el grupo con mayor porcentaje de médicos que no estarían dispuestos a perder la confidencialidad (18.63%: 18.70% de hombres y 18.46% de mujeres). De aquellos que opinan lo contrario, el 55.07% (54.96% de hombres y 55.38% de mujeres) sería de manera excepcional y el 26.29% (26.35% de hombres y 26.15% de mujeres) en cualquier caso.

Si analizamos esta pregunta con la información de la pregunta 38, vemos que los más jóvenes son quienes más piensan que a veces la confidencialidad no se guarda cuando se trata a un médico enfermo y estarían dispuestos a perderla con el fin de agilizar el proceso. Por el contrario, los médicos jubilados opinan que la confidencialidad se preserva muy frecuentemente, y en un mayor porcentaje no estarían dispuestos a perderla.



Tabla 45. Aceptación de la pérdida de la confidencialidad en la asistencia por conseguir agilizar el diagnóstico y tratamiento

	Hombre	Mujer	Total
No	290 15.61%	351 14.33%	641 14.88%
Excepcionalmente	1083 58.29%	1547 63.14%	2,630 61.05%
Si	485 26.10%	552 22.53%	1037 24.07%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

40. En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

Para analizar esta pregunta hemos decidido agrupar las respuestas en los que opinan que los médicos comentan los problemas de salud de otros compañeros con otros médicos (han respondido a menudo o siempre) y los que no (han respondido nunca o a veces).

La mayoría de ellos (72.21%: 73.79% de hombres y 71.02% de mujeres) opinan que no se suelen comentar este tipo de problemas y el 27.79% (26.21% de hombres y 28.98% de mujeres) opina que sí. De manera global aparecen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ya que ellas piensan con más frecuencia que ellos que este tipo de situaciones es habitual. Aunque en los grupos profesionales esta tendencia se mantiene, en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas.

Los MIR son el grupo que más opina que se comenta entre si las patologías de los colegas (34.72%: 30.93% de hombres y 36.12% de mujeres), estando en desacuerdo el 65.28% (69.07% de hombres y 63.88% de mujeres). Conforme avanzamos en los grupos profesionales, es menos frecuente que los médicos opinen que se comentan este tipo de situaciones. Así, en el grupo de médicos en activo piensan que sí un 28.05% (27.27% de hombres y 28.59% de mujeres) y que no un 71.95% (72.73% de hombres y 71.41% de mujeres). Por último, de los jubilados piensan que sí un 20.72% (20.68% de hombres y 20.77% de mujeres) y están en desacuerdo el 79.30% (79.32% de hombres y 79.23% de mujeres).

Tabla 46. Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención

	Hombre	Mujer	Total
No	1371 73.79%	1740 71.02%	3111 72.21%
Sí	487 26.21%	710 28.98%	1,197 27.79%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05



41. Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud...

- Le indicaría ir a Salud laboral
- Le indicaría ir a su médico de familia
- Le indicaría ir a un médico especialista en el problema
- Le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo
- Le sugeriría una propuesta y volvería a hablar otro día

Una de las opciones que más responden los médicos (33.15%: 33.85% de hombres y 32.61% de mujeres) es hablarlo en la consulta con más tiempo. En los MIR tomarían esta alternativa el 25.56% (26.80% de hombres y 25.10% de mujeres), un 35.12% de los activos (36.43% de hombres y 34.22% de mujeres), y un 24.64% de los jubilados (25.50% de hombres y 22.31% de mujeres).

La otra opción más escogida consiste en sugerirle una propuesta al compañero, y volver a hablarlo otro día (30.97%: 29.87% de hombres y 31.80% de mujeres). Los MIR son los más propensos a actuar de esta manera (36.94%, 29.90% de hombres y 39.54% de mujeres), y conforme avanzamos en edad, disminuye esta opción: en activos el 31.26% (31.82% de hombres y 30.87% de mujeres), y en jubilados el 24.43% (22.10% de hombres y 30.77% de mujeres). Solo en el grupo de los jubilados hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros, siendo más frecuente en mujeres.

Por tanto, la mayoría de los médicos (63.82%) que sean consultados por un compañero, se encargarán ellos mismos de estudiar su problema de salud.

Por otro lado, un 26.30% (27.61% de hombres y 25.31% de mujeres) recomendarían que consultase a un especialista en el problema. Esta opción solo supone el 21.94% de los MIR (19.59% de hombres y 22.81% de mujeres) y 24.44% de los activos (23.86% de hombres y 24.84% de mujeres). En el grupo de los jubilados, esta es la opción más utilizada (42.86%: 44.76% de hombres y 37.69% de mujeres).

Otra opción es la de aconsejar que visite a su médico de familia. El 9.08% (8.29% de hombres y 9.67% de mujeres) recurriría a esto. Esta cifra es mucho más alta en los MIR (14.17%: 21.65% de hombres y 11.41% de mujeres), que en el resto de edades. En los activos es del 8.69% (7.53% de hombres y 9.48% de mujeres), y en los jubilados el 8.07% (7.65% de hombres y 9.23% de mujeres). Tanto en los MIR como en los activos existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros. En los primeros son los hombres quienes recomiendan con más frecuencia acudir a su médico de familia mientras que en los segundos son las mujeres.

Por último, la opción a la que menos médicos recurren, es la de sugerir al compañero que acuda a Salud laboral (0.51%: 0.38% de hombres y 0.61% de mujeres). Solo el 1.39% de los MIR tomarían esta alternativa (2.06% de hombres y 1.14% de mujeres), el 0.49% de los activos (0.36% de hombres y 0.58% de mujeres); y ningún jubilado. Solo en los activos hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos, siendo más frecuente que las mujeres recomienden esta alternativa.



Tabla 47. Alternativas cuando compañero le plantea de manera informal un problema personal de salud distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Salud Laboral	7 0.36%	15 0.61%	22 0.51%
Su médico de familia	154 8.29%	237 9.67%	391 9.08%
Un especialista	513 27.61%	620 25.31%	1133 26.30%
Hablarlo el consulta	629 33.85%	799 32.61%	1428 33.15%
Propuesta y hablar otro día	555 29.87%	779 31.80%	1334 30.97%
Total	1858	2450	4308

P>0.05

42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico? Elija una opción:

- No he atendido a ningún compañero
- Incómodo por no saber cuánta información facilitar
- Como si estuviera pasando un examen
- Como atendiendo a un paciente más

Continuando con el tema de atender a un compañero, preguntamos cómo se han sentido al respecto. Excepto en el grupo de los jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas entre cómo viven este tipo de situaciones hombres y mujeres. Mientras que los hombres suelen vivirlo como atender a un paciente más, las mujeres suelen tener más dificultades para manejar este tipo de situaciones. Lo analizamos ahora por opciones.

En cualquier caso, la mayoría de médicos (59.01%) tratarían a sus colegas como lo hacen con cualquier otro paciente. Como se ha mencionado previamente, este comportamiento es más frecuente entre hombres (69.27%) que entre mujeres (51.22%), habiendo diferencias estadísticamente significativas tanto en MIR como en activos. Al analizarlo por grupos, vemos que, claramente, conforme se aumenta en edad y en experiencia, los médicos se van sintiendo más cómodos atendiendo a colegas. Así, esta opción es la que escogieron el 30% de MIR (43.30% de hombres y 25.10% de mujeres), el 59.48% de activos (68.68% de hombres y 53.18% de mujeres) y el 77.23% de jubilados (78.75% de hombres y 73.08% de mujeres).

Por otro lado, el 17.83% de los médicos (14.96% de hombres y 20.00% de mujeres) se sentiría incomodo al tratar un colega, por no saber cuánta información es conveniente dar. Contrariamente a la situación anterior, esta actitud es más frecuente en mujeres que en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el caso de los activos. Además, como se comentaba previamente, conforme se ganan años y experiencia, estas situaciones son menos frecuentes. Así, esta fue la respuesta del 22.78% de los MIR (21.65% de hombres y 23.19% de mujeres), del 18.59% de los activos (16.05% de hombres y 20.32% de mujeres), y del 8.70% de los jubilados (8.78% de hombres y 8.46% de mujeres).



Otra situación que no resulta cómoda para el médico, es si siente como si estuviera haciendo un examen. Esta pregunta sigue el mismo patrón que la opción en la que se sienten incómodos por no saber cuánta información dar: es más frecuente en mujeres que en hombres, y en los más jóvenes, habiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR y en activos. Supone la actitud del 13.70% de los médicos (8.29% de hombres y 17.80% de mujeres). Si lo analizamos por grupos, es el 22.22% de los MIR (13.40% de hombres y 25.48% de mujeres), el 14.08% de activos (9.02% de hombres y 17.55% de mujeres), y el 4.55% de los jubilados (3.97% de hombres y 6.15% de mujeres).

Finalmente, hay un 9.47% (7.48% de hombres y 10.98% de mujeres) de médicos que no se han encontrado en esta situación. Son el 25% de MIR (21.65% de hombres y 26.24% de mujeres), el 7.85% de activos (6.25% de hombres y 8.95% de mujeres), y el 9.52% de los jubilados (8.50% de hombres y 12.31% de mujeres). En este caso, también en el grupo de los activos hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 48. Sentimientos al atender a un compañero médico distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No he atendido	139 7.48%	269 10.98%	408 9.47%
Me he sentido incómodo	278 14.96%	490 20.00%	768 17.83%
Como en un examen	154 8.29%	436 17.80%	590 13.70%
Como un paciente más	1287 69.27%	1255 51.22%	2542 59.01%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional? De 1 a 5, siendo 1 "Nada preparado" y 5 "Totalmente preparado"

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que se sienten poco preparados para atender a un colega con un problema de salud (han contestado 1 o 2) y los que sí que se sienten preparados (han contestado 3 o 4 o 5).

La mayoría de médicos, el 84.04% (90.04% de hombres y 79.88% de mujeres) se siente preparados para atender a un colega enfermo frente al 15.74% (9.96% de hombres y 20.12% de mujeres) que se siente poco preparado.

En todos los casos, los hombres se sienten más preparados, habiendo diferencia estadísticamente significativa entre géneros en todos los grupos excepto en los MIR.

Los MIR son los que menos preparados se sienten para atender a un colega (27.50%:20.62% de hombres y 30.04% de mujeres), si bien la mayoría, el 72.50% (79.38% de hombres y 69.96% de mujeres) sí se siente preparado. Los médicos en activo son los que mejor preparados se sienten (85.40%: 91.05% de hombres y 81.53% de mujeres), sintiéndose poco preparados el 14.61% de ellos (8.95% de hombres y 18.47% de mujeres). De los jubilados, el



84.89% se sienten preparados (88.95% de hombres y 73.85% de mujeres) y el 15.11% (11.05% de hombres y 26.15% de mujeres) no se siente preparado.

Tabla 49. Sensación de preparación para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional

	Hombre	Mujer	Total
Poco preparado	185 9.96%	493 20.12%	678 15.74%
Bien preparado	1673 90.04%	1957 79.88%	3,630 84.26%
Total	1,858	2,450	4,308

P < 0.05

44. ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo")

- Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.
- Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello.
- Médicos con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada.

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en 2 grupos: en aquellos que están de acuerdo (que contestaron 3 o 4 o 5) y en aquellos que no están de acuerdo (que contestaron 1 o 2).

- a) Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución

En todos los casos, la gran mayoría de médicos, el 97.21% de ellos (96.99% de hombres y 97.39% de mujeres), está de acuerdo con que trabajar en equipo aumenta la seguridad clínica y que hay que buscar soluciones si alguno de ellos no está bien. En ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. Los más jóvenes son quienes más de acuerdo están, son el 98.61% de los MIR (96.91% de hombres y 99.24% de mujeres), el 97.34% de los activos (97.44% de hombres y 97.28% de mujeres) y el 95.24% de los jubilados (95.38% de hombres y 95.18% de mujeres).

- b) Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello.

La mayoría de médicos, el 73.26%, está de acuerdo con que los médicos deberían ser tratados por médicos formados para tal. Son el 71.96% de hombres y 74.24% de mujeres, y en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. De los MIR, está de acuerdo el 67.78% (63.92% de hombres y 69.20% de mujeres), el 74.14% de los activos (72.44% de hombres y 75.30% de mujeres) y el 71.01% de los jubilados (72.24% de hombres y 67.69% de mujeres).



- c) Médicos con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada.

La mayoría de médicos, el 90.44% considera que debería haber una unidad especializada para médicos con problemas de salud que comprometan el ejercicio profesional (88.86% de hombres y 91.63% de mujeres). En general, esta opinión es más frecuente en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente significativa en los activos y de manera global. De los MIR, son el 88.89% quienes opinan así (87.63% de hombres y 89.35% de mujeres), así como el 90.97% de los activos (89.13% de hombres y 92.22% de mujeres) y el 87.78% de los jubilados (88.10% de hombres y 86.92% de mujeres).

Tabla 50. Médicos de acuerdo con las afirmaciones distribuidos por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Trabajar en equipo	1802	2386	4188
	96.99%	97.39%	97.21%
Formación específica	1337	1819	3156
	71.96%	74.24%	73.26%
Unidad especializada	1651	2245	3896
	88.86%	91.63%	90.44%
Total	1858	2450	4308

45. Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente?

- No le diría nada
- Tengo dudas sobre cómo debería actuar
- Se lo diría con toda seguridad

La actuación de los médicos que advierten que un colega tiene algún problema de salud que puede afectar en su ejercicio profesional es significativamente distinta dependiendo de si es hombre o mujer.

De manera global, la mayoría de médicos (57.47%) tendrían dudas sobre cómo actuar. Es la opción más elegida por las mujeres (65.22%) pero no la más elegida por los hombres (47.26%). Además de ser más frecuente en las mujeres de todos los grupos profesionales, en todos ellos hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros (excepto en el grupo de los MIR). Esta opción es la más relevante en los más jóvenes y va disminuyendo conforme avanza la edad de los profesionales.

En los MIR, esta opción es la más frecuente en ambos géneros (68.89%: 64.95% de hombres y 70.34% de mujeres). De los activos, el 58.10% de ellos tendrían dudas (48.08% de hombres y 64.95% de mujeres), y de los jubilados el 44.51% (39.09% de hombres y 59.23% de mujeres).



La segunda opción más elegida de manera global es decírselo al compañero (41.23%:51.78% de hombres y 33.22% de mujeres) y la más frecuente en los hombres. Esta respuesta sigue las tendencias opuestas a la anterior: es más frecuente en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en los MIR, y además aumenta en frecuencia conforme aumenta la edad de los médicos.

De los MIR, solo han elegido esta opción el 30.28% (35.05% de hombres y 28.52% de mujeres). De los activos, el 40.66% (51.14% de hombres y 33.50% de mujeres) y de los jubilados el 53.42% (58.92% de hombres y 38.46% de mujeres).

Finalmente, la opción menos frecuente es la de no decirle nada (1.30%: 0.97% de hombres y 1.55% de mujeres). Lo han elegido el 0.83% de los MIR (únicamente representado por mujeres, el 1.14%), el 1.24% de los activos (0.78% de hombres y 1.56% de mujeres) y 2.07% de jubilados (1.98% de hombres y 2.31% de mujeres). La frecuencia es mayor en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los activos.

Tabla 51. Actitud ante el problema de salud de un colega que compromete sus facultades para el ejercicio profesional

	Hombre	Mujer	Total
No decirle nada	18 0.97%	38 1.55%	56 1.30%
Dudas	878 47.26%	1598 65.22%	2476 57.47%
Decírselo	962 51.78%	814 33.22%	1776 41.23%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

46. ¿Cree usted que la responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio? De 1 a 5, siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo"

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que consideran que abordar los problemas de salud de un compañero que puede comprometer su profesión es de los directores o jefes de servicio (han contestado 3 o 4 o 5) y los que no consideran que esa sea labor del director o jefe de servicio (1 o 2).

La mayoría de médicos, el 88.12% (87.08% de hombres y 88.90% de mujeres) opina que es un superior quien tiene que abordar los problemas de salud de los colegas, estando en desacuerdo el 11.88% (12.92% de hombres y 11.10% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son las mujeres quienes más apoyan esta la idea, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los activos.

El 83.89% de los MIR apoyan esta idea (81.44% de hombres y 84.79% de mujeres) y están en desacuerdo el 16.11% de ellos (18.56% de hombres y 15.21% de mujeres). De los activos, están de acuerdo el 88.72% (87.43% de hombres y 89.60% de mujeres) y en desacuerdo el 11.28% (12.57% de hombres y 10.40% de mujeres). De los jubilados, lo apoyan el 86.96% (87.25% de hombres y 86.15% de mujeres) y no lo apoyan el 13.04% (12.75% de hombres y 13.85% de mujeres).



Tabla 52. La responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio

	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	240 12.92%	272 11.10%	512 11.88%
De acuerdo	1618 87.04%	2178 88.90%	3796 88.12%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05

47. Si tiene que atender a un médico enfermo...

- No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención
- Prefiero no saberlo para que no afecte a mi manera de atenderle
- Prefiero que el médico se identifique como tal

Si investigamos la reacción que solemos tener como médicos cuando tenemos que atender a un médico enfermo, una cosa esta clara: la gran mayoría (60.82%), tanto de hombres (62.22%) como de mujeres (59.76%), prefieren que el médico se identifique como tal. Y esta actitud aumenta conforme aumentamos en edad. Esta es la opción elegida por el 42.78% de los MIR (40.21% de hombres y 43.73% de mujeres), el 61.59% de los activos (61.65% de hombres y 61.55% de mujeres) y el 68.74% de los jubilados (70.54% de hombres y 63.85% de mujeres).

Si bien esta opción es la preferida por la mayoría de médicos, hay diferencias entre las otras dos actitudes a tomar, que condicionan que haya diferencias estadísticamente significativas en la manera de actuar entre hombres y mujeres (excepto en el grupo de los MIR).

Por orden de frecuencia (28.13% de los encuestados), otra forma de pensar es que no influya el hecho de que el paciente sea médico, ya que hay que dar a todos los pacientes el mismo tipo de atención. Esta opción ha sido elegida por más hombres (30.25%) que mujeres (26.53%). Esta diferencia estadísticamente significativa entre géneros se mantiene en los MIR (30%: 36.08% de hombres y 27.76% de mujeres), en los activos (28.28%: 30.75% de hombres y 26.59% de mujeres), y en los jubilados (25.67%: 26.63% de hombres y 23.08% de mujeres).

En contraposición a esta actitud, hay médicos que prefieren no saber que el paciente es un médico, para que no afecte en su manera de atender (11.05%). Esto es más frecuente en mujeres (13.71%) que en hombres (7.53%), manteniéndose estas diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos de edad. Además, esta opción es elegida por los más jóvenes, y conforme aumentamos en edad, es cada vez menos frecuentes. Así, lo prefieren el 27.22% de los MIR (23.71% de hombres y 28.52% de mujeres), el 10.13% de los activos (7.60% de hombres y 11.86% de mujeres), y solo el 5.59% de los jubilados (2.83% de hombres y 13.08% de mujeres).



Tabla 53. Actitud si tiene que atender a un médico enfermo distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No me influye	562 30.25%	650 26.53%	1212 28.13%
Prefiero no saberlo	140 7.53%	336 13.71%	476 11.05%
Prefiero que se identifique	1156 62.22%	1464 59.76%	2620 60.82%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

48. ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa? De 1 a 5, siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que consideran conveniente que un médico enfermo acuda a Salud Laboral (han contestado 3 o 4 o 5) y aquellos que no lo consideran necesario (han respondido 1 o 2).

La mayoría de los médicos (83.17%: 83.10% de hombres y 83.22% de mujeres) cree conveniente que los médicos enfermos acudan a salud laboral o prevención de riesgos laborales, y el 16.83% (16.90% de hombres y 16.78% de mujeres) no lo considera necesario.

Los MIR son quienes más lo recomiendan (85.56%: 91.75% de hombres y 83.27% de mujeres), habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más frecuente en hombres. No lo recomiendan el 14.44% (8.25% de hombres y 16.73% de mujeres). De los activos, lo ven conveniente el 84.10% (84.38% de hombres y 83.91% de mujeres) y no lo ven necesario el 15.90% (15.63% de hombres y 16.09% de mujeres). Los jubilados son quienes menos lo recomiendan (74.74%:75.64% de hombres y 72.31% de mujeres) y no lo recomiendan el 25.26% (24.36% de hombres y 27.69% de mujeres).

Tabla 54. Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	314 16.90%	411 16.78%	725 16.83%
Si	1544 83.10%	2039 83.22%	3,583 83.17%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05

49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos/as jubilado/as? De 1 a 5, siendo 1 "Deficiente" y 5 "Excelente"

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que consideran que la atención que reciben los médicos jubilados es buena (han contestado 3 o 4 o 5) y los que no la consideran buena (han respondido 1 o 2).



La mayoría de los médicos, el 85.24% (83.21% de hombres y 86.78% de mujeres) considera que la atención a los médicos jubilados es adecuada y el 14.76% (16.79% de hombres y 13.22% de mujeres) la considera deficiente. Aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo los hombres quienes más opinan que los jubilados no reciben la atención que merecen.

En los MIR, el 39.06% (94.85% de hombres y 92.40% de mujeres) opinan que la atención es buena, frente al 6.94% (5.15% de hombres y 7.60% de mujeres) que opina lo contrario.

En los activos, se repite la diferencia estadísticamente significativa de que los hombres consideran que la atención que se presta a los jubilados no es la adecuada (14.05%: 16.05% de hombres y 12.69% de mujeres), y el 85.95% la considera adecuada (83.95% de hombres y 87.31% de mujeres).

Por último, en el grupo de los jubilados, también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, pero de manera contraria a lo que se ha expuesto anteriormente. En este grupo son las mujeres las que piensan que la atención a los jubilados no es la adecuada, habiendo diferencias estadísticamente significativas (25.67%: 22.95% de hombres y 33.08% de mujeres). El 74.33% opina que sí que reciben la atención adecuada (77.05% de hombres y 66.92% de mujeres).

Como vemos, conforme avanzamos en edad, observamos que cada vez hay más médicos que consideran que la atención no es suficientemente buena, siendo en los MIR el 6.94%, en los activos el 14.05% y en los jubilados el 25.67%.

Tabla 55. Valoración de la atención a los jubilados

	Hombre	Mujer	Total
Deficiente	312	324	636
	16.79%	13.22%	14.76%
Adecuada	1546	2126	3,672
	83.21%	86.78%	85.24%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?

- Deberían renunciar nada más jubilarse
- Deberían renunciar tras varios años sin ejercicio
- Deberían conservar esa capacidad de por vida

La mayoría de los médicos, el 45.19% (54.41% de hombres y 38.20% de mujeres) considera que se debería conservar la capacidad de prescripción de por vida. En todos los casos, son los hombres en quienes más frecuente es esta opinión, habiendo diferencias estadísticamente significativas de manera global y en los jubilados. Además, conforme avanzamos en edad, vemos que esta opción va ganando importancia. Así, es la opción elegida por el 23.89% de los MIR (29.90% de hombres y 21.67% de mujeres), el 42.80% de los activos (49.57% de hombres y 38.16% de mujeres) y el 78.26% de los jubilados (80.45% de hombres y 72.31% de mujeres).



La segunda respuesta en orden de importancia (39.44%: 33.53% de hombres y 43.92% de mujeres) es que deberían renunciar tras varios años sin ejercicio. En todos los casos, son las mujeres quienes más han elegido esta opción, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en los MIR. Además, vemos que conforme avanzamos en edad, se recurre menos a esta posibilidad. Esta es la opinión de la mayoría de los MIR (53.33%: 51.55% de hombres y 53.99% de mujeres), el 40.84% de los activos (36.58% de hombres y 43.75% de mujeres) y el 19.05% de los jubilados (16.43% de hombres y 26.15% de mujeres).

La opción menos frecuente es la de renuncia inmediata de la posibilidad de prescripción al finalizar la actividad (15.37%:12.06 % de hombres y 17.88% de mujeres). Esta opción es más frecuente en mujeres excepto en el grupo de los jubilados, habiendo diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos. Además, conforme avanzamos en edad, esta opción se va haciendo menos frecuente. Lo han elegido el 22.78% de los MIR (18.56% de hombres y 24.33% de mujeres), el 16.36% de los activos (13.85% de hombres y 18.08% de mujeres), y el 2.69% de los jubilados (3.12% de hombres y 1.54% de mujeres).

Tabla 56. Opinión sobre la capacidad de prescripción del médico jubilado, sin ejercicio profesional

	Hombre	Mujer	Total
Renuncia inmediata	224 12.06%	438 17.88%	662 15.37%
Renuncia tras varios años	623 33.53%	1076 43.92%	1699 39.44%
Conservarla	1011 54.41%	936 38.20%	1947 45.19%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico? De 1 a 5, siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"

Para analizar esta pregunta, se han agrupado las respuestas en aquellos que consideran pertinente que el Código Deontológico realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico (han respondido 3 o 4 o 5) y aquellos que no lo consideran necesario (han respondido 1 o 2).

La gran mayoría de médicos, el 94.17% (91.55% de hombres y 96.16% de mujeres) lo ven como algo conveniente y solo el 5.83% (8.45% de hombres y 3.84% de mujeres) lo ve innecesario. En todos los grupos excepto en los MIR, son las mujeres quienes más apoyan esta iniciativa, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en todos ellos.



Los que más de acuerdo están son los MIR: el 97.50% están a favor de esta iniciativa (98.97% de hombres y 96.96% de mujeres) y solo el 2.50% (1.03% de hombres y 3.04% de mujeres) lo ve innecesaria. Respecto a los activos, están a favor el 94.52% (92.33% de hombres y 96.01% de mujeres) y lo consideran poco pertinente el 5.48% (7.67% de hombres y 3.99% de mujeres). De los jubilados, lo consideran pertinente el 89.23% (86.40% de hombres y 96.92% de mujeres) y poco necesario el 10.77% (13.60% de hombres y 3.08% de mujeres).

Tabla 57. Conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico

	Hombre	Mujer	Total
Poco necesario	157 8.45%	94 3.84%	251 5.83%
Necesario	1701 91.55%	2356 96.16%	4,057 94.17%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos? De 1 a 5, siendo 1 "No se implican nada" y 5 "Se implican completamente"

La mayoría de los médicos están satisfechos con la implicación del Colegio de Médicos en la atención de los colegiados enfermos (54.81%:55.06% de hombres y 54.61% de mujeres) y el 45.19% (44.94% de hombres y 45.39% de mujeres) opina que no se implica lo suficiente.

Los MIR son los que más satisfechos están (60.28%: 55.67% de hombres y 61.98% de mujeres) y el 39.72% (44.33% de hombres y 38.02% de mujeres) opina que el Colegio no se implica lo suficiente. De los activos, el 54.83% (55.47% de hombres y 54.40% de mujeres) creen que el Colegio se implica suficiente y el 45.17% (44.53% de hombres y 45.60% de mujeres) cree que se implica de manera insuficiente. Los jubilados son el grupo en el que hay más médicos poco satisfechos con la implicación del Colegio (49.48%: 46.74% de hombres y 56.92% de mujeres) y están satisfechos el 50.02% (53.26% de hombres y 43.08% de mujeres). Además, este es el único grupo en el que hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que están más insatisfechas.

Tabla 58. Implicación de los Colegios de Médicos en la atención de los colegiados enfermos distribuida por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Poca implicación	835 44.94%	1112 45.39%	1947 45.19%
Suficiente implicación	1023 55.06%	1338 54.61%	2,361 54.81%
Total	1,858	2,450	4,308

P>0.05



53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años?

SÍ/NO

Casi la mitad (48.05%) de los médicos conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC). Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más conocida por hombres (54.52%) que por mujeres (43.14%). En todos los grupos de edad aparece esta diferencia, manteniéndose la significación estadística en todos los grupos excepto en los jubilados.

En los MIR son conocedores el 22.22% (29.90% de hombres y 19.39% de mujeres), el 50.62% de los activos (56.96% de hombres y 46.28% de mujeres) y el 48.86% de los jubilados (51.56% de hombres y 41.54% de mujeres).

Tabla 59. Conocimiento de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) por sexo

	Hombre	Mujer	Total
No	845 45.48%	1393 56.86%	2238 51.95%
Si	1013 54.52%	1057 43.14%	2070 48.05%
Total	1858	2450	4308

P<0.05

54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio? De 1 a 5, siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo"

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que están de acuerdo con la puesta en marcha de la VPC (han contestado 3 o 4 o 5) y los que no están de acuerdo (han contestado 1 o 2).

La mayoría de los médicos está de acuerdo (80.55%: 77.50% de hombres y 82.86% de mujeres) y el 19.45% no está conforme (22.50% de hombres y 17.14% de mujeres). En todos los grupos, la satisfacción con la puesta en marcha de la VPC es mayor en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grupo de activos y de manera global.

La mayor satisfacción la encontramos en los MIR (90.28%: 88.66% de hombres y 90.87% de mujeres), estando solo el 9.72% (11.34% de hombres y 9.13% de mujeres) en desacuerdo con la puesta en marcha.

De los activos, el 79.34% (76.07% de hombres y 81.58% de mujeres) está de acuerdo y el 20.66% (23.93% de hombres y 18.42% de mujeres) no lo está.

Por último, en los jubilados, están de acuerdo el 81.99% (80.17% de hombres y 86.92% de mujeres) y no lo están el 18.01% (19.83% de hombres y 13.08% de mujeres).



Tabla 60. Opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017

	Hombre	Mujer	Total
Desacuerdo	418	420	838
	22.50%	17.14%	19.45%
De acuerdo	1440	2030	3,470
	77.50%	82.86%	80.55%
Total	1,858	2,450	4,308

P<0.05

55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud? Sí/NO

La mayoría de médicos (65.78%: 65.29% de hombres y 66.16% de mujeres) considera que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud. Estas cifras se mantienen parecidas en todos los grupos de edad, opinando así el 81.67% de los MIR (75.26% de hombres y 84.03% de mujeres), el 63.15% de los activos (63.49% de hombres y 62.91% de mujeres), y el 72.88% de los jubilados, único grupo en el que existen diferencias significativas entre hombres (69.69%) y mujeres (81.54%).

Tabla 61. La VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud

	Hombre	Mujer	Total
No	645	829	1474
	34.71%	33.84%	34.22%
Si	1213	1621	2834
	65.29%	66.16%	65.78%
Total	1858	2450	4308

P>0.05

56. ¿Podría sugerirnos alguna estrategia para mejorar la atención del médico como paciente desde los servicios de salud y/o los colegios de médicos u otras instituciones?

Los médicos que tuviesen alguna sugerencia para mejorar la atención del médico paciente han podido hacer sus aportaciones en este apartado. Se han registrado 1029 respuestas: 448 de hombres (24.11%) y 502 de mujeres (20.49%).

Algunas de las sugerencias más frecuentes son las siguientes:

- Mejorar el circuito asistencial: agilizar el acceso al sistema sanitario creando consultas específicas para médicos o reservando huecos en las consultas, de manera que se reduzca la lista de espera y sean atendidos antes. De esta forma disminuiría el tiempo de baja y no sería necesario sobrecargar a los compañeros. Otra medida es no compartir la sala de espera con el resto de pacientes o acudir de una manera privada, para no coincidir con los pacientes, lo que puede resultar incómodo para algunos de los médicos.
- Reducir el impacto y la sobrecarga laboral. Respecto a las bajas, se propone la reincorporación progresiva y adaptada al estado de salud, aumentando las competencias poco a poco, de forma que la vuelta al trabajo pueda realizarse antes.



También se ve necesario ampliar el personal y facilitar las sustituciones para no sobrecargar a los profesionales, incluir medidas para facilitar la conciliación y la flexibilidad horaria, aumentar el tiempo de consulta para cada paciente, mayor estabilidad laboral y asegurar las libranzas de las guardias. Otras propuestas para promocionar la salud son el impulso de los reconocimientos de salud y la prevención de riesgos laborales, adecuar la actividad a la edad, ofrecer ayuda psicológica a quien lo necesite y programas de ayuda para la gestión de estrés.

- Trato: muchos médicos que han sido pacientes sienten que no han sido tratados con la empatía, la comprensión y el cariño que les hubiese gustado. Uno de los médicos que ha tratado a médicos afirma que “no hay que dar por sentado la invulnerabilidad del médico como persona” y que “frente al miedo a la autofragilidad no asumida” hay que ofrecer una buena comunicación y cercanía. Como comentábamos en algunas de las preguntas de la encuesta, a un gran porcentaje de médicos les resulta complejo asumir la enfermedad y cambiar al rol de enfermo. A veces, los propios conocimientos pueden hacer perder la objetividad y modificar el proceso diagnóstico y terapéutico. Sería por tanto conveniente concienciar al colectivo médico de que los médicos enfermos tienen peculiaridades, siendo necesario adecuar la información a su situación individual. También se propone que exista algún tipo de identificación de los médicos como tal (mediante alguna tarjeta que aparezca en la historia clínica...) para que quien trata sepa que el paciente también es médico. De manera general, se propone incluir en los planes de formación de pregrado y postgrado como tratar al médico enfermo.
- Médicos de médicos. Además del PAIME para salud mental, se propone la creación de unidades dentro del propio Sistema de Salud que atiendan a los profesionales médicos de manera confidencial, como por ejemplo, una consulta monográfica de atención al médico enfermo o una lista de diferentes especialistas a los que acudir si fuera necesario. Se recomienda que el médico que trata no conozca a los pacientes, puesto que cuando tratamos a conocidos, podemos caer en el error de no ser objetivos o de un mal uso de pruebas diagnósticas y recursos, así como de minimización de los problemas. También solicitan una atención especializada a los jubilados, quienes, al dejar el centro de salud o el hospital, pierden la posibilidad de pedir consejo a algún compañero, sintiéndose algunos de ellos “abandonados”. Así mismo, se propone la creación de un teléfono de ayuda al médico enfermo atendido por especialistas. Se sugiere que estas consultas sean formales con un seguimiento establecido, puesto que las consultas informales o los favores a colegas corren el riesgo de valorar con menos profundidad y más rapidez, y no garantizan el seguimiento adecuado.
- Evaluación de los profesionales: además de la VPC que se ha comentado previamente, algunos médicos solicitan un mejor funcionamiento del servicio de salud laboral con revisiones anuales, como en el resto de empresas, o una mutua específica para los colegiados, que valore tanto la salud del médico como la adaptación al puesto de trabajo. Muchos médicos se quejan que solo han tenido un reconocimiento médico al a lo largo de su carrera profesional. Se propone que sea un servicio ajeno al hospital, para garantizar la confidencialidad. También se propone una evaluación psicológica de los profesionales sanitarios, que facilite la detección precoz de problemas. Otras propuestas piden la intervención rápida en determinados casos del comité



deontológico, para valorar la salud física, mental y emocional de los médicos que tengan riesgo de perjudicar a pacientes.

- Colegio de Médicos: muchos colegiados piden una mayor implicación de los COM con los médicos, tanto desde una perspectiva personal como profesional.



8.5. Anexo 5. Variables utilizadas para los modelos multivariantes

Tabla 62. Variables utilizadas en el modelo 1 (percepción y afectación de la salud)

Pregunta encuesta CAPAME para multivariante	Categorías utilizadas
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)	No satisfecho con su trabajo; neutro; satisfechos
15. ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)	"Tener alguna o varias enfermedades crónicas" : cardiovasculares y/o hipertensión y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad; no tener
16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:	No han condicionado su actividad profesional; sí les ha afectado
17. Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional?	No ha afectado ; sí ha afectado
18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?	En desacuerdo; de acuerdo
20. ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional?	No; sí
21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional?	Por el impacto de un error médico (21.1), por la sobrecarga asistencial y horarios de trabajo (21.2), por el nivel de responsabilidad (21.3).
23. Indique cuántas semanas aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional:	Numérico
33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?	"Autoprescripción salud mental" hipnóticos (33.1) y/o psicofármacos (33.3)
33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?	"Autoprescripción dolor" analgésicos básicos (33.5) y/o opiáceos (33.4)
34. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)?	No; sí
37. Como médico, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es diferente a la de otros pacientes no médicos	Es la misma (37.1), ha beneficiado la condición de medico (37.2), ha perjudicado la condición de medico (37.3).



Tabla 63. Variables utilizadas en el modelo 2 (gestión del riesgo)

Pregunta encuesta CAPAME para multivariante	Categorías utilizadas
5. Estado civil	Casado; no casado
10. ¿Cuántos años lleva de ejercicio profesional (incluyendo el periodo de la residencia)?	Numérica
13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?	Malo; normal; bueno
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: "A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos"?	En desacuerdo; de acuerdo
16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:	No han condicionado su actividad profesional; sí les ha afectado
18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?	En desacuerdo; de acuerdo
19. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación "Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional"?	En desacuerdo; de acuerdo
24. ¿Con qué frecuencia ha ido a trabajar con un problema de salud por el que usted hubiera dado la baja laboral a un paciente?	Poco frecuente; frecuentemente
27. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo?	Acudo formalmente a un colega (27.4), a consultas informales (p.27.5), automedicación (p.27.6)
28. ¿Se vacuna contra la gripe?	Poco frecuente; frecuentemente
29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?	Poco frecuente; frecuentemente
30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana	Numérica
31. ¿Fuma usted actualmente?	No fuma; fuma
32. 1 Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido alcohol?	No; sí
35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años?	No han acudido en los últimos 5 años, ha acudido de 1 a 3 veces; ha acudido más de 3 veces
44.1 ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones? El trabajo en equipo aumenta la seguridad clínica	En desacuerdo; de acuerdo
50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?	Deberían renunciar nada más jubilarse (50.1), deberían renunciar tras varios años sin ejercicio (50.2) o deberían conservar esa capacidad de por vida (50.3)



Tabla 64. Variables utilizadas en el modelo 3 (autoconfianza)

Pregunta encuesta CAPAME para multivariante	Categorías utilizadas
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)	No satisfecho con su trabajo; neutro; satisfecho
18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?	En desacuerdo; de acuerdo
25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:	Por miedo a perder el trabajo (25.3)
42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico? Elija una opción:	Incómodo por no saber cuanta información dar (p.42.2), como si estuviera en un examen (42.3), como atendiendo a un paciente más (42.4)
43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?	Poco preparado; bien preparado
44. ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	El trabajo en equipo aumenta la seguridad clínica (p.44.1r), y es necesaria una atención especializada para atender a médicos (p.44.2r)
47. Si tiene que atender a un médico enfermo...	No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención; prefiero no saberlo para que no afecte a mi manera de atenderle; prefiero que el médico se identifique como tal
51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?	Poco necesario; necesario

Tabla 65. Variables utilizadas en el modelo 4 (confidencialidad)

Pregunta encuesta CAPAME para multivariante	Categorías utilizadas
38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?	Sí ; no
39. Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?	No lo aceptaría; sólo en casos excepcionales; sí, siempre
40. En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?	Sí ; no



Tabla 66. Variables utilizadas en el modelo 5 (relación con otros colegas)

Pregunta encuesta CAPAME para multivariante	Categorías utilizadas
36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?	No; sí
41. Ante un compañero que le plantea o plantea de manera informal un problema personal de salud...	Le indicaría ir a Salud laboral (41.1), le indicaría ir a su médico de familia (41.2), le indicaría ir a un médico especialista en el problema (41.3), le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo (41.4), le sugeriría una propuesta y volvería a hablar otro día (41.5).
45. Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente?	No le diría nada (45.1), tiene dudas sobre cómo debería actuar (45.2), se lo diría con toda seguridad (45.3).
48. ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa?	Lo recomendaría; no lo recomendaría
50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?	Deberían renunciar nada más jubilarse (50.1), deberían renunciar tras varios años sin ejercicio (50.2) o deberían conservar esa capacidad de por vida (50.3)
55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?	No; sí

8.6. Anexo 6. Resultados de los modelos multivariantes

Tabla 67. Variables significativas para la percepción y afectación de la salud sin P.20 según el sexo

Variable		OR	pvalor	IC inferior	IC superior
Enf crónicas	No	Ref			
	Si	1,52	0,00	1,17	1,98
P17	Nunca	Ref			
	A veces/ siempre	0,71	0,01	0,54	0,92
P34	No	Ref			
	Si	1,49	0,02	1,06	2,09
P37	No ha afectado	Ref			
	Perjudicial	No significativo			
	Beneficioso	1,34	0,01	1,07	1,71
P23num	Semanas de baja	0,99	0,00	0,99	0,99



Tabla 68. Variables significativas para la percepción y afectación de la salud con P.20 según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P12	Poco satisfecho	Ref			
	Normal	0,77	0,00	0,65	0,90
	Satisfecho	No significativo			
Automedicacion dolor	No	Ref			
	Si	0,69	0,02	0,50	0,95
Enf cronicas	No	Ref			
	Si	1,70	0,00	1,46	1,97
P17	No	Ref			
	Algunas veces/ siempre	0,61	0,00	0,52	0,71
P18	Desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,47	0,00	1,16	1,87
P20	No	Ref			
	Salud empeoro por trabajo	0,68	0,00	0,59	0,80

Tabla 69. Variables significativas para el modelo de comportamiento de riesgo según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P5	No estar casado	Ref			
	Casado	2,14	0,00	1,75	2,62
P10	Años profesionales	1,08	0,00	1,07	1,09
P32.2	No	Ref			
	Bebe alcohol	2,34	0,00	1,95	2,81
P13	Malo	Ref			
	Normal	No significativa			
	Buen estado de salud	0,84	0,05	0,70	1,00
P14	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,21	0,05	1,00	1,46
P16	Nunca	Ref			
	Alguna/bastante/siempre	0,79	0,01	0,66	0,95
P18	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,47	0,01	1,11	1,96
P50	Renunciar al jubilarse	Ref			
	Renunciar a los años de jubilarse	No significativa			
	Jubilados conservan la prescripción	1,19	0,04	1,01	1,40
P24	Nunca	Ref			
	alguna/bastante/siempre	0,43	0,00	0,32	0,58
P30	Ejercicio físico	1,08	0,00	1,05	1,10



P27.5	Otro	Ref			
	Busco consejo informal a un colega	1,37	0,00	1,14	1,65
P27.6	Otro	Ref			
	Automédico	1,42	0,04	1,01	1,98
P35	No tiene médico de familia	Ref			
	Acude 1-3 veces	0,53	0,00	0,44	0,64
	Acude >3 veces	0,61	0,00	0,49	0,78

Tabla 70. Variables significativas para el modelo de autoconfianza según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P12	Poco satisfecho	Ref			
	Normal	0,74	0,00	0,63	0,87
	Satisfecho	No significativo			
P18	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,38	0,01	1,08	1,75
P25.3	Si	Ref			
	No miedo a perder trabajo	0,44	0,00	0,28	0,69
P51	No	Ref			
	Si	0,50	0,00	0,37	0,69
P42.3	Otro	Ref			
	Como un examen	0,67	0,00	0,52	0,86
P42.4	Otro	Ref			
	Como un paciente mas	1,47	0,00	1,24	1,74
P43	No preparado	Ref			
	Preparado	2,17	0,00	1,73	2,72

Tabla 71. Variables significativas para el modelo de confidencialidad según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P38	No	Ref			
	Sí se respeta la confidencialidad	1,30	0,00	1,10	1,54
P39	No aceptaría perder confidencialidad	Ref			
	En casos excepcionales	0,84	0,01	0,73	0,96
	Siempre	No significativo			



Tabla 72. Variables significativas para la relación con los colegas médicos según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P6	Pareja no sanitaria	Ref			
	Pareja sanitaria	3,01	0,00	2,58	3,52
P45.3	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	4,58	0,00	2,12	9,91
P41.4	Si	Ref			
	No miedo a perder trabajo	1,34	0,04	1,02	1,76
P41.5	No	Ref			
	Si	1,42	0,02	1,07	1,88
P50	Renuncien al jubilarse	Ref			
	Renuncien tras varios años	No significativo			
	Jubilados conserven prescripción	1,56	0,00	1,34	1,81



8.7. Anexo 7. Resultado de los modelos multivariantes por especialidades

1. Resultados modelo 1: percepción y afectación de la salud

A) Con P20

La única variable que se mantiene constante es la asociación de la mujer con tener problemas de salud que afecten de manera negativa a su actividad profesional (p17). En el resto, vemos los siguientes cambios:

- a) Medicina de Familia. El hecho de ser hombre conlleva un riesgo de tener enfermedades crónicas, y el hecho de ser mujer implica una mayor probabilidad de tener una satisfacción laboral neutra (12.2), autoprescribirse medicamentos para controlar el dolor y opinar que los problemas de salud han empeorado debido a su actividad profesional (p.20). Este es el modelo que más parecido al del global.
- b) Especialidades médicas. Parecido al anterior, el hecho de ser hombre conlleva riesgo de tener enfermedades crónicas y el hecho de ser mujer implica una mayor probabilidad de tener una satisfacción laboral neutra (12.2) y de opinar que los problemas de salud han empeorado debido a su actividad profesional (p.20).
- c) Especialidades quirúrgicas. En este caso solo aparecen asociaciones con el hecho de ser hombre, que son tener una enfermedad crónica, opinar que la salud de los médicos afecta en su trabajo (p.18). Toma aquí significación en los hombres la variable 12.3, que implica una satisfacción laboral alta.
- d) Servicios centrales. Solamente aparecen variables relacionadas con las mujeres, que son la satisfacción laboral neutra (12.2) y la autoprescripción de medicación para el control del dolor.

B) Sin P20

Al analizarlo por especialidades, encontramos las siguientes asociaciones:

- a) Médicos de familia: el hecho de ser hombre se asocia con padecer una enfermedad crónica (p.15); y el hecho de ser mujer se asocia con que el motivo principal de que la salud empeore por la actividad profesional sea la sobrecarga asistencial y sobrecarga de trabajo (p.21.2).
- b) Especialidades médicas: el hecho de ser hombre se relaciona con tener una enfermedad crónica (p.15), que en la atención sanitaria recibida la condición de médico sea beneficiosa (37.2) y que el motivo principal de que la salud empeore por la actividad profesional sea el nivel de responsabilidad (p.21.3). Por otro lado, se relaciona con el hecho de ser mujer haber estado más semanas de baja (p.23).
- c) Especialidades quirúrgicas: se relaciona con el hecho de ser hombre una mayor satisfacción laboral (p.12) y con el hecho de ser mujer tener problemas de salud que afecten de manera negativa en la actividad profesional (p17r).
- d) Servicios centrales: ninguna variable se asocia con el hecho de ser hombre o mujer.



2. Resultados modelo 2: gestión de riesgos sobre la salud-enfermedad

Al analizar este modelo por especialidades, vemos que disminuyen mucho el número de variables que con significación estadística se asocian a un sexo u otro. Todas las especialidades mantienen la asociación masculina con estar casado y con un mayor número de años trabajados. En el caso de las mujeres, se mantiene en todos los casos la mayor tendencia a visitar al médico de familia. El resto de variables añadidas, dependen del grupo de especialidades:

- a) Medicina de familia. El hecho de ser médico hombre se asocia con acudir a consultas informales (p.27.5) o a automedicarse (p.27.6) en procesos graves, a realizar más ejercicio físico (p.30) y a consumir alcohol (p.32.1). Con las mujeres médico se asocia acudir a trabajar cuando tendrían que estar de baja (p.24).
- b) Especialidades médicas. Ser hombre se asocia con realizar más ejercicio físico (p.30), consumir alcohol (p.32.1) y opinar que los médicos deben conservar la capacidad de prescripción tras jubilarse (p.50). Ser mujer se relaciona con tener una mejor percepción del estado de salud (p.13) y con acudir a trabajar cuando tendrían que estar de baja (p.24).
- c) Especialidades quirúrgicas. Ser hombre se asocia con que la salud de los médicos afecte en su trabajo (p.18) y con realizar más ejercicio físico (p.30).
- d) Servicios centrales. Ser hombre se asocia con consumir alcohol (p.32.1) y ser mujer con tener una mejor percepción del estado de salud (p.13).

3. Resultados modelo 3: autoconfianza

Respecto al análisis general, vemos cambios en las variables que se asocian a un sexo o a otro, apareciendo significación en algunas que previamente no la tenían. No hay ninguna variable que se asocie a uno de los dos sexos que se mantenga en todas las especialidades.

- a) Medicina de familia. El hecho de ser médico hombre se asocia únicamente con sentirse mejor preparados para atender a un colega (p.43). Por otro lado, las variables que se asocian más a las mujeres son: una satisfacción laboral neutra (p.12), acudir a trabajar estando enferma por miedo a perder el trabajo (25.3), a sentirse como si estuviera en un examen al atender a un colega enfermo (42.3) y a ver necesarias las recomendaciones en el Código Deontológico sobre cómo actuar ante un médico enfermo (p.51r). Cobran significación estadística preferir no saber que el paciente es médico para que no afecte en su manera de atenderle (p.47.2) y preferir que el médico se identifique como tal (p.47.3)
- b) Especialidades médicas. El hecho de ser médico hombre se asocia con sentirse como atendiendo a un paciente más cuando tienen que tratar a un colega (42.4) y a sentirse mejor preparados para atender a un colega (p.43). Además, adquiere significación una variable que en el modelo global no se asocia con ningún sexo, y en el modelo de los médicos de familia se asocia con las mujeres. En este caso, preferir que el médico se identifique como tal (p.47.3) se asocia con los hombres.

Las variables que se asocian más a las mujeres de especialidades médicas, son una satisfacción laboral neutra (p.12), acudir a trabajar estando enferma por miedo a perder el



trabajo (25.3) y ver necesarias las recomendaciones en el Código Deontológico sobre cómo actuar ante un médico enfermo (p.51r).

- c) Especialidades quirúrgicas Ser hombre se asocia con que la salud de los médicos afecte en su trabajo (p.18) y, al igual que ocurría con las especialidades médicas, preferir que el médico se identifique como tal (p.47.3). Por su parte, las variables que se asocian a las mujeres son a sentirse como si estuviera en un examen al atender a un colega enfermo (42.3) y sentirse incómoda por no saber cuanta información dar (p.42.2). Esta última variable solo adquiere significación en este modelo.
- d) Servicios centrales. Ser hombre no se asocia con ninguna variable y ser mujer con una satisfacción laboral neutra o positiva (p.12.2 y 12.3) y con acudir a trabajar estando enferma por miedo a perder el trabajo (25.3).

4. Resultados modelo 4: confidencialidad

Solo aparecen asociaciones con hombres. En el caso de los médicos de familia con estar dispuesto a perder la confidencialidad en cualquier situación si ello supone agilizar el proceso (p.39.3), y en el caso de los de especialidades médicas, al igual que de manera global, con opinar que se respeta la confidencialidad (p.38). No aparece ninguna asociación con ningún género en el caso de las especialidades quirúrgicas ni de servicios centrales.

5. Resultados modelo 5: relación con colegas

En todas ellas se mantiene la asociación de ser hombre con tener una pareja que sea un profesional sanitario y hablar con total seguridad con un compañero si tiene algún problema que afecta en su trabajo (p.45.3). Las variables que difieren son las siguientes:

- a) Medicina de familia. Además opinan que los jubilados deberían mantener su capacidad de prescripción (p.50.3).
- b) Especialidades médicas. Se añade, al igual que en el caso anterior, opinar que los jubilados deberían mantener su capacidad de prescripción (50.3) y en el caso de que un compañero le consultara de manera informal (p.41) indicarle ir a un médico especialista en el problema (41.3) o sugerirle una propuesta y volver a hablar otro día (41.5).
- c) Especialidades quirúrgicas. También se asocian con el hecho con el comportamiento de los hombres tener dudas sobre cómo hablar con el compañero si tiene algún problema que afecta en su trabajo (p.45.2) y considerar que los jubilados deberían mantener su capacidad de prescripción (50.3). Aparece aquí la única asociación con el hecho de ser mujer, que es indicarle ir a un médico especialista en el problema cuando un colega plantea un problema de manera informal (41.3).
- d) Servicios centrales. No se relaciona con ninguna variable además de las explicadas para todos los modelos.



8.8. Anexo 8. Tablas de la ENS17

Tabla 73. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

	AMBOS				HOMBRES					MUJERES					
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
De 25 a 64 años															
Superior	28,39	55,51	12,64	2,69	0,77	28,88	57,05	11,05	2,61	0,41	27,96	54,18	14,03	2,76	1,08
De 65 y más años															
Superior	12,66	52,37	26,04	6,62	2,31	11,16	51,88	26,84	7,46	2,67	14,90	53,12	24,84	5,37	1,77

Fuente: MSCBS e INE

Tabla 74. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años. Tensión alta

	AMBOS		HOMBRE		MUJER	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
De 25 a 64 años						
Superior	7,94	92,06	11,29	88,71	5,04	94,96
De 65 y más años						
Superior	41,36	58,64	46,07	53,93	34,32	65,68

Fuente: MSCBS e INE

Tabla 75. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años. Diabetes

	AMBOS		HOMBRES		MUJERES	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
De 25 a 64 años						
Superior	2,03	97,97	3,07	96,93	1,12	98,88
De 65 y más años						
Superior	13,96	86,04	18,93	81,07	6,54	93,46

Fuente: MSCBS e INE

Tabla 76. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años. Trastornos depresivos

	AMBOS		HOMBRES		MUJERES	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
De 25 a 64 años						
Superior	2,90	97,10	1,88	98,12	3,78	96,22
De 65 y más años						
Superior	6,24	93,76	4,42	95,58	8,97	91,03

Fuente: MSCBS e INE



Tabla 77. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años. Trastornos ansiosos.

	AMBOS		HOMBRES		MUJERES	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
De 25 a 64 años						
Superior	4,31	95,69	2,71	97,29	5,71	94,29
De 65 y más años						
Superior	4,73	95,27	2,52	97,48	8,03	91,97

Fuente: MSCBS e INE

Tabla 78. Vacunación antigripal en la última campaña según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

	Sí ha sido vacunado		No ha sido vacunado	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
De 25 a 64 años				
Superior	7,91	9,53	92,09	90,47
De 65 y más años				
Superior	51,63	44,07	48,37	55,93

Fuente: MSCBS e INE

Tabla 79. Consumo de tabaco según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

	AMBOS				HOMBRES				MUJERES			
	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado
Total												
Superior	18,25	3,01	27,79	50,95	19,40	3,12	30,47	47,02	17,20	2,91	25,35	54,53
De 25 a 64 años												
Superior	19,00	3,23	26,75	51,02	20,30	3,41	27,69	48,60	17,88	3,07	25,93	53,12
De 65 y más años												
Superior	11,93	0,50	44,14	43,43	13,41	0,44	55,58	30,57	9,73	0,60	27,10	62,58

Fuente: MSCBS e INE



Tabla 80. Consumo de bebidas alcohólicas según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

	AMBOS						HOMBRES						MUJERES					
	Diario	Semanal*	Mensual**	Menos***	No****	Nunca	Diario	Semanal	Mensual	Menos	No	Nunca	Diario	Semanal	Mensual	Menos	No	Nunca
De 25 a 64 años																		
Superior	11,5	34,2	23,3	10,9	9,3	10,54	16,7	40,24	23,34	7,8	6,39	5,4	7,0	28,99	23,30	13,70	11,9	14,96
De 65 y más años																		
Superior	36,1	16,1	14,0	7,66	14,06	12,00	44,9	16,06	11,91	5,2	14,1	7,6	23,01	16,16	17,19	11,22	13,9	18,51

Fuente: MSCBS e INE

- *Semanal (pero no diario)
- **Mensual (pero menos de una vez a la semana)
- ***Menos de una vez al mes
- ****No en el último año

Tabla 81. Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

	Sí			No		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Superior	7,78	6,37	9,07	92,22	93,63	90,93
De 25 a 64 años						
Superior	7,26	5,05	9,19	92,74	94,95	90,81
De 65 y más años						
Superior	14,63	16,98	11,12	85,37	83,02	88,88

Fuente: MSCBS e INE



8.9. Anexo 9: Documento de aceptación del CEICA



Comité de Ética de la Investigación de la CA de Aragón
Informe sobre Trabajos académicos

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEI Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido la declaración relativa al trabajo académico:

Alumna: Inés Sebastián Sánchez
Directora: Maria Pilar Astier Peña

2º. Que, según consta en la declaración del tutor, dicho trabajo se enmarca íntegramente dentro de los objetivos del proyecto de investigación ya evaluado:

Título: ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL MEDICO. Auto-percepción del paciente, impacto en el proceso de enfermar e impacto en el sistema de salud

Código CEICA: PI16/236
Fecha de dictamen favorable: 05/10/2016
Investigador principal: Maria Pilar Astier Peña

3º. Considera que

- El Tutor/Director garantiza el cumplimiento de los principios éticos y legales aplicables, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos (si procede), el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

4º. Por lo que este CEI considera adecuada la realización del trabajo académico en estas condiciones.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Fecha: 2020.03.02 18:36:40
+01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

