

Barbara María Marco Gómez

Cuestiones éticas,
psicológicas y
profesionales en el
proceso de enfermar del
médico

Director/es

Altisent Trota, Rogelio
Astier Peña, M^a Pilar

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

CUESTIONES ÉTICAS, PSICOLÓGICAS Y
PROFESIONALES EN EL PROCESO DE
ENFERMAR DEL MÉDICO

Autor

Barbara María Marco Gómez

Director/es

Altisent Trota, Rogelio
Astier Peña, M^a Pilar

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

2021

TESIS DOCTORAL

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología.
Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica.
Grupo de Investigación en Bioética de Aragón. IIS Aragón.

CUESTIONES ÉTICAS, PSICOLÓGICAS Y PROFESIONALES EN EL PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO.

BÁRBARA M. MARCO-GÓMEZ

DIRECTORES:
DR. ROGELIO ALTISENT TROTA Y DRA. MARÍA PILAR ASTIER
PEÑA.
ZARAGOZA, 2021

“Con el espíritu de su raza, que se niega a reconocer la derrota aun cuando la mire fijamente a la cara, Escarlata levantó la cabeza. “

Margaret Mitchell. Lo que el viento se llevó.



PRESENTACIÓN

El presente proyecto de investigación constituye la Tesis Doctoral desarrollada en la Escuela de Doctorado de la Universidad de Zaragoza, en concreto en la Facultad de Medicina, entre los años 2015 y 2021. Forma parte de un proyecto mucho más amplio de investigación sobre el proceso de enfermar en los médicos, llevado a cabo en el marco del Grupo de Investigación de Bioética de Aragón del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, y con el apoyo de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Este proyecto de ámbito nacional, también auspiciado por la Organización Médica Colegial, se titula *“Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”* y cuenta con financiación del FIS, PI 018/968, a través del IIS Aragón. En él se analiza el proceso de enfermar de los profesionales médicos en todas sus etapas profesionales, desde estudiante del Grado de Medicina hasta la etapa de profesional médico jubilado.

Esta Tesis Doctoral se centra la etapa profesional de los médicos en activo, el grueso de los integrantes de la profesión, que arrastran determinados vicios y virtudes cultivados durante las etapas de residencia y facultad previas, y ya tienen una edad y rodaje vital suficientes como para que determinados problemas de salud irrumpen en sus vidas.

La doctoranda, **Bárbara Marco Gómez**, se licenció en Medicina por la Universidad de Zaragoza en el año 2011. Posteriormente cursó la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de Zaragoza. Llevó a cabo estudios de Máster en Ética Médica de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC) y la Fundación Ortega Marañón durante los años 2014 y 2015, constituyendo la tesina del mismo un estudio piloto para el desarrollo de la presente tesis doctoral. Actualmente ejerce como médica psiquiatra en el Centro de Salud Mental Unidad Infanto-juvenil de Calatayud.

El director, el **doctor Rogelio Altisent Trota** es profesor titular del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología y director académico de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza. Ha dirigido doce tesis doctorales en el campo de la bioética. Ha realizado más de 90 publicaciones científicas y ha sido investigador principal de seis proyectos de investigación competitivos. Coordina el grupo de investigación de bioética del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Ha sido presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España y coordinador del grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de

Familia y Comunitaria (Semfyc). Preside el Comité de Bioética de Aragón desde 2013 y es actualmente vicepresidente del Comité de Bioética de España.

La codirectora, la doctora **María Pilar Astier Peña**, es especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Medicina de Familia y Comunitaria. Trabaja como médico de familia del Servicio Aragonés de Salud. Es profesora e investigadora de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza. Desde 2010 es coordinadora del Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) y del Grupo mundial de calidad y seguridad en medicina de familia de WONCA (Global Family Doctors) y vocal de la junta directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Sus líneas de investigación combinan proyectos de mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el entorno sanitario y la ética clínica y profesionalismo como elementos clave de la mejora de los sistemas sanitarios en relación con sus procesos y sus profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A los médicos enfermos que han colaborado en esta investigación, por su generoso tiempo.

A todo el equipo de investigación formado por “supermujeres”, más que colegas amigas, por comprenderme, esperarme y acompañarme en momentos adversos.

Especialmente a Pilar: incansable, trabajadora, afectiva, positiva... Escarlata moderna que inspira “con el espíritu de su raza”.

A Rogelio, que me dejó colarme en su clase, hace ya bastantes años. Para que no deje de ser nuestro “espalda plateada”.

A mis padres y marido, por ponérmelo tan fácil y no hacerme elegir ni renunciar. Y a mis hijos si les he robado algún minuto que era suyo, espero poder compensarles.

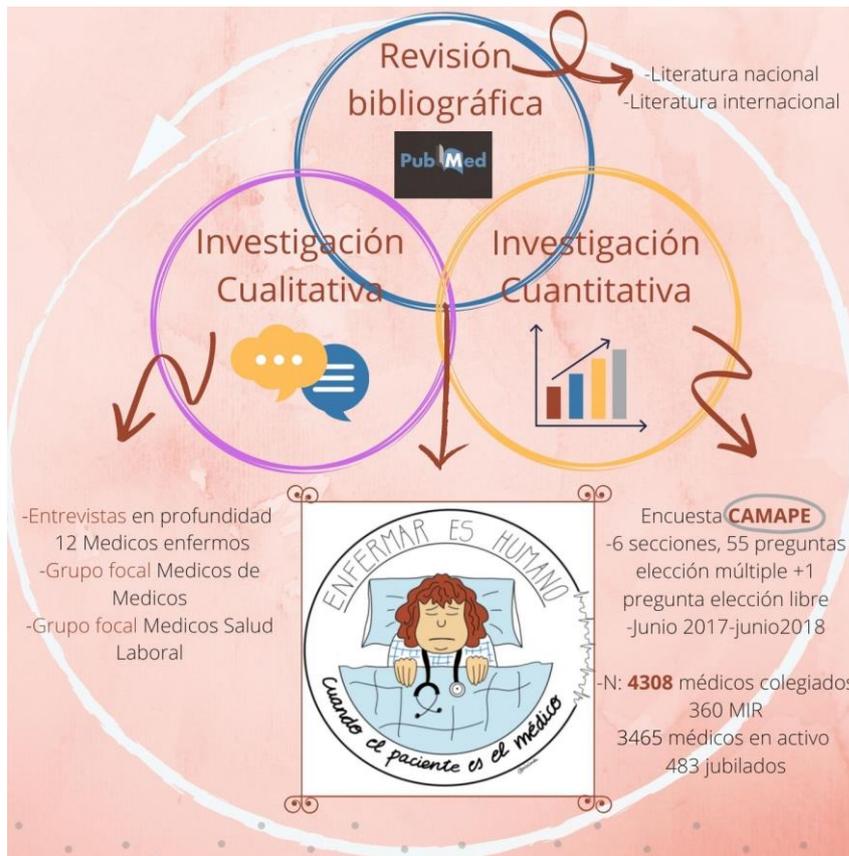
Pero sobre todo gracias a mi hermano, del que fue un honor aprender tantísimo.

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

Describir, cuantificar y analizar el proceso de enfermar del profesional Médico en Activo (MA), su impacto psicofísico, laboral, ético y deontológico para poder plantear estrategias de mejora de la atención al profesional enfermo con años de ejercicio profesional.

METODOLOGÍA



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Análisis e Integración de los resultados obtenidos sobre los MA mediante metodología cualitativa (entrevistas semi estructuradas y grupos focales) y cuantitativa (cuestionario poblacional).
- Comparación de estos con los datos disponibles en médicos según las siguientes variables:
 - Sexo
 - Etapa profesional (MIR, Activo, Jubilado)

CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS TRASLACIONALES DE MEJORA

Se establecen una serie de recomendaciones, propuestas y líneas futuras que ayuden a mejorar el abordaje de los médicos enfermos desde los Servicios de Salud en los que trabajan, en colaboración con los Colegios Oficiales de Médicos que velan por su profesionalismo

TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	3
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	6
TABLA DE CONTENIDOS.....	7
A. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	10
B. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	24
C. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	26
D. METODOLOGÍA.....	27
D.1 PORQUÉ METODOLOGÍA MIXTA	27
D.2 ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN	29
D.3 REVISION BIBLIOGRÁFICA	29
D.4 METODOLOGÍA CUALITATIVA	31
D.4.1.FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CUESTIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	31
D.4.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
D.4.3 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A MEDICOS ENFERMOS.....	38
D.4.4. GRUPOS FOCALES	49
D.4.5 TRIANGULACIÓN.....	53
D.5 METODOLOGÍA CUANTITATIVA: ENCUESTA	54
D.5.1DISEÑO DE LA ENCUESTA	55
D.5.2 CAMAPE: ENCUESTA DEFINITIVA.....	61
D. 5.3 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA CAMAPE	63
E. ASPECTOS ÉTICOS DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	74
E. RESULTADOS	79
F.1 ESQUEMA DE RESULTADOS	79
F.2 ENTREVISTAS: Hablando en primera persona	79
F.2.1 DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MÉDICOS Y CON OTRAS PROFESIONES: INTRODUCCIÓN	79
F.2.2 PROCESO ASISTENCIAL DEL MÉDICO ENFERMO.....	82
F.2.3 PROCESO EMOCIONAL DEL MEDICO QUE ENFERMA	94
F.2.4 ENTORNO LABORAL Y PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO.....	111

F.2.5 MÉDICOS DE MÉDICOS:.....	122
F.2.6 COLEGIOS DE MÉDICOS Y LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL	128
F.3 GRUPOS FOCALES: Hablando en tercera persona del médico enfermo.....	131
F.3.1 GF-1: MÉDICAS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO	131
F.3.2 GF-2: MÉDICOS DE MÉDICOS.	133
F.3.3 GF-3: REPRESENTANTES DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS	140
F.4 CAMAPE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS...	147
F.5 CAMAPE: ANALISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA:	159
F.6 CAMAPE: ANÁLISIS MULTIVARIANTE.....	213
F.7 ANALISIS DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA PLANTEADAS POR LOS MÉDICOS EN LAS DIFERENTES METODOLOGÍAS	217
G. DISCUSIÓN	223
G.1 SEGOS Y LIMITACIONES.....	223
G.2 FORTALEZAS	228
G.3 DISCUSION DE RESULTADOS	230
¿CÓMO VIVEN LOS MÉDICOS?	230
¿DE QUÉ ENFERMAN LOS MÉDICOS?	240
¿CÓMO ENFERMAN LOS MÉDICOS?.....	251
¿CÓMO TRATAN LOS MÉDICOS A SUS COLEGAS ENFERMOS?	255
¿CÓMO CAMBIA LA ENFERMEDAD AL MÉDICO?.....	258
H. TRASLACION DE LA INVESTIGACION PARA LA MEJORA DEL PROFESIONALISMO	260
H.1 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	260
H.2PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO	261
I.CONCLUSIONES	264
J. ANEXOS.....	267
ANEXO 1: ABREVIATURAS.....	267
ANEXO 2: APRENDER A CUIDARSE PARA PODER CUIDAR:	268
ANEXO 3: GUION INICIAL Y FINAL DE LAS ENTREVISTAS.....	269
ANEXO 4: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.....	272
ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS	273

ANEXO 6: CARACTERISTICAS DE MIR Y JUBILADOS ENTREVISTADOS	274
Médicos.....	274
ANEXO 7: INFORMACIÓN Y DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS GRUPOS FOCALES	276
ANEXO 8: GUION GRUPOS FOCALES	278
ANEXO 9: ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES DEL MÉDICO ANTE SU PROCESO DE ENFERMAR	281
ANEXO 10: CARTA PRESENTACIÓN ENCUESTA.....	289
ANEXO 11: RECODIFICACIÓN DE VARIABLES CAMAPE.....	289
ANEXO12: APROBACIÓN CEICA	295
ANEXO 13: MEMORIA ECONÓMICA PROYECTO FIS.....	296
ANEXO 14: RESULTADOS CAMAPE:.....	297
ANEXO 15: TABLAS ENS PARA LA COMPARACIÓN CON CAMAPE	322
K. BIBLIOGRAFÍA	325

A. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El proceso de enfermar tiene gran impacto en la vida personal, laboral y en la esfera psicológica del individuo, volviéndolo vulnerable. Cuando el que enferma es un médico, este proceso se torna más complejo, ya que instintivamente, el profesional trata de dar solución por sí mismo al problema poniendo tratamiento de forma rápida e intentando solucionarlo cuanto antes. Adquirir la condición de paciente genera en el médico una situación de incongruencia interna puesto que él mismo ha sido formado para diagnosticar, tratar o paliar enfermedades, pero no para abordar esta situación vital en su persona¹. Durante los años de formación en pregrado no se plantea el tema y una vez en el ámbito laboral los profesionales tienen interiorizado que sólo los pacientes pueden estar enfermos, considerando la enfermedad como una debilidad que resta credibilidad y prestigio.

El conflicto interno entre persona que cura y situación de paciente, no se resuelve de forma sencilla y se trata de evitar o bien dando solución parcial al problema o bien ignorándolo. De esta actitud pueden derivarse demoras en el proceso diagnóstico, tratamientos no adecuados que retrasan la mejoría o la curación, etc.².

El médico es un paciente difícil...

Ya en 1998, O'Connor describió una serie de factores que dificultan el tratamiento en los médicos: miedo a la estigmatización, a perder la credibilidad ante colegas y pacientes, prepotencia terapéutica y de auto-control, falta de confidencialidad de los servicios públicos, ocultación del problema por parte de familiares y colegas, ambiente inadecuado de los servicios públicos, problemas económicos para acceder a tratamientos hospitalarios privados y miedo a perder el trabajo o a ser inhabilitados³.

Más recientemente Bruguera y su equipo afirman que los profesionales sanitarios enfermos presentan, de hecho, aspectos característicos y diferenciales frente a otros grupos profesionales y la población general. Este autor ha estudiado los posibles factores que influyen en la actitud de los médicos ante su propia salud y la de sus familiares y que abarcan diferentes aspectos que tienen que ver con su condición de médico, como sentirse con el conocimiento experto de la enfermedad que padecen, conocer los medios diagnósticos y de tratamiento, conocer el ambiente y funcionamiento de los centros sanitarios, la falta de apreciación de los límites de sus conocimientos...⁴. Además, el médico cuando enferma no utiliza el sistema de salud como hace el resto de la población, sino que tiende a realizar un uso inadecuado de los servicios mediante consultas de pasillo o hablando de un paciente hipotético en lugar de referirse a sí mismo, casi siempre debido al miedo a la pérdida de la intimidad y del prestigio profesional.

No sigue los circuitos administrativos ordinarios, y en muchas ocasiones tampoco los consejos terapéuticos, debido al cuestionamiento de las indicaciones de los compañeros y la tendencia natural a la automedicación⁵.

“Automedicarse”...

La auto prescripción es una característica diferencial clave entre los médicos y la población general, que merece un apartado aparte en nuestra consideración y que ha sido bien estudiada por su gran prevalencia (80-90% dependiendo del estudio), su grado de aceptación (90% de los médicos creen que es aceptable automedicarse en trastornos agudos) y sus repercusiones, ya que produce un retraso en la demanda formal de tratamiento y mayor riesgo de iatrogenia^{6,7,8}. Existen, eso sí, importantes discrepancias entre estudios respecto a su frecuencia, quizás debido a que los criterios varían de unas investigaciones a otras, por lo que no es posible establecer comparaciones fiables. Lo que parece claro es que la automedicación es una conducta que habitualmente comienza en los primeros años de ejercicio profesional y cuya presencia durante la residencia puede predecir su existencia años después de formarse como especialista. La automedicación tiene su justificación en el temor a la pérdida de la confidencialidad, y miedo al estigma de la enfermedad, especialmente la enfermedad mental ya que se estima que más de dos tercios de los médicos con trastornos mentales se prescriben a sí mismos^{9,10,11}. Los medicamentos más frecuentemente auto prescritos según Hem, son los antibióticos seguidos de los anticonceptivos hormonales, analgésicos y los hipnóticos¹². Aunque estos datos pueden variar según la especialidad, ya que los médicos prescriben con más frecuencia para sí mismos o para sus familiares las medicaciones que prescriben habitualmente en su práctica clínica y con las que están más familiarizados¹³.

La personalidad de los médicos...

Existe un acuerdo generalizado en la literatura sobre la coexistencia frecuente de determinadas características en la personalidad del médico, que le hacen no solo más vulnerable a padecer enfermedades (refiriéndose especialmente a la pérdida de la salud mental), sino que dificultan todavía más el proceso de enfermar. Firth-Cozens y Payne resumen en 8 los rasgos de personalidad del médico que le hacen más vulnerable: perfeccionismo excesivo y alto nivel de autoexigencia, elevadas aspiraciones de desarrollo profesional, aplazamiento continuo de las gratificaciones personales, escasos recursos personales para afrontar el estrés, hipocondriasis, narcisismo, autoestima vulnerable con excesiva dependencia de la valoración de los demás, y dificultades en las relaciones sociales¹⁴.

A estas características hay que añadir la tendencia a “intelectualizar” sus síntomas y a auto convencerse de que no son signos de un trastorno crónico o grave, sino síntomas transitorios de estrés profesional¹⁵. Como resultado surge la inclinación a negar y ocultar el problema de forma casi sistemática, en lugar de buscar ayuda^{2,16,17,18}.

Las características y entorno laboral no ayudan...

También hay que tener en cuenta la naturaleza demandante del trabajo desempeñado: la gran presión asistencial, la intensidad emocional y gran responsabilidad inherente al trato con enfermos, los recursos insuficientes, las guardias, privación de sueño, horas extra, necesidad de actualización profesional constante que interfieren con la vida personal y familiar... componen un caldo de cultivo para el desarrollo de enfermedades médicas y psiquiátricas que bien podrían ser consideradas de origen laboral^{14,19}.

Otra cuestión a considerar es la actitud del equipo, que cambia ante un compañero enfermo no reconocido abiertamente, de dos formas opuestas. Por un lado, mediante una “conspiración del silencio”, resolviendo los problemas laborales o eventos adversos que puedan surgir tratando de cubrir al compañero con un falso concepto de respeto profesional. Y por otro lado, apartando al profesional del grupo sin abordar la situación por desconocimiento de la manera adecuada de actuar, de tal manera que se produce un deterioro del clima laboral y conflictos entre los compañeros²⁰.

¿Y qué ocurre con los “médicos de médicos”?

Tampoco los médicos que son consultados por otros colegas por problemas de salud actúan, en muchas ocasiones, como terapeutas profesionales y no saben establecer una adecuada relación médico paciente. Existe, según Thompson, tendencia por parte de los médicos a reforzar una cultura que ignora el propio sufrimiento y el de sus colegas²¹. Los compañeros consultados con frecuencia se sienten presionados, tensos e inseguros, llegando incluso a rechazar de forma activa atender a otros médicos²². De tal forma que no solo los médicos enfermos son reacios a pedir ayuda, sino que cuando lo hacen, sus compañeros muestran escasa motivación para intervenir o dan respuestas inadecuadas.

Algunos ejemplos de acciones que promueven una mala relación terapéutica con el médico enfermo son: no abrir una historia clínica del caso, dar excesiva información o por el contrario asumir conocimientos, abandonar al paciente, hablar de él, no citarle en el despacho cuando son abordados en el pasillo o por teléfono, no derivar el caso a otro médico cuando ambos son amigos o parientes

cercanos, no llamar la atención al paciente cuando éste no sigue las indicaciones terapéuticas, etc.^{2,23,24,25}.

Hablemos de cifras...

Cuantificar el problema de la enfermedad del médico no es una tarea fácil. Numerosos estudios científicos e informes de instituciones (la mayoría pertenecientes al mundo anglosajón, canadiense y australiano) ofrecen unas cifras muy dispares e incluso contradictorias. Algunos estudios en Estados Unidos señalan que la salud física de los médicos es comparable a la de la población general, o incluso mejor si se trata de las mujeres médico^{26,27}. Hay datos estimativos de que los médicos tienen una tasa standard de mortalidad por causa física más baja que el resto de la población^{28,29}. Sin embargo es un hecho demostrado hace ya algunas décadas, que las tasas de suicidio entre profesionales de la medicina son muy superiores a las de otros colectivos de igual nivel socioeconómico^{16, 28,30,31}.

En Europa son los nórdicos quienes más han investigado sobre este tema³². Pero en nuestro entorno mediterráneo no existen apenas estudios sobre el estado de salud física y la percepción que los médicos tienen de su enfermedad.

A nivel nacional, quizás el estudio más amplio sobre el tema (N=762 médicos en activo) es la **Encuesta sobre salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña**, realizada por la Fundación Galatea³³. En ella se concluye que los médicos tienen una prevalencia de enfermedades crónicas similar al resto de la población de la misma clase social, excepto para diabetes y sobrepeso (los médicos varones presentan proporciones superiores) y trastornos mentales y adictivos.

En un trabajo publicado en 2003, Stanton y Caan señalan la dificultad de poder responder a la pregunta: “¿Cuántos médicos enfermos hay?”. Según este artículo, en el General Medical Council británico constataban, el 31 de diciembre de 2000, 201 médicos bajo seguimiento por problemas de salud que podían interferir en su ejercicio, y de éstos, 199 (99%) lo estaban por problemas mentales y/o adictivos³⁴.

Como se puede observar, la gran mayoría de los estudios descriptivos que se han realizado para valorar el impacto del tema desde el punto de vista epidemiológico, se centran en patologías del ámbito de la salud mental, especialmente aquellas relacionadas en el consumo de tóxicos y trastornos psiquiátricos asociados. Este sesgo tiene su justificación por un lado, en que el estigma asociado a la enfermedad mental en el colectivo médico es mayor que el asociado a otras enfermedades^{35, 4,36,37}. Y por otro en el interés centrado, casi exclusivamente hasta el momento, en aquellas patologías que suponen mayor

riesgo de interferencia laboral y potencial impacto sobre los pacientes y el propio sistema de salud^{25,38,39}.

Así, se sabe que los profesionales sanitarios están considerados como un grupo de alto riesgo de presentar trastornos por uso de sustancias. Que el 10-14% de los médicos hace un abuso de tóxicos en algún momento de sus carreras. Y que la medicina es una de las 5 profesiones con más morbilidad mental, ya que entre un 15% a 40% de los profesionales padecen burnout, el 28% presentan síntomas de padecimiento psiquiátrico, presentan 3 veces más cirrosis y cáncer hepático, y 3,5 veces más incidencia de suicidio^{30,35,40,41, 42,43}.

Nuestra hipótesis de trabajo sugiere que, a pesar de la escasez de datos respecto a la patología orgánica del médico, es prudente pensar que los factores de personalidad, desgaste físico y estrés laboral que están involucrados en el desarrollo de trastornos mentales, pueden también explicar, en parte, la aparición y peor pronóstico de otros muchos problemas médicos, así como las dificultades y diferencias en el proceso de enfermar de los profesionales.

¿Cuál es el impacto en el proceso asistencial? La salud del profesional puede condicionar la seguridad de la atención.

A pesar de que en general los médicos tienden a preservar la actividad profesional por encima de otros aspectos de su vida, como pone de manifiesto Firth-Cozens, los médicos enfermos no atendidos suponen un riesgo para la salud de sus pacientes ya que se produce una disminución de la competencia profesional con más errores y confusiones, más solicitud de pruebas, más dudas.... esto hace que la seguridad del paciente en el circuito asistencial se vea amenazada y también la seguridad del propio profesional en su rol de paciente⁴⁴.

Pero las dificultades a la hora de asumir y tratar la enfermedad del médico repercuten también a nivel económico, ya que se producen bajas laborales de duración inadecuada, incapacidades permanentes e inhabilitaciones profesionales evitables, mayor número de demandas por mala praxis...

Como evidencia de la importancia de todo esto, a finales de los años sesenta y durante la década de los setenta, en Estados Unidos, hubo un gran movimiento ciudadano para favorecer la mejora de la calidad asistencial de los servicios sanitarios. Se promulgaron expresamente leyes y reglamentos que establecieron controles de calidad, tanto del ejercicio profesional y de los procedimientos clínicos como del funcionamiento y de los resultados de todo tipo de centros sanitarios.

En este contexto, en 1969 en Estados Unidos, el Comité Médico Estatal, promulgó

el Estatuto del Médico Enfermo, con el fin de establecer un marco definido de actuaciones para la profesión, que regulara las intervenciones en casos de médicos en ejercicio que padecían enfermedades mentales y/o adictivas, patologías que más frecuentemente repercuten en la seguridad del paciente debido al estigma añadido anteriormente comentado.

En 1972 la American Medical Association (AMA) publicó un informe muy realista titulado “El médico enfermo”, y a partir de aquí se inicia durante los años setenta y ochenta, la creación de múltiples comités estatales, conjuntamente con la AMA, para desarrollar programas de control de los casos de médicos enfermos por alcoholismo y/o consumo de otras drogas y psicofármacos³⁵. Posteriormente, estos programas se ampliaron a los casos con trastornos mentales graves, y en los últimos 10-20 años a programas de prevención de este tipo de enfermedades.

Hoy en día, hay programas especiales dedicados a la salud mental de los profesionales sanitarios en todos los estados de Estados Unidos⁴⁵ y en todas las provincias de Canadá⁴⁶, Australia y Nueva Zelanda⁴⁷ y Reino Unido⁴⁸.

En cuanto a Europa, el British Medical Council del Reino Unido y otros países nórdicos elaboraron durante la década de los 90's unas guías de actuación ante el médico enfermo⁴⁹.

En octubre de 2015 la World Medical Association (WMA) promulgó, en su 66^a asamblea celebrada en Moscú, el **Estatuto para el bienestar del médico**, proponiendo interesantes recomendaciones en cuanto a los derechos y obligaciones de los profesionales en relación a su salud⁵⁰.

Posteriormente en el año 2016 se formó un grupo de trabajo compuesto por expertos en ética de diferentes creencias y grupos culturales, que se ha encargado de revisar la Declaración de Ginebra, dentro de la práctica habitual de dicha organización consistente en la revisión periódica de sus documentos⁵¹. En esta actualización de la declaración, considerada sucesora del Juramento Hipocrático, el grupo de trabajo recomendó añadir un punto en relación al cuidado del médico de su propia salud:

“I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard⁵².

Otra muestra de la creciente importancia del tema a nivel internacional, es la existencia de una conferencia internacional de la salud del médico que se celebra con carácter anual, organizada por las asociaciones médicas de América, Canadá y Reino Unido⁵³.

Los colegios profesionales de médicos en España toman la palabra

En cuanto a nuestro país, la posibilidad del impacto de la enfermedad del médico en la seguridad y la calidad de la asistencia pone en entredicho el

profesionalismo, instando a la corporación colegial a la toma de iniciativas. De este modo en el año 1998 se creó el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) gracias a un acuerdo entre el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y la Generalidad de Cataluña. El PAIME se ha extendido y en la actualidad opera en un total de 17 provincias de España, suponiendo sin duda un gran avance en el tratamiento de profesionales médicos en activo que padecen trastornos potencialmente peligrosos para la seguridad de sus pacientes⁴⁰.

Estos programas específicos ofrecen una gran variedad de servicios psicológicos, algunos programas para estudiantes y residentes, centros con médicos especializados en atender a otros médicos, etc. y han demostrado su efectividad en el manejo de profesionales en activo que padecen enfermedad mental y toxicomanías, pero... ¿qué ocurre con el resto de patologías a priori menos peligrosas para la praxis?

Siguen existiendo carencias en relación al manejo de otro tipo de trastornos médicos que también suponen un gran impacto en la calidad de vida, y en el colectivo de profesionales que no se encuentran en activo, como desempleados o jubilados, fuera del amparo de los recursos actuales.

Otra actuación iniciada por los Colegios de Médicos que puede tener impacto en la salud de los profesionales, es el proceso de Validación Periódica de la Colegiación. Se trata de un tipo de certificación en la que un ente certificador, los Colegios de Médicos, evalúan y reconocen la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el Desarrollo Profesional Continuo de los médicos para el ejercicio de la profesión. Así pues, la VPC da fe de que el médico que la obtiene reúne y mantiene los estándares definidos para ejercer como médico.

Pero el interés y protagonismo de la corporación médica en el tema del profesional enfermo, va más allá del impacto en la calidad asistencial, pues la profesión se construye a través de unos valores comunes por los que los colegios deben velar. El cuidado y bienestar de sus integrantes, así como la repercusión que la enfermedad tiene en su vida personal, familiar y social también deben ser una prioridad para los colegios de médicos^{54,55}.

Por otro lado, algunos de los valores antes mencionados, como la fuerte identidad profesional, sentimiento de lealtad hacia los compañeros, cuestiones relacionadas con el esfuerzo y el sacrificio... también pueden fomentar comportamientos poco éticos. Algunos ejemplos son la tendencia por parte del colectivo médico a minimizar el impacto de la enfermedad de un compañero, o incluso a ocultarla justificándose en un supuesto corporativismo mal entendido y no constructivo. O el descuido de los propios hábitos de vida y bienestar del médico, con el impacto en forma de ejemplo negativo que dicha actitud tiene sobre los pacientes y otros profesionales en formación.

¿Cuándo empieza todo? La brillante senda del éxito del estudiante de medicina

El perfil del estudiante de medicina es el de un joven (en realidad el de una joven) con altas cualificaciones y niveles muy elevados de auto exigencia, que le permiten superar los exámenes necesarios para ser aceptada en una facultad de medicina. Este perfeccionismo excesivo que ha ido aumentando a lo largo de las generaciones, asociado a la escasez de recursos para afrontar el estrés y el fracaso, pueden confluir en una gran vulnerabilidad durante una época que es clave para el desarrollo profesional y personal^{16,56}.

Los brillantes estudiantes se adaptan rápido y de forma exitosa a las exigencias del currículo oficial, pero el currículo oculto y la importancia de lo que se aprende de los demás a través del ejemplo (no solo a través de las tareas académicas regladas), ha sido bien documentada⁵⁷. La etapa universitaria en el estudiante de medicina es un periodo de socialización e impregnación en los usos y costumbres del ámbito profesional. La calidad del ambiente educativo es un reflejo de la calidad del currículo que puede ser cuantificada. De hecho, la atmosfera de aprendizaje y la esfera social en carreras de la salud son percibidas de forma consciente por parte de los estudiantes, que señalan la necesidad de más apoyo en el manejo del estrés⁵⁸.

El entorno de gran competitividad en el que se mueve el estudiante (y que luego se perpetúa en el ámbito sanitario), y el ambiente hostil y extremadamente exigente parecen ser el germen de trastornos depresivos y ansiosos, y se observa un gran aumento de la prevalencia de riesgo psicopatológico (en torno al 47% en estudiantes de medicina) en comparación con la población de referencia^{59,60}. Además, la merma de su salud mental se incrementa conforme el estudiante va superando años de estudio⁶¹. El problema es serio, puesto que según algunos estudios internacionales, los estudiantes de medicina presentan cifras de ideación suicida muy superiores a las de la población de referencia^{62,63}.

En cuanto a la salud física de los estudiantes, la investigación realizada al respecto es muy escasa. En el momento actual en el seno de nuestro grupo y formando parte del mismo proyecto en el que se enmarca este trabajo de tesis, se está llevando a cabo una aproximación mixta cuali y cuantitativa respecto al estado de salud física y hábitos de vida de los estudiantes de medicina de nuestro país. Datos preliminares de dicho estudio señalan la posibilidad de que el manejo poco adecuado de la enfermedad, y actitudes de negación de la misma puedan ser comportamientos aprendidos o reforzados desde la etapa universitaria, por observación de sus profesores y adjuntos, y por premiarse ya desde la facultad

valores relacionados con el esfuerzo y el sacrificio, asumiendo el coste de descuidar la propia salud.

En cuanto a la salud de los médicos residentes...

La residencia es un periodo formativo y, al mismo tiempo, supone la incorporación al mundo laboral y la práctica clínica.⁶⁴ Durante este periodo comienzan algunas conductas relacionadas con la propia salud que tienden a perpetuarse durante el resto de la trayectoria profesional.

Se ha documentado que entre un 3 y un 10% de los médicos residentes tiene dificultades para alcanzar los objetivos planteados en los programas de formación especializada.⁶⁵ Estas dificultades pueden tener orígenes muy diversos, desde problemas de salud física, mental, o burnout, hasta dificultades de aprendizaje o situaciones estresantes a nivel personal^{66 67}. El alto nivel de estrés parece relacionarse con un peor estado de salud y menor satisfacción vital⁶⁸.

En los últimos años se ha incrementado el número de estudios sobre salud y calidad de vida en los residentes⁶⁹, especialmente (una vez más), aquellos temas relacionados con la salud mental y estrategias de afrontamiento^{70,71,72,73}.

A nivel nacional cabe destacar el informe realizado en 2009 sobre el estado de salud de los residentes en Cataluña⁷⁴. Más recientemente formando parte del proyecto **“Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”** ha sido defendida la tesis doctoral **“El médico residente como paciente”** por la Dra. Candela Pérez- Álvarez ⁷⁵.

El trabajo de Pérez-Álvarez arroja resultados cuantitativos muy esclarecedores, y refleja un estado de salud general relativamente bueno entre los médicos residentes y elevada satisfacción con su trabajo. No obstante, son habituales conductas como la automedicación, las consultas informales a colegas o el presentismo laboral (acudir a trabajar estando enfermo). Los MIR acuden mucho menos al médico de familia que la población general, y tienden a sentirse incómodos y evaluados cuando tienen que atender a otros médicos, expresando dudas sobre cómo actuar en caso de tener un colega enfermo.

No conformes con esta realidad y utilizando los datos obtenidos en la investigación, se ha elaborado un documento divulgativo en forma de decálogo que ha sido presentado en las jornadas “la salud del MIR”, organizada por la vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo y vocalía de Médicos Tutores y Docentes del CGCOM en enero de 2020. Dicho decálogo pretende promover unos mejores hábitos de vida y actitud ante su propia vulnerabilidad por parte de los MIR y puede consultarse en el [Anexo 2: Aprender a cuidarse para poder cuidar](#)

Además, estudiando en profundidad las percepciones de los MIR respecto de su salud, los residentes enfermos relatan un proceso de diagnóstico y tratamiento rápidos, con un trato preferente por parte de sus colegas, saltándose con frecuencia al médico de familia y a los servicios de salud laboral. Pero más tarde, el seguimiento no es reglado y pueden perderse elementos importantes de la atención. Una de sus mayores preocupaciones es el impacto de la enfermedad en su formación como especialistas, y sus tutores y jefes de docencia expresan necesitar mayor preparación para poder abordar las situaciones que atañen a los residentes enfermos ⁷⁶.

El médico retirado sigue siendo médico: la jubilación como último reto profesional

El médico al final de su etapa profesional merece especial atención. La jubilación es un proceso de transición, un acontecimiento que puede experimentarse como ruptura vital y que es complicado para todos los sujetos en cuanto a que, como la enfermedad, en cierto modo nos hace vulnerables⁷⁷. En base a la literatura existente, no es descabellado pensar que este acontecimiento tiene unas características diferentes en el colectivo médico, debido a la idiosincrasia de la profesión y las características de la personalidad del médico, ya comentadas anteriormente⁷⁸.

La medicina es una profesión muy absorbente, caracterizada por la vocación de servicio, gran dedicación, necesidad de actualización continua...⁷⁹.

Los médicos tienden a considerar la profesión como rasgo diferencial y de importancia clave en su identidad personal⁸⁰, que en ocasiones se desmorona al pasar de sujeto "activo" a sujeto "pasivo" o "improductivo" con las connotaciones negativas que estos términos acarrearán. De tal manera que los tres factores más reseñables que condicionan el proceso de jubilación de los médicos son: el valor que el médico da en su vida a su profesión ^{81,82}, la preocupación económica y la presencia o no de *burnout* ⁸³.

Según algunos estudios, las causas por las que los médicos no están satisfechos con la situación de jubilación son la falta de estabilidad familiar, económica y el mal estado de su salud⁸⁴.

El profesional médico es especialmente sensible a las abruptas pérdidas que puede suponer la jubilación: pérdida del estatus, pérdida de poder adquisitivo, pérdida social importante ya que la mayoría de las relaciones interpersonales y de amistad se han establecido dentro del ámbito profesional. Cuando un profesional ya jubilado acude para ser atendido ¿Cómo vive esa asistencia por parte de "extraños" que antaño eran sus pupilos, en las instalaciones que antes eran su casa?

La jubilación, como todo proceso de duelo, precisa de un ajuste y adaptación a una nueva cotidianidad que implica el replanteamiento de una vida familiar abandonada durante años por las exigencias de la profesión, y la planificación del tiempo en base a intereses y actividades de ocio poco o nada cultivados por parte de los médicos.

Además, a los sentimientos de inutilidad y expectativas frustradas hay que añadir el progresivo aumento de los problemas de salud asociados a la edad⁸⁵.

El proceso de jubilación de los profesionales de la medicina, precisa una adaptación y planificación, tal y como se muestra en varios estudios⁸⁶, proponiéndose la creación de opciones graduales o flexibles de retiro y promocionando una cultura que facilite la participación de los médicos jubilados en la vida profesional, como consultores o como mentores de médicos en formación⁸⁷.

La salud del médico desde la perspectiva de género

Desde que la primera mujer fue aceptada en la universidad de medicina en el año 1847, la profesión ha experimentado una feminización progresiva bien objetivada en estudios de todos los países^{88,89}. En este momento las mujeres constituyen ya la mayoría de estudiantes de medicina en todo el mundo. En el Reino Unido el 54% de los médicos menores de 35 años son mujeres, el 58% en Francia alcanzando el 64% en nuestro país^{90,91}.

En Reino Unido estiman que entre los años 2017-2022, existirá una representación predominantemente femenina en todos los campos y especialidades médicas salvo radiología, oftalmología y cirugía⁹².

Esta progresiva feminización de los sistemas sanitarios se ve fielmente reflejada a nivel nacional en el estudio sobre Demografía Médica⁹³ y es de gran relevancia a la hora de estudiar cómo los médicos abordan sus propios problemas de salud, el ejercicio profesional estando enfermos y la atención a otros compañeros. 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, a la prevalencia de la enfermedad y al resultado del tratamiento⁹⁴.

El comportamiento de mujeres y hombres ante la toma de responsabilidades, el desarrollo profesional y la conciliación con la vida personal es diferente en la profesión médica, pero hasta el momento no se ha profundizado en el análisis desde la perspectiva de género del proceso de enfermar del colectivo médico.

El género es clave en la investigación científica ya que, tanto el sexo (características biológicas) como el género (rol, construcciones sociales en torno

a lo “masculino” y lo “femenino”), son determinantes importantes de la salud y el bienestar⁹⁵. 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 salud⁹⁶.

La **gender medicine** es una corriente basada en incluir al género como un proceso sociocultural y en formular hipótesis teniendo en cuenta a hombres y mujeres⁹⁷. 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.

Es el momento de señalar que a lo largo de este trabajo de tesis se utiliza el actual **modelo binario de géneros**, con un masculino genérico cuando se refiere a expresiones que afectan a ambos sexos, atendiendo al desarrollo natural del idioma español a lo largo de los siglos.

El equipo investigador se muestra particularmente interesado en cuestiones de igualdad social y de género, pero entendemos que la exposición del proyecto mediante un lenguaje claro, y centrando el análisis en clave de género, es la mejor aportación que podemos realizar a la causa.

Por ello a lo largo del trabajo, toda referencia a personas cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro, incluyendo por tanto la posibilidad de referirse tanto a mujeres como hombres (salvo que se especifique lo contrario).

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.

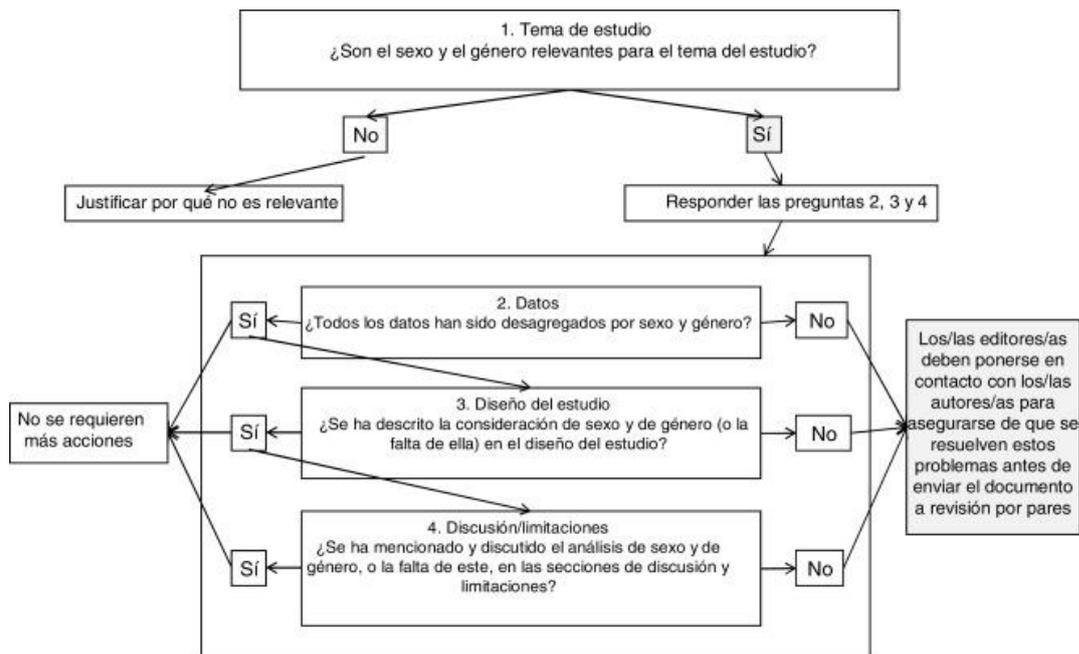


Diagrama de flujo SAGER sobre el primer cribado que deben realizar los/las editores/as de los manuscritos que reciben. Tomada de: Heidaria S, Babor TF, De Castro P, Tortd S, Curnoe M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER.⁹⁵

En conclusión...

Es un hecho que la situación del médico que enferma es compleja y muy difícil de describir exclusivamente por métodos cuantitativos como encuestas, estadísticas de ingresos, etc. Ya que estos aportan, de manera infra declarada la frecuencia de enfermedad, pero no permiten comprender el proceso de enfermar.

Según la bibliografía, el proceso de enfermar del médico puede ser diferente al de la población general, debido a factores intrínsecos de su personalidad, factores inherentes a la propia profesión, y factores externos del ámbito laboral, incluyendo la actitud de los compañeros que le atienden. Es lógico pensar que los mismos factores que predisponen al profesional médico a padecer trastornos psicológicos y adictivos, ampliamente descritos en la literatura científica nacional e internacional, pueden estar también implicados en el desarrollo, mantenimiento y manejo inadecuado de otras patologías médicas.

El manejo inadecuado de la enfermedad del médico puede constituir un problema de salud pública, y los programas de salud específicos para médicos han mostrado eficacia disminuyendo el riesgo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

A pesar de ser un tema de creciente repercusión mediática y de indudable relevancia desde el punto de vista de la seguridad asistencial, el profesionalismo

y también del bienestar de los profesionales, no se han realizado en España estudios descriptivos que reflejen la realidad del médico enfermo de una forma representativa, especialmente desde el punto de vista orgánico y del estilo de vida. Pero sí se ha demostrado que los médicos que practican buenos hábitos de salud, dan consejos de salud de forma más frecuente y son más convincentes motivando a sus pacientes, obteniendo mejores resultados.

Tampoco se han realizado en España estudios que arrojen luz sobre las vivencias, actitudes y necesidades de los médicos cuando adquieren el rol de enfermo, que permitan elaborar posibles líneas de acción para los profesionales y las instituciones implicados.

Por todo ello, nos proponemos desarrollar un proyecto de investigación relacionada con la ética médica aplicada y la deontología, que ayude a conocer y comprender el proceso de enfermar de los profesionales médicos, así como los aspectos psicológicos del mismo en cuanto a sus actitudes, preocupaciones, conflictos, conductas y mecanismos de defensa. De este modo podremos plantear estrategias de mejora en su atención.

B. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

- La idiosincrasia de la profesión médica, los rasgos de personalidad característicos del médico y la falta de formación específica para reconocer y tratar adecuadamente la propia vulnerabilidad, predisponen a este colectivo a padecer más adicción a sustancias y patología mental, pero propician también un manejo inadecuado del resto de patologías.
- La mayoría de los estudios realizados hasta el momento se centran en la enfermedad psiquiátrica y adictiva del médico, desde el punto de vista del riesgo para la mala praxis y la seguridad de sus pacientes.
- Es preciso constatar si los mismos factores que predisponen al médico a estas patologías y complican su tratamiento, están también implicados en el desarrollo y mal control de otras enfermedades.
- Es necesario además conocer las dificultades y fortalezas del enfermar del médico activo, para poder abordar los problemas que se plantean también desde el punto de vista del bienestar y la calidad de vida del mismo.
- El conocimiento de las percepciones de los propios médicos, así como de quienes los atienden durante su enfermedad, es determinante para comprender la realidad de estos fenómenos y emprender acciones de mejora en el contexto del Sistema Nacional de Salud y la Organización Médica Colegial.
- Existen diferencias en el proceso de enfermar en las diferentes etapas profesionales del médico. Profundizar en las características del proceso de los médicos en activo permitirá comparar con los resultados de otras investigaciones centradas en estudiantes, residentes y jubilados, y mejorar el abordaje de la enfermedad en cada etapa.

Hipótesis de trabajo: Los médicos en activo (MA), por el hecho de serlo, tienen unos rasgos diferenciales en su proceso de enfermar que les hacen ser “pacientes complejos”, tanto desde el punto de vista de la enfermedad mental como del resto de la patología médica.

- *Hipótesis Conceptual 1:* El médico activo no está preparado para situarse en el rol de paciente. Entiende la enfermedad como un reto profesional y, al mismo tiempo, puede vivirla como un fracaso al no ser capaz de tratarse él mismo. La enfermedad impacta en su labor asistencial. → Hipótesis Operativa 1: Es posible conocer en profundidad esas vivencias del médico enfermo en activo y de quienes participan en su atención y trabajan con ellos por medio de entrevistas y grupos focales, y generar un cuestionario para recoger la opinión de los propios profesionales médicos a nivel nacional.
- *H. Conceptual 2:* El proceso de enfermar de los médicos en activo presenta diferencias respecto a los médicos que enferman en otras etapas de su carrera profesional. → H. Operativa 2: Es posible establecer comparaciones entre médicos en activo, residentes y jubilados mediante las entrevistas y el cuestionario.
- *H. Conceptual 3:* El proceso de enfermar de los profesionales médicos en activo presenta diferencias en relación al género → H. Operativa 3: Es posible establecer comparaciones entre médicos y médicas en activo mediante el cuestionario.

C. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

Describir, cuantificar y analizar el proceso de enfermar del profesional médico en activo, su impacto personal, laboral, ético y deontológico para poder plantear estrategias de mejora de la atención al profesional enfermo con años de ejercicio profesional.

Objetivos específicos:

1. Conocer y profundizar en el proceso de enfermar de los profesionales médicos en activo a partir de las experiencias y vivencias de los médicos enfermos.
2. Describir las percepciones de los médicos activos en España sobre su propia salud, estilo de vida, satisfacción laboral, manejo de sus problemas de salud, impacto laboral y el hecho de ser médico de otros médicos enfermos.
3. Comparar la información sobre los comportamientos relativos a la salud y el proceso de enfermar de los médicos en activo hombres respecto a las mujeres.
4. Comparar la información sobre los comportamientos relativos a la salud y el proceso de enfermar de los médicos en activo con los médicos en otras etapas profesionales (residentes y jubilados) y con la población general.
5. Establecer unas recomendaciones sobre el abordaje y el manejo del médico enfermo en activo para las instituciones sanitarias en las que trabaja (servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de recursos humanos) y recomendaciones para el código de deontología y ética médica.

D. METODOLOGÍA

D.1 PORQUÉ METODOLOGÍA MIXTA

Desde el inicio del proyecto quedó patente la dificultad de estudiar la complejidad del proceso de enfermar del médico mediante métodos exclusivamente cuantitativos, históricamente centrados en medir fenómenos con exactitud, cuantificar y determinar relaciones causales.

El método cuantitativo tradicional puede recoger eficazmente los datos epidemiológicos sobre el estado de salud de los MA o la incidencia de enfermedades en dicha población, pero dejaría a un lado las percepciones, vivencias y opiniones de un médico que enferma, así como los aspectos éticos que entran en juego. Por ello se decidió realizar un diseño metodológico mixto que enriqueciera el conocimiento y la comprensión de las perspectivas de los implicados.

La investigación cuantitativa y la cualitativa proporcionan diferentes perspectivas, teniendo cada una de ellas sus limitaciones; los métodos cuantitativos suelen ser débiles en la comprensión del contexto en el cual suceden los fenómenos a estudio. Por otra parte, en los enfoques de tipo cualitativo el investigador realiza sus propias interpretaciones, con el consiguiente sesgo, y no es posible la generalización de los hallazgos, algo que sí puede lograrse con métodos cuantitativos que cuenten con una muestra suficiente.

La metodología mixta consiste en incluir en un mismo estudio de investigación, como mínimo, un método cuantitativo y otro cualitativo. El objetivo es que la combinación de ambos enfoques proporcione mayor conocimiento del problema a estudio que cualquiera de esos enfoques por separado. El diseño incluye la recogida y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, así como la integración de ambos con el objetivo de dar respuesta a las preguntas de investigación.

La metodología mixta surge como solución cuando una sola fuente de información pueda resultar insuficiente para conocer y profundizar en el tema a estudio. En resumen, las ventajas de usar métodos mixtos son:

- Ofrecen una visión más completa del área que se desea estudiar al enfocar una misma realizada desde varias perspectivas.
- Los métodos cuantitativos y cualitativos se complementan, de forma que las limitaciones de uno son atenuadas por las fortalezas del otro.

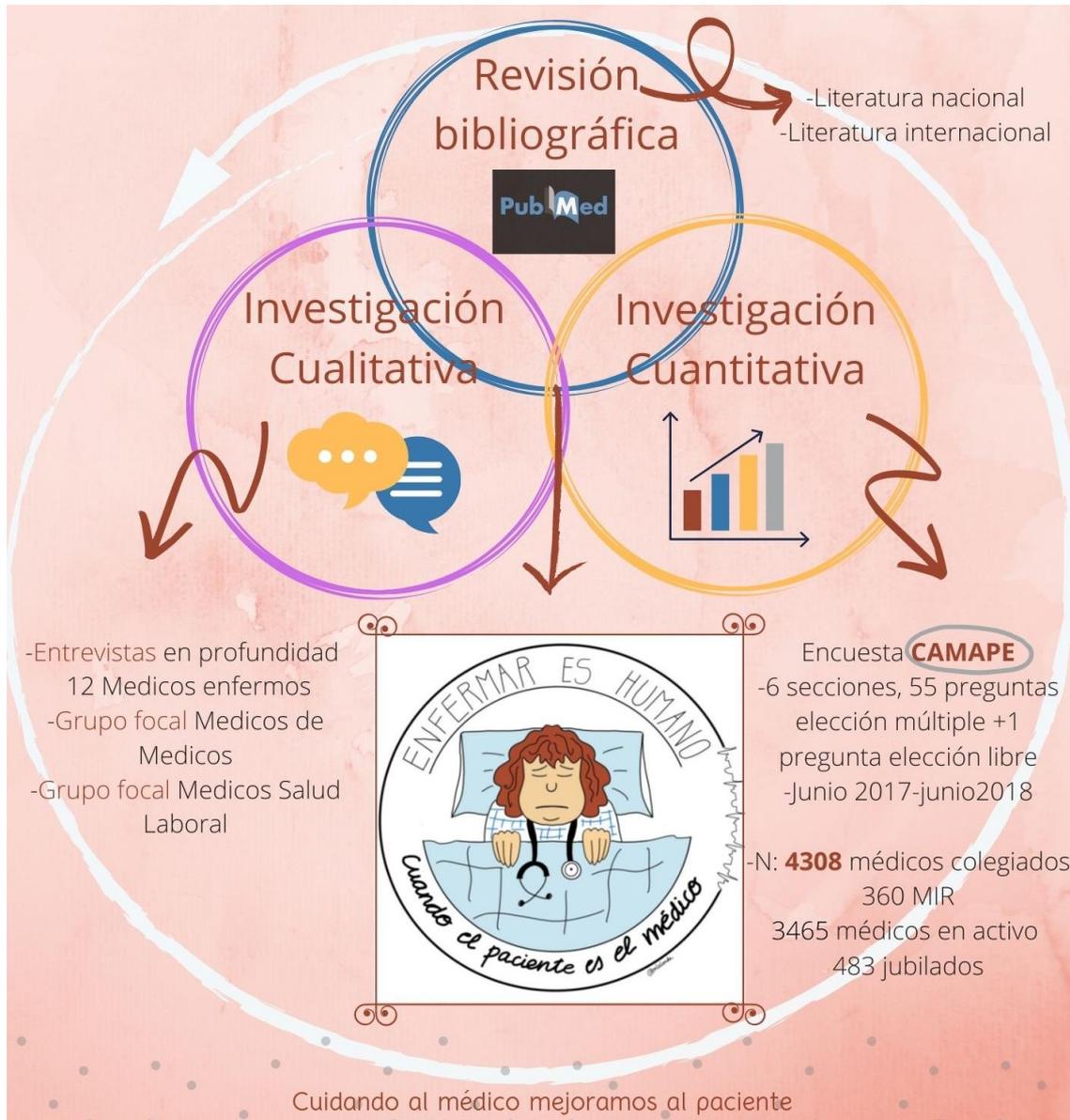
- Permiten responder, en un mismo estudio, diferentes preguntas de investigación.
- El uso conjunto de ambos enfoques permite triangular los datos obtenidos, haciendo que se corroboren entre sí e incrementando la credibilidad de las conclusiones del estudio.

En cuanto al diseño de metodología mixta elegido, se trata de un **diseño paralelo convergente**. En este tipo de diseño, se realiza la recogida y análisis de datos cualitativos y, de forma prácticamente concurrente en el tiempo, el diseño del instrumento para la recogida y análisis de datos cuantitativos. Esta “circularidad” permite que ambos métodos se beneficien del otro ya desde la fase de diseño. Por ejemplo, los resultados obtenidos de las primeras entrevistas y grupos focales a médicos enfermos y médicos de médicos fueron utilizados para realizar el diseño del cuestionario.

El análisis se realiza de forma separada por los métodos habituales cualitativos y cuantitativos respectivamente, y es en etapas posteriores cuando se comparan e interrelacionan, integrando de este modo las distintas perspectivas para obtener una visión lo más aproximada y completa posible del tema a estudio.⁹⁸

D.2 ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

El esquema de la metodología de investigación se muestra en la figura y los subapartados se detallan en los puntos siguientes.



D.3 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el proceso de enfermar del médico en MEDLINE a través de **PubMed, EMBASE e IME**. La estrategia de búsqueda se limitó a los idiomas **inglés y español**. En el trabajo de revisión realizado se ha constatado que no existen descriptores específicos ni se ha podido encontrar un término MeSH que refleje de forma adecuada el concepto de "médico enfermo", lo cual impide realizar una revisión exhaustiva sobre el tema. Por ello la estrategia de búsqueda se estructuró según las dimensiones identificadas para la investigación cualitativa, reflejadas en la **Tabla 1**, así como búsquedas de

documentos publicados a nivel nacional e internacional de organizaciones y asociaciones médicas.

La búsqueda bibliográfica a través de estos descriptores y dimensiones ha permitido identificar un número inicialmente reducido de trabajos, que se fue ampliando mediante búsqueda inversa, así como nuevas búsquedas en base a los códigos de análisis y las categorías resultantes de la realización concomitante de metodología cualitativa (entrevistas semiestructuradas a médicos enfermos y grupos focales a médicos de médicos).

Tabla 1 Estrategia de búsqueda bibliográfica (términos y dimensiones en inglés)

Literature search dimensions	Terms used
Doctors	Doctors, physicians, medical profession
	Junior doctors, resident doctor, senior doctors, practising doctor, retired doctor
Doctors' health	Health-ill, Health behaviour, physicians' distress,
Health care behaviours	Lifestyle, tobacco, alcohol, addictions, physical activities, preventive practices
Doctors as patients	Sick doctor, sick physician, doctor own-illness
Self-treatment, self-diagnosis	Self treatment, self prescription, self diagnosis, self management
	Physician Heal Thyself
Seeking medical care	Help seeking behaviour, seeking care
Work-related impact and presenteeism	Sick leave, presenteeism
Doctors of doctors, manner, confidentiality	treating physician, doctoring doctors, confidentiality, privacy, stigma
Support from professional organisations	Medical colleges, medical associations, registration, certification, health programs for doctors

Los resultados de esta revisión han sido publicados por nuestro grupo de investigación en la revista *Acta Bioethica*¹.

En cuanto a las **referencias bibliográficas**, estas aparecen al final de la tesis, siguiendo la numeración mediante la cual se citan en el texto en la parte de introducción o discusión de esta tesis y se numeran por orden de aparición. Las referencias bibliográficas se realizan según las **Normas Vancouver**. En caso de que un artículo o libro sea citado en más de una ocasión, **conserva el número de la primera vez que ha sido citado**.

D.4 METODOLOGÍA CUALITATIVA

D.4.1.FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CUESTIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa consiste en estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. La orientación metodológica cualitativa no suele partir del planteamiento de un problema específico, sino de un área problemática más amplia en la cual puede haber muchos problemas entrelazados que no se vislumbrarán hasta que no esté suficientemente avanzada la investigación.

Habitualmente, el enfoque cualitativo no pretende ofrecer una generalización de sus conclusiones, sino que más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en una situación o en un grupo o comunidad particular. El enfoque cualitativo se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y pueden llegar a explicar la conducta individual y grupal. Los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida^{99,100,101}.

En nuestro caso vamos a abordar una metodología cualitativa orientada a describir y explicar el proceso de enfermar de los médicos. No existen en esta metodología categorías previas, ni variables, dimensiones, o indicadores preconcebidos: Si el investigador las tiene en su mente, es porque las ha tomado de otras investigaciones, de otras muestras realizadas en otros lugares y en otros tiempos, ya que no existen categorías trascendentes¹⁰². Las verdaderas categorías que conceptualizarán nuestra realidad emergen del estudio de la información que se recoge, al realizar el proceso de "categorización" y durante los procesos de "contrastación" y de "teorización".

La categorización consiste en la elaboración y distinción de categorías a partir de las cuales se recoge y organiza la información. Cada categoría puede ser dividida posteriormente en subcategorías. Estas categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas (construidas antes del proceso de recopilación de información), o emergentes (que surgen a partir de la propia indagación)¹⁰³.

Según Knapp, las actitudes con que debe proceder el investigador cualitativo son:

- Un enfoque inicial exploratorio y de apertura mental ante el problema a investigar.
- Una participación intensa del investigador en el medio social a estudiar.
- Uso de técnicas múltiples e intensivas de investigación con énfasis en la observación participativa y en la entrevista con informadores clave.
- Un esfuerzo explícito para comprender los eventos con el significado que tienen para quienes están en ese medio social.
- Un marco interpretativo que destaca el papel

importante del conjunto de variables en su contexto natural para la determinación de la conducta, y que pone énfasis en la interrelación global y ecológica de la conducta y de los eventos dentro de un sistema funcional. - Resultados escritos en los que se interpretan los eventos y se describe la situación con riqueza de detalles y tan vívidamente que el lector pueda tener una vivencia profunda de lo que es esa realidad¹⁰⁴.

Algunas cuestiones relevantes a tener en cuenta al trabajar cualitativamente son:

Flexibilidad en el diseño

La flexibilidad en el diseño es una de las características fundamentales de la metodología cualitativa, que está orientada al proceso. El diseño se ve condicionado por los hallazgos que se van encontrando, especialmente aquellos no esperados en las hipótesis iniciales y la bibliografía sobre el tema a estudio. Durante este estudio, el diseño de la parte cualitativa se ha ido revisando de manera cíclica y continuada con el asesoramiento de expertos y en base a la información aportada por otras fuentes de información. Por ejemplo, se han incorporado al guion de las entrevistas aspectos claves aparecidos en entrevistas previas, y al mismo tiempo en base a los resultados de las entrevistas en profundidad se han propuesto categorías para el diseño del cuestionario.

Muestreo

La correcta selección de los entrevistados es fundamental. Es preciso que los expertos aporten las distintas perspectivas y sensibilidades respecto al tema, y sean seleccionados por su representatividad, ya que la validez interna y externa de la investigación depende en gran parte de ello.

La muestra intencional se elige en base a una serie de criterios que se consideran altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Hemos procurado que la muestra represente lo mejor posible los subgrupos naturales (al igual que en la muestra estadística), y que se complementen y equilibren recíprocamente. Es decir, se trata de buscar una muestra que sea comprehensiva y que teniendo en cuenta los casos excepcionales, haga énfasis en los más representativos y paradigmáticos. De este modo se puede explotar al máximo a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de comunicación).

El muestreo cualitativo también es dinámico y va evolucionando a lo largo del estudio en función de los primeros resultados obtenidos. El muestreo final incluye una búsqueda de casos confirmantes y otros que, por el contrario, abren nuevas cuestiones enriqueciendo y desafiando las conceptualizaciones de los investigadores)¹⁰⁵.

Respecto al tamaño muestral en metodología cualitativa, no es calculado a priori, sino que se estima un número de entrevistas en relación a los perfiles de participantes, y se espera a la saturación de los datos que van surgiendo,

previando la posibilidad de que el análisis continuo de las entrevistas introduzca nuevas variables a incluir tanto en las entrevistas posteriores como en los perfiles de los participantes.

Recogida y almacenaje de la información

Las bases teóricas de la investigación cualitativa señalan la conveniencia de realizar las observaciones repetidas veces y en diferentes momentos del proceso. Para ello, habrá que tratar de grabar las entrevistas, filmar las escenas, tomar fotografías, hacer anotaciones pormenorizadas de las circunstancias y situaciones, conservar todos los documentos...

Análisis cualitativo

Otra característica de la investigación cualitativa es que la fase de análisis de los resultados no se puede separar de la de obtención de información ni de la explicación de lo analizado. Esto se debe a que a menudo el análisis arroja “pistas” que hacen modificar los métodos de obtención de información, puesto que tal y como se ha comentado previamente, el diseño es flexible y dinámico. Analizar implica construir un orden y dar significado al conjunto de los datos obtenidos mediante el ejercicio de la creatividad, pero sin perder el sustrato empírico y la precisión técnica.

Según los distintos enfoques teóricos, los objetivos de investigación y el tratamiento que se hace del lenguaje, hay pluralidad de modelos de análisis. En el ámbito del análisis cualitativo de los textos producidos en una investigación cualitativa, las corrientes de análisis más presentes en el ámbito de las ciencias de la salud son las denominadas: análisis de contenido, teoría fundamentada, análisis estructural y análisis del discurso.

La corriente metodológica que mejor se adaptaba a nuestra investigación y capacidades era el **análisis del discurso** que combinamos con la **teoría fundamentada** (Grounded Theory)” de cara a construir un modelo de abordaje del médico como paciente¹⁰⁶.

El análisis del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social¹⁰⁷.

La combinación con la Teoría Fundamentada no solo permite realizar una labor descriptiva de la situación que se desea conocer, sino que también incluye una labor interpretativa de los resultados, con verificación o rechazo de las hipótesis planteadas, para proponer un modelo propio.

En la realización del análisis cualitativo se ha tratado de seguir el enfoque propuesto por Taylor y Bogdan, basado en tres fases:¹⁰⁸

1. Descubrimiento: buscar temas examinando los datos de todas las formas posibles. Incluye tareas como leer detenidamente los datos, buscar temas emergentes, o leer el material bibliográfico.
2. Codificación: reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones. Incluye, entre otras acciones, el desarrollo de categorías y la codificación de los datos.
3. Relativización de los datos: interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos. Debe tenerse en cuenta la influencia del observador sobre el escenario, diferenciar datos directos e indirectos, distinguir las fuentes de información, valorar nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica).

Tras ello, extraer, por medio de la teoría fundamentada, las dimensiones importantes que describen el modelo de enfermar de los médicos.

El análisis cualitativo sigue un enfoque en espiral o circular, que consiste en retroceder una y otra vez a los datos para incorporar los necesarios hasta dar consistencia a las conclusiones.

Técnicas de recogida de información:

Existen múltiples técnicas de recogida de información cualitativa, nos centramos en los dos métodos utilizados en este trabajo:

Entrevistas semiestructuradas:

Las entrevistas semi-estructuradas constituyen un instrumento clave dentro de la metodología cualitativa. Pretenden capturar ideas en su contexto natural y respetando la subjetividad, para poder comprender las situaciones a estudio cuyo nivel de complejidad no puede ser explorado de otra forma.

Kvale¹⁰⁹ señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos. En nuestro trabajo, los médicos entrevistados son vistos como “expertos en su propia experiencia” y se produce un dialogo preparado, diseñado y organizado con la finalidad de obtener un discurso continuo sobre el tema objeto de investigación. Mediante las entrevistas pretendemos capturar ideas en su contexto natural y respetando la subjetividad, aportando descripciones muy ricas de fenómenos complejos, ya que permiten dar voz a los médicos que padecen alguna enfermedad^{99,110}.

Grupos focales:

Kitzinger¹¹¹ define el grupo focal como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información sobre un tema determinado. Se realiza con un grupo reducido de participantes, habitualmente entre 6 y 12 personas. La duración suele ser de una a dos horas. Es necesario tener una grabadora de audio y/o video para registrar el intercambio comunicativo del grupo focal, tratando de minimizar el ruido y los elementos distractores para propiciar la concentración del grupo. Una de las figuras centrales en un grupo focal es el moderador, quien dirige el diálogo basado en el guion previamente elaborado, da la palabra a los participantes y estimula su participación equitativa. En el guion se plantean preguntas abiertas relacionadas con los objetivos de la investigación¹¹².

Los grupos focales son una manera rápida y eficiente de obtener datos de múltiples sujetos que al pertenecer a un grupo sienten mayor cohesión con los demás participantes. Esto contribuye a un ambiente de seguridad que fomenta la capacidad para compartir información y opiniones sobre cuestiones complejas. Por otro lado, las interacciones entre los participantes pueden arrojar datos importantes, mayor espontaneidad de las respuestas y propiciar un ambiente en el que poder discutir cuestiones personales. Todo ello puede generar una gran riqueza de testimonios y recoger mucha información en un corto periodo de tiempo^{113,114}.

Asesoría por expertos

Para la adquisición de conocimientos y el asesoramiento sobre los métodos de investigación cualitativa a utilizar en el actual proyecto, además del estudio de la literatura, se ha recurrido a la asistencia a seminarios y tutorías privadas impartidos por expertos en la materia, donde se han podido realizar consultas sobre aspectos metodológicos concretos.

D.4.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Profesional médico: Entendemos como profesional médico a la persona que está en proceso de formación pregrado de medicina (estudiantes de medicina), a las personas en formación especializada (MIR de cualquier especialidad) y a las personas con formación académica concluida y titulación de médico, ejerciendo la profesión médica o bien habiéndola ejercido durante su vida laboral, encontrándose en estos momentos en situación de incapacidad o jubilación.

Médico en formación especializada (MIR): Se incluye a todos los médicos ya graduados en la universidad que se encuentran formándose como especialistas. Aunque este periodo recibe diversos nombres según los sistemas formativos de cada país, en esta tesis se utilizará el término Médico Interno Residente o MIR, propio del sistema sanitario español, para referirnos de forma global a este grupo y facilitar el entendimiento del mismo.

Médico en activo (MA): Se incluye a todos los médicos ya graduados y con formación de especialista que no ha llegado a la edad de jubilación, pudiendo estar en situación laboral activa, incapacidad laboral transitoria o permanente. Constituyen la población a estudio de este trabajo de tesis.

Médico Jubilado (MJ): profesional médico que ha ejercido la medicina en cualquier especialidad bien en el ámbito público o privado, continúa vinculado a un colegio médico provincial en calidad de colegiado jubilado y no han transcurrido más de 10 años de su jubilación. Margen de tiempo a partir del cual la necesidad de actualización clínica y conceptual haría inviable ejercer la medicina incluso con uno mismo

Enfermedad importante o significativa: Este término pretende referirse a cualquier enfermedad física o mental de la suficiente gravedad o duración como para tener consecuencias significativas en el desempeño laboral para el médico que la padece o la ha padecido (incapacidad laboral temporal de al menos un mes...).

Enfermedad crónica (no transmisible): Son enfermedades de larga duración (por lo general más de seis meses y probablemente para toda la vida) y por lo general son de progresión lenta. Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad, según la OMS¹¹⁵.

Enfermedad grave: El Real Decreto 304/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones, en cuyo artículo 9.2 se concreta la enfermedad grave como: Cualquier dolencia o lesión física o psíquica que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona afectada durante un periodo continuado mínimo de tres meses y que requiera intervención clínica de cirugía mayor en un hospital o tratamiento en el mismo.

Médicos de médicos (MdM): Aquellos profesionales médicos que tienen responsabilidad directa sobre el cuidado de la salud de sus compañeros de profesión, o bien por ejercer posición jerárquica o de liderazgo tienen responsabilidad en su organización o la distribución y adaptación de su carga de trabajo. También aquellos representantes de organizaciones destinadas a velar por la profesión y el bienestar de los médicos.

D.4.3 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A MEDICOS ENFERMOS

1. *Diseño de las entrevistas*

Características del diseño:

Se trata de **entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, dirigidas** pero que permiten al participante mantener un discurso coherente en el cual él mismo aporta el orden de los temas a estudio, mientras éstos surjan de manera espontánea.

Las entrevistas son **individuales y monotemáticas** (enfocadas concretamente a nuestro tema de estudio).

Guion inicial:

Según las normas que guían la administración e implementación de esta metodología, es preciso elaborar un guion que recoja los aspectos que han de ser explorados durante la entrevista, tratando de identificar los temas clave. Para ello, se realizaron reuniones con una experta en el tema (Dra. Febrel) y una sesión de tormenta de ideas (*brainstorming*) con un grupo de investigadores en bioética. Cada uno de ellos aportó (de forma coordinada por la experta en metodología), las áreas temáticas y puntos de interés a su juicio más relevantes, que permitieron la elaboración de un primer guion en dependencia del perfil del entrevistado.¹¹⁶

En la [Tabla 2](#), se detallan las partes del guion inicial de la entrevista:

Apartados en el guion de las Entrevistas	
Encuadre o introducción	Presentación, agradecimiento y explicación de la metodología y confidencialidad.
Consentimiento informado	Registro en audio del consentimiento, respuesta a las dudas y compromisos de los investigadores.
Check list de los puntos de interés de cada línea temática prevista en el tema de estudio	Lista de líneas y temas clave que se deben explorar (espontánea o dirigidamente).
Conclusión de la entrevista	Agradecimiento al participante.
Consentimiento informado	Registro en papel del consentimiento, entrega de hoja con información y contactos de los investigadores.

Este guion, como suele ocurrir en metodología cualitativa, ha precisado modificaciones posteriores tras el análisis continuo durante la transcripción de los datos preliminares de las entrevistas de pilotaje.

Por ejemplo, inicialmente se diseñó una primera pregunta que abordara el tema del médico enfermo en general, pero mostrando interés respecto al caso concreto del entrevistado: tratábamos de que el inicio de la entrevista fuera más personal y transmitiendo al médico que nos interesaba su experiencia como enfermo y las reflexiones que a este respecto le hubieran surgido, presuponiendo que de esta manera se favorecía un clima de confianza que facilitaría la conversación. Pero tras realizar las primeras entrevistas nos dimos cuenta de que empezar de esta forma hacía que el entrevistado se sintiera invadido, por lo que diseñamos una pregunta más neutra, esperando a que el propio médico hablara de su experiencia cuando estuviera preparado, o introduciendo el tema de su patología cuando la entrevista estuviera más avanzada.

Los guiones inicial y definitivo de las entrevistas pueden consultarse en el [Anexo 3](#).

2. Delimitación de la muestra a entrevistar: Cuaderno de campo

La primera decisión a la que se enfrentó el grupo de investigación fue la de establecer unos límites del tema a estudio definiendo los perfiles de los profesionales que iban a ser estudiados. Las variables incluidas a la hora de determinar perfiles de las entrevistas y grupos de discusión fueron: profesión, especialidad, momento de la vida profesional, tipo y características de la enfermedad, y ámbito de trabajo.

El proceso de enfermar de los profesionales de la salud:

Centramos nuestro interés en los profesionales médicos exclusivamente, entendiendo que el proceso de enfermar de otros profesionales de la salud (enfermeros, psicólogos...) podrán ser estudiados en futuras investigaciones que se lleven a cabo, incluso con una metodología similar a la de este proyecto para poder establecer comparaciones entre dichos gremios. De hecho, ya se han empezado a realizaren nuestro país algunos estudios sobre las similitudes y diferencias a la hora de enfermar de distintos profesionales sanitarios¹¹⁷.

El proceso de enfermar de los familiares de médicos:

Aunque la intención inicial era incluir en las entrevistas a familiares enfermos de médicos para profundizar también en las diferencias en el enfermar de éstos, finalmente se descartó la idea debido a la amplitud inabordable que alcanzaba el proyecto.

No obstante, teniendo en cuenta la importancia de la familia en el sistema socio económico de nuestro país, si se consideró necesario introducir la variable “familia” en el guion de las entrevistas, en cuanto a valorar sus expectativas, las características del cuidado que ofertan y nivel de información que tienen.

Especialidad del médico enfermo:

A la hora de diseñar los perfiles de los médicos a entrevistar, se planteó la posibilidad de que existieran diferencias en las vivencias de enfermar en dependencia de la especialidad.

Inicialmente se planteó la posibilidad de discriminar entre médicos generalistas (atención primaria y medicina interna) y especialistas (resto de especialidades). No obstante, un miembro del grupo de investigación opinaba que era más probable que existieran puntos de vista más diferenciados entre profesionales de especialidades médicas y quirúrgicas. Y se debatió también la posibilidad de introducir la dicotomía “ámbito rural/urbano”.

Para resolver el tema acudimos a la literatura diferenciando finalmente entre los médicos enfermos que trabajan en un hospital frente a los que lo hacen de forma ambulatoria extra hospitalaria, ya que es ésta característica la que ha demostrado hasta ahora suponer diferencias significativas entre la actitud ante la propia enfermedad. Por ejemplo, se ha descrito una mayor tendencia de los médicos que trabajan dentro del hospital a consultar a un colega ante un problema de salud en lugar de acudir a un médico de familia propio, y los médicos extra hospitalarios se autoprescriben significativamente más que los primeros ¹¹.

Delimitación de las enfermedades a estudio:

Los problemas de salud considerados abarcan procesos crónicos (de larga evolución) o procesos graves entendiendo estos como los que requieren ingreso hospitalario o bien procesos diagnósticos complejos y que tienen un gran impacto en la vida de los profesionales.

Etapa de la enfermedad:

Se debatió en del grupo de investigación la etapa de enfermedad más oportuna para realizar las entrevistas, acordando que podía aportar mayor riqueza entrevistar a MA en diferentes momentos del proceso, aunque evitando las fases muy iniciales porque en ellas el propio enfermo desconoce aún muchos aspectos de su enfermedad y por ello puede compartir menos información. La mayoría de las entrevistas se han realizado después de la reincorporación laboral, de manera que los entrevistados han podido explicar su experiencia a lo largo de todo el

proceso: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, incluyendo la situación de baja laboral y el regreso al trabajo.

Embarazo:

Tras mantener un debate abierto entre los integrantes del grupo de investigación y pulsar la sensibilidad hacia el tema entre directivos de la Organización Médica Colegial, se decidió dejar fuera del estudio a las médicas embarazadas. Es cierto que el embarazo es una situación que también genera ausencias laborales y conlleva visitas médicas y contacto con los servicios de salud. Además, la bibliografía revela un importante aumento del riesgo relativo de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto de las profesionales médicas frente a la población general, y mayor número de complicaciones en su salud^{118,119}. Pero consideramos que el embarazo no se trata de una enfermedad y tiene unas implicaciones diferentes a las patologías que van a tratarse en esta tesis.

Discapacidad:

Se valoró la posibilidad de incluir en el estudio a médicos que, más que una patología, presentaban una discapacidad funcional para valorar de qué forma las cuestiones relacionadas con la capacidad y la discriminación influyen en el desempeño de su trabajo y el desarrollo de su vida profesional. Este tema es de importancia capital en el caso de la formación pregrado, pero consideramos que podría distorsionar los resultados obtenidos en cuanto al proceso de enfermar de los MA.

3. Elección del informante

Para la implementación de las entrevistas realizamos una selección no azarosa de sujetos (muestreo no probabilístico, de tipo teórico o intencionado), teniendo en cuenta sus características profesionales y personales. En concreto se realizó un **muestreo teórico de médicos en activo** tras finalizar su periodo de formación, **que padecen o han padecido una enfermedad significativa** (en base a los criterios anteriormente descritos) y que obedecen a una serie de variables (sexo, ámbito de trabajo, tipo de enfermedad, momento en la trayectoria profesional), y criterios detallados en la [Tabla 3](#).

Tabla 3 Profesionales médicos en activo enfermos entrevistados

Código	Fecha	Entrevistador	Observador	Lugar	Sexo	Edad	Patología	Especialidad	Otras características
20-001	18/05/15	Investigador principal	si	Domicilio	mujer	52	Oncología respiratoria	Medica hospitalaria	
20-002	04/06/15	Investigador principal	si	Facultad de medicina	mujer	58	Oncología maxilofacial	Médica (paliativos)	Medico de médicos
21-003	22/07/15	Investigador principal	no	Hospital	hombre	65	Oncología digestiva	Quirúrgica	Jefe de servicio y catedrático universidad
20-004	21/10/15	Investigador principal	si	Facultad de medicina	mujer	35	Oncología ginecológica	MAP	Experiencia en bioética
21-005	18/12/15	Investigador 2	si	Facultad de medicina	hombre	56	Trastorno afectivo	MAP	
21-006	04/04/16	Estudiante TFG	no	Facultad de medicina	hombre	62	Oncología digestiva	Medico hospitalario	
21-007	20/04/16	Investigador principal	si	Facultad de medicina	hombre	52	Oncología nefrológica	Medica hospitalaria	
20-008	16/06/16	Investigador principal	no	Facultad de medicina	mujer	55	Oncología digestiva	Medicina legal y forense	Relevancia pública y profesora universidad
21-009	23/08/16	Investigador 2	si	CIBA	hombre	30	Trastorno afectivo	Medico hospitalaria	
20-010	08/01/17	Investigador principal	no	Domicilio	mujer	64	Traumatológica	Pediatría primaria	Experiencia en bioética
21-011	16/01/17	Investigador principal	no	Facultad de medicina	hombre	45	Reumatológica	MAP	
21-012	24/01/17	Investigador principal	no	Facultad de medicina	hombre	64	Diabetes/ infarto	Medica hospitalaria	Profesor universidad

Por motivos éticos y de confidencialidad, para el “reclutamiento” de individuos a entrevistar recurrimos a crear la figura del “**introductor**”:

Un introductor o persona de enlace es aquella a la que, por su experiencia, relevancia profesional, perfil o posición laboral y sensibilidad ética, hemos considerado oportuno explicar los objetivos y metodología de nuestra investigación. Estas personas, debido a su trabajo en diferentes ámbitos (clínicos, institucionales, corporativos e incluso personales) mantienen relación con médicos que cumplen los criterios de nuestra selección, y se encargan de tantear la disposición de éstos para participar en el estudio, dándoles una información básica (por motivos metodológicos) pero suficiente sobre el tema. Si la persona está dispuesta a participar, tras obtener el consentimiento explícito de la misma, la figura de enlace pone en contacto al investigador con el futuro entrevistado. A

continuación, se pone en marcha las aclaraciones pertinentes y la ampliación de la información, y la cita que más convenga al participante para realizar la entrevista.

4. Preparación de la entrevista:

Otro de los puntos que se trató con la experta en metodología cualitativa fue la información que debíamos hacer llegar a los participantes.

Por cuestiones de rigor metodológico no está indicado mandar previamente el guion de la entrevista a los participantes, la información debe ser escueta; suficiente para que se formen una idea sobre el tema de estudio, pero que no permita investigar o informarse previamente sobre el mismo, ya que lo que buscamos son testimonios sobre la propia experiencia y sus reflexiones personales al respecto. Por otro lado, pretender realizar entrevistas personales de una hora de duración a facultativos médicos sin explicarles previamente las garantías de confidencialidad y los objetivos del estudio, resultaba poco realista a la par que poco ético. De este modo se elaboró un **modelo de presentación, agradecimiento e información metodológica general** que se puede consultar en el *Anexo 4* y que fue distribuido de forma electrónica en los primeros contactos investigador/entrevistado. Posteriormente se procedió a concretar la fecha y lugar según preferencias del entrevistado.

Se ofreció al participante realizar la entrevista en las instalaciones de la Facultad de Medicina de Zaragoza, su domicilio u otra localización de su elección, siempre que existan unas condiciones óptimas para realizarla (acústica adecuada para realizar la grabación, ausencia de interrupciones del discurso...).

Otras consideraciones al respecto de la preparación y la logística de la entrevista pueden consultarse en el apartado *G."Microética"*.

5. Consentimiento, realización y registro de la entrevista:

Tras el debate de la cuestión se decidió realizar las primeras entrevistas de pilotaje **con observador**.

Tanto las entrevistas como los grupos focales son técnicas muy dependientes del entrenamiento y la pericia del entrevistador, por ello consideramos las primeras entrevistas a modo de pilotaje que ha permitido una curva de aprendizaje en la técnica, al mismo tiempo que iniciábamos el análisis de los discursos. Todo ello resultó de utilidad en la planificación dinámica del proyecto de investigación definitivo, así como en el entrenamiento de las investigadoras del equipo.

Algunos autores opinan que no es recomendable la figura del observador durante las entrevistas, puesto que su presencia podría suponer una intimidación

añadida que dificultara el discurso libre y espontáneo del sujeto. Pero en nuestro caso, además de garantizar la estandarización de la aplicación de las técnicas por parte de las integrantes del equipo, realizar conjuntamente las entrevistas nos ha permitido asegurar la consistencia entre entrevistadores, lo cual incrementa la veracidad de los hallazgos. Y la toma de notas enfocada al lenguaje no verbal realizada por el observador, así como la posibilidad de mantener un breve debate sobre los nuevos temas surgidos tras las entrevistas resultó muy enriquecedor en el análisis posterior. Por otro lado, no tuvimos constancia de que la presencia de dos entrevistadores influyera en el discurso del entrevistado.

Inicialmente el grupo de trabajo no creyó necesaria la realización de un **documento de consentimiento informado**, dada la existencia de un consentimiento verbal registrado en las grabaciones. Pero finalmente se consideró que la redacción de dicho cuestionario podía suponer un beneficio para los participantes y una garantía adicional de calidad. El documento puede consultarse en el [Anexo 5](#).

Es preciso señalar, que tras la realización de las primeras entrevistas y a la vista de lo valioso de algunos testimonios textuales, modificamos el documento de consentimiento con la intención de pedir permiso a los sujetos para poder utilizar puntualmente parte de la información extraída con fines docentes además de investigadores.

Se realizaron **12 entrevistas entre mayo de 2015 y enero de 2017**, a médicos con enfermedad de los perfiles detallados anteriormente. Las entrevistas se audiograbaron íntegramente para poder transcribir y analizar posteriormente los datos de manera textual, tras solicitar consentimiento al participante. Tanto los archivos de audio como las transcripciones de las mismas se almacenan en el ordenador de la investigadora principal. Además, como registro adicional, se realizó una toma de notas por parte del entrevistador y el observador prestando especial atención al lenguaje no verbal.

La duración aproximada de las entrevistas fue de **una hora**, con duración mínima de 45 minutos y máxima de 80 minutos.

6. Transcripción

Se realizó con la ayuda del **programa de transcripción F4®**, se transcribió de forma literal todo el contenido de la entrevista, incluyendo no solo la parte verbal sino también las anotaciones sobre comunicación no verbal u otros aspectos

detectados y registrados durante la entrevista. La transcripción se hizo habitualmente en la semana posterior a la realización de la entrevista, siendo impresa y revisada posteriormente para corregir errores de transcripción u ortografía.

7. Análisis de las entrevistas: Análisis en primera persona.

Se realizó un **análisis del discurso complementado con la teoría fundamentada**, encaminado a estudiar las interpretaciones de los informantes claves que han experimentado, en primera persona, el fenómeno de padecer una enfermedad siendo médico de profesión.

El proceso de categorización se realizó dividiendo conceptualmente las entrevistas en los **temas más relevantes**. Las categorías de partida han sido básicamente los grandes bloques del guion de las entrevistas, aunque surgieron de forma espontánea otros que se sumaron posteriormente como **nuevas subcategorías** que pueden consultarse en la siguiente tabla.

Tabla 4: Categorías del análisis cualitativo de las entrevistas

PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO: Análisis cualitativo en primera persona		
CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS	
Proceso asistencial	Diagnóstico	-Automanejo -MAP/Acudir a compañeros -Médicos enfermos especialistas (más pruebas) Vs MAP (más seguros privados) -Salud Laboral
	Tratamiento	-Dar por sentado conocimientos -Autotratamiento -Retraso/oposición tto. -Buenos cumplidores -Mayor conocimiento efectos secundarios -Confianza en compañeros -Otras consultas: internet, segundas opiniones. -Diferencias en tto MAP/especialistas.
	Seguimiento	-Flexible, menos reglado: aspectos positivos y negativos
	Confidencialidad	Pérdida frecuente, normalización, necesidad formación, informatización, consecuencias negativas, médicos jóvenes, tipo de patología, atención en

		mismo lugar de trabajo, confidencialidad de otros pacientes.
	Información Recibida	Suficiente/ sobreentendida No atreverse a preguntar/molestar Clara, técnica, fría. Búsqueda adicional: internet, segunda opinión.
Proceso emocional	Emociones experimentadas	Impotencia, humillación, tristeza, negación, miedo, angustia, vulnerabilidad, pérdida de identidad, confianza, sentimiento de control, fracaso como médico, carga o molestia para los demás, aceptación...
	Influencia de los conocimientos	-Positivo: anticipación, toma más consciente de decisiones. -Negativo: anticipación, hipocondriasis -Capacidad interpretación de los síntomas -Conocimientos del sistema y contactos -Influencia de la personalidad -Automedicación
	Trato recibido	Preferente. Efecto clase
	Aprendizaje de la enfermedad	Cambio de los propios valores, mejorar la atención al paciente, mejorar la empatía con el paciente.
Influencia en el entorno laboral	Sobrecarga asistencial Exceso de responsabilidad	
	Impacto de la enfermedad en la calidad asistencial.	
	ILTs/reincorporación	Presentismo, responsabilidad compañeros y pacientes, pérdida económica...
	Corporativismo mal entendido	Encubrimiento Mental vs "físico"
	Relación con los colegas/superiores jerárquicos	Cuestionamiento Apoyo
	Identificarse como médico	Contrapartida positiva en fase inicial, negativa en seguimiento. Rechazo al trato preferente. Discrepancias entre

		medico como enfermo y como médico de otros médicos.
Médicos de médicos	Trato deferente.	Dan un trato deferente a sus colegas enfermos.
	Sentirse incomodo, exigido, cuestionado y evaluado.	Rechazo ante pacientes médicos Atribución de actitudes neuróticas
	Mayor esfuerzo	
	Referencia con el Médico de familia	
	Los médicos eligen a quienes quieren que sean sus médicos	
	Exceso de empatía	Relación Médico-paciente
	Conflicto de rol	
Colegios de Médicos y Organización Colegial	Desconocimiento del rol	
	PAIME	
	Reivindicación de su labor	
	Necesidad de mayor implicación	
	Propuestas de intervención de los COM (en "líneas futuras"?)	

Una vez seleccionadas las categorías, se realizó un trabajo de lectura repetida de las entrevistas y se agruparon los conceptos transmitidos por las frases y párrafos en códigos descriptivos. Se clasificaron bajo la misma palabra o expresión (código) conceptos similares que se interpretaban del diálogo con diferentes entrevistados, creando así redes de conceptos y visualizando ideas novedosas.

Según la bibliografía, el análisis asistido por ordenador mediante los programas informáticos existentes, resulta especialmente útil cuando, como es nuestro caso, es preciso trabajar simultáneamente con grandes cantidades de información. Estos softwares facilitan la categorización y la organización de la información de tal manera que el proceso de análisis de contenido, la interpretación posterior y la triangulación del equipo investigador pueden resultar menos complejos.¹²⁰ Por este motivo, el proceso analítico se apoyó en el programa MAXQDA v12.0.

Tras un análisis preliminar, en el que se señalan los ítems más destacados, se realizó una puesta en común en mayor profundidad entre los investigadores. Introducir las entrevistas en el soporte informático MAXQDA permitió

perfeccionar el análisis y poder realizar comparaciones con el resto de entrevistas y datos del proyecto. Asimismo permitió la recuperación de todos los comentarios o “verbatim” asociados a cada código y una visualización más clara de la información y las conclusiones.

Las citas textuales o verbatim expuestas en el apartado de resultados, llevan vinculado un código que hace referencia al identificador de la entrevista.

Para asegurar la credibilidad (validez interna) y confirmabilidad de los datos obtenidos, todas las entrevistas han sido analizadas por hasta 3 investigadoras (C. Pérez, P. Astier y B.Marco) de manera independiente que han trabajado el análisis con el mismo programa MAXQDA.

8. Entrevistas a MIR y MJ y su comparación con MA

Como parte del proyecto global (“Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”), y mediante la misma metodología, se realizaron **10 entrevistas semi-estructuradas a médicos en formación y a 5 médicos jubilados** que padecen o han padecido una enfermedad importante. Los perfiles de los entrevistados del grupo de los MIR y MJ, según sexo, edad y tipo de patología, pueden consultarse en el [Anexo 6](#).

D.4.4. GRUPOS FOCALES

Para el desarrollo de nuestro proyecto de investigación se consideró que, además de extraer información en primera persona de las entrevistas en profundidad realizadas a médicos enfermos, podría resultar de gran interés conocer las opiniones sobre el proceso (análisis del tema en 3ª persona), de algunos colectivos como los médicos de médicos, médicos de salud laboral...en general de aquellos profesionales que de una forma u otra participan en la atención de los MA o tienen relación con su formación profesional.

Potenciar el debate y las sinergias entre las experiencias y opiniones de estos colectivos nos parecía útil para identificar problemas existentes en el proceso de enfermar de los médicos y posibles acciones para solucionarlos.

Para la realización de esta tesis se han desarrollado los siguientes grupos focales:

- Grupo focal con médicos del trabajo que desarrollan su labor en servicios de salud laboral de hospitales públicos con docencia. (GF-1)
- Grupo focal con médicos que atienden a médicos enfermos (GF-2)
- Grupo focal con médicos implicados en la dirección u organización de colegios profesionales de médicos. (GF-3)

1. Diseño del grupo focal

El guion de cada grupo focal fue realizado en base a la literatura científica disponible sobre el tema y a las preguntas de investigación para las que se deseaba encontrar respuesta, junto con la información obtenida en el proyecto hasta ese momento (proveniente sobre todo de las entrevistas individuales ya analizadas). El guion fue enviado previamente a los participantes en el grupo, en algunos casos junto con información adicional que pudiera fomentar el interés sobre el tema.

Los documentos referentes a los Grupos Focales pueden consultarse en el [Anexo 7 Y Anexo 8](#)

2. Selección de los participantes

La selección de los participantes de cada uno de los grupos focales se ha realizado en función de los criterios de inclusión establecidos para cada grupo, a partir de un procedimiento de muestreo teórico o intencional. Se ha preferido crear grupos de profesionales de un mismo campo o con un denominador común (por ejemplo, la pertenencia a una institución o entidad) con el fin de facilitar la cohesión grupal y la comunicación sobre los temas propuestos. Entre las personas que cumplen los criterios de función y experiencia profesional buscados, se han

seleccionado los participantes por disponibilidad para el día y horario previstos. Las características de los participantes pueden consultarse en las [tablas 5,6 y 7](#).

- *GF-1*: médicos especialistas en Medicina del Trabajo que ejercen su labor en los Servicios de Salud Laboral de hospitales con residentes en formación especializada. Se ha intentado que pertenezcan a varios sectores sanitarios distintos para mejorar la representatividad de la muestra.

Tabla5: Selección participantes GF-1

INICIALES	ESPECIALIDAD	SEXO	HOSPITAL
MC	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de más de 1000 camas
CL	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de más de 1000 camas
JT	Médico del trabajo	Hombre	Hospital de menos de 500 camas
EV	Médico del trabajo	Hombre	Hospital de menos de 500 camas
MJB	Médico del trabajo	Mujer	camas
JR	Médico del trabajo	Mujer	camas
EZ	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas
CI	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas
LS	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas

- *GF-2*: médicos de médicos: se seleccionaron médicos especialistas de un hospital comarcal que atendían de forma frecuente a médicos enfermos. Y se incluyó también una médica de familia que tenía en su cupo médicos enfermos y médicos jubilados con problemas de salud crónicos.

Tabla 6: Selección participantes GF-2

ESPECIALIDAD	SEXO	OTRAS CARACTERÍSTICAS	HOSPITAL
Medicina Interna	Hombre	Jefe de servicio	Hospital de menos de 500 camas
Medicina Interna	Mujer	Médico adjunto	Hospital de menos de 500 camas
Traumatología	Mujer	Jefa de servicio	Hospital de menos de 500 camas
Cirugía general	Hombre	Médico adjunto	Hospital de menos de 500 camas
Medicina de Familia	Mujer	Médico de Familia de Centro de salud	Hospital de menos de 500 camas
Medicina de Familia	Mujer	Médico adjunto del Servicio de Urgencias	< 500 camas

- *GF-3*: responsables de colegios profesionales: selección de 13 representantes de colegios oficiales de médicos provinciales (Cantabria, Guipúzcoa, Valladolid, Zaragoza, Tarragona, Las Palmas, Madrid, Tenerife, Barcelona y Salamanca).

Tabla 7: Selección participantes GF-3

INICIALES	SEXO	LUGAR DE EJERCICIO	ESPECIALIDAD/MOMENTO CARRERA PROFESIONAL
JM	Hombre	BARCELONA	Jubilado. Hospital de más de 500 camas
MC	Mujer	GRANADA	Profesor universidad
EA	Hombre	GUIPUZCOA	Geriatra; Hospital menor 500 camas
JIPB	Hombre	SALAMANCA	Jubilado. Hospital de más de 500 camas
MM	Mujer	CANTABRIA	Médico de familia. Centro de Salud Rural
RO	Mujer	MADRID	Médico del trabajo
MJDY	Mujer	MADRID	Psiquiatra. Hospital mayor 500 camas
AS	Hombre	TENERIFE	Jubilado
BP	Mujer	MADRID	Infeciosas. Hospital mayor 500 camas
SS	Mujer	LAS PALMAS	Anestesiista Hospital mayor 500 camas
RA	Varón	TOLEDO	Profesor Universidad Fco Vitoria
FD	Varón	TARRAGONA	Médico de familia. Centro de Salud Urbano

3. Realización y características de los grupos focales

Las sesiones tuvieron una duración aproximada de **dos horas**. El equipo moderador estuvo siempre compuesto por al menos **dos investigadoras** del grupo de investigación, entre ellos la doctoranda encargada del subproyecto correspondiente. Se registró todo lo comentado en el grupo mediante **grabaciones de audio**, posteriormente almacenadas únicamente en el ordenador de la investigadora principal. Todos los participantes firmaron un documento de **consentimiento informado**, aceptando su participación en el grupo focal y la difusión de los datos obtenidos con fines investigadores y docentes.

- **Grupo con médicos de los Servicios de Salud Laboral (GF-1)**

Tuvo lugar el día 21 de noviembre de 2016 en una sala de reuniones del Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA). Participaron 5 médicos de Salud Laboral, aunque una de ellas tuvo que abandonar la sesión antes de finalizar por motivos laborales. Pertenecían al Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital de Alcañiz. El equipo moderador lo compusieron las investigadoras Pilar Astier y Bárbara Marco.

- **Grupo con médicos de médicos (GF 2)**

Tuvo lugar el 3 de marzo del 2020 en el Hospital Reina Sofía de Tudela. El equipo moderador estaba compuesto por las investigadoras Pilar Astier, Alba Gállego y Teresa Martínez, además formó parte una estudiante de medicina durante la realización de su Trabajo Fin de Grado. Como ya se ha reflejado, en el grupo

participaron seis facultativos especialistas del hospital de Tudela o de su área de salud.

- *Grupo focal con representantes de colegios profesionales (GF-3)*

Tuvo lugar en Málaga, el 21 de abril de 2017 durante el Congreso de Deontología Médica. El equipo moderador estuvo compuesto por Pilar Astier y Bárbara Marco y Rogelio Altisent. Participaron 12 médicos de diferentes especialidades ya detalladas en la tabla 7.

4. Transcripción

Se realizó con la ayuda del programa de transcripción F4®, la transcripción de forma literal todo el contenido del grupo, incluyendo no solo la parte verbal sino también las anotaciones sobre comunicación no verbal u otros aspectos detectados y registrados durante la entrevista. La transcripción se hizo habitualmente en las semanas posteriores a la realización del grupo, siendo impresa y revisada posteriormente para corregir errores de transcripción u ortografía.

5. Análisis de los grupos focales: Análisis en tercera persona

La técnica de análisis fue similar a la de las entrevistas individuales, siguiendo las pautas de Taylor et al.¹⁰⁸ En primer lugar se realizó de forma manual y posteriormente con ayuda del programa de análisis MAXQDA. Algunas categorías y códigos coinciden con los utilizados en el análisis de las entrevistas, pero otros se han creado expresamente durante el análisis de los grupos focales.

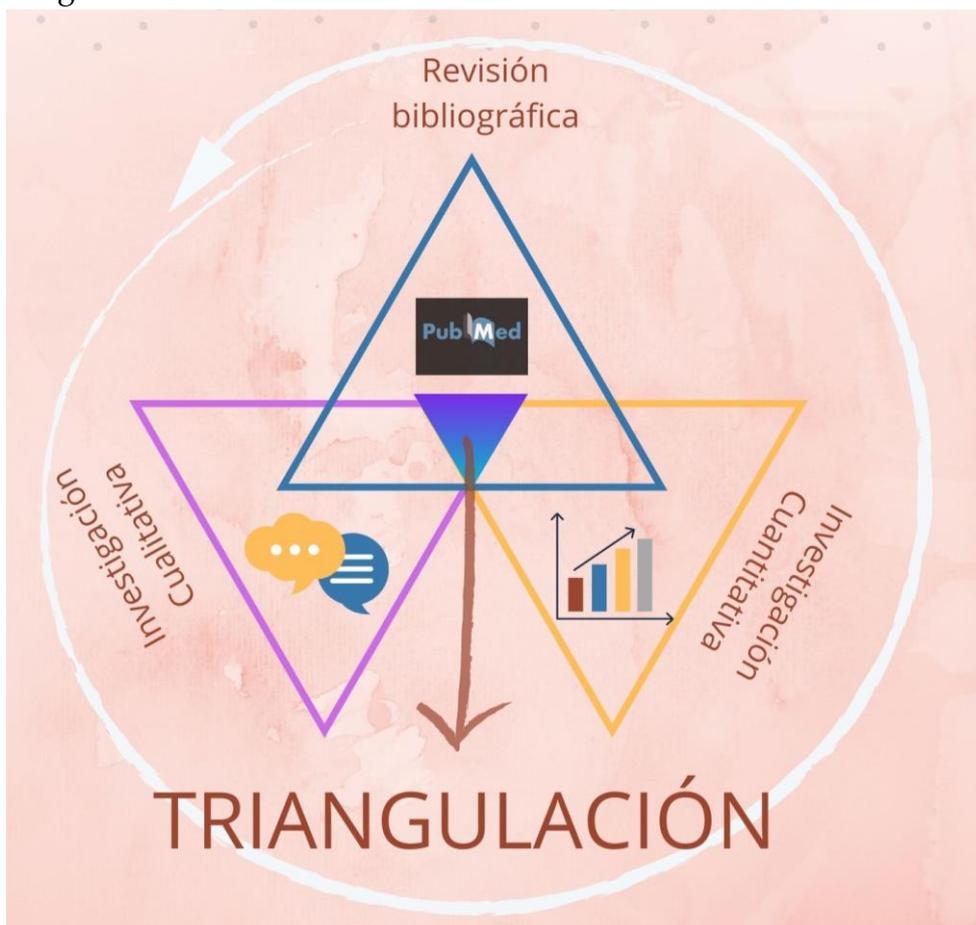
Cada grupo focal fue analizado por al menos dos investigadoras, y contó con la supervisión de una experta metodológica.

D.4.5 TRIANGULACIÓN

El investigador cualitativo, para facilitar el proceso de corroboración estructural, cuenta con dos técnicas muy valiosas: las grabaciones de audio y/o vídeo, que le permitirán observar y analizar los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores, y la "triangulación" (de diferentes fuentes de datos, perspectivas teóricas, diferentes observadores y procedimientos metodológicos...).

La triangulación es la acción de reunir y cruzar toda la información pertinente al objeto de estudio, surgida en la investigación por medio de los instrumentos utilizados. Se realiza una vez ha concluido la recopilación de la información con los datos obtenidos mediante otros instrumentos y con el marco teórico.

La triangulación de los datos en este caso se realiza comparando los resultados cuantitativos y cualitativos, así como las referencias bibliográficas, para comprobar que los distintos enfoques de un mismo tema a estudio son congruentes.



D.5 METODOLOGÍA CUANTITATIVA: ENCUESTA

Dado que disponíamos de poca información sobre la salud y la enfermedad de los médicos en España a lo largo de su desarrollo profesional, el equipo investigador se planteó desarrollar una encuesta para identificar los **Comportamientos y Actitudes del Médico Ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE)**.

El método cuantitativo por el que optamos para nuestro estudio fue un **cuestionario tipo encuesta**, con el propósito de obtener datos representativos de toda la población de médicos colegiados en España respecto al cuidado de su propia salud y sus actitudes a la hora de enfermar, además de poder establecer comparaciones entre los médicos en diferentes etapas de su carrera profesional y según su sexo.

Se puede definir la encuesta como una técnica formada por un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, que recogen y analizan datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.¹²¹ Las singularidades más destacadas de una encuesta son:

- La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.
- La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.
- El interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece; de ahí, como se ha mencionado, la necesidad de utilizar técnicas de muestreo apropiadas.
- Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.
- La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que permite hacer comparaciones intragrupalas.

D.5.1 DISEÑO DE LA ENCUESTA

La encuesta se diseñó en el seno del **Grupo de Investigación de Bioética de Aragón** (Instituto de Investigación Sanitaria Aragón), y con el apoyo de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la **Facultad de Medicina**, contando también con asesoramiento por parte de profesionales del programa **PAIME** y de la **Organización Médica Colegial**.

Un primer cuestionario fue diseñado y pilotado en el año 2015, como parte de un trabajo fin de master en ética médica aplicada defendido el día 12 de diciembre de 2015¹²². No obstante, el proceso de diseño ajustado al proyecto de investigación "Enfermar es Humano" abarcó desde enero de 2016 hasta junio de 2017, momento de distribución y recogida de resultados. Este cuestionario inicial de 26 ítems distribuidos en 5 secciones, se basó en las dimensiones más relevantes del proceso de enfermar de los médicos extraídas de la parte cualitativa y de la revisión de la literatura científica anteriormente explicitada y prestando especial atención a documentos de organizaciones gubernamentales y de profesionales a nivel nacional e internacional accesibles a través de sus páginas web entre los que cabe destacar:

1. Revisión sistemática sobre las barreras que experimentan los médicos en su acceso al sistema de salud realizada por la Universidad de Queensland en Australia^{5,123}.
2. Encuesta sobre el cuidado médico de los doctores y sus familias realizado por el Consejo Médico de Hong Kong, China, en el año 2003 ¹²⁴.
3. Encuesta a médicos residentes en Canadá ³⁸ y en Irlanda¹²⁵.
4. Encuesta y recomendaciones de la British Medical Association sobre las actitudes en relación con el uso de los servicios sanitarios¹²⁶.
5. Encuesta realizada por la Asociación Médica de Noruega en 1993 a una muestra representativa de noruegos para estudiar sus condiciones de salud¹²⁷.
6. Encuesta postal finlandesa del año 1997 a la tercera parte de los colegiados menores de 66 años sobre el estado de salud percibido, los trastornos crónicos y la utilización de los servicios sanitarios¹²⁸.
7. Encuesta sobre salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña. (Basada en la encuesta finlandesa.)³³.

El objetivo de este cuestionario era identificar los problemas de salud de los médicos, cómo solicitan atención sanitaria, cómo se enfrentan al proceso de

enfermar, el impacto en su profesionalidad y el impacto en su institución sanitaria explorando las siguientes áreas:

- Contenidos socio demográficos.
- Comportamientos y actitudes ante la propia salud e impacto laboral.
- Actividades para el cuidado de la salud.
- Consumo de medicamentos, utilización de servicios sanitarios y trato recibido.
- Médicos de médicos y colegios profesionales.

Este primer cuestionario se modificó en base a la investigación cualitativa concomitante y por medio de varios debriefings con expertos en Deontología Médica, expertos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y de la Fundación Galatea (Fundación para velar por la salud y el bienestar de los profesionales de la salud) y el propio equipo investigador. Las modificaciones hasta obtener el cuestionario CAMAPE final se detallan a continuación.

Primer Debriefing en el seno del grupo de investigación: Incorporación de nuevas secciones

1. Incorporación de preguntas para establecer comparaciones.

El objetivo final era que la encuesta fuera de ámbito nacional y con una muestra significativa de colegiados que permitiera establecer relaciones entre variables y generalizar los resultados sobre las actitudes del médico ante su propia salud. Pero también se planteó como interesante posibilidad, poder comparar los resultados de la población médica española en activo y jubilada con la población general. Por lo que se decidió seleccionar e incorporar preguntas de la **Encuesta de Salud Europea** realizada por el INE en España en relación con aspectos de estado de salud, consumo de medicamentos y uso de servicios sanitarios¹²⁹, así como de la **Encuesta Nacional de Salud (ENS)**, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística. La Encuesta Nacional de Salud se iba a lanzar en el mismo periodo temporal que la nuestra, (2017) y se seleccionaron algunas preguntas con diseño similar para poder establecer en el futuro comparaciones entre la población de profesionales médicos españoles y la población general española¹³⁰.

La ENS es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico, y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. Consta de 3 cuestionarios (hogar, adulto y menor) que abordan 4 grandes áreas: socio-demográfica, estado de salud, utilización de los servicios

sanitarios y determinantes de la salud. La Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017) recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 23.860 hogares. Se realizaron 29.195 entrevistas entre octubre de 2016 y octubre de 2017 en todo el territorio nacional, lo que la hace idónea para establecer comparaciones con nuestra encuesta sobre el médico como paciente cuyo trabajo de campo estaba también previsto en fechas próximas y también en ámbito nacional. La página web del Instituto Nacional de Estadística ofrece los resultados de la ENSE 2017 desglosados por categorías.

2. A sugerencia de expertos se incorporaron algunas preguntas en relación con aspectos éticos recogidos del **cuestionario ERNA**, perteneciente a otro proyecto de investigación desarrollado en el Grupo de Investigación de Bioética de Aragón, sobre ética de la coordinación entre niveles asistenciales.¹³¹
3. Incorporamos también preguntas directas en relación a si el estado de salud del médico puede influir en la relación con el paciente, y si existe **diferencia** en esa influencia cuando se trata de **un proceso orgánico o de un trastorno mental**, tal y como señalan diferentes trabajos.¹³²
4. Se decidió retirar las preguntas en relación al manejo y actitud ante la enfermedad de los familiares del médico. Tras debatir la cuestión en una sesión con integrantes del grupo de investigación, se consideró que el abordaje de la patología de la familia del médico por parte de éste tiene entidad suficiente como para desarrollar una investigación diferenciada.
5. Se eliminaron las preguntas de opción múltiple por resultar confusas para los entrevistados y no aportar información de interés.

Segundo debriefing: *Cualitativa y PAIME*

La realización de las primeras entrevistas semi-estructuradas a médicos enfermos, así como un encuentro de investigación sobre el médico como paciente con profesionales del Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME) permitió mantener un diálogo abierto con profesionales expertos y recabar información y opiniones que modificaron tanto el diseño cualitativo como el cuantitativo del proyecto. Durante varios meses se procedió a la selección de algunas preguntas que pudieran aportar información más útil sobre el tema a estudio, pero controlando la duración de la encuesta para que no excediera de un número de ítems y tiempo razonables. Se recogieron propuestas de modificación en la redacción de varias preguntas y eliminación de otras.

Algunos de los temas que se incorporaron:

1. Se planteó la inclusión del **hábitat de residencia** (zona rural-urbana) por si tenía relevancia en cuanto a las diferencias en el autocuidado, pero finalmente se optó por especificar el nombre de la provincia y número aproximado de habitantes del municipio.
2. En cuanto al estado civil, se creyó interesante incluir información sobre las **parejas entre profesionales de la salud** ya que existen estudios en los que se relaciona el hecho de convivir en pareja como un factor de protección para la salud¹³³.
3. En el área de “Situación laboral y profesional”, queda especificado el tipo de contrato (indefinido, interino, temporal, añadiendo posteriormente el ejercicio mixto) y el **número de horas trabajadas durante la última semana** lo cual aporta pistas sobre las condiciones de trabajo. Se sugirió incorporar una pregunta con la visión que tienen los profesionales de la salud de los **servicios de prevención de riesgos** de los centros (pregunta 48).
4. Se decidió establecer un marco temporal en algunas preguntas para ayudar a concretar las respuestas y hacerlas más certeras de tal forma que en vez de formular “en alguna ocasión” se redactaron las preguntas “en los últimos 12 meses” o “en los últimos 2 años”.
5. Las preguntas de opinión relacionadas con padecer enfermedad eran inicialmente muy genéricas por lo que se trató de diferenciar los tipos de trastornos crónicos, los que tienen **carácter físico** (colesterol, hernia discal, artrosis...), de los directamente **mentales** (depresión, trastornos de ansiedad...) o de los derivados de las **condiciones de trabajo**, como el estrés o la fatiga.
6. Se ordenaron de forma más coherente las preguntas eliminando algunas de las cuestiones en relación con los hábitos de vida y fusionando aquellas más importantes en la sección “Actividades para el cuidado de la salud”, lo que permitió mejorar la extensión y el tiempo invertido en cumplimentar el cuestionario.

Tercer debriefing: Modificación en base a los grupos de discusión en los Congresos de Deontología Médica

- Los asistentes al **III Congreso Nacional de Deontología Médica** celebrado entre el 19 y el 21 de mayo de 2016 en Alicante participaron en un taller relacionado con el médico enfermo. 47 médicos participantes en dicho taller respondieron al borrador de la encuesta y posteriormente se propusieron modificaciones en la misma mediante la técnica de brainstorming. Como principal modificación se decidió incorporar una pregunta para valorar la opinión sobre la **atención a los médicos**

jubilados. La prensa además se ha hecho eco del controvertido y relevante tema de la situación del médico jubilado, y dificultad de los profesionales en el proceso de jubilación^{134 135}. La pregunta inicial, puede consultarse a continuación:

“¿Consideras que los profesionales médicos jubilados que enferman deberían ser atendidos en los centros sanitarios con algún reconocimiento a su condición de compañeros de profesión?”

1. No
2. Sí, porque normalmente son familiares de compañeros de trabajo.
3. Si porque son médicos y han sido compañeros de trabajo.
4. No sabe/no contesta.

Posteriormente se consideró una nueva redacción que permitiera valorar el tema de forma más amplia, y añadir una cuestión concreta respecto a la capacidad de prescripción por parte de los médicos jubilados (preguntas 49 y 50 de CAPAME):

“¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos/as jubilados/as?”

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

1. Deberían conservar esa capacidad de por vida.
2. Deberían renunciar nada más jubilarse
3. Deberían renunciar tras varios años sin ejercicio

- En el **IV Congreso Nacional de Deontología Médica** (20-22 abril de 2017, Málaga.) se llevó a cabo un grupo de discusión y como resultado del mismo incorporamos también una pregunta para valorar la opinión sobre la conveniencia de realizar modificaciones en el Código de Deontología Médica que atendieran al estado de salud del propio médico.

La pregunta inicialmente redactada fue:

“¿Consideras de interés, que al igual que han hecho la Asociación Médica Americana (AMA) y el Consejo de Médicos de Reino Unido (GMC), el Código Deontológico Médico Español realice recomendaciones acerca del abordaje de la salud del propio profesional médico y de la relación terapéutica del médico con sus familiares cercanos?”

Finalmente, en pos de la simplificación la pregunta numero 51 resultó:

“¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?”

Cuarto Debriefing: Grupo de Investigación de Bioética de Aragón:

Se solicitó a los miembros del GIBA que no participaban directamente en el proyecto “Enfermar es Humano” que respondieran las preguntas que pueden verse en la [Tabla 8](#) por correo electrónico tras cumplimentar la encuesta con las modificaciones antes detalladas.

Tabla 8

Debriefing miembros GIBA sobre CAMAPE
1. ¿Las preguntas resultan adecuadas?
2. ¿El lenguaje es correcto y comprensible?
3. ¿Las opciones de respuesta son suficientes y se comprenden en el proceso de respuesta?
4. ¿Existe un orden lógico en la estructura del cuestionario?
5. ¿Qué te ha parecido el coste en tiempo y en esfuerzo para cumplimentarlo?
6. ¿Propondría suprimir alguna pregunta?

Como resultado de este debriefing:

- Finalmente se optó por **escalas Likert** para preguntas de opinión o de satisfacción, que permitieran recoger mejor los posicionamientos de mucho a nada. Aunque no pudieron modificarse todas las preguntas para ajustarlas a este formato ya que nos interesaban los matices cualitativos de algunas de ellas.
- Se modificaron algunas preguntas cuyas posibilidades de respuesta no eran excluyentes y se podían contestar a más de una e incluso todas, resultando los resultados confusos.
- Se creyó conveniente especificar para la pregunta número 23, que no se consideran problemas de salud los periodos de descanso maternal/paternal o riesgo durante el embarazo. Así fue añadida la siguiente aclaración:

“Tenga en cuenta cualquier enfermedad, problema de salud o lesión que usted haya padecido y por los que tuvo que faltar a su trabajo. No se consideran problemas de salud los periodos de descanso maternal/paternal o riesgo para el embarazo.”

- Se incorporó un apartado (preguntas de 53-55) sobre la **Validación Periódica de la Colegiación (VPC)** ante la actualidad de dicho tema y la inminente puesta en marcha de dicho procedimiento en el año 2017 por parte de la OMC¹³⁶. De hecho, de forma prácticamente coincidente en el tiempo los colegios de médicos aprobaron la VPC cada seis años, que incorpora una valoración del estado de salud.

Pilotaje Organización Médica Colegial

Antes de distribuirla entre toda la población diana, tuvo lugar una fase de **pilotaje de la encuesta**, siendo administrada a los miembros de la **Comisión Permanente de la OMC y la Junta del Colegio de Médicos de Zaragoza**. En base al feedback proporcionado por estas personas, se realizaron algunos cambios en la encuesta y la técnica de aplicación, obteniendo por fin las características de la encuesta definitiva.

D.5.2 CAMAPE: ENCUESTA DEFINITIVA

Características:

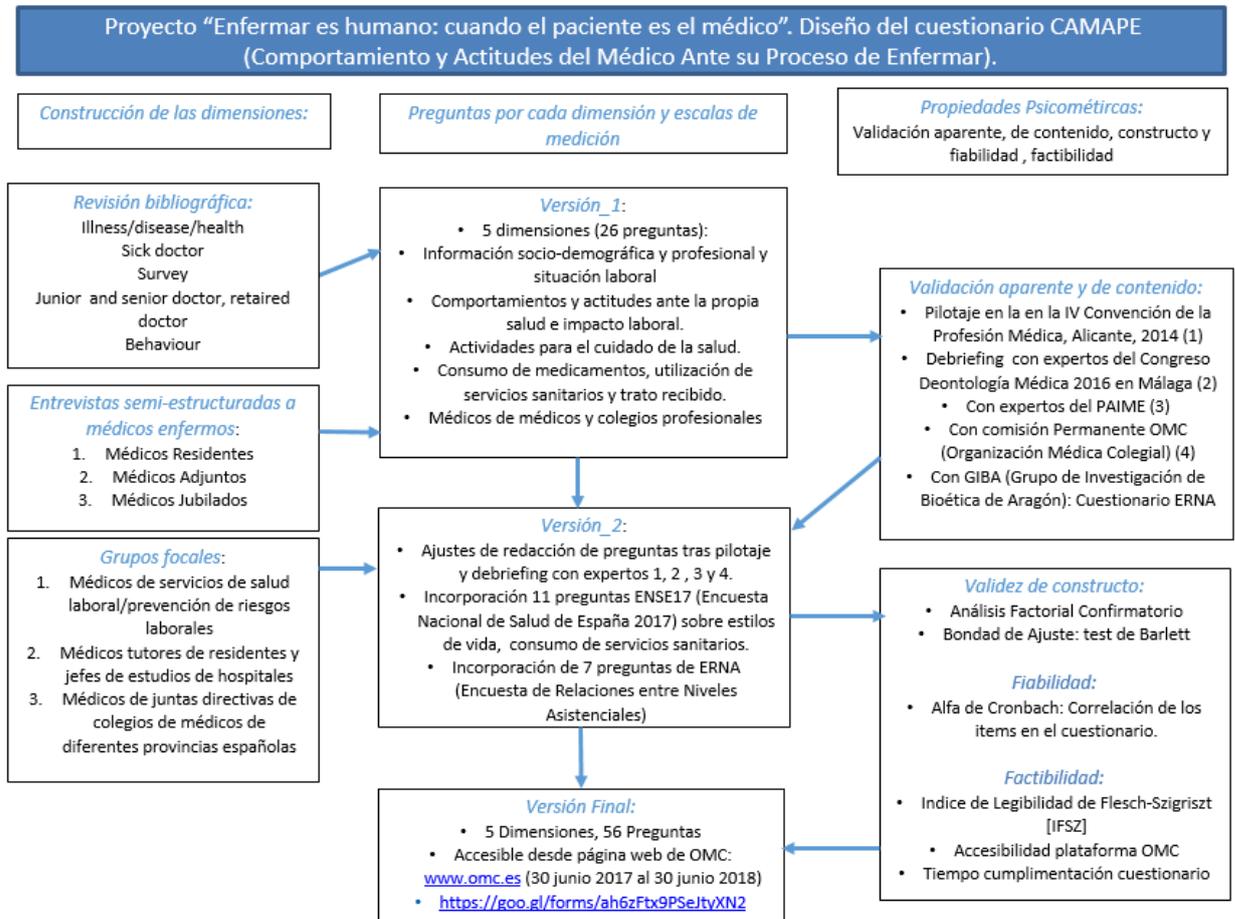
El cuestionario CAMAPE puede consultarse en el [Anexo 9](#)

Consta de **55 preguntas de elección múltiple** entre un abanico de respuestas cerrado, todas de obligada respuesta, junto con una **pregunta final abierta** invitando a los encuestados a aportar sugerencias sobre el tema. Las variables del cuestionario final se agruparon en las siguientes secciones:

Tabla 9: Secciones CAMAPE

1) Contenidos socio-demográficos, especialidad, situación laboral, práctica pública/privada/combinada y de satisfacción profesional.
2) Contenidos en relación con el cuidado de la salud (enfermedades crónicas, vacunación gripe, tabaco, alcohol, relación con el médico de familia).
3) Contenidos en relación con el hecho general de enfermar (autodiagnóstico, autotratamiento, vías alternativas de acceso al diagnóstico y tratamiento).
4) Impacto laboral (bajas laborales, presentismo, tiempo de baja laboral...)
5) Contenidos en relación con ser médico de otros compañeros enfermos.
6) Confidencialidad, consideraciones deontológicas sobre la validación periódica de la colegiación y aspectos que mejoraría en relación con la atención al médico enfermo.

El proceso de diseño del cuestionario definitivo queda resumido en la siguiente figura:



Distribución de la encuesta

La encuesta definitiva se distribuyó bajo el encabezamiento “Encuesta El Médico Como Paciente” y el título “Encuesta sobre el comportamiento y actitudes del médico ante su propio proceso de enfermar”.

El tiempo estimado para la cumplimentación es de aproximadamente **10-12 minutos**. Por supuesto era anónima y su realización era completamente voluntaria. Al tratarse de una encuesta on-line, esta debía ser completada de una sola vez

La encuesta completa o puede realizarse de forma más confortable desde el siguiente link: <https://goo.gl/forms/ah6zFtx9PSeJtyXN2>

La distribución fue precedida por un escrito de presentación por parte de la OMC (Anexo 10). Se incluyeron unas palabras de agradecimiento a los encuestados por su participación y un captcha (pregunta para comprobar que quien responde es una persona real e impedir el envío automatizado de mensajes basura).

La encuesta se encontró disponible desde el **día 20 de junio de 2017 hasta el 30 de junio de 2018** en la siguiente página web, perteneciente a la OMC: <https://www.cgcom.es/encuesta-el-medico-como-paciente>.

El cuestionario se administró a médicos colegiados en España en cualquier momento de su carrera profesional, desde el periodo de formación especializada hasta la jubilación, ambos inclusive. En el caso de este subproyecto, se analizan fundamentalmente las respuestas de los médicos en activo en cualquier hospital de España y, posteriormente, su comparación con los resultados obtenidos en otros grupos (médicos especialistas en formación y jubilados).

Se realizó **difusión** de la existencia de la encuesta a través de la **OMC**, de las **páginas web de los Colegios de Médicos** de cada provincia y, en el caso de los residentes, a través de las **unidades docentes y comisiones de docencia** mediante correos electrónicos.

Población y cálculo muestral

Se consideró una población de médicos colegiados de 270.000 incluyendo a médicos residentes, activos y jubilados. Se realizó un muestreo aleatorio con nivel de confianza o seguridad $(1-\alpha):99\%$; Precisión 3%; proporción $p=0.5$ que maximizara el tamaño de la muestra, con una proporción esperada de pérdidas del 50%-. La muestra total fue de **3.662 profesionales**. El cuestionario se diseñó para su **auto-cumplimentación en formato web en la plataforma de la OMC**: <http://www.cgcom.es/>

D. 5.3 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA CAMAPE

El análisis de datos de la encuesta se ha organizado en 3 etapas:

1. Validación psicométrica de la encuesta CAMAPE
2. Análisis descriptivo univariante y bivariante.
3. Análisis multivariante.

D.5.3.1 VALIDACIÓN PSICOMETRICA DEL CUESTIONARIO

El proceso de validación se dividió en dos etapas: 1) evaluación de la validez de la apariencia, la validez del contenido y la viabilidad y 2) evaluación de la validez de constructo y la fiabilidad.

1) Proceso de evaluación de la validez aparente, la validez del contenido y la viabilidad:

El proceso de validación consistió en la evaluación de la **validez apariencia y la validez del contenido** a través de las tres reuniones informativas con expertos en ética médica y expertos del PAIME y de la Fundación Galatea (fundación creada para proteger la salud y el bienestar de todos los profesionales de la salud) y el equipo de investigación.

En cuanto a la viabilidad del cuestionario, la evaluación tuvo en cuenta

a) El porcentaje de preguntas sin respuesta.

b) El tiempo de cumplimentación del cuestionario y la escala de legibilidad para los textos de INFLESZ calculado a través de la aplicación disponible online: <https://legibilidad.blogspot.com/2015/01/el-programa-inflesz.html>^{137,138,139}.

c) Por último, el acceso a la plataforma de cuestionarios que se facilitó a través de las páginas web del Colegio de Médicos de cada provincia de España y de la OMC, ambas conocidas por los médicos colegiados.

2) Proceso de evaluación de la validez de constructo y fiabilidad:

La validez de constructo se evaluó mediante el **análisis factorial exploratorio** (EFA). Para aplicar AFE, se evaluó la idoneidad del análisis factorial mediante la medida de la adecuación del muestreo de **Kaiser-Meyer-Olkin** (KMO). La adecuación también se evaluó a través de una matriz de correlación por la **Prueba de Esfericidad de Bartlett**. En nuestro caso, el valor p asociado a la prueba de Bartlett fue $< 0,001$, lo que confirmaba el uso de esta técnica.

A continuación, se realizó un **análisis factorial de confirmación** (AFC) para corroborar las dimensiones del cuestionario y analizar la distribución de los elementos dentro de cada dimensión. La fiabilidad se midió a través de la consistencia interna del cuestionario mediante coeficientes de correlación y el **índice alfa de Cronbach** (IAC).

Tras el AFE y AFC, se obtuvo un modelo de 5 factores (NFI= 0,721, RMSEA=0,109, CFI=0,859) que explicaba el 78,08% de la varianza. El primer factor (F1) agrupaba los ítems relativos al tema "El trabajo empeora la salud". El segundo (F2) se refería a "Cuestiones mentales, hábitos tóxicos y el impacto de una mala salud en el rendimiento laboral"; El tercero (F3) incluía "Presentismo y bajas por

enfermedad"; El cuarto (F4) agrupaba ítems sobre el manejo de un compañero enfermo y el apoyo de las organizaciones médicas. El quinto (F5) reunía cuestiones relacionadas con el tratamiento y el valor potencial de la revalidación de la colegiación en la salud de la profesión médica. La consistencia interna general fue buena (IAC 0,7889), así como la de cada factor (F1: 0,8045; F2:0,6764; F3: 0,5722; F4: 0,6790; F5: 0,6924).

D.5.3.2 ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE Y BIVARIANTE:

Se ha procedido a la recodificación de variables según se refleja en el [Anexo 11](#). Se ha realizado un análisis descriptivo univariante de todas las preguntas del cuestionario para evaluación y depuración de los datos. Los resultados de las **variables cualitativas** se expresan en **porcentajes** y los de las **variables cuantitativas** mediante **valor medio y desviación estándar**. 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 residentes (MIR), médicos en activo y médicos jubilados. Para las **variables cualitativas** se ha realizado una comparación de proporciones por medio de **Chi-cuadrado** y para las **cuantitativas** por medio de **T de Student**. Cuando la muestra analizada para alguna variable con cumplía el criterio de normalidad se ha utilizado la prueba de la U de Mann-Whitney. Es una prueba no paramétrica que se aplica a dos muestras independientes. Es la versión no paramétrica de la prueba t de Student. El nivel de significación establecido ha sido **p<0,05 (Intervalo de confianza del 95%)**.

Presentación de resultados del análisis univariante

La síntesis del análisis univariante se describe en la sección de resultados, mostrando el número de respuestas del global (MIR+activos+jubilados) y para médicos en activo.

Los resultados se van a presentar para los médicos activos y para el conjunto de la muestra y la comparación de las respuestas entre médicos en activo, MIR y médicos jubilados cuando esta resulte relevante.

La descripción completa de los datos obtenidos para todas las categorías profesionales, podrá consultarse en el [Anexo 14](#).

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. En los casos en los que los médicos

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.

Para todo ello se ha utilizado el programa estadístico **IBM SPSS Statistics® versión 22**.

D.5.3.3 ANALISIS MULTIVARIANTE.

Se procedió a diseñar un análisis multivariante que permitiera analizar si las variables con significación en el grupo de médicos activos mujeres podían resultar significativas cuando se ajustaban a otras variables dentro de un rango de posibles comportamientos diferentes entre hombres y mujeres.

Para ello se realizó un análisis de **regresión logística binaria en la que la variable dependiente era el sexo**. Se recodificaron nombrándose “0” el grupo mujer (categoría de referencia) y “1” el grupo hombre. Se tomó como referencia el de menor valor, en este caso el 0, que es ser mujer y por ello aquellas variables con valor superior a 1 se consideraron comportamientos más probables entre varones, y los valores inferiores a 1 se consideraron comportamientos más probables entre mujeres. Fue evaluada la significación estadística de estas tendencias con el fin de identificar si existen comportamientos más frecuentes en hombres o en mujeres a la hora de enfermar, como parecen señalar algunos artículos de la literatura científica¹⁴⁰.

Se construyeron varios modelos para valorar distintos comportamientos de los médicos ante la salud y la enfermedad cada uno de los cuales agrupaba determinadas variables detalladas a continuación.

1º. Modelo: 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 *¿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?*, por presentar colinealidad con otras variables. Puesto que era una pregunta que considerábamos muy interesante y que podría tener un peso relevante, se rehízo 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 incluyeron todas las demás variables determinadas. En el modelo con la P.20, se descartaron varias

variables, incluyendo finalmente las siguientes: P.12r, enfermedades crónicas, P.17r, P.18r, y automedicación para el dolor.

Tabla 10: Variables utilizadas en el modelo 1 (percepción/ afectación de la salud)

Pregunta CAMAPE multivariante modelo 1	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).

2º. Modelo: Comportamientos de riesgo

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

Se consideraron actitudes prudentes respecto a la propia salud (autocuidado) a la protección de la salud del médico desde una perspectiva de prevención y de reducción de riesgos, reflejadas por actuaciones como vacunarse de la gripe, acudir a revisiones de salud laboral o ser conscientes de que los médicos tienen que cuidar de su propia salud. Por el contrario, los comportamientos proclives al riesgo, se basan en la dificultad para reconocer y admitir la enfermedad, o pensar que esta no tiene impacto en el trabajo. El comportamiento de riesgo en el manejo de la enfermedad propia también tiene relevancia en este modelo, por ejemplo, las consultas informales llamadas “consultas de pasillo”, o la automedicación, ambas consideradas conductas de riesgo en la literatura. Por otro lado, tener un profesional de referencia, ya sea el médico de atención primaria o un especialista al que acudir de manera formal se asocia con mayor frecuencia a una adecuada relación médico-paciente y a un acceso formal al sistema de salud y seguimiento más normativo.

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 pueden 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.

Tabla 11: Variables utilizadas en el modelo 2 (gestión del riesgo)

Pregunta CAMAPE multivariante modelo 2	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 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?	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)

3º. Modelo: Autoconfianza

Con este modelo pretendemos analizar la confianza que tienen los médicos en sí mismos. Por un lado, la confianza a la hora de actuar se relaciona con un comportamiento individual de seguridad sin entrañar riesgos para el paciente. Y por otro lado la confianza con el trabajo propio, relacionada con una mayor satisfacción laboral, aunque también con la tendencia a creer que la salud propia no afecta a la calidad asistencial. El modelo de autoconfianza también tiene relación con la preferencia por saber que un paciente es médico y se identifique como tal cuando acude como paciente. Respecto a la confianza relacionada con la necesidad de formación, se analiza la sensación de preparación para atender a un colega o considerar que la atención a los médicos deberían hacerla personas y/o unidades especializadas en médicos enfermos y formadas específicamente para ello.

Tabla 12: Variables utilizadas en el modelo 3 (autoconfianza)

Pregunta CAMAPE multivariante modelo 3	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

4º. Modelo: Confidencialidad.

En el análisis bivalente se observa 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.

Tabla 13: Variables utilizadas en el modelo 4 (confidencialidad)

Pregunta CAMAPE multivariante modelo 4	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

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

La relación con los colegas puede variar dependiendo del género: el trato, las recomendaciones cuando otro médico consulta como paciente, ser o no capaz de abordar a un compañero si se detecta algún problema que pueda condicionar su actividad laboral, la opinión respecto a la capacidad de prescripción tras la jubilación, etc.

Tabla 14: Variables utilizadas en el modelo 5 (relación con otros colegas)

Pregunta CAMAPE multivariante modelo 5	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

Presentación de resultados del análisis multivariante:

Las tablas de todos los modelos realizados con los resultados se pueden ver en el apartado Resultados, 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.

Tabla 15: ejemplo de presentación de resultados análisis multivariante

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.

E. ASPECTOS ÉTICOS DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

E.1. Documento de Consentimiento Informado para entrevistas y grupos.

Inicialmente el grupo de trabajo no creyó necesaria la realización de dicho documento, dado que el consentimiento verbal explícito queda registrado en las grabaciones al inicio de las entrevistas y grupos focales. Tras mantener una sesión de debate al respecto con un grupo de investigadores en ética, se consideró que la redacción de dicho documento podía suponer un beneficio para los participantes que, de este modo dispondrían de una copia en papel con la información básica de la investigación y los contactos de los investigadores. Además, dadas las características especiales de la población a estudio (médicos muy habituados al uso de documentos de consentimiento), no consideramos que existiera riesgo de que la necesidad de la firma del participante fuera un elemento disuasorio innecesario.

Por todo ello, finalmente **se elaboraron documentos de consentimiento informado para las entrevistas y participación en grupos focales**, que pueden consultarse en los [Anexos 5 y 7](#) respectivamente.

E.2. Comité de Ética de la Investigación

Se realizó una solicitud de revisión y **aprobación del proyecto de investigación al CEICA**, quienes solicitaron una serie de aclaraciones, que fueron respondidas, obteniendo la aprobación definitiva el 5 de octubre de 2016. El dictamen favorable del CEICA puede leerse en el [Anexo 12](#).

En dicha solicitud queda explícito el compromiso por parte de todos los investigadores para garantizar que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón, respetando las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y garantizando la confidencialidad de los datos recogidos y la intimidad del participante (cumpliendo la **LO 15/99 de protección de datos de carácter personal**).

Los datos de los participantes y los registros en audio de las entrevistas han permanecido únicamente en el ordenador de los investigadores y serán destruidos al terminar de manera definitiva el proyecto. Durante la realización del proyecto de investigación, en ningún momento se han llevado a cabo prácticas experimentales con personas o animales, ni se ha puesto en riesgo la salud física o psíquica de los participantes.

E.3.Reclutamiento de la población a estudio cualitativo

Al realizar el diseño del proyecto de investigación, nos dimos cuenta de que la mayor dificultad desde el punto de vista ético (además de metodológico), iba a ser el “reclutamiento” de médicos enfermos para la realización de las entrevistas. Cuestión además que es una de las aportaciones y aclaraciones solicitadas por parte del CEICA.

Motivos obvios relacionados con la confidencialidad nos impiden la búsqueda directa de participantes, por lo que como metodología de trabajo hemos creado la **figura de “enlace” o “introducción”** cuyas características quedan detalladas en el apartado previo sobre metodología. De este modo si el contacto del introductor prefiere no participar en el estudio, los investigadores nunca conocen su identidad ni su patología.

E.4 Protección de datos de carácter personal

La encuesta se ha realizado de manera anónima y en ningún caso se han solicitado datos identificativos como nombre, DNI o número de colegiado. En cuanto a la parte cualitativa, a **cada médico entrevistado se le ha asignado un código**, que es el número que aparece en las transcripciones y análisis de las entrevistas, de manera que el nombre u otros datos identificativos no han quedado reflejados en ninguna documentación del proyecto salvo en una base de datos privada, a la que solo han tenido acceso los miembros de grupo de investigación y con restricción de su copia o difusión.

E.5 Cuestiones económicas

Por supuesto, la participación en este estudio ha sido voluntaria **sin existir ningún tipo de compensación económica** ni de otro tipo a cambio de la misma. La cumplimentación de la encuesta tampoco conllevaba ninguna gratificación, como así se indicó en el documento remitido al CEICA.

Esta tesis se incluye dentro del **proyecto FIS (PI18/00968) “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”** que ha recibido financiación total de 45.254 euros en 3 años, empleados en la financiación de las publicaciones derivadas y la difusión de la investigación en congresos nacionales e internacionales. [Anexo 13.](#)

Los investigadores involucrados en este proyecto están especialmente concienciados con las cuestiones económicas, considerando los gastos prescindibles como un problema de índole también ética, y procurando en la medida de lo posible realizar un presupuesto ajustado que es actualizado y revisado en cada fase de la investigación

E.6 “Microética”

Tenemos claro que las implicaciones éticas de la investigación cualitativa, van más allá de lo exigido por los comités éticos de investigación, en su origen planteados para hacer cumplir los principios básicos sobre la investigación médica que involucra a los seres humanos¹⁴¹.

Las dimensiones éticas de la investigación incluyen la tradicional ética “procedimental” o conceptual, pero también la ética de la práctica o “microética”, que no tiene necesariamente una relación directa con la valoración y aprobación por parte de los comités de la metodología utilizada en el proyecto de investigación¹⁴².

Durante el transcurso de una investigación surgen **momentos “éticamente importantes”** que son difíciles de prever, especialmente si la metodología de la investigación es cualitativa, debido a su complejidad y riqueza¹⁴³.

A continuación, detallamos algunas cuestiones de la ética práctica identificadas y deliberadas en nuestro proyecto, a expensas de que surjan otras muchas que deberán ser solucionadas en el transcurso del mismo:

- a. Se entabló un debate durante la realización del guion inicial para las entrevistas semiestructuradas, sobre la primera pregunta o pregunta lanzadera, que debe introducir de forma abierta y general el tema a estudio. Se sugirió inicialmente que la pregunta hiciera referencia a la experiencia concreta del médico al caer enfermo, puesto que de éste modo dábamos importancia a su vivencia subjetiva particular y mostrábamos interés por su situación. Pero tras la realización de las primeras entrevistas, nos dimos cuenta que abordar directamente el mundo de las emociones del entrevistado, le podía hacer sentir violento y resultaba una forma demasiado invasiva de iniciar la relación, que no favorecía el discurso fluido. Por ello finalmente modificamos la pregunta inicial de forma que resultara más neutra, dando la oportunidad al sujeto de hablar de su enfermedad en el momento en que se sintiera preparado.
- b. A pesar de contar con un lugar de referencia para realizar las entrevistas, decidimos como deferencia hacia los participantes, entrevistarles en el sitio que más oportuno y cómodo les resultara, siempre que cumpliera ciertos requisitos (ausencia de ruidos e interrupciones...).
- c. Se valoró la posibilidad de dejar estar presente durante la entrevista a un acompañante o familiar de la confianza del entrevistado, si éste presentaba una situación médica o psicológica demasiado deteriorada o vulnerable. Para ello aclaramos previamente los requisitos que dicho acompañamiento necesitaría cumplir para no incurrir en sesgos metodológicos.

- d. Otro tema tratado por el grupo de expertos fue la importancia de trabajar una mínima relación de confianza previa entre el investigador y el médico, para favorecer tanto la comodidad del entrevistado como la fluidez de la entrevista y dar oportunidad de plantear todas aquellas dudas que puedan surgir. Se acordó que, en la medida de lo posible, los entrevistadores serían presentados personalmente por las figuras de enlace.
- e. Como compromiso con el conocimiento generado en toda investigación, y entendiendo que el fin último del proyecto es comprender y tratar de mejorar la vivencia de los médicos que enferman, creemos fundamental hacer llegar a cada participante una memoria con los resultados más relevantes del estudio, una vez que finalice el mismo.
- f. Entendiendo que el objetivo de nuestra investigación en ética aplicada debe ser traslacional, y permitir poner en marcha cambios en la práctica que mejoren la situación previa al estudio, los investigadores nos comprometemos a elaborar y difundir por todos los medios oportunos, el material informativo y/o recomendaciones al respecto de la salud de los médicos, tanto para ellos como para las instituciones que los atienden.
- g. Debido a que la población a estudio son médicos y los investigadores del proyecto también nos dedicamos a la medicina, era inevitable que en algún momento uno de los investigadores pudiera conocer personalmente a alguno de los participantes. En los casos en los que se ha valorado que ese conocimiento previo podía condicionar los datos obtenidos o incomodar al entrevistado, se ha evitado que la entrevista la llevara a cabo el investigador con quien este mantenía una relación personal, siendo realizada por otro investigador del grupo.
- h. Cuando se reproducen citas textuales de los entrevistados, existe riesgo de que estos puedan ser identificados por personas de su entorno, quedando dañados el anonimato y la confidencialidad. Más aún cuando, como en este caso, se trata de información sensible que en muchos casos pertenece al ámbito más personal e íntimo, como es la información sobre la experiencia de enfermar. Por ello, hemos sido especialmente cuidadosos seleccionando las citas que aparecen en esta tesis, eliminando las partes que contenían datos que pudieran ser identificativos de la persona que las había pronunciado.
- i. Por los mismos motivos expuestos en el apartado anterior sobre preservación del anonimato y la confidencialidad de los participantes, se ha decidido no incluir las transcripciones completas de las entrevistas en el texto público de la tesis doctoral.

E. 7 Conflictos de interés

Tanto la doctoranda y autora de esta tesis, como el resto de investigadores que han formado parte de la realización del proyecto de investigación “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” declaran la **ausencia de conflictos de interés en la realización del mismo.**

E.8 Autoría del estudio

La difusión de resultados del proyecto de investigación “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” incluye en autoría solo a aquellos investigadores que han participado en el diseño, ejecución, análisis y redacción y que han aprobado el texto final resultante. **La redacción de esta tesis doctoral ha sido realizada íntegramente por la doctoranda,** con asesoramiento y supervisión de sus directores y, ocasionalmente, de otros colaboradores.

E. RESULTADOS

F.1 ESQUEMA DE RESULTADOS

1. ENTREVISTAS: Los médicos enfermos hablan en primera persona
2. GRUPOS FOCALES: Hablando en tercera persona de los médicos enfermos
3. CAMAPE: Estudio descriptivo socio demográfico
4. CAMAPE: Análisis bivariante.
5. CAMAPE: Análisis multivariante de las cuestiones más relevantes, según los 5 modelos propuestos en material y métodos
6. ANALISIS DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA planteadas por los médicos en las diferentes metodologías.

F.2 ENTREVISTAS: Hablando en primera persona

Se han realizado un total de 12 entrevistas a profesionales en activo enfermos. 5 mujeres y 7 hombres de las especialidades y características señaladas en Material y Métodos.

A continuación presentamos los resultados cualitativos expresados por medio del resumen de las ideas principales extraídas de cada categoría y subcategoría junto a algunos de los verbatim (fragmentos textuales) más significativos de las mismas.

F.2.1 DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MÉDICOS Y CON OTRAS PROFESIONES: INTRODUCCIÓN

Los entrevistados reconocen que los médicos padecen enfermedades igual que el resto de la población, pero están de acuerdo en la existencia de diferencias en el proceso entre los pacientes médicos y los no médicos:

*"El mundo sanitario... porque lo conocemos mejor, pero en el proceso de enfermar somos exactamente igual que cualquiera, o deberíamos serlo."*20-001

*"Pues que, ciertamente he comprobado en primera persona que somos raros como pacientes, que nos comportamos de forma distinta a lo que suele hacer la media o la gente normal, claro, ahora hay que definir normal..."*20-004

Algunas de las peculiaridades del proceso tienen más que ver con los rasgos de personalidad de los facultativos que con el hecho de ser médicos:

"Pues es que depende, depende de cada uno, ¿no? (Silencio) si el...depende de la maduración personal de cada médico. Si uno...no ha madurado personalmente y solo actúa profesionalmente hacia afuera, hacia el enfermo, entonces, eh...bueno, hay casos pues que las personas, los médicos que han enfermado pues se lo han tomado muy mal (risa). Como si no....Pudiera suceder eso." 21-003

“Evidentemente hay una mayor capacidad para comprenderlo, y por lo tanto para ahorrarte un poco esa incertidumbre, lo cual no significa que al final hay muchos factores que están relacionados con la personalidad, ¿no? y los profesionales sanitarios...los hay optimistas y los hay pesimistas, y afrontar el proceso de enfermedad siempre se hace mejor desde el optimismo que desde el pesimismo...eso no se elige. Cada uno tiene su forma de afrontar las vivencias y las frustraciones”20-008

Otras de las peculiaridades del proceso surgen fundamentalmente de los siguientes aspectos:

- Los conocimientos que el médico posee respecto a la enfermedad que padece y al sistema sanitario en el que recibe atención:

“Los médicos siempre enferman diferente pero igual, no enferman diferente, enferman pues como todos, con preocupación, con miedos, depende de las circunstancias de cada uno. Si tienes hijos, si estás casado, pero al final como todos. Pero igual conocer ciertas cosas puede aumentar o disminuir la ansiedad, a veces disminuirla.”21-007

- La percepción de verse en su medio habitual (hospital, centro de salud) pero en una posición totalmente opuesta (“en el otro lado”), supone una pérdida del rol. Asumir el rol de paciente resulta difícil de gestionar.

“Que hay como un parón muy brusco...en la vida, ¿no? Todo cambia y cambia mucho...se pasa de la noche a la mañana a estar en el hospital haciendo diagnósticos, tratamientos, dando informaciones a los pacientes, a las familias etc., a de repente estar tú al otro lado y, y realmente estar desposeído de muchísimas cosas que te identificaban...y en el mismo sitio en el mismo lugar...entonces yo tengo la impresión de que hay como (Respiración) como un choque muy brusco un...que la vida se detiene de una forma muy brusca y te tienes que resituarse...eh...muy rápidamente a algo muy diferente a...a...lo que tú eras. No tengo la impresión de que esto sea así en un abogado...o que sea así... en un funcionario, en un administrativo...pienso que...el enfermar del médico tiene estas connotaciones, ¿no? Concretas.”20-001

- La posibilidad de utilizar circuitos alternativos para acceder a la atención sanitaria (consultas informales a colegas...).

“A ver, mi opinión es que los médicos...somos malos pacientes...eh...porque normalmente intentamos salirnos del sistema, utilizando amigos, conocidos...con lo cual, nuestra historia clínica suele estar bastante fragmentada o incluso inexistente. Entonces, eh...yo creo que...cuando tenemos temas más o menos menores, nos auto medicamos y auto diagnosticamos. Si...es un poquito más serio, eh...acudimos de forma no reglada a...otros compañeros, ¿eh? picoteando. Unas veces al centro de salud, otras a una planta del hospital, otras veces a uno por el pasillo...o vas un día que tiene guardia.”20-002

- El acceso a medios diagnósticos o terapéuticos, conlleva la posibilidad de que el propio médico enfermo se solicite pruebas (autodiagnóstico) o tome medicación no prescrita por otro médico (autotratamiento).
- La actitud de los profesionales que le atienden, puede variar al saber que quien está enfrente es otro médico.

“Entonces ahí... entran en juego ya no solo el... el sentirte o verte como paciente, sino entra en juego el médico que te atiende, que sabe que eres médico también y también se comporta de forma rara, de forma... de forma extraña.”20-004

Varios de los entrevistados describen a los médicos como “peores pacientes”, aunque en ocasiones lo refieren como un comentario habitualmente escuchado más que como una reflexión propia. No obstante, algunos sí hacen una reflexión más profunda sobre lo que supone verse en la posición de paciente basándose en su experiencia personal al estar enfermos y, a veces, también en los médicos a los que han atendido.

“Aquí voy a tirar de topicazo y me quedo con la frase de “somos los peores pacientes”... En un primer lugar vendría dado por que, en mi caso, el reconocimiento de la situación de enfermar, que no es lo mismo que el reconocimiento de los síntomas, llega bastante después del inicio de los síntomas. Entonces, pues los síntomas tenían unas repercusiones en mi entorno, y hasta que uno toma conciencia pues...le cuesta un poquito” 21-009

Varios entrevistados señalan el riesgo de pérdida de objetividad y elementos importantes de la atención por no seguir los circuitos habituales:

“Yo creo que muchas veces tenemos la costumbre de diagnosticar en el pasillo ¿no? y no seguir el protocolo estricto de hacer una historia clínica, de ponerte y de sentarte y de que otro profesional, en el que confías, siga el mismo camino que cualquier otro paciente. Y a veces no seguirlo pues puede retrasar los diagnósticos, o intentar buscar cosas menos gravosas, o que supongan menos trastorno para el paciente y al final eso también se demuestra que...tampoco funciona. Por lo tanto, yo creo que es fundamental no intentar el autotratamiento. Yo creo que hay que confiar, sobre todo cuando se trata de procesos pues que tienen una...su gravedad.”20-008

Además, se observa que existen diferencias en las diferentes etapas del proceso de enfermedad: diagnóstico, tratamiento y seguimiento, cada una de ellas con sus propias peculiaridades, que se analizan con más profundidad a continuación.

F.2.2 PROCESO ASISTENCIAL DEL MÉDICO ENFERMO

DIAGNÓSTICO

Los médicos, en general, realizan un **automanejo** de su proceso de enfermar en procesos leves o banales. Por un lado, los conocimientos generales que poseen, permiten realizar un autodiagnóstico previo que no es posible en pacientes legos, sin recurrir al médico de familia:

"Yo diría que...yo fui muy consciente de cuando yo misma me diagnosticué la anemia antes de hacer la analítica. Estaba convencida y tenía claro que si tenía anemia cual era la causa de la misma, por antecedentes...un poco por todo"20-008

"Vamos a ver yo me salté el trámite del médico de atención primaria, yo evidentemente pues por trabajar en la facultad, por tener amigos en el HCU, cuando yo sospeché que tenía una anemia consulté directamente con un cirujano amigo mío porque yo tenía bastante claro que si la anemia era ferropénica se derivaba de una pérdida, además muy compensada, porque los médicos se sorprendieron de que tuviera un hematocrito tan bajo y que estuviera haciendo vida normal, eh...tenía que deberse a una pérdida de sangre, y la pérdida de sangre en las mujeres o es vaginal, o es por colon, y estaba claro"20-008

Es muy común auto solicitarse las primeras pruebas diagnósticas y acceder directamente al especialista que consideren más oportuno en función de los síntomas y su sospecha diagnóstica. En general esta capacidad es percibida como positiva ya que posibilita la aceleración del proceso diagnóstico, aunque también puede entorpecerlo y retrasarlo si el médico es tendente a la negación, con la posibilidad de empeorar el pronóstico por no poder afrontar las posibilidades más graves del origen de sus síntomas.

"A ver pues el diagnóstico...si son cosas sin importancia pues...no, no pasa nada. Pero si son situaciones serias, eh...yo he visto de todo. Desde médicos con los que yo me sentaba a leer su informe de alta y una vez leído me han dicho..."este informe no es mío...se han equivocado y es del paciente que está compartiendo la habitación..." A ver se puede retrasar si...si no es un diagnóstico fácil. Es decir, si...hay unos síntomas, unos signos... y se hacen unas pruebas complementarias y sale a la primera o a la segunda, muy bien. Pero cuando no es tan claro, yo creo que sí que a veces se...se retrasa. Pero hay...hay médicos que se diagnostican a sí mismos, hay médicos que diagnostican sus propias patologías hacen su analítica, su placa y sus marcadores tumorales y vienen ya con el diagnóstico hecho, ¿eh?"20-002

Cuando la patología debuta de forma brusca y requiere atención urgente, el camino suele ser **acudir a un compañero**. Es raro, al menos entre facultativos hospitalarios, la consulta al médico de familia:

“Si, yo recurrí a compañeros y amigos y menos mal que recurrí a compañeros y amigos. Es decir, desde ese punto de vista, tengo que reconocer que en este caso en concreto, fui muy afortunada de ser médico y además de ser médico trabajando en el mismo hospital donde se me hizo el diagnóstico (...). Entonces...no, desde luego no fue a través del médico de cabecera que me manda...a un especialista que, no sé qué. Porque si eso hubiera sido así pues muy posiblemente aun no estaría diagnosticada. Entonces, pues...o sea menos mal, menos mal”20-001

“Van a tirar más de colegueo...mirar la agenda de teléfono y este que hizo conmigo la especialidad...si me han sacado azúcar le voy a preguntar a aquel tío tan majo que conocí cuando estuve trabajando en tal hospital y que resulta que era endocrino. Vamos a por una segunda opinión muy rápidamente, pero hacia quien sabemos que no nos va a poner pegas en dárnosla porque nos va a hacer un favor. Y un favor tampoco es una segunda opinión”.21-009

Acudir a compañeros de manera informal para realizar una consulta y diagnóstico, es en general percibido de forma positiva si permite agilizar el proceso y disminuir la incertidumbre, aunque también tiene contrapartidas negativas:

“Sin duda, si yo no soy médico pues igual no voy al dermatólogo a la media hora como fui, ahí fue positivo, el que fuese médico. Si no, te das una pomada, le consultas a no sé quién, te vas al brujo de burlada, ya se irá, ya se irá... y a los dos meses profundiza, ahí fue muy positivo, realmente...yo a la media hora ya estaba diagnosticado”.21-007

“Ventajas es que por el conocimiento que tenemos pues a lo mejor podemos acelerar el proceso de diagnóstico nosotros mismos e intuir antes que algo está ocurriendo y también puede tener su ventaja el hecho de siempre tener conocidos que siempre pueden acelerar los procesos de diagnóstico. (...) El inconveniente lo puede tener en el famoso síndrome del recomendado, es decir, que hay cosas que a lo mejor, por ser un compañero, ese favor no te lo hago o te lo hago de una forma incorrecta, eh...y...esto te lo hago de favor pero después no queda registrado y se pierde la información.”20-004

Se aprecian **diferencias** en el automanejo inicial, entre médicos **especialistas** que desarrollan su labor en el hospital, y médicos de **primaria** que trabajan a nivel ambulatorio, teniendo estos menos medios diagnósticos a su alcance, así como menos contactos entre compañeros especialistas que faciliten una consulta informal rápida.

“Porque estoy absolutamente segura de que si hubiera sido médico pero yo no hubiera estado trabajando en ese hospital...posiblemente todo se hubiera...(respiración),

ralentizado más...con...eh... con las repercusiones que eso puede traer en una enfermedad
20-001

Por este motivo es más frecuente en el ámbito ambulatorio, por ejemplo, recurrir a medicina privada.

“Por ejemplo yo tengo un seguro privado. Me acuerdo que una muy amiga mía médico, compañera de carrera, me dijo ya hace años “Mira, me he hecho un seguro privado “en la que trabajaba ella además como médico porque es especialista...” porque ya no conozco a nadie en el hospital, entonces si me pasa algo pues...” hay veces que no...con las demoras que hay, o sea, no porque pensara mal de los médicos del hospital, sino porque todos sabemos la demora que llevan las pruebas complementarias y las especialidades, tener alguien a quien recurrir.”20-010

Otra de las diferencias señaladas en el automanejo tiene que ver con la accesibilidad a las **pruebas diagnósticas** y complementarias:

“Quizás el médico especialista eh, intenta hacerse mayor cantidad de pruebas, no lo sé. Puede ser. Eh...en mi caso desde luego tampoco me hice tantas, pero a lo mejor sí que el médico especialista o tira más de favores de compañeros de trabajo del hospital que los tiene más a mano, mientras que el médico de familia no puede recurrir a tanto porque no tiene...o a no ser que conozca a alguien dentro del hospital no tiene...esos medios. Pero por lo demás.”21-011

Recurrir al Servicio de **Salud Laboral** es una vía de acceso al parecer excepcional, no nombrada durante las entrevistas.

TRATAMIENTO

En la etapa del tratamiento algunos entrevistados señalan la escasez de información, cuando los conocimientos son dados por sentados, por el hecho de que el paciente sea médico.

“Yo lo he especificado alguna vez: “ah, eres médico, no seque...” bueno si, pero de esto no tengo ni idea” Cuando me han dicho, bueno eres médico se supone que ya te sabes todo...”20.010

“Al ser psiquiatría e ir con un trastorno ansioso depresivo al médico de cabecera...a la hora de pensar un tratamiento en pensar de tiempo de duración, pronóstico...ahí no hacía más que decirme el primer día...”esto de todas formas tu sabes más que yo...¡a ti que te voy a contar si habrás visto mil! (...)” 21-009

En ocasiones los entrevistados perciben la ausencia de un médico que se responsabilice de todo el proceso de tratamiento, sintiendo que recae sobre ellos

la doble tarea de padecer la enfermedad y al mismo tiempo tomar decisiones clínicas sin el acompañamiento y consejo profesional habitual:

“No hay nada escrito de su enfermedad, que está fatal, nadie escribe el evolutivo, uno pide una cosa, otro te da una idea, un desastre, otro te dice que hay que anticoagular, otro dice ni se te ocurra anticoagular, mensaje A, mensaje B, en dirección contraria. Al final “no, no, lo que tu decidas”, ¡pero yo que voy a decidir si no sé de esto! (...) y por ser médico, a veces, se delega la decisión(...) Tú al de la tienda de chuches no le dices... ¿se quiere anticoagular?, porque él no se sabe la guía de la fibrilación auricular, y si se fía de ti que en general la gente se fía, que la gente es buena, tú le pones sintrom y el paciente se toma sintrom, claro que se lo toma. A los médicos: “lo que tú quieras ¿eh? si quieres esto, si quieres lo otro...” hay médicos que se escurren la decisión por ser otros médicos.21-007

Este sentimiento de abandono se ve aún más ensombrecido por la sensación de cuestionamiento posterior cuando el médico, que no ha tomado las riendas del proceso, manifiesta su desacuerdo con las decisiones tomadas respecto al tratamiento:

“Eh...cuando pasadas las semanas decidí iniciar tratamiento antidepresivo farmacológico (...) y la siguiente visita que tuve con la doctora...eh...allí ya no era tanto tú sabrás...allí era...” tú sabrás pero te me has saltado.... ¿cómo has empezado el tratamiento? ¿Y esto...te lleva el seguimiento alguien”....y a mí me dejo en una postura. ...de....o me llevas o no me llevas...o me lo pones tu....o me lo pongo yo....o me lo pone cualquier otro compañero. Pero no me puedes decir...tú sabrás....y el segundo día....mira que....mira que no lo estás haciendo bien por hacerlo solo....”21-009

El autotratamiento es una conducta muy frecuente, sobre todo ante procesos leves o iniciales, pero también en situaciones de mayor complejidad. Tiene que ver con sentirse experto más que enfermo, con dificultades en la relación con los propios médicos, y con otras actitudes:

“Eh...cuando pasadas las semanas decidí iniciar tratamiento antidepresivo farmacológico...después de haberlo intentado por mis propios medios no farmacológicos...yo fui directamente a darme el fármaco que había pensado mil veces “en caso de que a mí me pase esto...el fármaco que tomare será este”.21-009

Algunos entrevistados hablan del retraso o incluso la oposición al tratamiento. Puede tener que ver con la falta de aceptación del curso de la enfermedad, como expresa brillantemente la siguiente médica:

“En el fondo todos tenemos miedo a enfermar, y como mecanismo de defensa, el retrasar eh...algún tratamiento parece que va a retrasar la evolución de la enfermedad.

Racionalmente, cognitivamente sabemos que no, pero emocionalmente, eh...nos comportamos así. Si tú a un diabético le dices que necesita insulina, pues le gustará más le gustará menos pero...si tú a un médico diabético le dices que se tiene que poner insulina, habitualmente no empieza a ponérsela de entrada sino que busca..."ya hare mejor la dieta...ya...hare más ejercicio...ya insistiré con los antidiabéticos orales..." Retrasa, como si el retrasar el tratamiento con insulina le...supusiera el...la diabetes tuviera menos complicaciones o avanzara más despacio...no sé si me entendéis." 20-002

El incumplimiento de algunas pautas de tratamiento según los médicos entrevistados, también tiene que ver con un mayor conocimiento sobre los efectos secundarios e inconvenientes asociados al tratamiento:

"Hay ocasiones en que uno prefiere asumir síntomas de la enfermedad que tiene antes que seguir un tratamiento y eso pasa más que en la población general. "21-003

La opinión general es que, una vez instaurado, los médicos enfermos son buenos cumplidores del tratamiento:

"Hombre una vez que se inician normalmente sí que...hay fidelidad al tratamiento ¿m? sí, una vez que se inicia si.(...) Yo creo que somos bastante fieles y disciplinaos cuando se acepta ya...esto es lo que hay y esto...es el tratamiento que debo seguir, yo creo que sí que se hace." 20-002

"Si se trata ya de enfermedades cuyo fin es el fallecimiento en tiempo pues más o menos breve, hay una reticencia inicial, pero ya una vez que se inicia el tratamiento del síntoma...en esos casos yo creo que sí que somos cumplidores, pues porque ves, que no va a dar tiempo a que se complique la situación más por los efectos secundarios " 20-003

"He sido buena paciente, y que soy buena paciente. O al menos eso dicen los profesionales que me tratan...y yo se lo dije...al principio a ellos, ¿no? que en general era disciplinada, entonces que si me decían las cosas y el porqué de las cosas, las asumía. Y he cumplido las instrucciones...las cumplo a rajatabla. Y por lo tanto, como confío, no me he planteado...otra opción."20-008

Sin embargo un entrevistado comenta que cuando las enfermedades de los médicos son crónicas, o tienen que ver con hábitos de vida, el cumplimiento y seguimiento es mucho peor:

"El médico diabético es un desastre, hay médicos diabéticos, hay médicos obesos, que fuman que beben, que tienen retinopatía y los ves dándose unos homenajes que...no tienen miedo a morir de un infarto. Luego se mueren de un infarto, claro, ya lo creo que se mueren, la vivencia de la diabetes es...lo hacen fatal, un desastre, los médicos hipertensos son un desastre absoluto, los médicos diabéticos un desastre absoluto."21-007

Solo un entrevistado señala la existencia de posibles diferencias del cumplimiento entre asistencia primaria y hospitalaria:

“Yo creo que en primaria y en el domicilio se cuestionan más los tratamientos, eh...que en el hospital. En el hospital yo creo que o no se pregunta...o se pregunta menos.” 20-002

Un punto clave a la hora de cumplir el tratamiento es la confianza (o falta de ella) en el médico que atiende, que se analizará con más profundidad más adelante.

“Para mí mi médico, porque eso sí que yo lo tengo clarísimo...yo confío ciegamente en mis médicos, porque además pienso que es lo que debo de hacer.” 20-001

SEGUIMIENTO

Cuando el paciente es médico es relativamente habitual que el seguimiento de su enfermedad no sea reglado, se flexibilice, dejando al paciente la decisión de acudir a las revisiones y de elegir el momento en que lo hace. Este gesto, aunque sea ofrecido por el profesional con la intención de facilitar el seguimiento, y por considerar al colega más capacitado que el resto de la población, con frecuencia acaba derivando en un peor control y seguimiento.

“Sí he visto que, por ejemplo, ha habido retrasos en determinadas pruebas, se han olvidado de avisarme en determinadas cosas, eh...es decir, que probablemente ocurra con más frecuencia, digamos retrasos y olvidos y, a lo mejor, errores en el personal sanitario que en el personal no sanitario.” 20-004

CONFIDENCIALIDAD

En todas las entrevistas se ha tratado el tema de la confidencialidad, bien porque ha aparecido de manera espontánea o bien siendo sugerido en la conversación por la investigadora, al haberse valorado desde el inicio del estudio como una cuestión de especial relevancia ética.

Casi todos los médicos entrevistados se muestran convencidos de que es habitual que la **confidencialidad no se respete íntegramente**. Llegan a esta conclusión basándose en su práctica clínica y también en su propia experiencia como pacientes. Además, consideran que cuando el paciente es un médico, especialmente cuando recibe la atención sanitaria en el mismo lugar donde ejerce su trabajo, aún es más frecuente que se vulnere la confidencialidad.

“Aquí en el mundo sanitario bueno ya irás viendo que bueno, la confidencialidad es lo que menos existe.” 20-002

“O sea yo te puedo decir ahora los médicos que están enfermos en el Hospital y no me lo han dicho ellos, porque eso es una vergüenza absoluta, el cotilleo del Hospital. Yo te puedo decir ahora 5 médicos enfermos...Y alguno es amigo mío y no lo he llamado para que no vea que me he enterado.” 21-007

"Este proceso que lo que decía mi psiquiatra y con mucha razón, no tiene que salir de la puerta afuera, pues este proceso salió en toda Zaragoza, es decir, en toda la ciudad sabían que yo estaba enfermo y sabían que estaba enfermo de esto". 21-005

Incluso los que inicialmente opinan que su proceso ha sido confidencial, reconocen la posibilidad de que no lo haya sido del todo:

"Todo se llevó de manera confidencial, de hecho, la gente que se enteró de lo que me ocurría, se enteró porque yo se lo comuniqué, no porque se enteraran por otros lados (...) bueno, si se enteraron, no me lo dijeron, o no me enteré yo de que se habían enterado."21-003

Esta pérdida de confidencialidad, que molesta a algunos, es curiosamente **normalizada** por bastantes otros, restando importancia a la situación y justifican la actitud de otros compañeros concedores de su situación por vías poco lícitas:

"Pero entra dentro, a veces también, de la normalidad de la situación. El problema de la confidencialidad está en que en determinados procesos afecta menos que en otros, y los grandes casos de demandas de violación de la confidencialidad o del secreto profesional, tienen que ver con procesos que el propio paciente tiene interés en ocultar, ¿m? pero sí que es verdad que la confidencialidad tiene muchas lagunas, muchos agujeros... es verdad que hay...flecos y que...puede llamar la atención cuando es una persona conocida, pero tampoco diría que ha habido una violación flagrante de la...confidencialidad" 20-008

"Pero también digo que es que yo lo he asumido y no he hecho nada para ocultarlo...tampoco me parecía que tuviera ningún motivo, ni que la enfermedad sea ningún motivo de vergüenza."008

"Hombre, yo tengo la impresión de que en mi proceso no ha habido mucha confidencialidad (risa). Em...pero...también es verdad que...la gente ha sido lo suficientemente...eh, cuidadosa mm...cuando se ha dirigido a mí en este sentido.(...)¿Se lleva mal? (pausa y carraspeo). Yo por ahora no, no lo he llevado mal, por ahora. Más adelante no lo sé. Por ahora no lo he llevado mal."20-001

"Le di la vuelta y le dije, bueno, pues muy bien. Normalicemos la enfermedad ¿no? y dije pues sí ¿y qué, qué pasa? nada. Por tanto, yo creo que ahora...toda la gente del hospital lo sabe..."21-003

Algunos reconocen haber sido ellos mismos quienes directamente pusieron en conocimiento de todos sus compañeros, para **evitar situaciones incómodas**:

“Dije bueno, pues se lo tendré que contar porque se van a enterar. Entonces, pues les mandé... un email a todos, porque claro, somos 20 en total, entre... pues compañeros médicos, enfermeras y celadores (...) y dije “¡Jo! como me llamen los 20 a la vez, pfff, ya estaba un poco, o sea, estaba un poco cansada de contar todo el rato la misma historia, entonces, bueno, pues resumí la historia en un email.”20-004

“Tampoco estás verbalizándolo a todas horas, te agotas...yo mandé un correo a la gente, electrónico, diciéndoles lo que me esperaba y tal”.21-007

Una entrevistada señala la **necesidad de educación en confidencialidad** no solo a los profesionales médicos y sanitarios, sino también a los representantes farmacéuticos e incluso a los pacientes:

“Enseguida se corre la voz, sí, eso lo he comprobado ¿eh? conmigo y con otras personas...a través de los delegados de laboratorio como te digo que han llegado a comentar cosas en otros centros de salud, y (...) porque me ha llegado voz de alguna cosa que habían comentado en otro sitio, a otro médico, o sea que realmente sí que la discreción se cuida muy poco. Tanto en pacientes, como los delegados de laboratorio, vamos yo creo que habría que darles cursos intensivos de confidencialidad porque de todo lo que se enteran en su trabajo y se enteran de muchas cosas...” 20-010

Los entrevistados rompen una lanza a favor de los profesionales que han estado implicados en el proceso clínico, considerando que ellos sí han guardado correctamente el secreto médico. Más bien asocian esa pérdida de confidencialidad de manera directa con las **consultas indebidas a la historia clínica electrónica** por parte de colegas que no estaban participando en la atención y **los comentarios de pasillo** que se hacen sobre la situación de la persona enferma.

“He tenido alguna sorpresa en el sentido...he tenido sorpresa de muy buenos amigos que trabajan en este centro, y no se han enterado hasta que yo se lo he dicho...o sea que la cadena de custodia funciona, y los profesionales que me han tratado han sido especialmente escrupulosos con el tema”20-008

“Sí que pienso que trabajando en un hospital y con... las historias clínicas en los ordenadores y todo ese tipo de cosas...confidencialidad yo pienso que no...No hay mucha.”20-001

“Yo creo que no guardamos bien el secreto profesional, no lo guardamos bien y por lo tanto eh....según qué cosas pues a mí tampoco me gustaría que estuvieran en mi historia clínica...de acceso libre, porque es acceso libre.”20-004

Es de gran relevancia esta impresión, bastante generalizada, de que la **informatización** de la información clínica promueve la vulneración del secreto, y por tanto eleva barreras fomentando el automanejo de la enfermedad del

médico, cuyo proceso no quiere que sea de dominio público. Esta preocupación podría ser más común entre los facultativos más jóvenes, según la opinión de algún entrevistado, al tener más vida laboral por delante:

"Se accede de forma poco ética a las historias clínicas...Lógicamente si tú estás enfermo no se lo vas a contar a nadie o si se lo cuentas a alguien te cuidarás mucho de que eso no quede reflejado en ningún ordenador de ningún sitio,"20-002

"Yo creo que los médicos residentes eh...mi impresión es que las generaciones actuales, estoy hablando, que ocultan su situación porque a mí me parece que hay muy poca confidencialidad y que se accede de una forma indiscriminada e indebida al historial clínico."20-002

"(...)y desde tu ordenador puedes seleccionar el nombre y entrar en la historia clínica de cualquiera "fulanito está enfermo tal, ¿a ver qué tiene?" eso es...queda registrado...bah, pero no vas a denunciar"21-003

La vulneración de la confidencialidad como aspecto negativo del proceso de enfermedad del médico, va desde la mera molestia, hasta una mayor preocupación por las repercusiones sobre la carrera profesional y los sentimientos de rabia:

"El que se traspapele....que se entere alguien porque yo no se lo haya dicho o porque se lo ha dicho a una persona a la cual yo no se lo haya dicho....lo cual si me ha molestado...eh..."21-009

"Entonces pues hubo compañeros pues que cuestionaron mi valía profesional (...) que se filtre pues por determinados conductos pues a mí me parece...porque te cargas una vida profesional. Yo me he visto, vamos no me he visto cargada la vida profesional pero me la he visto amenazada."21-005

"Bueno pues hay cosas que no me importa nada que se enteren, pero hay veces que sí que me ha dado...o sea, lo que me ha surgido es rabia. (...) bueno, a veces hay gente que es muy poco discreta, la confidencialidad desde luego no se vive con toda la amplitud que se tendría que vivir (...). 20-010

"Yo pienso que es importante tener una confidencialidad en las cosas y tal ¿no? pero en mi caso he visto que era imposible. Imposible, se han enterado gente...de la historia clínica o porque el pico del uno con el otro...entonces, al comienzo los primeros días me supo un poco mal (...). Un paciente conocido...es peor ¿no? que si no eres conocido"21-003

Como cabía esperar, el **tipo de patología** padecido no es un dato sin importancia a la hora de normalizar o criticar la falta de confidencialidad. Incluso los que no parecen muy preocupados por el tema reconocen que de haber padecido determinados procesos (psiquiátricos, infecciosos o con información socialmente sensible), su opinión habría sido otra. Sin embargo, cuando presentan patologías “neutras” que no consideran estigmatizantes, no les supone preocupación que muchos de sus colegas puedan enterarse de su problema de salud.

“Desde luego si fuera una consulta...tipo psiquiatría o así, eh...no me gustaría que me vieran esperando.”20-010

“Si...si hombre, a nadie le importa decir que ha tenido una gripe, una gastroenteritis, que te has ido a un país exótico y has traído una malaria...pero cuando son pues situaciones así...pues problemas de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, ciertas enfermedades dermatológicas por medidas por poco higiénicas...pues eso se oculta...” 20-002

Parece que si la enfermedad padecida no se considera estigmatizante, la preocupación por la confidencialidad no radica tanto en el proceso, si no en cuestiones laborales derivadas de este, como plazo estimado de recuperación y reincorporación, etc.

“Es que igual estamos hablando de distintas cosas de confidencialidad, yo por ejemplo ahora no me importa que la gente sepa que tengo la rodilla mal o que me he hecho una fractura...eso no me importa nada y lo que considero mal...es deducir cosas a partir de ahí...de cuando me voy a incorporar o de qué voy a hacer, o de qué...ese tipo de cosas, ¿no?”20-010

El ser **tratado en el mismo lugar de trabajo** se asocia con mayor dificultad para mantener la confidencialidad:

“Hay veces que no te importa decirlo y hay veces que no te apetece, sobre todo a gente con la que tienes muy poco trato y...estar en mí mismo centro como paciente...”20-10

Una entrevistada profundiza en la falta de confidencialidad pero no en su propio proceso, sino en el de otros pacientes y la información privada que ella ha podido obtener por falta de cuidado en consultas y pasillos durante su enfermedad:

“Sí, pues he visto analíticas con nombres y apellidos encima de las mesas. He oído como hablaban de otros pacientes, y... con... datos, delante de mí, quiero decir que, que... he visto muchos déficits en confidencialidad, no respecto a mí que supongo que, igual que yo he estado viendo la analítica del paciente anterior, la mía a continuación ha quedado ahí, por lo cual el siguiente que ha entrado la ha visto también, pero bueno...” 20-004

Los médicos entrevistados reflexionan sobre la confidencialidad llegando a la conclusión, incluso cuando en su propia experiencia niegan haber sufrido al respecto, de que se debería ser mucho más discreto en general a la hora de compartir información clínica de un paciente, especialmente si este es conocido.

*"Yo creo que en los grandes temas somos muy cuidadosos, cuando la Administración, el Juzgado o tal te reclama datos del paciente somos muy cuidadosos, pero a veces somos poco cuidadosos en los comentarios que podeos hacer en un pasillo, en un ascensor o en la cafetería (...) en materia de confidencialidad pues de la misma manera que somos muy cuidadosos en la gran confidencialidad, hay que ser más cuidadosos en la pequeña confidencialidad."*20-008

*"Yo creo que, a ver, tiene que mejorar, y eso es impepinable, el tema de la confidencialidad, o sea el diagnóstico, la evolución, el pronóstico de lo que es el médico enfermo no debería de salir de lo razonable que es bueno pues el entorno de la consulta y poco más."*21-005

*"A ver, yo creo que en la confidencialidad no estamos bien formados los profesionales."*20-002

INFORMACIÓN RECIBIDA

En general, los médicos consideran que la información que han recibido de su proceso es suficiente, pero como se ha comentado anteriormente en el apartado de Tratamiento, en ocasiones sienten que **se les presupone un nivel de conocimientos** que puede no ajustarse a la realidad.

"Y...eh, me parece que aunque seamos médicos, a mí me ha pasado también por ejemplo en la consulta, con padres o madres médicos, que me dicen "pero olvídate que soy médico porque no tengo ni idea de pediatría..." En eso hay bastante variedad, y yo procuro hacerlo porque lo he experimentado en mi misma que se creen que lo sabes todo, y cada uno sabemos de nuestra especialidad y la verdad que de lo demás, pues habitualmente no sabemos cómo van los procedimientos...o sea sabemos cosas generales, pero no...Encima con lo que van cambiando." 20-010

*"También he notado que no me han dado suficiente información, yo no sé si eso es habitual con todos los pacientes o quizá el médico daba por supuesto que yo había cosas que sabía o que lo que no supiera se lo iba a preguntar y entonces no... No me informó..."*20-004

Esto puede derivar en cierto abandono del paciente a la hora de tomar decisiones, justificado en la **mayor autonomía sobreentendida** del enfermo que tiene conocimientos sobre medicina:

"¡Claro, es muy fácil! "Como tú eres médico, lo que tú quieras ¿eh?, si quieres quimio, quimio y radio si quieres radio y quimio...si quieres irte a Pamplona, si quieres

quedarte... "Hombre tú no puedes dejar 16 puertas abiertas, y eso con los médicos se hace... Pues para no tomar decisiones, con lo cual eso no vale, hay que mojarse, hay que orientar. Hay decisiones que son sencillísimas pero sencillísimas, tienes un tumor en el riñón y tienes 5 cm y hay que operarlo, pues claro que hay que operarlo, eso no es decir "pues lo que tú quieras, opérate o no" 21-007

Algunos entrevistados enlazan esta **sensación de indefensión**, con su dificultad para preguntar más abiertamente:

"A veces he pensado que debía haber preguntado más. Y...no lo sé, quizá por ser médico me he retenido un poco de hacer más preguntas, aunque me haya parecido una información insuficiente (...) cierto apuro el preguntar mucho, si, m...quizá" 20-004

"Y lo que he aprendido cuando me ha tocado, porque sí que he ingresado para varias pequeñas intervenciones, (risa) a lo largo de mi vida profesional, pues preguntar cómo tenía que prepararme, o cómo tenía que acudir...a la habitación, o al quirófano, porque daban por hecho que yo sabía todos los detalles...por el hecho de que era médico que...sabía, bueno, y a veces em...he tenido también que preguntar alguna cosa porque el consentimiento informado, la información se hacía de forma...muy muy superficial. 20-010

Una entrevistada refiere que, el hecho de plantear todas sus inquietudes y dudas, ha ocasionado **incomodidad o molestia** en el médico que le trata:

"Si ves a tu médico incómodo, eh...aún tú te agobias más, o sea, eh...para mí mi médico, porque eso sí que yo lo tengo clarísimo...yo confío ciegamente en mis médicos, porque además pienso que es lo que debo de hacer. Entonces cuando yo pregunto cosas... no es porque yo quiera chequear lo que ellos saben...quiero realmente que me expliquen dudas que yo tengo, quizá para ayudar mejor a la evolución de mi trastorno" 20-001

Centrándonos no en la cantidad sino en la cualidad y forma de informar, algunos entrevistados señalan la **mayor crudeza y tecnicismo de los datos**. Una información técnica y precisa pero quizás algo fría.

"En mi caso también la forma en cómo se me explicó el diagnóstico...fue una forma muy clara...eh, muy directa, ah... Yo no voy a decir que poco cuidadosa no...Yo no diría eso pero...muy objetiva y muy cruda. Entonces es difícil asumir eso es...es muy difícil. De alguna manera tengo la impresión de que se presupone que al ser médico pues tampoco...tienen que ir contigo con determinado tipo de miramientos y en ese momento realmente pues eres persona. (...) Pero la forma en cómo se (carraspeo) transmitió, se explicó...fue muy cruda, muy objetiva, muy...dura desde el primer momento".20-001

Generalmente los médicos enfermos no realizan búsqueda adicional de información en internet sobre su patología y alternativas terapéuticas. Son conocedores de los riesgos que esto podría suponer: dudas sobre la fiabilidad de los datos, sobreinformación...

“Pienso también que no, no sé, que si te tomas lo de ser médico con algo de hipocondría, que a veces...pues entonces nos perjudica. Y si empezamos a mirar muchas cosas o a consultar opiniones a diferentes compañeros, que...yo eso no lo he hecho pero sí que he visto personas que lo han hecho” 20-010

“Yo no me he preocupado por meterme a internet...yo creo que en estos momentos a veces esa obsesión por querer saber más...yo en el momento en que fui consciente, me puse en manos de los profesionales y no me he dedicado a hacer búsquedas por mi cuenta o buscar soluciones extrañas...” 20-008

En cambio, algunos sí buscan una **segunda opinión** a través de consultas informales con colegas, aunque tienden a negar que esto se deba a una falta de confianza en los médicos que les atienden.

“Si he tenido tal cosa, pues prefiero preguntarle al médico que me lleva, que no informarme por mi cuenta. Eso apenas lo he hecho, o si lo hago no empiezo a mirar por ejemplo...posibles complicaciones de...el tratamiento de tal. Porque, sé que no...Me parece que no me beneficia el estar pensando que me van a hacer una cosa y en todas las posibles complicaciones. Sino que en eso sí que prefiero fiarme de mis compañeros, vamos, fiarme del médico que me lleva y no...Eso. 20-010

F.2.3 PROCESO EMOCIONAL DEL MEDICO QUE ENFERMA

EMOCIONES EXPERIMENTADAS

A lo largo de todas las fases de su proceso, el médico experimenta numerosas emociones que tienen que ver no solo con la vulnerabilidad universalmente asociada a la enfermedad, si no con su personalidad, identidad y conflicto de rol...

Como veremos a continuación, esta categoría del análisis cualitativo está íntimamente relacionada con la influencia de los conocimientos médicos del paciente.

Los entrevistados frecuentemente hablan directa o indirectamente de la **negación**, entendiendo esta como la dificultad para aceptar la realidad de la enfermedad en todas sus vertientes: posibilidad de recibir un diagnóstico de gravedad, recomendaciones de tratamiento, merma de capacidades para desempeñar su labor habitual...

"Pasaron unos meses hasta que yo fui consciente, las personas que estaban alrededor ya se iban dando cuenta pero yo no me daba tanta cuenta de que necesitaba ayuda y que yo me la intentaba dar por mí solo sin buscar ninguna ayuda. " 21-005

"Yo, muchas cosas, siempre he pensado, a mí no me van a pasar, o al menos he tenido esa sensación, esto no me va a pasar a mí, entonces, eh... cuando a mí me diagnosticaron, eh... el cáncer de mama, que es por lo que he pasado, yo pensaba que no me iba a pasar a mí."20-004

"La racionalización y la intelectualización (...) y todas estas cosas...que pueden alimentar este tipo de defensa. Eh...la toma de conciencia...el reconocerlo vamos...a nadie le hace gracia el reconocer que le está pasando algo."21-009

"Pero que hay casos flagrantes de que precisamente por ser médicos se someten menos a las exploraciones complementarias y a las revisiones médicas, hay muchos médicos que rechazan la revisión laboral, en cuanto llega el papel de la revisión laboral lo rompen eh...o sea médicos que se hagan análisis, médicos con clínica complicada, con lesiones, con cefaleas que no se hacen análisis por miedo, que no consultan, "no ya se me irá"...con dolores lumbares, cuando cualquier ciudadano que tiene un dolor lumbar va al traumatólogo, al médico de cabecera...eso muchísimo. Médicos que hagan la revisión laboral yo creo que ni el 5%, celadores que hagan la revisión laboral el 95%." 21-007

"Siempre hay algunos tratamientos que nos parece que son demasiado pronto y que se guardan para muy al final de muchas situaciones ¿no?, pero yo creo que eso es por miedo, no al tratamiento en sí, sino por no aceptar la enfermedad. "20-002

"El asumir la vulnerabilidad, al final la enfermedad es un proceso de ruptura con tu vida anterior...una de las luchas que en muchos casos también las he visto, es el luchar para no parecer enfermos. Que eso también es un poco...ese mecanismo ¿no? de defensa, y de querer hacer vida normal"20-008

"Es otro peligro que también he visto ¿no? con los compañeros ¿no? esconder la cabeza bajo el ala...negar la enfermedad...un peligro, que te encuentras bien y dices "¡va!" ¿Entiendes?" 21-003

Algunos reflexionan sobre el impacto de esa negación en el retraso diagnóstico y posible empobrecimiento pronóstico:

"Pues de entrada yo creo que si me hubiese dejado ayudar antes, no hubiese llegado a una situación tan extrema como que el primer contacto con el sistema sea un ingreso hospitalario en un servicio de asilamiento"21-005

Una entrevistada señala la tendencia al estoicismo y la heroicidad del médico que podría influir en la negación y otras barreras en las vías asistenciales que utiliza:

*"No seguimos sintiendo posiblemente...eh...así como héroes, ¿no? (chasqueo). Ante la enfermedad."*20-001

"Hipocondría". En contraposición a la negación, algunos médicos advierten un exceso de preocupación ante la propia salud y tendencia a interpretar de forma sobrevalorada cualquier síntoma leve. Este estado de "hiperalerta" es consecuencia por una parte de rasgos de personalidad característicos del médico, y por otra de los conocimientos sobre fisiopatología que posee.

*"Yo he conocido de los dos casos. He conocido médicos que teniendo síntomas clarísimos no se han hecho ni una sola prueba por miedo a lo que pudiera haber. Y lo había...y luego lo había. Y también he conocido médicos que al primer síntoma totalmente inespecífico han pedido...pruebas que no se hubieran hecho de otro modo."*21-011

Aislamiento autoimpuesto. Conectando con las dificultades de aceptación, algunos entrevistados explican su tendencia a no dejarse ayudar, a no dejarse acompañar. Esta situación tiene que ver con el orgullo, la vivencia de la enfermedad como algo vergonzante y que debilita el prestigio profesional, y el miedo a ser una molestia o carga. Pero también con el encubrimiento de su situación como forma de evitar o posponer el sufrimiento de los demás al respecto. Un intento de proteger a las personas que quieren.

*"Por lo menos en la fase inicial me negué a que se me visitara, salvo mi familia más cercana, le dije a mis hermanos que no vinieran que no viniera nadie de mi familia y a mis compañeros de trabajo también que yo prefería estar a mi bola, tranquilito y lo respetaron"*21-005

"Pues yo tenía consciencia de gravedad pero desde luego a mi marido no se lo dije porque quería evitarle el sufrimiento de todo lo que yo sabía que podía ocurrir..."
20-001

*"Los médicos, una cosa que también observo es que ocultan muchas cosas a su familia para evitar este sufrimiento (...) Y otra cosa que también a mí me llama la atención no, que cuando hay que tomar decisiones en enfermedades pues que son, que permiten tomarlas, no digo en un ACV que es una cosa aguda e inmediata, también cuesta más que el médico enfermo lo comente con la familia,"*20-002

*"O sea vas por la mañana a trabajar y vuelves a casa con un melanoma y te espera tu padre en casa que está viudo y te pregunta, ¿qué tal hijo mío, que tal ha ido la mañana?... Mi padre nunca supo que yo tenía melanoma."*21-007

Algunos sí que comparten toda la información con la familia, pero tratando de mantener una actitud tranquilizadora, e incluso con inversión de roles cuidador-cuidado:

"Bueno, a mi familia les he dicho todo, igual que a los colegas o compañeros. Mi familia está totalmente informada de todo el proceso que he tenido o dejo de tener...que tengo metástasis...me preguntan y tal, yo les intento tranquilizar. Quizás mi posición es más intentar tranquilizarles ¿no? que a veces los hijos no...no entienden. "No me engañas ¿eh?" no, no te engaño, en este momento...esto está así. Si no va bien...si llega un momento en que la cosa empeore ya os lo diré..." 21-003

"Sí, bueno mi hermano mucho más triste que yo, mi hermano lo que ha sufrido no está escrito, o sea yo le animaba a él (...) hay que afrontar las cosas en la vida, racionalizar (...) cuando me dijeron "hipernefroma" dije ahora tengo que llamar a mi hermano, mi hermano es muy bueno, pero cuando le diga que su hermano pequeño tiene otro tumor buff, digo ya les he jodido las vacaciones." 21-007

A posteriori los médicos reflexionan sobre su dificultad para reconocer públicamente la enfermedad, y la intención real de ayuda de los compañeros que en un primer momento no pudieron valorar ni aceptar:

"También hay muchos médicos enfermos que no quieren que los vea nadie enfermos y que no aceptan muchas ayudas." 20-002

"Pues posiblemente intentaban ayudarme (los compañeros) pero yo no me dejaba...vamos era superior mi autosuficiencia, entonces pues vamos yo sabía lo que tenía que hacer y ya está...entonces yo creo que sí, que la gente intentaba, pero yo no me dejaba. Sí, tiene que ser muy difícil." 21-005

"Hasta que una situación no se reconoce y se acepta, no se acepta tampoco el apoyo de los compañeros." 20-001

Es frecuente el sentimiento de **invulnerabilidad e infalibilidad**, incluso después de recibir (y más o menos aceptar), un diagnóstico:

"Entonces como yo creía que podía asumir el tema y además yo solo, nadie más que yo solo y como tiene acceso a automedicarte, a hacer lo que te da la gana pues lo haces." 21-005

Esa actitud **soberbia** es posteriormente foco de reflexión en un entrevistado:

"Quiero decir que está bien ¿no? no dar por supuesto. Porque a veces podemos caer en la chulería de "yo ya lo sé esto..." pero luego viene la verdad y el momento de... ¿como se tiene que tomar esto? antes, después, en medio...mejor todo apuntadito, bien claro, bien fácil...21-003

Conforme el proceso avanza, se abren camino otros sentimientos como el miedo, inseguridad, **incertidumbre** respecto al futuro:

*"Y cómo voy a salir de esta yo, pues sentimiento de invalidez, de inseguridad, de que no sé... de que no sabes lo que va a pasar."*21-005

Cuando el médico toma finalmente contacto con la realidad, asumiendo la enfermedad y sus consecuencias, a menudo experimenta **ansiedad y/o tristeza**. El estado de agitación, inquietud o angustia en relación con la enfermedad o con aspectos concretos de la misma, es muy frecuente en todos los pacientes, pero guarda una relación especial con los conocimientos que tiene el médico enfermo. Como forma de defenderse de dicha ansiedad, muchos entrevistados coinciden en la utilidad de "mantenerse ocupado", lo cual justifica una parte del presentismo como se desarrollará en otro apartado.

En cuanto a la tristeza, se observa un empeoramiento del estado del ánimo reactivo a la enfermedad y al conocimiento sobre la misma, con tendencia en ocasiones a la anticipación.

*"El conocimiento de esa misma evolución, de las complicaciones que puede llevar un tratamiento, de los efectos secundarios, pues eh...puede hacer que, quedas en un estado de tristeza y a veces incluso de depresión porque anticipas cosas que pueden ocurrir y que afortunadamente no todas ocurren, pero tú conoces todo el abanico de las posibilidades"*20-002

La enfermedad en el médico no solo amenaza la vida (cuando el proceso es grave), sino que impacta en el desempeño de su trabajo poniendo en tela de juicio su valía como profesional, experimentando en ocasiones una verdadera **crisis identitaria** y pérdida de rol al pasar de un lado al opuesto. Esta situación es altamente traumática, pero en ocasiones si se resuelve de forma adecuada permite experimentar un crecimiento y ajuste de los valores de la persona, como se comentará en la categoría "Aprendizaje de la enfermedad".

*"Hay como (Respiración) como un choque muy brusco un...que la vida se detiene de una forma muy brusca y te tienes que resituarse..."*20-001

"Empiezas a pensar de que te vas a quedar así para toda tu vida, que no vas a poder prescindir, bueno más que prescindir, que no vas a poder seguir ejerciendo tu medio de trabajo habitual y eso a mí me angustiaba mucho y eso era también una pescadilla que se mordía la cola, te hacía sentir peor". 21-005

Adquirir el rol de paciente, asumir las propias limitaciones como consecuencia de la enfermedad, y delegar algunas actividades es una tarea muy dura para los médicos, acostumbrados a anteponer su carrera al propio bienestar:

"Entonces ese fue uno de los factores y yo me ha costado asumirlo, lo he asumido y a eso ya he renunciado como a, bueno y a otras muchas cosas de actividades extraprofesionales vamos a decir." 21-005

Afortunadamente el hecho de ser médico también ofrece un abanico de sentimientos adaptativos y que se pueden clasificar como positivos, como la **confianza en los compañeros** y el sistema:

"Yo creo que en estos momentos tenemos un sistema sanitario que funciona muy bien, donde las cosas están bastante protocolizadas y creo que es bueno que los profesionales sanitarios sigamos los protocolos. Y no queremos hacer...mecanismos de feed back y salirnos de, de la línea. Yo creo que cuando nos ponemos en manos de compañeros y de profesionales, hay que también dejarse llevar un poco. Yo creo que lo asumí con tranquilidad y con confianza. Como lo estoy asumiendo, quiero decir, que soy perfectamente consciente, de que hoy el cáncer de colon tiene un tratamiento bastante eficaz, pero que hay un pequeño porcentaje que no responde" 20-008

"Lo consulté, porque a ver, yo soy médico de familia y los tratamientos oncológicos, vamos, no, directamente no me los sé, quiero decir que...Que cuando estudié la carrera, ya... han debido de cambiar, y cuando hice la residencia, un montón, entonces, yo que sé, hay a lo mejor gente... mmm... personas que sí que buscan en internet, o... o en revistas, o... pero yo la verdad es que no, no miré nada, (pausa) me dediqué a ser, mmm, buena paciente, de no... preguntar, no adelantarme o, no sé, y dije, bueno, pues lo que me tengan que decir, estoy en buenas manos, pues ya." 20-004

Muchos entrevistados perciben una sensación de **mayor control** sobre su proceso que el que tienen otros profesionales, lo que le proporciona seguridad y tranquilidad frente a la incertidumbre y el miedo. Esta categoría se encuentra muy relacionada con la categoría "Influencia de los conocimientos".

"Yo...cuando empecé a sospechar que algo no iba bien, porque me cansaba por encima de lo normal, fue cuando empecé a observarme y dije bueno, esto tiene pinta de ser una anemia. La verdad es que no pensaba que fuera tan importante como reveló la analítica, pero también tenía claro que...si era una anemia ferropénica, se debía a una pérdida de sangre, muy prolongada en el tiempo, por lo tanto invisible, porque yo no era consciente de la pérdida de sangre, pero sí que tenía muy claro cuando me sometía a la colonoscopia...lo que nos íbamos a encontrar." 20-008

Por último, los entrevistados sienten **agradecimiento** hacia aquellos compañeros que se han implicado de una forma especialmente cuidadosa y atenta en su enfermedad:

"Cualquier colaboración con cualquier otro departamento, mis compañeros me lo han facilitado, me han ayudado, lo han conseguido. Es decir yo no... Estoy agradecidísima en ese sentido." 20-001

INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS

La posesión de conocimientos sobre medicina (conocimientos técnicos, humanos, conocimientos sobre el funcionamiento de la institución...) es quizás la característica diferencial más importante de los médicos enfermos respecto al resto de pacientes. Este hecho tiene una serie de connotaciones positivas y negativas, y se relaciona de forma muy estrecha con las emociones, mecanismos de defensa psicológicos y actitudes de los médicos enfermos.

"Bueno si es una enfermedad seria, pues tienes más información que la población general, lo cual a veces es bueno y otras no tan bueno..." 20-002

"Claro, en mi caso, han sido una ventaja (los conocimientos). Porque me han hecho estar más tranquila. Pero entiendo que pueden ser también un inconveniente, porque... porque cuando sabes, cuando tienes información también puedes empezar a prever qué puede pasar, y eso puede ser un arma de doble filo en cuanto a que si empiezas a verlo muy negro, pues te deprimas antes de que pasen las cosas, ¿no?" 20-004

Por supuesto, los conocimientos dependen del grado y **tipo de especialidad** del médico:

"Hombre está condicionado por, no sé cómo pero está condicionado por los conocimientos que tenga, pero depende de si te acercas a tu área o no. Yo hay áreas de la medicina que desconozco absolutamente y que eso es como si no fuese médico eh, y hay otras que... como me ha tocado a mí que las conozco perfectamente". 21-007

"Yo, como soy médico de familia, en realidad siempre enfermo de mi especialidad, ¿no? Pero supongo que un cardiólogo que tiene un infarto, no lo vive igual que un traumatólogo que tiene un infarto, y que a lo mejor no sabe casi nada de infartos. ¿Vale?" 20-004

Atendiendo a las connotaciones positivas, los conocimientos aportan mayor tranquilidad a la hora de afrontar la enfermedad, permiten una **mayor capacidad para entender la información** recibida y para actuar en consecuencia, y por tanto una mayor autonomía. La toma de decisiones es, en general, más consciente al tratarse de pacientes formados en fisiología, farmacología, patología... Poseer conocimientos médicos puede hacer que el médico-paciente haga una interpretación adecuada de sus propios síntomas para generar diagnósticos diferenciales de su caso que faciliten el diagnóstico precoz y eficiente. También permite hacer una evaluación ajustada sobre la gravedad de esos síntomas.

“Porque yo tenía bastante claro que si la anemia era ferropénica se derivaba de una pérdida, (además muy compensada, porque los médicos se sorprendieron de que tuviera un hematocrito tan bajo y que estuviera haciendo vida normal), eh...tenía que deberse a una pérdida de sangre, y la pérdida de sangre en las mujeres o es vaginal, o es por colon, y estaba claro (...)si, y posiblemente eso me dio una mayor tranquilidad porque me ahorre la incertidumbre.”20-008

“Ventajas es que por el conocimiento que tenemos pues a lo mejor podemos acelerar el proceso de diagnóstico nosotros mismos e intuir antes que algo está ocurriendo(...) Probablemente disgusto más desconocimiento, es peor que disgusto más conocimiento.”20-001

Dos entrevistados reflexionan sobre el contacto estrecho con la muerte y opinan que, al estar familiarizados con el sufrimiento, los médicos pueden, quizás, **normalizar la gravedad** y afrontar más fácilmente situaciones difíciles:

“Vivimos siempre en el contexto de las situaciones de gravedad y de la muerte pues posiblemente le tenemos menos respeto que otras personas. No menos miedo, pero sí que lo asumimos con una mayor normalidad. (...). Lo que sí que es verdad, la profesión, lo que te acerca es posiblemente mucho más a...al sufrimiento y por lo tanto quizás sí que puedes desarrollar una mayor capacidad ¿no? para afrontar las situaciones adversas”20-008

“Ahora sí que estamos en contacto, sobre todo ciertas especialidades, bueno todas, con la enfermedad y algunas con la muerte. Más cerca o más...y todo ¿no? entonces sí que tenemos, entonces normalmente, nos ponemos unas...barreras diríamos así.” 21-003

Sin embargo, otros entrevistados viven sus conocimientos como una **carga**, puesto que les generan un nivel más elevado de ansiedad por la tendencia a la anticipación de hechos negativos, tanto diagnósticos como en el devenir de la enfermedad (efectos secundarios de tratamientos, complicaciones quirúrgicas, posibles secuelas...)

“Bueno, cuando enfermamos, enfermamos igual que el resto de las personas. Quizás el modo de vivirlo puede ser diferente porque se....eh, quizás nos preocupamos en exceso, quizás pensamos, porque sabemos de qué va la cosa...entonces quizás piensas que es más grave de lo que luego es, o te haces una idea magnificada o equivocada de lo que en realidad es.”21-011

“Pues a lo mejor en algún momento más miedo de algunas cosas por el conocimiento que tienes de las posibilidades de evolución y de cómo puede ir pero no.”20-002

“Quizá, hay como más anticipación, eh...en ese proceso mental cuando uno piensa lo que le está pasando. (...) Cuando conoces...pues eso, el diagnóstico, en qué consiste el

tratamiento, cuáles son los posibles efectos secundarios, los posibles secuelas etc., se te agolpa todo en la cabeza.(...) "En esas ocasiones sí que pienso que el desconocimiento es poder vivir más tranquila." 20-001

"Pero es verdad que de ignorancia pues también favorece, protege o encubre ciertas cosas y si tú eres una persona que desconoce absolutamente todo de la medicina porque te dedicas a...que tienes una tienda de chuches y te dicen que tienes un linfoma tú no tienes ni idea, eso condiciona claro. La ignorancia, a veces, hace menos libres pero también...y el conocimiento pues hace que a veces pues pueda aumentar el sufrimiento..." 21-007

Queda en evidencia que, ser paciente, es difícil independientemente del nivel de estudios y cantidad de conocimientos, ya que está ligado a miedos que no son racionales.

"O sea es increíble cómo el conocimiento también a veces, no vale para nada. Gente sensata con estudios, oposiciones y tesis, hace tontadas y el de al lado que es de pueblo, que es de Ejea de los Caballeros, que es más majo que las pesetas..., más sensato que el, 100 veces más. 21-007

Como señala agudamente una entrevistada, los **conocimientos** del médico no son solamente técnicos, sino también "**sociales**": conocer íntimamente el funcionamiento del sistema y a las personas que lo forman puede facilitarles, por ejemplo, la solicitud de pruebas complementarias, agilización del diagnóstico, búsqueda de alternativas terapéuticas y segundas opiniones...

"No solo son científicos, (los conocimientos) sino también sociales...socio profesionales. Para poder acceder a otros campos que a lo mejor los tienes más difíciles de acceder desde tu posición de paciente medio" 20-010

"Vamos a ver, yo me salté el trámite del médico de atención primaria, yo evidentemente pues por trabajar en la facultad, por tener amigos en el HCU, cuando yo sospeché que tenía una anemia consulté directamente con un cirujano amigo mío..." 20-008

"Si fuera una enfermedad muy grave, pues incluso recurrir a alguien que tú...que te parece que sabe bastante de esa especialidad para preguntar "piensas que estoy bien orientada, que me han orientado bien..." recabar una segunda opinión. Pero eso yo lo reservaría para enfermedades importantes" 20-010

Pero la utilización de los conocimientos médicos y su impacto positivo o negativo en la salud del médico se ven influenciados por su **personalidad**:

"Pues si tú eres en tu vida...eres una persona organizada, previsora, que te gusta planificar las cosas ¿m? pues el tener más información que la población general...pues a veces te...te permite m...planificar tu vida, planificar tu enfermedad... decir, eh, como

quieres las cosas...como te gustaría que te trataran si ocurre alguna complicación... Entonces en ese sentido el tener más información...sería positivo. Sin embargo, eh...el conocimiento de esa misma evolución, de las complicaciones que puede llevar un tratamiento... de los efectos secundarios...pues eh...puede hacer que...que caigas en un estado de tristeza (...) Cuando tú tienes un paciente delante, normalmente no le cuentas el 100 por 100 de lo que va a pasar con ese tratamiento. Le cuentas lo que es más frecuente o más probable en su situación. Pero cuando tú eres el paciente, como te lo sabes todo...piensas en todo...y eso causa un agobio tremendo, porque dices si pueden pasar 100 cosas, pasaran las 100...¿o pasaran 50? entonces ese exceso de información hace que muchas veces se viva... con angustia”21-002

”Pues empecé a meterme en ese bucle...la velocidad del pensamiento también aumenta bastante...taquipsiquia...los pensamientos son reiterativos y acerca de la situación de la que te has visto metido...de la que tú no puede hacer nada.... ”21-009

”Evidentemente hay una mayor capacidad para comprenderlo, y por lo tanto para ahorrarte un poco esa incertidumbre, lo cual no significa que al final hay muchos factores que están relacionados con la personalidad, ¿no? y los profesionales sanitarios...los hay optimistas y los hay pesimistas, y afrontar el proceso de enfermedad siempre se hace mejor desde el optimismo que desde el pesimismo...eso no se elige.”20-008

También hay médicos con carácter tal, cual, de personalidad obsesivos, tristes, melancólicos, todo según se actúe en la vida pues también afrontas. El que tenga una tienda de chuches y sea un melancólico y un triste pues lo vivirá con tristeza y el que sea médico triste, melancólico y un agonías, pues vivirá con agonías. El que tenga una tienda chuches y sea alegre y vital y venga palante, pues venga palante y el que sea médico así animado, venga palante... 21-007

De la presencia de conocimientos sobre los tratamientos y también del fácil acceso a los mismos, se deriva la alta frecuencia de **automedicación** entre los médicos. Este fenómeno también se relaciona en ocasiones con la percepción de que por ser médico debes saber solucionar tus propios problemas de salud. La automedicación es más habitual en procesos banales y con fármacos de uso generalizado.

“Como buen médico me automediqué, me autotraté y me autodiagnostiqué.”21-005

“Los médicos tomamos muchísimos más...sobre todo yo creo que medicamentos para dormir. Antidepresivos puede que también pero menos. Yo creo que sobre todo benzodiazepinas y medicamentos de esos. (...) ¡Si, si! a ver muchas veces...yo mismo me he tomado una pastilla para dormir porque al día siguiente tengo que trabajar y quiero dormirme a las 12. Eso una persona normal no lo hace”21-011

Los conocimientos también influyen en el **tratamiento y cumplimiento** terapéutico:

*"Los médicos en general como conocemos todo lo que supone los inmunomoduladores y tal pues decimos bueno pues yo prefiero tener rigidez articular, levantarme doblado y luego ya funcionaré, antes que iniciar una terapia con este tipo de tratamientos, por el conocimiento que tenemos de la farmacología."*21-011

TRATO RECIBIDO

De las entrevistas se traduce una sensación general de **trato deferente** por parte de los facultativos, sobre todo respecto a algunas cuestiones prácticas como el tiempo de espera, que se ve claramente reducido, la facilidad de acceso a los distintos especialistas o a las pruebas complementarias. Consideran que sus médicos han mostrado una mayor disponibilidad para atenderles, incluso a veces fuera del horario laboral, por el hecho de ser colegas.

*"El trato fue exquisito por parte de todo el mundo"*20-001

En varias ocasiones se habla de **corporativismo** entre los médicos, que se normaliza entendiendo que es un fenómeno habitual en muchas profesiones.

"Los compañeros pues en la seguridad social, yo siempre digo que no tenemos descuentos en Renfe ni en Iberia, ni puntos en ningún lado (...) que te ingresen como te tengan que ingresar, todo eso si pero yo si tengo un compañero enfermo o...luego la habitación (individual) es para él, yo no lo pongo con nadie y que digan lo que quieran". 21-007

*"Hay determinadas cosas en las que tienes un trato deferente ¿no? a lo mejor en análisis clínicos hay un avance para profesionales sanitarios (¿no solo para médicos eh?), sino que a la hora de hacer los análisis hay como dos filas. Durante las horas de análisis clínicos hay una ventanilla que atiende a los profesionales sanitarios y familiares, un poco para...agilizarlas, se pone así un poco como deferencia profesional, como tantas deferencias tienen las empresas con sus trabajadores."*20-008;

"Si, si...el trato...el interés que se toman...fantástico, enfermeras, auxiliares...celadores, médicos...o sea, excelente, excelente. No se puede pedir más." 21-003

También hay situaciones en las que los médicos se sienten maltratados no de forma personal sino institucional por las "normas" del sistema que hacen que el **trato sea poco digno**:

"Entonces, bueno, pues eso o que te den, pues eso, un camisón que se te abre; y entonces, pues bueno, no sé, o sea, determinadas cosas que... que como profesional pues sabes lo que hay y entonces pues, yo en mi caso me lo he tomado de forma positiva y he intentado sacar la parte irónica y reírme de...de las deficiencias del sistema quizá porque el, lo conoces.

Pero vamos, que también te puedes pillar unos cabreos de la pera. Porque, pues eso, dos horas y media para ser atendido en una consulta, no sé si es de recibo o no, o sea, quiero decir que... que puede pasar un día, pero siempre ya..."20-004

Una entrevistada habla de sentimientos con alta carga negativa tales como la **impotencia o humillación** en el trato, que se ve magnificada por el hecho de sentirse "en el otro lado":

"Ahí más bien era pues un sentimiento de impotencia, de...más que de humillación. La humillación es cuando te hacen pasar...eso, o sea, ya el hecho de que estés en esa posición como de inferioridad en la cama, que es muy curioso (risa) que miras a tus compañeros desde abajo, y luego el hecho de ir en bata y camisón a todos sitios en el hospital, a mí me resulta... humillante." 20-010

En ocasiones el trato por otros profesionales sanitarios (enfermería, auxiliares, celadores...) es percibido por algunos como peor que el de un paciente normal, por el hecho de ser médico. En el análisis, este fenómeno se ha denominado "**efecto de clase**" y se refiere a que otros profesionales sanitarios pueden estar condicionados por la imagen de la clase médica (en este caso por comportamientos considerados negativos) y pueden actuar en consecuencia cuando tienen delante a un médico-paciente.

"Yo... no sé si hay un trato diferente. (...) Eh...el trato que yo tuve por parte del personal en el servicio donde estuve hospitalizada, para mí es un trato que... pues que no fue un trato de calidad. Pienso que es un trato que deja muchísimo que desear. Desconozco si es porque yo era médico...desconozco la razón. Yo no conocía a ninguna de estas personas, por lo tanto tampoco creo...que tuvieran nada contra mí. Vamos, ¡segurísimo! No...No tenían nada contra mí...pero...también yo pienso...posiblemente que quizás el trato poco adecuado, poco cuidadoso, poco ajustado o en algún momento, yo no sé si no un trato displicente o...¡no se! o...seco, distante. Yo no sé si es que eran así, o a lo mejor también podía tener que ver con que yo podía hacer preguntas o podía... hacer si, sobre todo preguntas a las que ellos no estuvieran acostumbrados (...) Entonces pues, respecto del personal el trato no es desde luego lo más adecuado ni lo más ajustado que yo pienso que se debería haber dado. No era un trato de cuidado. ¿De acuerdo? el personal de cuidado a mí...no me dio el cuidado que pienso que se debe dar a cualquier paciente en esas circunstancias."20-001

"Entró a la habitación (la limpiadora), fue gracioso porque me acompañaba mi marido, "no te muevas que ahí molestas menos", entonces, (pausa), no sé, pues, quiero decir que a veces deberíamos cuidar nuestro vocabulario..." 20-004

"O voy a farmacia, porque me tienen que dar la quimioterapia. Allí pues la farmacéutica "¡Siéntate!" Te trata como un trapo..."21-003

"Me sentí mal, como paciente mal (risa) pero mal. No porque me trataran mal desde el punto de vista técnico o científico eh? yo de eso no me quejo. Pero yo recuerdo el último ingreso que tuve, en la misma tarde me hicieron 3 historias clínicas. Primero vino el residente y me hizo una historia clínica. Después vino la enfermera de la planta "vengo a hacerle la historia clínica" perdón? me la acaba de hacer el médico residente..." pero yo tengo que hacerle otra, pues otra historia clínica. Luego vino el adjunto y me dijo "vengo a hacerle la historia clínica" . Y digo, bueno, es la 3ª, se la he contado al residente, la enfermera me ha preguntado más o menos lo mismo...podías leerte las dos historias y si algo falta... "No, no, no...Yo tengo que hacerte la historia porque yo soy el que te voy a operar mañana, por lo tanto..."20-002

"Bueno yo, con una enfermera tuve una situación surrealista, increíble, entra esta mujer y me dice qué tal has pasado la noche, le estoy contando que tengo dolor, que me traiga algo para el dolor, (es enfermera, se encarga de eso), y me dice que solo me ha preguntado que qué tal he pasado la noche, que no si me duele o no me duele, que para el dolor ya me traerán con el desayuno. Por supuesto el desayuno me llegó tarde y me lo trajo la señora de la limpieza a las 9.30, cuando ya habían repartido los desayunos en la planta, la enfermera esta ya no estaba, que era del turno de noche, o sea, es que encima, que, que, que fue una situación..."20-004

APRENDIZAJE DE LA ENFERMEDAD

Es muy frecuente entre los entrevistados detectar aspectos positivos de padecer o haber padecido una enfermedad importante, tanto para ellos como para el desempeño de su profesión.

"Por muy malo que sea lo que te está ocurriendo...de ello siempre se puede sacar un aprendizaje...cuando peor sea, más costoso va a ser sacar ese aprendizaje pero más valioso va a ser."21-009

El aprendizaje obtenido de la vivencia como paciente, puede **mejorar la práctica clínica** una vez que se reincorporan a su actividad como médicos, tanto desde el punto de vista de la comprensión de los síntomas, como de cuestiones prácticas que tienen que ver con el funcionamiento hospitalario, la comunicación, la humanización y la ética más cotidiana.

"Yo estoy contento con el tema. ¿Qué tenemos que mejorar?, siempre se tiene que mejorar, siempre. Todo es muy mejorable pero creo que para lo que tenemos y con los medios que contamos lo hacemos bastante bien. (...)Quizás sea (tras la enfermedad) más eh...exigente con el sistema, es decir, con la aceleración de los procesos y cosas que, mientras estuve tratándome que había muchas cosas de...que se podían mejorar" . 21-003

“Que los profesionales tenemos que seguir aprendiendo a comunicar, sobre todo a comunicar las malas noticias. A informar, a veces...no se le da tiempo al paciente a asumir la información que se le da.”20-008

“Pues...a mí me ha servido para afinar un poco ¿no? yo ya estaba a favor del enfermo siempre ¿no? pero siempre afinas un poquito más ¿no? mira a esto no le había dado suficiente importancia pero visto en mi carne que sí que....pues quizás hay que hilar un poco más fino en este aspecto ¿no? de manera que los pacientes pues el trato un poco más sensible en un puntito que...no le daba importancia porque no lo había descubierto.” 21-003

Como vemos, un aspecto muy destacado es el **aumento de la empatía** con los pacientes tras la enfermedad, resultando más fácil ponerse en el lugar del otro, incluso cuando atienden pacientes complejos o difíciles en el trato.

“Yo creo que a un médico, en todo caso, pasar por un proceso de enfermedad lo acerca más a la comprensión del paciente (...)”20-008

“Sí, exacto. Estás más sensibilizado sobre todo con el sufrimiento de la gente, te das cuenta de que la gente sufre,”21-003

“O sea es diferente...pasas al otro lado. Has perdido todo el...este poder del médico que teóricamente tenemos ¿no? y pasas a...a la desnudez, diríamos así, además es física también ¿no? Bien, esto es un aprendizaje, es un aprendizaje muy bueno. Yo tengo amigos médicos que...han sufrido cosas de estas que maltrataban a los pacientes. Y yo pensé; mira ahora que se me queja de lo mal que lo han tratado a él.” 21-003

Hay quienes no son tan optimistas respecto al aprendizaje y la tendencia a la excelencia posterior en el trabajo; Una entrevistada señala que no es preciso sufrir una enfermedad para poder desempeñar su trabajo correctamente, otro señala que la vivencia de enfermedad, aunque arroje perspectiva, puede no traducirse en una mejora de la practica si el profesional no está predispuesto.

“Fíjate no me ha hecho ni caso...no sé qué, no sé cuántos...” pero una vez curado ha seguido tratando mal a los pacientes y yo “¡Mecaguendiez! no le ha servido de nada a este...”21-003

Otra entrevistada comenta que esa especial sensibilidad en cuestiones de índole ética tras la enfermedad propia, si que tiene lugar pero se va “agotando” conforme transcurre el tiempo.

“Yo me acuerdo, de los mejores cursos que me han dado y que me ha gustado cuando era residente el de entrevista clínica, entonces luego, me acuerdo que estuve unos cuantos meses, pues dándole la mano a los pacientes, presentándome, haciendo, pues las cosas típicas que te enseñan, en, en los cursos de entrevista clínica, o te pasa igual, cuando haces un curso de electros (...) luego, con la práctica, pues, acabas siendo más práctico y... y dejas de hacer determinadas cosas que bueno...” 20-004

Haberse sentido “en el otro lado” puede suponer un cambio de paradigma respecto a la relación médico-paciente (menos paternalismo, mayor flexibilidad y respeto a la autonomía del paciente).

“Que damos por supuesto muchas cosas y a mí lo que me sirvió es para saber que el paciente es dueño de sí mismo y nosotros estamos a su servicio que parece que eso, a veces, es al revés.” 20-002

Experimentar en primera persona el curso de una patología permite **detectar “fallos”** en el sistema, en la comunicación con los pacientes, o simplemente cuestiones que son fácilmente mejorables. Es habitual tratar de aplicar lo aprendido en base a su propia experiencia a la práctica clínica: respetar más la intimidad y el espacio de los pacientes, saludar, presentarse... Esto hace que la asistencia tienda a la excelencia.

“A ver desde el otro lado de la mesa, desde el otro lado del... de la zona sanitaria, no? o sea, nosotros estamos detrás de la mesa y... y en los pasillos con enfermeras, pero, pero el lado de la sala de espera, con todos los pacientes y... es un mundo bien interesante, donde, pues eso, no te das cuenta que, que, ehmm, que a veces, bueno, pues es que nos falta mucha humanidad, que el sistema puede ser frío, y brusco y duro (...) Percibes comentarios que a lo mejor una persona normal pues no se da cuenta, pero... pero tu como sabes de que están hablando(...) fallos que podemos tener como humanos todos, como profesionales, pero, que por lo menos no se deben decir en el pasillo, en voz alta, de forma que la gente de dentro de las habitaciones te pueda oír, porque yo lo estaba oyendo.” 20-004

“O por ejemplo otra situación que era una intervención abdominal, y el protocolo decía que había que tomar la solución evacuante a las 5 de la tarde, con lo cual estabas toda la tarde y toda la noche sentada en el inodoro, sin dormir...y yo les dije, a ver, ¿no sería más lógico dar esta solución a las 11 de la mañana, estás todo el día sentado en el inodoro y por la noche descansas porque al día siguiente te operan?” “toda la vida se ha dado a las 5 con la merienda!” (...) hay cosas que las damos por supuestas y las hacemos por, yo creo que es por rutina y hasta que no las sufres tú... (...) en el hospital estás en terreno hostil y tienes unas normas establecidas, que cuando tú eres profesional, las ves súper

normales, pero cuando eres paciente las ves totalmente....y muchas de ellas ilógicas y descabelladas"20-002

"A mí me daba mucha risa que la celadora me llevara con la cama y, yo, que puedo andar, dentro de la cama, allí a recorrer veinte pasillos, para aquí, para allá. Y yo le decía: "pero no me puedo bajar, que yo voy andando". Y me decía: "que no puedes, que no puedes (risas), tiene que ser así, porque pues así están puestas la normas y es que hay pacientes que se marean, o que pasa cualquier cosa, tienes que ir dentro de la cama"
20-004

Algunos toman conciencia del impacto real de las demoras y la burocracia del sistema sanitario:

"Cuando ves que un circuito pues no funciona bien, como lo ves desde dentro, si puedes ayudar a que funcione mejor...pues ayudas a que funcione mejor. De hecho, por ejemplo...yo he estado 15 días que una firma de la directora para el tratamiento quimioterápico...lo que pasa es que estas cosas...pues claro, cuando las ves como médico pues...dices al paciente pues que...se espere ¿no?... pero cuando las ves como paciente dices..."bueno, el que pasea las metástasis por la calle soy yo, ¿no? y por el hospital", por lo tanto...si me las pueden irradiar antes mejor que no te las irradien después ¿no? (...) la burocracia hizo retrasarme 15 días o más una quimioterapia que me habían indicado de urgencia..." 21-003

En algunos casos **toman conciencia de la importancia de algunos síntomas** a los que a veces como médicos les restaban importancia, por ejemplo, el dolor. La enfermedad puede ayudarte a **conocerte a ti mismo** y como médico:

"Que yo creo que cada uno, y luego la forma de ser, el carácter y todo. Te ayuda a descubrir muchas cosas de ti mismo, también, eh, el estar enfermo (...) depende mucho de cómo tú seas como médico, como te gusta, o al menos es lo que me ha pasado a mí, como me gustaría ver al paciente, o como me gustaría que fueran los pacientes, y yo he intentado comportarme así. Por ejemplo, pues, eh...he tenido que estar ingresada y... y el día que me operaron pues por la noche, pues tuve dolor, pero por no molestar, por no tocar el timbre, por no llamar a la enfermera, por ser buena y no molestar por la noche, pues ahí aguanté mi dolor (...), tampoco a lo mejor he hecho todas las preguntas que quería (...) yo que sé, será que a mí como médico me molestan los pacientes, eh... que... que están ahí... repitiendo una y otra vez..."20-004

A nivel personal, la enfermedad (como cualquier suceso traumático), puede variar el orden de prioridades de quien la padece, ejerciendo **cambios en su escala de valores**. En este contexto algunos entrevistados señalan la utilidad de la enfermedad y la vulnerabilidad que esta conlleva, para apreciar más otras áreas de su vida (familia, pareja, amistades, actividades de ocio...) y replantearse

si su dedicación al área laboral es excesiva. También les ha servido para ser menos exigentes consigo mismos, delegar algunas actividades extraprofesionales...

"Me ha ayudado a poner en su sitio las cosas importantes." 20-004

"Pasar de sano a enfermo es siempre un cambio de prioridades en la vida. En un momento determinado es un poco como si te enseñaran el...de enganche y te dijeran, eh, eres vulnerable...te puede parecer que no lo eres pero la enfermedad te cambia...y valoras quizá otras cosas que en otros momentos pasan más desapercibidas, y eso no lo digo solo en mi caso sino que lo he vivido en otros pacientes y en otros compañeros."20-008

"La ventaja de saber que...que has tenido o que tienes una enfermedad grave ¿no? entonces dices bueno, ¿qué pretendías hacer en tu vida, qué proyecto de vida te has montado?...entonces si tenías un proyecto de vida calculando...pensando que uno va a vivir más años (...) entonces yo me digo hombre, ahora...estadísticamente es muy posible que me muera en...no lo sé. por un año y medio, dos años (...) pero bueno, entonces...lo que digo yo es plantearme mi vida, lo que quería hacer estos años, seleccionar lo más importante, y...hacerlo, y dejar lo menos importante ¿no? del proyecto de vida que uno tiene...teniendo en cuenta que creo que lo más importante...en esta vida es...amar a la gente, ¿no? lo otro, el dinero lo dejas, al menos...el legado...yo no me llevaré dinero ni prestigio a la tumba ¿no? ni poder, ni nada de esto ¿no? pero bueno, pero si tus seres queridos, la gente, tus amigos...del hospital de la universidad...la gente pues ve, no es un servicio...tal cual, pues no se! (...) ahora sí, con mis hijos, con los nietos...fomentar la relación. Normalmente el médico que se ha dedicado mucho a la profesión ha abandonado bastante a la familia... si estas de guardia no estás en casa, y si haces muchas guardias al mes... pero luego trabajamos, pero además de trabajar tenemos que estudiar...y...luego ir a congresos, y luego tu hacer la tesis...o lo que sea... todo esto son horas que tu...a tu pareja o a tu familia...o lo que sea pues se las escatimas, no? bueno, pues entonces en estos momentos..."etapa final de la vida" pues como mínimo, pues estar más con la familia..." 21-003

"Yo ahora, en, en la edad en la que me encuentro, o en el momento personal en el que me encuentro, o sea, ah, lo más importante que tengo son mis hijas y el, el educar y el cuidar a mis hijas(...) Entonces, claro, yo ahora, mi, la prioridad en todo de mi vida son mis hijas... claro, lo primero que dije: "¡por Dios, qué no me muera!"... ahora, pues valoro mucho más todo el tiempo que pueda pasar con mis hijas, mientras sean pequeñas, y niñas, y me, me necesiten como madre."20-004

A lo largo de la enfermedad se produce un proceso de **aprendizaje sobre el propio proceso de enfermar**: aprender a situarse en el rol de paciente y a comportarse como tal.

"Yo vivo positivamente mi enfermedad en cuanto a que me ha sensibilizado en ese aspecto (...) bueno, pues asumir que yo me quito la bata blanca...y yo mañana me tengo que hacer unos análisis, pues...hago un ratito de enfermo, y me pinchan. ¿Entiendes? 21-003

"No estar todo el día pensando en la propia enfermedad, con las propias limitaciones...Cuando uno, cuando estás sometido a un tratamiento, sobre todo tratamientos de quimioterapia que tienen sus efectos secundarios y por lo tanto hay momentos en los que no estás bien, si todo lo haces bien, a que se deben los síntomas...pues se trata de asumirlos. Si tienes parestesias, ¿para qué te vas a quejar de las parestesias? si ya sabes de qué son...pues tienes que intentar superarlas, y normalizar la vida. Yo creo que es fundamental (...) No por negar la enfermedad, no estoy hablando de negar la enfermedad, sino de asumirla como un proceso de normalidad que no tiene que estar uno todo el día pensando en la enfermedad. 20-008

F.2.4 ENTORNO LABORAL Y PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO EXCESO DE RESPONSABILIDAD

Padecer una enfermedad de suficiente entidad puede tener un impacto en el trabajo y este es un motivo de preocupación frecuente entre los médicos entrevistados, hasta el punto de ser un factor muy relevante en la toma de decisiones médicas.

En general los médicos tienen un sentimiento de valía desde el punto de vista social, como expresión de su **vocación**. Existe el riesgo de que debido a un sentimiento de excesiva responsabilidad hacia el trabajo (pacientes, compañeros, jefes) el médico descuide su salud o altere el curso del proceso una vez que está enfermo.

"No seguimos sintiendo posiblemente...eh...así como héroes, ¿no? (chasqueo). Ante la enfermedad, es decir... Pedimos las bajas demasiado tarde, nos reincorporamos a veces demasiado pronto a nuestro ámbito laboral..."20-001

"El paciente depende de ti, es que la confianza que ha puesto en ti...o sea hacer de médico es muy bonito. No voy en contra de los gerentes, ni de los abogados, ni de los de los arquitectos, ni de los ingenieros...porque hay profesiones y todos tenemos que hacer de todo y todo haciéndolo bien es muy importante. Pero valorar la profesión de médico hay que valorarla ¿eh?21-003

"Me da la impresión de que como...a ver, como despreocupados, somos los últimos que nos miramos. No nos tomamos la tensión, hay muchos fumadores que...hay muchos médicos que fuman, hay mucho abuso de sustancias para dormir entre los médicos, eso es conocidísimo, no hace falta que te lo diga. Preferimos tomarnos una pastilla antes de...mirarnos lo que realmente nos puede ocurrir,"21-011

Cuando se trata de un proceso de enfermedad más bien agudo, de especial relevancia es el sentimiento de solidaridad hacia los compañeros y reticencia a abandonar el puesto de trabajo, aunque las condiciones no sean óptimas, para **no sobrecargar** al resto de compañeros que tienen que asumir su labor:

"Por ejemplo en mi caso, si yo estoy de guardia estoy de guardia, es que no hay otro. Si decido irme a mi casa tiene que venir otra persona en mi lugar. Eso es una puñeta. Entonces dices, bueno voy a aguantar como pueda, y mañana será otro día ¿vale? (...) primero por no fastidiar a otro compañero, porque no vas a llamar a las 10 de la noche diciendo no puedo más (...) a veces no te encuentras en las mejores condiciones para desempeñar tu trabajo pero que sigues adelante sobre todo por no fastidiar a otro compañero" 21-011

Esta actitud en ocasiones implica un automanejo de los síntomas por parte del médico, que podría derivar en consecuencias negativas para el proceso general y su salud:

"Pues te tomas cualquier cosa de la que pillas por ahí, te la tomas, alivias un poco el dolor, terminas la guardia y...al día siguiente pues ya...cuando llegas a tú casa ya te tomas lo que sea y por lo menos dos o tres días ya estas más tumbado en tu cama y...haces ya tu marcha."21-011

"Si tienes una lumbalgia y estas tieso pues te vas arrastrando para...eso no es grave una gripe no es grave y luego por otra parte cuando es un diagnóstico importante o estás en fase diagnóstico pues sigues trabajando porque si no..." 21-007

PRESENTISMO/INCAPACIDAD LABORAL/ REINCORPORACIÓN

Existe otro efecto de clase percibido por los médicos entrevistados y corroborado por los grupos focales, que muestra la mayor tendencia a permanecer trabajando a pesar de estar enfermo en los médicos, que en los demás estamentos de la profesión sanitaria. Esto encuentra su explicación, según un entrevistado, en la mayor dificultad para sustituir a un facultativo que a otro trabajador, al mayor sentimiento de responsabilidad ya señalado o al sentimiento de **"ser imprescindible"**:

"Cuántas veces no hemos ido con gripe a trabajar, eso nuestras compañeras enfermeras, auxiliares, celadores, y yo no soy nada clasista, vamos....o sea las bajas son la orden del día, o sea la baja en el médico son mucho menores porque sabes que los demás van a tener que suplirte (...)una compañera enfermera o un celador vamos como tenga 37,2º, llama...que no voy, que se joda la supervisora y que busque otra, eso sin duda, lo digo así de claro"21-007

Cuando la enfermedad ya es más importante y previsiblemente prolongada en el tiempo, algunos profesionales médicos se resisten a asumir la situación de

Incapacidad Laboral Transitoria. Este **retraso en las bajas laborales** puede suponer una peor o más lenta recuperación, mayores secuelas en dependencia del tipo de proceso, además de posibles repercusiones en la calidad asistencial que serán comentadas en otro apartado.

*"A lo mejor, se puede retrasar un poco la baja por lo que os comentaba antes del apoyo que tienen de los compañeros, cosa que ocurre en algunas profesiones y otras no. No depende de que sea población general o profesionales de la salud sino depende del tipo de trabajo."*20-002;

El presentismo, como ya hemos señalado, es una actitud que consiste en acudir a trabajar estando enfermo, y se percibe como habitual en el colectivo médico según las entrevistas.

"Para no hacer una guardia tienes que estar echando sangre por los ojos..." 20-007

*"Yo creo que no nos gusta estar de baja, no nos gusta, pero cuando no te queda más remedio..."*20-002

*"Ahí yo creo que no...he estado muy de baja por ser médico. Este es otra pega que ya me han dicho que...he hecho mal. Han criticado mucho esto...pero...bueno."*21-003

Entre los motivos más frecuentemente nombrados por los que los médicos y médicas acuden a trabajar estando enfermos, destaca el ya señalado miedo a la **sobrecarga de trabajo de otros colegas**:

"Apuramos quizás porque somos más conscientes de que nuestro trabajo lo tiene que cubrir otra persona, y que no nos sustituyen con facilidad..." 20-010

Otro motivo es la **responsabilidad** hacia la atención a sus pacientes que tiene su contrapunto en la preocupación por el impacto en la calidad de la atención a los pacientes que puede tener el hecho de trabajar en malas condiciones de salud:

"Si estás enfermo no estás al 100%, no tienes la cabeza en donde la tienes que tener [...] eso no es ninguna heroicidad, lo haces fatal" 21-007

También es nombrada la preocupación por la **pérdida de ingresos** económicos:

*"Yo tengo amigos que ganan muchísimo, que como cojan....que han ido con neumonía a trabajar porque no se pueden permitir ganas solo 4.00 euros al mes. Si estás acostumbrado a ganar 10.000 euros, con 4.000 no llegas ni al día a día. Sí, te has comprado un caballo o un chalet aquí y un chalet en Benasque, es así de triste..."*21-007

Y es interesante observar cómo surgen en el análisis categorías previamente no previstas, en relación a otras posibles causas de presentismo, destacando su utilización como **"vía de escape"** que permite mantener al profesional ocupado,

y diferentes mecanismos psicológicos de defensa frente a la anticipación. El trabajo se utiliza para disminuir la angustia ante un proceso grave de salud.

"Prefieren trabajar porque si no en casa se van del bolo, le dan muchas vueltas a la cabeza, entonces se incorporan antes [...]prefieren seguir con la actividad para no dar vueltas a la cabeza en casa (...)igual me quedaría con esa reflexión, prefieren seguir con la actividad para no dar vueltas a la cabeza en casa y cuando los compañeros le dicen pues chico, quédate en casa, cógete la baja, no corras por venir...no, no, que estoy bien ya," 21-007

"He estado 2 semanitas de baja, sin ningún problema, luego me he ido recuperando poco a poco pero viniendo aquí claro. El médico no hace de paleta...ni hace esfuerzos físicos violentos, ¿no? entonces la recuperación de las heridas pues, tampoco hay tanta diferencia en que...estés en casa o paseando o en la calle o en el hospital trabajando ¿no? y de paso pues mis pacientes pues los podía atender. Estuve operando igual...estuve a punto de volver a coger la baja...vino de un día o dos, porque me dieron una quimioterapia que me provocó una hepatitis tóxica. Me encontraba fatal. Entonces un día me dije me hago un análisis y toma, la bilirrubina...entonces ya me quitaron la quimioterapia y me fui mejorando y no tuve que coger la baja." 21-003

"La primera vez, la primera vez me vi la peca y luego me ampliaron la incisión que estaba yo de guardia y seguí de guardia y la segunda tuve que coger la baja pero vamos, que si me operaron en Junio en Septiembre estaba trabajando, que cuando fue el inspector médico me dijo "si puedes estar un año si quieres" y yo no, estoy bien, estuve dos meses de baja, después de una nefrectomía y bien."21-007

El médico-enfermo, como hemos señalado en apartados anteriores, piensa excesivamente en las posibles complicaciones y el mal pronóstico del proceso, lo que se acentúa si se encuentra desocupado. Sin embargo, hay quien considera que esta preocupación excesiva es más propia de su personalidad que de su profesión.

"Yo....en concreto cogí la baja laboral el mismo día que ingresé para ser intervenida, pero no sé si fue por ser médico. Quizás el diagnóstico que se me hizo era lo suficientemente inquietante...eh...problemático...comprometedor para la vida...como para si yo tenía mucho tiempo para pensar"001

La baja laboral, una vez que es solicitada, es gestionada por el médico de familia. En eso los médicos suelen seguir el protocolo habitual, aunque algunos de los entrevistados reconocen que este trámite es casi el único que han precisado de dicho profesional.

Regresar al trabajo antes de estar completamente recuperado es otra variante de presentismo. Esta tendencia puede tener que ver con necesidad económica, falta de conciencia de enfermedad o el no querer reconocer la existencia de la misma

ante su entorno laboral, miedo a la pérdida de conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar la profesión...

*"En general se incorporan antes. Me estoy acordando de casos de gente que le han diagnosticado algo y dicen no, no, yo sigo trabajando que sino en casa me rayo."*21-007

El momento de la reincorporación tras una ausencia por enfermedad puede ser delicado, sobre todo si ha decidido solicitar el alta laboral cuando aún no se encontraba recuperado, o si la ausencia ha sido prolongada. Son **escasas las adaptaciones del puesto de trabajo** y las reinserciones laborales progresivas resultan más complicadas que en otras profesiones:

*"Por ejemplo maestros, que ante ese tipo de procesos piden, pues la posibilidad de medias jornadas, de reincorporaciones paulatinas (...) Eso es verdad que tiene que ver mucho con la situación laboral y que...no es fácil, ¿no? que uno está de baja...o no está de baja. Y las medias tintas, son muy complicadas."*20-008

*"Es complicado y que...hoy un enfermo o está de baja, o está de alta, y si termina el periodo de baja, pasa a una situación de incapacidad. Eso es lo que está establecido. Y otra cuestión es los apaños y ahí dices, ah, hay profesionales que agradecerían el poder hacer algo aunque no pudieran hacer el 100%"*20-008

*"Te planteas muchas cosas. Te planteas qué haces, eh...hubo gente que me planteó buscarme una incapacidad, eh...yo en principio me negaba, intentaba no hacer porque es que no. (...) Intenté, eh, pensar otras posibilidades de trabajo que fueran diferentes porque yo trabajo en Urgencias hospitalarias, entonces pensaba en otro tipo de trabajo que no necesitara tanto...estar tanto tiempo de pie o que pudiera llevarlo de otra manera...en fin. Pensé en otras posibilidades: en cambiar de trabajo, en trabajar en una mutua, en fin, otro tipo de cosas."*21-011

*"Bueno, hay muchísimos impedimentos legales, y sindicales y de todo tipo. O sea el sacar un médico de urgencias hospitalarias para meterlo en un trabajo más cómodo...es que no está estipulado. Hombre, yo creo que en algunos casos se puede dar, pero ya tiene que haber como una invalidez por medio...no sé si me entiendes ¿no? que no es tan fácil.(...) A mí me propusieron en un momento que dejara de hacer noches, y que me fuera por la noche a dormir a casa. Pero eso me supondría tener que ir a trabajar el doble de días."*21-011

En ocasiones la dificultad de adaptación del trabajo a las circunstancias del médico se ve solventada por la actitud de los **compañeros que asumen parte de la carga asistencial** dejando actividades de menor esfuerzo y responsabilidad al médico enfermo:

“Y depende en la fase que esté la enfermedad claro, si estás con quimio pues aunque quieras venir a trabajar para distraerte pues ya se encargaran tus compañeros de ponerte dos tontadicas, eso no es ir a trabajar...”21-007

“Hay de todo yo he conocido algún caso que se ha incorporado y que ha contado con la colaboración de los compañeros para llegar, en la medida de sus posibilidades, pero conozco también casos que no han podido y han tenido que asumir la baja laboral en su totalidad, ¿no?”20-008

En dependencia de las especialidades y tipo de trabajo, se puede o no hacer una reubicación del profesional, y también del interés que este ponga y el manejo que haga de su enfermedad:

“Hay sitios en los que es más fácil reubicar, imagínate que yo hiciese uso de mi enfermedad, “que lo paso muy mal que lo paso muy mal, mándame a la consulta por favor, lunes y miércoles, que lo paso muy mal” y...¡a vivir!(...) en mi caso no, en mi caso hago lo mismo que hacía, pero hay otros casos que es verdad que no pueden, no pueden. Si tienes Parkinson y eres cirujano...o tienes alergia a los guantes, al látex y tienes una dermatitis horrorosa en las manos, pues nada Antonio, pues a consulta, que vamos a hacer, lógicamente a Antonio ya...no se va a morir ningún paciente en quirófano.” 21-007

“Es todo diferente. No es lo mismo un servicio de urgencias que un servicio de medicina preventiva ¿no? por poner...dos ejemplos, ¿no? por lo tanto eso que de forma genérica se puede... soltar, a la hora de la verdad, hay que...ponerlo blanco sobre negro sobre cuáles son las posibilidades”20-008

Parece que la posibilidad de una reubicación o vuelta progresiva es más fácil para médicos de atención primaria.

“Sí, sí. De hecho ya te digo, me ofrecieron también cambiar de sitio por si me sentía más cómodo en otro centro pero dije que no.”21-005

Un entrevistado apunta la necesidad de un **periodo de “reciclaje”** tras una ILT prolongada, como forma de retomar confianza y refrescar actitudes y conocimientos necesarios para el desempeño del trabajo cotidiano:

“Yo estuve un mes, casi un mes de reciclaje. Estuve en seminarios, estuve también... bueno pues porque un año y pico sin ver pacientes es mucho y aunque yo los datos que tenía lúcidos porque leía, estudiaba y hacía alguna cosa pero el no tener asistencia directa eso te merma. Pero bueno, la verdad que no fue muy... como fue una cosa progresiva y bueno pues en fin no fue brusco el comienzo pues bueno bien, en ese sentido bien.”21-005

Este mismo médico señala que, aunque la reincorporación al trabajo fue al 100% de sus capacidades, esto fue posible gracias a la disminución de su actividad en otras áreas:

“Hablando del trabajo profesional, del que te pagan por nómina porque luego los satélites que tenemos, bueno yo dejé muchos satélites porque yo estuve metido en política, (...) lo he asumido y a eso ya he renunciado como a, bueno y a otras muchas cosas de actividades extra profesionales vamos a decir.” 21-005

En general los médicos sienten **rechazo ante la idea de la incapacidad permanente**. Algunos alegan cuestiones económicas, pero más frecuentemente vocacionales. Una entrevistada es consciente de la utilidad terapéutica del trabajo y el sentimiento de utilidad como apoyo para la recuperación y el bienestar de cualquier paciente, y especialmente en los médicos enfermos.

“La importancia dentro de los márgenes que uno pueda, de poderte reincorporar a una vida medianamente normal. Yo creo que eso es muy importante, y en este caso el trabajo muchas veces es terapia.(...) pero sí que estoy convencida, si no puede ser el trabajo por lo menos el tener una actividad aunque sea de ocio, o de hobbies, o de algo. Porque lo peor que le puede pasar a un enfermo es encerrarse en el proceso de su enfermedad (...). No, tienen que poder hacer vida normal...sino te acabas contagiando, ¿no? de la negatividad del proceso.” (...) Con la legislación laboral vigente hoy, las bajas tienen un periodo limitado a un máximo de 18 meses, que muchas veces en ese periodo, pegar el salto a una incapacidad permanente pues no es lo que más...eh...le conviene, y el reconocimiento de una incapacidad parcial, que te permite trabajar en el mismo puesto de trabajo con un menor rendimiento, en la práctica es complicado”20-008

“Hay gente que, bueno, ya sabes que hay mucha gente que va buscando incapacidades con las ventajas que tiene y todo eso. A mí no me parece bien, primero porque una incapacidad, vale, yo tengo 45 años, o sea, si a mí me jubilas ahora me matas. ¿Qué hago yo el resto de mi vida jubilado? y aparte, quiero ganar dinero (risa) es que (...) Cualquier trabajador que tenga 40 años que se enfrente al mismo problema que yo y que vea que no puede trabajar...no se plantearía una incapacidad a no ser que...m...vamos, que no tiene más remedio”21-011

CORPORATIVISMO MAL ENTENDIDO: Encubrimiento

Durante el análisis cualitativo de las entrevistas surgió como categoría previamente no prevista lo que hemos denominado **Falso proteccionismo o corporativismo mal entendido** entre colegas. Nos referimos a la tendencia por parte de los compañeros del médico enfermo que acude a trabajar, a ocultar la situación de enfermedad, llegando a asumir parte de su trabajo.

Esta supuesta “protección” del médico enfermo dentro del servicio para evitar problemas con los pacientes y posibles repercusiones asistenciales y/o legales, es una situación al parecer frecuente:

“Hay una especie de... no sé, como de compromiso del silencio... como de proteccionismo inadecuado [...] todo el mundo intenta tapar...” 20-001

Algunos entrevistados se dan cuenta del **potencial riesgo e impacto en la calidad asistencial**, y reflexionan sobre la necesidad de mejorar la comunicación al respecto. En *algunas* ocasiones reconocen realizar cierta “vigilancia” y supervisión del compañero para evitar posibles eventos adversos.

“Creo que tenemos obligación de decirlo por el compañero y por los pacientes que tiene ese compañero porque no siempre uno es consciente de las limitaciones está teniendo por la enfermedad y son tus compañeros los que te tienen que enfrentar con la situación. (...)cuando se hacen estas cosas normalmente es cuando ya ha ocurrido algún problema medianamente importante que ha sido el detonante como para decir bueno, esto hay que decirlo ya y mientras pues se va tapando un poco, entre unos y otros”20-001

Esta situación, relacionada estrechamente con la Confidencialidad, es mucho más frecuente cuando la patología del médico tiene un componente potencialmente estigmatizante, y hace que nos planteemos la división de las enfermedades del médico en dos grupos: las **físicas** y las **psiquiátricas**. Sus características, abordaje, manejo y conceptualización son muy diferentes. Por una parte, la enfermedad física se percibe como mucho más fácil de abordar, con mayor implicación por parte de los profesionales que rodean al médico, mientras que los problemas de salud mental son percibidos como más complejos y difíciles de abordar. Es más frecuente la falta de conciencia de los problemas por parte del médico, tienden a agudizarse y agravarse en relación con el estrés y las elevadas exigencias de del trabajo (guardias, etc.) y son percibidas como más incapacitantes y potencialmente peligrosas para la seguridad de los pacientes.

RELACIONES LABORALES CON COLEGAS Y SUPERIORES

La actitud de los compañeros y los jefes jerárquicos, se percibe en general como positiva. Se muestra una disposición completa por parte de los colegas a modificaciones en el horario de trabajo, **apoyo** moral durante el proceso y agilización de pruebas...

“Cualquier colaboración con cualquier otro departamento, mis compañeros me lo han facilitado, me han ayudado, [...] estoy agradecidísima en ese sentido. Y luego posteriormente, cuando se terminó el tiempo de hospitalización [...] han seguido también pues como con muchísimo cuidado, con muchísimo cariño”20-001

"Bueno, te puedo decir que alguno se extraña de que yo...siga. Pero si ahora te puedes dedicar a vivir el tiempo que te queda!...porque vienes aquí a las 8 de la mañana, te vas tan tarde..."21-003

Sin embargo como se comentó en otro apartado, por parte del profesional enfermo existe el **miedo a sentirse una carga** que implique más trabajo a los compañeros. En ocasiones esta desagradable vivencia los fuerza a coger la baja simplemente para evitar esa sobrecarga, más que por cuestiones propias.

"Entonces más que por ti, lo haces por ellos, dices bueno yo no puedo ser una sobrecarga y por los pacientes"20-002

Algún entrevistado se ha sentido juzgado por parte de sus compañeros, con miedo a que su **capacidad para trabajar fuera cuestionada**:

"Entonces pues hubo compañeros pues que cuestionaron mi valía profesional". 21-005

En cuanto a los superiores jerárquicos, existen discrepancias de opiniones y vivencias:

"Buf, pues (risa) bien, yo lo llamé (al jefe), me dio las gracias por darle la información y ya está, no he vuelto a saber nada. (Risa) quiero decir que... yo... a lo mejor hubiera esperado que me hubiera llamado, tampoco tenemos, teníamos, mucha relación, pero bueno, no sé. Quizá alguna llamada en el proceso de la baja. "¿Qué tal estás? ¿Cómo vas?" No sé si él tuvo noticias a través de los compañeros, y entonces por no molestar no me llamó, pero... Pero buen." 20-004

"También depende de la gente. Hay quien dice "jo, es la oportunidad de echarlo ya de una vez por todas ¿no?" y coger un joven, que saldrá mucho más barato. Opción A: "y me obedecerá más...para hacer de esclavo mío...en cambio a este no se lo puedo hacer"... ¿entiendes? hay mucha esclavitud entre médicos. Y otra cosa es, el decir "Joder, este tío le ha tocado esto ahora...y podría ser a mí...vamos a ayudarnos mutuamente porque...voy a ayudar todo lo que pueda porque...ahora es su piel por suerte mía que no es mi piel ¿no? pero mañana podría ser mi piel". La buena es esta otra." 21-003

"Mi experiencia muy positiva, sí. Un jefe nunca te va a poner contra la pared porque es consciente de que te enfrentas con...no te va a decir "uy que pena ahora que has caído enfermo, que tienes que renovar el contrato, que pena", no, eso es un borde. No te preocupes que cuando vuelvas aquí está tu silla (...) También hay peligro cuando un médico cae enfermo, a veces, llegan más currículums, cuando hay un médico con cáncer de repente llegan currículums porque la gente piensa que se va morir, eso ha ocurrido, eso es tremendo." 21-007

Un entrevistado con experiencia en la gestión reflexiona y aconseja a los cargos de gerencia para realizar una adecuada labor:

“El profesional de la gestión, tiene que saber de qué va la cosa, y tiene que vivir lo que le pasa al profesional y lo que le pasa al enfermo. Si no sale del despacho, pues es una firma, se retrasa 15 días, no pasa nada y tal...pero ¿sabes el efecto sobre los pacientes que aquel día tenían que entrar y al día siguiente tenían que tomar la medicación?(...) Salid del despacho. Id a urgencias a hablar con los médicos, residentes, tal a ver qué problemas tienen...cómo funciona el tema, que desean que necesitan...y todos los servicios, pasearos, enteraros de lo que pasa porque entonces...no es que tengas más dinero para repartir, pero seguro que lo priorizaras mejor. Y aparte de que...el que hace guardias ahí se ve abrumado pues verá también que tienen un interés por el ¿no?”21-003

IDENTIFICARSE O NO COMO MÉDICO

Identificarse o no como trabajador del gremio cuando se acude como paciente, es un tema interesante y controvertido que surgió de manera espontánea en los discursos de los entrevistados.

De las entrevistas se traduce la tendencia general a identificarse como médico en la fase diagnóstica y de inicio del tratamiento, al considerar que dicho estatus puede proporcionar un trato más diligente y acortar la incertidumbre. Por supuesto, quienes realizan consultas directamente a sus colegas especialistas, irremediamente deben identificarse para tener acceso a esta atención fuera de los cauces habituales, lo cual es muy frecuente como hemos observado. El potencial beneficio de agilizar el proceso en fases iniciales puede incluso compensar, como se comentó previamente, la pérdida de confidencialidad.

Un entrevistado señala que ni siquiera fue preciso identificarse, puesto que el médico que inició su atención anotó su profesión en un lugar visible de su historia clínica, hecho que denota la relevancia que para los médicos de médicos puede tener el conocimiento de que están tratando a un colega:

“ Desde el primer momento...si, porque la primer médico que me vio dio la casualidad de que me conocía y...apunto en el papel “medico” entonces automáticamente a todas las consultas y las pruebas a las que he ido ya se ha sabido que yo era médico, o sea que no ha hecho falta que yo lo dijera.”21-011

Sin embargo, esa preferencia por presentarse cambia durante el seguimiento, siendo mucho más frecuente que utilicen el circuito habitual y no busquen ser identificados como médicos, deseando conscientemente ser atendidos como un paciente más, lo que durante el análisis cualitativo se ha categorizado como **rechazo del trato preferente**. Algunos reconocen “testar” la actuación del médico antes de depositar en él su confianza.

“Tú no dices que eres médico pues porque el médico con el médico habla diferente, actúa diferente, se protege más, se asegura, no dice tontadas ¿eh?” 21-007

“Cuando voy al médico nunca digo que soy médico (Pausa) Yo quiero ver como es esa persona que tengo delante, y como trata a todos sus pacientes, y no a mí en particular por ser....así... (médico)”21-009

El rechazo al trato preferente se relaciona con sentimientos altruistas de culpa e injusticia, pero también con la impresión de que la falta de objetividad puede repercutir en el propio tratamiento.

“Por ejemplo, eh... sacando sangre, pues una enfermera no encontraba la vena, le dije “no, no te preocupes que yo soy médico” y es que aun fue peor, porque entonces empezó a temblar más la pobre, entonces, la última vez que me tuvieron que... que coger una vía, pues me estuve calladita, también les costó, pues por lo que sea igual... pues tengo malas venas o yo que sé, y entonces, no sé, que yo creo que ahí, ya no solo depende tanto de ti sino de... de que... el ser médico le pueda impresionar a lo mejor al otro.20-004

No identificarse puede relacionarse también con el miedo a que el profesional que te atienda pueda dar la información por sentada cuando, en realidad, como paciente necesitas que te informen de todas las alternativas y te acompañen en la toma de decisiones como si fueras lego en la materia.

“No, no por miedo, es por llámale pudor si quieres. O porque tampoco...tampoco creo que sea conveniente ni le interese a nadie ¿no? y aparte pienso que es un poco contraproducente...prefiero que el que me vea, me vea como a un paciente.”20-011

En algunos este deseo de no identificarse, parte de su propia experiencia cuando son médicos atendiendo a colegas. Alguno comenta que puede sentirse incómodo cuando el médico-paciente solicita saltarse las vías de atención convencionales.

Especialmente interesante para el análisis de la categoría “Identificarse como médico” es comparar la visión de los médicos enfermos con la de los médicos de médicos, que será revisada sobre todo en el apartado de Grupos Focales. Pero ya durante las entrevistas a médicos enfermos en primera persona (que alguna vez han atendido ellos mismos otros compañeros), surgen **discrepancias sobre la preferencia de que el paciente oculte o no su profesión**, siendo especialmente relevante el momento y forma de comunicarlo.

“Me gusta, me gusta (que se identifiquen como médicos) porque, m...porque la información que doy es directa. Me gusta simplemente por eso. Porque sabe lo que voy a hacer, sabe...me comprende todo y no hace falta...podemos hablar de una manera mucho más directa. Por lo demás no, pero sí que es verdad que me gusta, me gusta que me lo

digán (...) Yo creo que es bueno, que el que recibe la información sepa que estás hablando con un compañero yo creo que es bueno..."21-011

"Vamos a ver, eso puede tener dos interpretaciones: si uno lo hace (identificarse como médico cuando acude como paciente)...como aquel que "es que usted no sabe con quién habla..." es decir, soy médico como una amenaza para decir que tenga cuidado que...tal, pues mal. Si se hace simplemente como una información para ayudar a...pues a identificar...bien. Si lo vas a hacer buscando un privilegio o intentando condicionar al profesional que tienes en frente, no me parecería oportuno"20-008

No identificarse puede ser interpretado por el médico que trata como un intento de examinar sus conocimientos, como se abordará en el siguiente apartado:

"Te prueban, comparan, sí es que han preguntado a otro, a ver si coinciden porque vienen con información, sí, sí, te examinan, me siento juzgado, pero vamos..."21-007

Reflejo de la complejidad de este tema es que el mismo entrevistado que se siente juzgado cuando es médico de médicos, prefiere no identificarse cuando acude como paciente:

"Que a priori tampoco vas porque no quieres ser un pedante, "oye que soy médico, a mi pínchame bien que soy médico", ¿no? 21-007

F.2.5 MÉDICOS DE MÉDICOS:

La actitud que los entrevistados percibieron por parte del médico que les atendía varía de unos a otros. Muchos sintieron que por el hecho de ser médicos, su compañero se mostraba más cercano y accesible, ofreciendo un trato **deferente**:

"Te trata con...de otra manera. Te trata un poco, yo creo que nos tratamos un poco mejor...sí. Por el hecho quizá de ser compañeros...yo creo que si (...) que nos tratamos mejor entre nosotros, por lo menos con un poco más de complacencia, ¿no? de...somos más amables, entre nosotros."21-011

"Eso yo lo tengo grabado en el corazón, hay que ayudar a los compañeros siempre. Yo cuando un compañero entra por la puerta hay que atenderle, eso de cítate o ya te veré el mes que viene... me parece de mal compañero, a veces molestamos o...tal, pues oye veinte dentro de tres minutos (...) pero en seguida sabes sin un compañero está preocupado o no y me atendió al momento, terminó con la que estaba y ya."21-007

"Yo...el médico enfermo lo he tratado como se merece. Y he procurado que no se espere tanto como los demás. He procurado tratarlo como a un colega. Esto sí como a un colega, un amigo...sin enchufismo entre comillas. Porque entonces haces daño a los otros pacientes, pero sí un trato especial. Como compañero." 21-003

Sin embargo, uno de los aspectos más comentados es la **sensación de incomodidad** o tensión en los compañeros que atienden, que suele ir acompañado del hecho de **sentirse cuestionado**.

"El compañerismo se nota, pero también se nota el nerviosismo, como que se sienten un poco más presionados por hacer las cosas bien y por hacerlo todo correcto" 20-001

"No sé, a mí no, a mí no me incomoda personalmente tratar a médicos pero, sí que he visto como yo a veces he podido incomodar, o ponerse nervioso, o... al... al profesional cuando sabía que yo era del gremio." 20-004

Esta situación a su vez genera desconfianza y malestar en el médico enfermo.

"Yo no sé si es que eran así, o a lo mejor también podía tener que ver con que yo podía hacer preguntas o podía... hacer sí, sobre todo preguntas a las que ellos no estuvieran acostumbrados que otros pacientes se las hicieran y pudiera generarle o...esta es mi explicación, de alguna manera (respiración) intranquilidad, malestar, temor a ser, m.... contrastados o a ser controlados por mí, cuando ¡nada más lejos de mi intención era cualquiera de estas cosas! (...) Cuando les haces ciertas preguntas mucho más acotadas, mucho más claras y lógicamente con conocimiento de base, mm... se sienten como incómodos (...) Con lo cual...si ves a tu médico incómodo, eh...aún tú te agobias más." 20-001

La percepción de que el médico-paciente puede evaluar sus conocimientos o juzgar su actuación, el miedo a "quedar mal", a cometer algún error que pueda ser detectado por el médico enfermo... pueden llevar a plantearse opciones diagnósticas menos probables, o a ser más agresivo en el diagnóstico y/o tratamiento...o incluso a tratar de derivar al paciente, que genera **rechazo**, a otro profesional:

"Si una persona acude a ti porque se fía de ti y tu resuelves fenomenal, pero si no resuelves y esa persona insiste, insiste, insiste... pues al final lo que intentas derivárselo a otro compañero porque no sabes si esto te ocurre porque has perdido objetividad o porque no lo sabes por desconocimiento (...) si el diagnóstico no llega a su fin en un tiempo breve, en ocasiones, yo creo que intentamos un poco quitarnos al compañero de encima." 20-002

"Yo casi preferiría no tener médicos en mi ámbito, en mi cupo profesional, preferiría no tener médicos". 21-005

"Sí, siempre se pasa mal, eh.....el ser médico de otros médicos a veces parece que va a facilitar porque puedes utilizar un lenguaje médico ¿no?, puedes usar, puedes hablar...claro (...)tenemos a un enfermo médico en diálisis y vamos casi me cuesta más relacionarme con el que con otros, porque cree que saben y no saben, entonces a veces, intentas...a veces me doy cuenta de que conforme estoy hablando con el médico voy vulgarizando mi lenguaje..." 21-007

Dos entrevistadas reflexionan sobre la tendencia de los médicos que les atendieron a atribuirle actitudes “neurotiformes” como defensa ante la sensación de mayor exigencia que con un paciente de otra profesión:

“Atribuir a los nervios, mmm... no sé, pues ciertas preguntas, ciertas preocupaciones o cierta necesidad de saber o lo que sea... creo que es como una salida.” 20-001

“Si es algo un poco más serio o que se tarda más en diagnosticar, mmm....los profesionales a los que se acude tachan en ocasiones a los médicos enfermos como de hipocondriacos” 20-002

“Sí, muchísimo peor, muchísimo peor, o sea no quiero decir nombres pero son una cruz. Son unos pesados, además no son conscientes, además te dicen unas cosas que es increíble que sepan medicina ¿eh?” 21-007

Se hace la reflexión sobre la dificultad para el médico de médicos de **tomar conciencia de su propia vulnerabilidad**, al verse reflejado en el compañero al que atiende:

“Yo creo que también nos cuesta el aceptar que tu compañero está enfermo porque hoy es él y mañana puede ser tú, entonces yo creo que es un poco el que te ves reflejado en esa situación. Que dices bueno...te enfrentas a tus propias enfermedades, a tu propio final...y eso hace que...a veces huyamos de las situaciones difíciles.” 20-001

Cuando a los médicos enfermos se les pregunta sobre su papel como médicos de otros médicos (ya que casi todos han tenido dicha experiencia a lo largo de su carrera), coinciden en que existen diferencias en cómo se sienten y en la atención que ofrecen al saber que el paciente que tienen enfrente es un médico. Todos parecen estar de acuerdo en que es **preciso un mayor esfuerzo, sensibilidad y tiempo** que con otros pacientes.

“Conforme fue mejorando la cosa también fue cambiando...siendo más quisquilloso...iba preguntando el porqué de todo...en...sugería alternativas terapéuticas...bueno...todos tenemos nuestra opinión...al igual que con el resto de los pacientes...hay que contar, pero no que lleve la batuta...” 21-009;

“Si...yo descubro que hay un médico que tiene a su hijo aquí yo tengo bastante claro que lo trato de una manera deferente (...) me lo traigo a mi despacho y hablo con, en mi despacho con él, es decir que sí que hago ciertas diferencias, entre otras cosas porque creo que hasta mi código ético, debe forzarme a eso (...) simplemente un trato diferencial a una persona que se dedica a lo mismo que tú y más si la conoces. ” 20-001

“Tienes que personalizar. En ese sentido con los médicos...pues asumiendo el miedo que puedan tener. Los miedos, las preocupaciones, la información...ay que darlo todo de una manera...especial. Teniendo en cuenta que cada médico es diferente...un médico no querrá saber nada, otro más (...) Sí, claramente, sin duda, mucho más (utilizas más tiempo). Sí

porque además haces que la relación sea cordial, se siente a gusto, entonces prolongas todo para que no vea que los despachas de...luego incluso hablando de lo que sea pues ves que se sienta atendido." 21-007

El **papel del médico de familia**, como se ha comentado previamente, es secundario en cuanto al manejo inicial de la enfermedad, y muchos solo tuvieron contacto con su médico cuando necesitaron que les tramitara la Incapacidad y posteriormente el alta laboral.

"Lo habitual es que nosotros solamente veamos al médico de familia para pedirle la baja. El resto de problemas o nos los solucionamos nosotros o los solucionamos entre compañeros. (...) el papel del médico de cabecera como...si, administrativo, para pedirle (la baja)...meramente administrativo" 21-011

"Si yo tengo un problema en la piel y trabajo en un hospital, voy a hablar con un dermatólogo: "oye, ¿te importa verme?" y no me voy a ir a mi médico de cabecera para que me mande al dermatólogo, ¿no? vamos al médico de cabecera solo por la baja y porque no nos la puede dar un compañero, y si no, no iríamos." 21-011

A este respecto, se observa con relativa frecuencia que, o bien el médico de familia deja en manos del paciente la decisión sobre el alta, o bien este desatiende las recomendaciones de su médico para adelantar la reincorporación laboral.

"El médico de atención primaria para que este firme o de la baja...umm...ahí también sentía como que ataba de pies y manos a quien tenía delante...porque estaba todo el rato "aquí tú sabrás más que yo...es que...vosotros sabréis lo que hacéis con esto"..." 21-009

Un entrevistado señala que a veces es el propio MAP el que sugiere al médico que busque un especialista:

"O...el médico de cabecera les dice oye, consulta con un cirujano." 21-003

Para un médico puede ser más sencillo sentirse identificado con el paciente si este también es médico, con más facilidad para ponerse en su lugar. Este **aumento de empatía** en ocasiones puede ser valorado como un inconveniente, al considerar que puede mermar la objetividad.

"Es mucho más difícil en situaciones serias o graves tratar a un sanitario que a un paciente no sanitario". "20-002

La **relación médico-paciente** puede verse afectada cuando el paciente es otro facultativo. Lo asocian con la falta de objetividad, el exceso de empatía y la sensación de incomodidad.

*"Se fue un poco deteriorando la relación médico- paciente. Y llegó un momento en el que bueno pues tuvimos que decir que no, además cometimos el error de que él era mi psiquiatra y yo era su médico de familia (ríe) entonces ya fue... ¡bueno! pues entonces se acabó la cosa y cambié de profesional "*21-005

Algunos entrevistados tienen claro que hay que hacer un esfuerzo para **ofrecer** a los médicos **la misma atención**, de tal forma que no se produzcan agravios respecto al tratamiento de los demás...por el propio beneficio del médico enfermo:

"Yo creo que el profesional al final es profesional, y...aunque tiene a un compañero que también es profesional, eso no le condiciona. O por lo menos no le debe de condicionar en su toma de decisiones o planteamiento...más allá de que el dialogo que puede establecer con su paciente, tiene otro nivel." 20-008

"Pienso que se debería actuar igual siendo médico que no siendo médico. Quiero decir, que no debería...a la persona a la que le das esa información no debería de importarle lo más mínimo. Quiero decir, eh...lo que me parece mal es el hecho de que...pues eso que se atiende a los compañeros en los huecos, en los pasillos...no sé si me entiendes, ¿no?"

21-011

La actitud del médico de médicos puede verse influida por la **relación personal previa** existente entre el médico y su colega, ahora paciente. Este conocimiento previo puede aumentar la tendencia a proporcionar un trato de mayor preferencia, pero a veces también se relaciona con una pérdida de objetividad.

*"Que van a tirar más de colegueo...mirar la agenda de teléfono y: "este que hizo conmigo la especialidad." Si me han sacado azúcar le voy a preguntar a aquel tío tan majo que conocí cuando estuve trabajando en tal hospital y que resulta que era endocrino...Vamos a por una segunda opinión muy rápidamente, pero hacia quien sabemos que no nos va a poner pegas en dárnosla porque nos va a hacer un favor. Y un favor tampoco es una segunda opinión. Ahí entra ya también toda la subjetividad de la relación..."*21-009

*"Cuando la búsqueda de los compañeros se hace por relación afectiva, yo creo que entonces sí que hay más dificultad para el médico que tiene...no para el enfermo sino para el médico que ha sido elegido."*20-002

Un hecho diferencial de los médicos que enferman, es la capacidad de **poder elegir a sus propios médicos**:

*"Normalmente los médicos escogen. Pueden escoger. Decir, "oye tú, mírate esto... ¿qué te parece?" ¿Entiendes? puede ser casualidad que me haya pasado por ahí...y he sido el primero que me he encontrado y te he preguntado...puede ser que te toque porque te toca y tal... ¿no? pero normalmente vienen más bien dirigidos."*21-003

“Al día siguiente hablé con XXXX, el jefe de Urología, no fui al médico de cabecera ni fui al que era el urólogo de cupo, desde luego a mí no me mete el cuchillo cualquiera, esa es la ventaja de trabajar en Renfe o en Iberia ¿eh?, entonces a XXXX porque lo conocía y ¿qué hizo XXXX? pues atenderme de maravilla, como es él, un profesional como la copa de un pino.” 21-007

“Yo creo que normalmente el profesional médico cuando se pone en manos de otro médico es porque confía en él. Quizás tenemos más facilidad de elección...y eso pasa...en cualquier profesión, ¿no? Que es posiblemente ese posible privilegio ¿no? que tenemos.”20-008

Esta categoría se ve estrechamente ligada a las **características deseadas del médico de médicos** que le hacen “especializarse” de forma extraoficial en tratar a otros colegas, puesto que acuden a él reiteradamente. (Esta categoría será más extensamente analizada en el Grupo Focal de Médicos de Médicos.)

“Yo creo que tendrían que tener una capacidad de empatía enorme, que falta bastante en general, sobre todo los especialistas, en determinados. Eh...y quizás no sé, una capaci...m...no te sabría decir muy bien qué tipo de características, pero quizás la más importante sea esa, ¿no? que fueran empáticos, que fueran capaz (...) de contarle todo y que no se queden solamente con la primera impresión sino que sean capaces de llegar más allá ¿no? ¡No se! que no se dejen engañar tampoco tan fácilmente, que vayan más allá de lo que les dice el paciente y...si, por ahí iría yo, creo. Sobre todo empatía y yo creo que con eso sería suficiente.” 21-011

“Tiene que ser el trato humano primero y profesional después que se le dé igual, exactamente igual que a otro paciente.” 20-004

No obstante, no se considera necesaria una formación específica para capacitar a los médicos para tratar a otros médicos:

“No, yo creo que los médicos deben recibir una formación especial para tratar a todos los pacientes, específica para tratar a otros médicos yo creo que no hace falta.”20-004

Cuando un médico tiene que atender a otro médico, pueden surgir una serie de **conflictos de roles** para quien atiende, al no saber si tratarlo como un compañero, como un profesional médico o como un paciente más. Dirigirse al médico-paciente como un compañero puede favorecer una relación de confianza, pero también puede hacer olvidar que, en esa situación, se trata de alguien enfermo y puede necesitar el apoyo o las explicaciones que requeriría cualquier otro paciente, lo que conduce a categorías ya comentadas, por ejemplo la información sobreentendida, “abandono” en la toma de decisiones en favor de la considerada “mayor autonomía” del médico, etc.

“El médico que trata a otro médico, entiende que su paciente en este caso, eh, es más capaz de comprender la enfermedad y por lo tanto de participar en la toma de decisiones. Y por

lo tanto si lo considera más capaz es más fácil que asuma las decisiones y respete su autonomía” 20-008

Y al contrario, si se trata al médico-paciente exactamente igual que a un paciente con otra profesión, este puede sentir que no recibe un trato personalizado y adaptado a sus capacidades y conocimientos.

F.2.6 COLEGIOS DE MÉDICOS Y LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Algunos de los entrevistados reconocen su **desconocimiento** sobre el funcionamiento de los colegios profesionales, y ni siquiera se habían planteado que el Colegio pueda tener ninguna función en estos casos, hasta que la entrevistada introduce el tema:

“No, nada, ni vamos, ni pasarme por la cabeza lo de (solicitar ayuda, informarse sobre alternativas ofertadas) los colegios profesionales. “ 20-001

“Yo tampoco, es que no sé muy bien cómo funcionan (los colegios de médicos), ni conozco a nadie que haya estado... ”21-005

“Nada, ni lo he demandado ni lo he echado en falta, los colegios profesionales no sé ni donde está en Zaragoza, me dicen que dan cursos muy buenos, yo no tengo ni idea, y de médico enfermo nada (...) pero bueno, el colegio profesional como si no existiese, como si fuese Neptuno, para mi enfermedad, o sea ni espero nada del colegio profesional (...) Igual si voy son súper amables y tengo ahí un servicio que yo lo desconocía. Desconozco totalmente que servicios del colegio de médicos se ofrecen, como lo desconozco no lo crítico, igual es fantástico y no lo sé.”21-007

“Yo no tengo apenas relación con el colegio de médicos salvo el recibo que me giran cada 3 meses, (risa) entonces, quiero decir, que... (...) entonces mi caso creo que, que... que no les necesito para nada, ni... ni... pero vamos, que a lo mejor esto cambia...” 20-004

Otros, conocen el **PAIME**, programa específico de atención al paciente con patología adictiva o mental, en general con una opinión muy positiva de dichos dispositivos:

“Yo sé que hay...hay algo sobre todo con los problemas psiquiátricos y de abuso de sustancias. Yo sé que el COM ayuda a los profesionales que tienen ese tipo de problema. Pero no se más. En mi caso tampoco tuve que recurrir a ellos...”21-011

“El PAIME; el programa de apoyo al médico enfermo, ha ayudado a muchos profesionales, quizá ha estado centrado más en algunos procesos que en otros, ¿no? Pues posiblemente ha atendido más a profesionales con procesos de enfermedad mental, o en procesos de adicciones que a profesionales y enfermos con enfermedades orgánicas o con enfermedades crónicas o enfermedades agudas pero con una cierta tendencia a cronificar.” 20-008

“Las OMC sí que se han implicado mucho con el médico enfermo de patología mental y de adicciones a través de programa PAIMM que...creo que...es...un realmente muy buen programa, con unos altísimos niveles de confidencialidad y que...”20-001

Un entrevistado recurrió al colegio para consultar sobre su capacidad de conducción bajo el tratamiento con opioides:

“También hable con el colegio de médicos para ver si había algún tipo de información legal al respecto sobre todo por el tema de la conducción. De si podía conducir bajo los efectos de los opiáceos sin haber ningún tipo de problema y todo esto...y de hecho emitieron un informe en principio positivo y...y no hay mayor problema”21-011

Otro entrevistado tuvo contacto con el colegio con motivo de una reclamación interpuesta a la comisión deontológica.

“Una denuncia al comité de ética del colegio de médicos acusándome de mala praxis...me fastidio...un poquito al principio (...) Cuando ya entre en contacto con ellos, a nada que me dieron la explicación la entendí perfectamente.(...) No me sentí juzgado ni evaluado para nada...fue una conversación entre colegas acerca de un caso. Así que mi opinión es buena...” 21-009

Algunos entrevistados opinan que los colegios **deberían involucrarse más** en la salud del médico, no solo en aquellas patologías que, a priori, más riesgo tiene de impactar en su praxis:

“Yo creo que en general los colegios profesionales en este tema no hacen mucho, solamente cuando son médicos en situaciones de toxicomanías, dependencias, adicciones, en esos casos sí, pero en otras cuestiones yo creo que no, que yo sepa no hacen nada especial (...) Aquí es obligatorio (colegiarse). Entonces ya que estamos tantos años colegiados pues yo creo que también los colegios se tienen que preocupar un poco de los médicos enfermos”20-001

“Pues eso...colegios de médicos...tienen que tener alguna función. Para eso existen, y además están en la constitución, por tanto no se pueden eliminar. A parte de la función deontológica de control de la profesión médica pues...otro de los aspectos puede ser ese ¿no? el aspecto de lugar de compañerismo, de....cosas ¿no? de formación continua...de muchos aspectos.”21-003

Otro, sin embargo, **reivindica el papel de los colegios** y la infravaloración de su labor por parte de los colegiados.

“Eh...yo creo que se han dado pasos adelante, pero evidentemente cuando se van dando pasos adelante, van surgiendo nuevas posibilidades, y esos sí que hay que decir que ahí fue...o ha sido capital el papel de las organizaciones colegiales. (...) Muchas veces los propios médicos infravaloramos el papel del colegio en algunos aspectos, y muchas veces

ignoramos, ¿no? muchas de las cosas que pueden...aportar. Eh...quizá la deontología profesional o las comisiones deontológicas no se les ha dado todo el valor que tienen...en la resolución de conflictos entre profesionales (...) Pero creo que muchas veces se recurre poco, ¿no? A la ayuda colegial." 20-008

Al pedirles **propuestas del papel que podría tener el Colegio** con los médicos que enferman.

"Sí que se debería de hacer una labor de...concienciación y de educación de todo ese tipo de cosas desde los COMs". 20-004

"Si es un proceso que, que pueda requerir de, de ayuda externa, yo creo que el colegio sí que debería responder ante determinadas cosas, por ejemplo, pues eso, eh... mm (tks) asesoría a nivel laboral, pues por ejemplo, imagínate que la enfermedad conlleva minusvalías; pues que te puedan (tks) asesorar, o... no sé, mmm (tks) en el recibo está el patronato de huérfanos, pues no sé, pues que... que velen un poco pues, por tu familia o... bueno, no sé; de (tks) dependiendo un poco de, de las necesidades; o alguna ayuda que pueda haber..." 20-009

"En mi caso. A lo mejor, yo que sé, si a mí me hubiera tocado, yo que sé, aguantar un tratamiento de quimioterapia durante un año, o hubiera tenido alguna recaída, o te, o la tengo en un futuro, y me veo mal, pues a lo mejor, en vez de irme al psicólogo de la Asociación Española Contra el Cáncer, pues igual en el colegio de médicos pueden tener algún profesional que te pueda ayudar. O, pienso también en, yo que sé, en otras patologías, las adicciones, ¿no?, por ejemplo. Pues no sé, que, que te puedan ayudar otra vez a reinsertarte a tu vida laboral, o... no sé. Yo creo que sí que sería interesante que, que hubiera este, este tipo de servicio. Yo no lo he echado en falta, tampoco lo hubiera necesitado aunque lo hubiera. Pero yo creo que sí que sería importante, que, que hubiera implicación. Más que nada, para que la relación no solamente sea un recibo. Claro, ahí igual la culpa también la tengo yo, porque, quiero decir, tampoco yo me acerco a mi colegio." 20-004

"Quizá podían ayudar un poco...ofrecer espacios...de formación...sabes lo que son los grupos balint? grupos balint en algún momento...de estos de reflexión y tal...o algo estilo parecido podrían ayudar...entre colegas, pues a llevar...si a acompañar, a llevar, a tirar alante...a que se integren dentro de la vida de uno mismo...que no...Disminuir el sufrimiento que pueda haber...ayudar psicológicamente...dentro del colegio de médicos puede hacer una función importante también...eso el colegio este, por algo es el Colegio de médicos no" 21-003

F.3 GRUPOS FOCALES: Hablando en tercera persona del médico enfermo.

A continuación, se exponen los resultados del análisis cualitativo de los tres grupos focales, cuyas características pueden consultarse en el apartado de Material y Métodos. Se trata de un destilado de las opiniones de los diferentes colectivos (médicas de salud laboral, médicos de médicos y médicos representantes de organizaciones colegiales), que reflexionan sobre el proceso de enfermar del médico como parte del sistema que les atiende, pero en tercera persona.

F.3.1 GF-1: MÉDICAS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

Todas las participantes comparten sobre los médicos-pacientes que, en general, **la mayoría no acuden a los Servicios de Prevención de Riesgos** Laborales por las patologías comunes. Acuden únicamente ante un accidente laboral (biológico o no) o cuando su problema de salud les supone una limitación en su actividad laboral o requieren una adaptación del puesto de trabajo. Incluso en esos casos, cuando llegan a este servicio, habitualmente ya han sido atendidos por múltiples profesionales.

Las médicas del trabajo confirman la información obtenida por otras fuentes respecto a las siguientes cuestiones que hacen referencia a las actitudes de los médicos como pacientes:

- **Negación o falta de conciencia de enfermedad** por parte del médico-paciente, además de sentimientos de control (pensar que uno mismo puede manejar su problema de salud) y de fracaso como profesional por el hecho de tener la necesidad de pedir ayuda.

“Hay ahí un componente de pensar que nosotros tenemos el control, que sabemos lo que nos pasa. Entonces nosotros controlamos y... a lo mejor no controlamos tanto” (GF-1)

“Acuden a solicitar ayuda cuando ellos piensan que ya no pueden ellos resolverse por sí mismos los problemas. Entonces mientras... si tú te puedes manejar el colesterol, la tensión o que sea... ¿para qué vas a molestar a nadie? Tú te lo resuelves” (GF-1)

- **Tendencia de los médicos a seguir vías no convencionales de atención sanitaria**, por ejemplo, mediante consultas informales a colegas o solicitando directamente a sí mismos las pruebas diagnósticas. Destacan también el escaso contacto de los facultativos con sus médicos de familia.

“La mayor parte de los médicos no conocemos a nuestros médicos de familia” (GF-1)

“Conocen bien el sistema y tienen acceso y consultan de forma no oficial, digamos, no como el resto de usuarios del sistema sino pues eso, más bien de pasillo, de una forma un

poco incorrecta, claro, porque van de pasillo, eh... les atienden pues en un hueco de la guardia, en un hueco de la consulta..." (GF-1)

- Diferencias entre patología física y psiquiátrica, observando mayores dificultades en el abordaje de la segunda por la menor conciencia de enfermedad, los reparos sobre la confidencialidad, el miedo a la incapacitación del médico-paciente y las dificultades de coordinación con otros profesionales que participan en la atención (psiquiatra, médico de familia...).

- Trato preferente por parte de los colegas médicos que atienden al médico-paciente.

"Te dan una prioridad, ¿vale? Vamos a decirlo así, que eso... y te tratan extra bien, o sea, el 90% se vuelcan con el médico enfermo" (GF-1)

"Es que llevo fatal el pie hace dos meses y vas al trauma y te lo va a ver, esa mañana sabes que te vas a ir a casa con la placa hecha, el pie diagnosticado, y el antiinflamatorio más específico" (GF-1)

- Tendencia de los compañeros del médico enfermo a ocultar los problemas asistenciales derivados de su patología.

"Piensan, si yo le cuento esto al director médico o a los de salud laboral o tal, pues inmediatamente voy a generarle un perjuicio a mi compañero, cuando en realidad si tiene un problema de salud el perjuicio es que nadie lo sepa y después tenga... una repercusión del tipo penal, o de tipo... lo que sea [...] procuran apoyarles, maquillarles un poco... la asistencia" (GF-1)

"Hay muchos casos que para cuando tú te enteras, llevan años de evolución... los alcoholismos, por ejemplo, yo he visto gente que viene pero ya con un deterioro brutal, que todo el mundo sabía que desde hace 20 años bebía" (GF-1)

-Menores tasas de absentismo laboral en médicos: Presentismo laboral

"En el hospital el otro día estuvimos analizando el número de IT que se coge la gente... pues para el personal de enfermería que estamos hablando en líneas generales de un 10-15%, el médico no llega al 3, ¿vale? O sea, se cogen la baja cuando realmente están malos, malos, malos, malos, malos, malos..." (GF-1)

- Preocupación de los médicos por la confidencialidad, que en algunos casos incluso les lleva a solicitar asistencia a nivel privado para que sus datos no consten en el sistema nacional de salud.

"Me he encontrado médicos que no quieren aparecer en el sistema y se van a la privada" (GF-1)

“Son súper recelosos y traen su historia en la mano, algunos no me dejan a mí ni hacerme una simple fotocopia y les tengo que llevar a donde guardamos las historias para que vean que es verídico, que algún caso me ha tocado” (GF-1)

-En referencia a los médicos residentes, las participantes comienzan diciendo que estos ejercen un mejor autocuidado de su salud que los médicos con más experiencia. Consideran que los comportamientos propios del médico-paciente son conductas aprendidas con el tiempo, por lo que no están tan presentes en los médicos residentes, al menos no cuando inician su formación especializada.

“Quizás se contagien un poco [...] lo que nos rodea a veces pues, pues te lleva un poco a, a... copiar conductas que no son del todo adecuadas. Porque quizá lo que decimos, no está bien visto ¿no? O sea, casi está mejor visto pues el típico, eso, que aguanta ¿no? Que luego toda la gente nos podemos llevar las manos a la cabeza, ¿pero ¿cómo has estado trabajando con, con eso, no? [...] Pues realmente yo creo que puede ser una conducta aprendida, sí. Casi está ese fervor por, lo que decimos, la responsabilidad, el corporativismo... todo eso puede influir negativamente, se vuelve un poco en contra del profesional” (GF-1)

Salvo en casos puntuales, los Servicios de Salud Laboral no participan en el seguimiento de la enfermedad o el control del alta o baja laboral de los médicos por enfermedades comunes.

Entre sus funciones, los médicos de salud laboral también forman e informan a otros médicos y a los equipos directivos en el manejo de las situaciones complejas que se pueden producir con los médicos enfermos.

F.3.2 GF-2: MÉDICOS DE MÉDICOS.

Proceso de enfermar de los médicos:

Diagnóstico

Todos los participantes comparten que los médicos, en general, realizan un **automanejo de su proceso de enfermar** en procesos leves o banales. Este automanejo lleva a auto-prescribirse y al presentismo, al obviar que el proceso banal pueda tener impacto en su trabajo.

Cuando el problema de salud impresiona de más gravedad, los médicos manifiestan dos comportamientos opuestos, ambos relacionados con sus conocimientos, pero que dependen de las características de su personalidad: Por un lado, aquellos que toman una **actitud proactiva** en su proceso diagnóstico y demandan una atención rápida de su proceso (incluso ante síntomas a priori no preocupantes para la población general). Saltándose los primeros pasos del mismo: la labor de triaje y primeras exploraciones, analíticas, etc. que corresponderían al profesional de atención primaria. Por otro, aquellos que

toman una **actitud pasiva**, incluso negadora y no afrontan su problema de salud (aunque los síntomas sean preocupantes para alguien formado) hasta que se hace evidente y se complica. (Son los llamados “Médicos avestruz”).

La etapa del diagnóstico suele ser rápida y, en muchas ocasiones autodirigida. Los médicos buscan a compañeros especialistas en el ámbito de su problema de salud y les sugieren realizar pruebas rápidas para llegar a un **diagnóstico lo más ágil posible**.

Sin embargo, en muchas ocasiones, la gestión de los riesgos en relación con su salud no es objetiva.

“Algunos no tienen médico general directamente, otros sí, pero incluso pienso que más por tema de bajas, o sea por ejemplo si tienes una baja laboral, eh...y en general sí que tenemos un poco de tendencia (...)a recurrir directamente a especialistas, precisamente por esas vías de conocidos. Sobre todo cuando ya el diagnóstico está hecho. Pero vamos también a veces antes de hacer el diagnóstico. O sea, yo creo que recurrimos menos a nuestro médico de familia, que otros segmentos de población.”(GF-2)

En función de las especialidades también se pueden identificar diferencias. Los médicos más especializados buscan ayuda antes, y se automedican menos. En principio, reconocen que tienen unos conocimientos muy específicos y esto no les permite abordar problemas de salud que no están en su ámbito de competencias y desconocer los fármacos para autotratarse. Así las cosas, acuden a un compañero especializado en su problema lo antes posible. Hay quien opina que son estos los profesionales que más se angustian ante su proceso, puesto que tienen suficientes conocimientos para comprender que algo malo pasa, pero no los suficientes como para vivir el proceso desde un punto de vista experto.

“...Han oído campanas, pero no es lo que ellos ven siempre. Entonces aún tienen más miedo que un médico de familia, un internista, que vemos todo y entonces más o menos...” (GF-2)

Por otro lado, los **médicos que trabajan en hospitales** tienen circuitos rápidos de asistencia. Buscan contactos en diferentes servicios y son capaces de autogestionar una parte importante del proceso diagnóstico.

Sin embargo, los médicos que no trabajan en hospitales, como los **médicos de familia** inician el proceso diagnóstico de una forma más progresiva. Se automedican más y acceden a la atención especializada cuando ya no son capaces de automanejar el problema o bien precisan de pruebas complementarias que no pueden solicitarse.

La situación del proceso diagnóstico es diferente cuando eres **MIR o médico especialista en activo o jubilado**. Los MIR y los médicos especialistas en activo

tienen acceso a los recursos hospitalarios. En el hospital todo el proceso diagnóstico se hace más rápido gracias a los contactos y relaciones previas entre distintos profesionales. Entre los médicos jubilados por su parte podemos diferenciar aquellos recién jubilados de los que llevan más años jubilados. Así los recién jubilados se asimilan a los médicos especialistas en activo ya que mantienen contactos en el hospital, mientras que los de más años de jubilación se encuentran perdidos. Aquellos que se han vinculado a un médico de familia, descubren que éste les va a resolver sus problemas de salud con las pruebas y los tratamientos que correspondan de la manera más ágil posible. Sin embargo, muchos médicos jubilados reconocen no conocer a su médico de familia, ya que no han recurrido a él durante su etapa de médico en activo en hospitales.

“Cuando te jubilas estás acostumbrado a no acudir al médico de cabecera y no, si no ir al especialista y saltarte unos pasos y cuando te jubilas haces lo mismo pero la diferencia es que ya no conoces a mucha gente...suelen buscar un contacto para hacer lo que hacían antes.” (GF-2)

Otro tema relevante en cuanto a los médicos jubilados es la **capacidad de prescripción**. En general es bien aceptado que los jubilados recientes mantengan la capacidad de hacer recetas.

“A mí me parece bien. No pierdes tus capacidades, otra cosa es 20 años después (de jubilarte) porque igual ya no te acuerdas mucho”. (GF-2)

Hay quien propone un plazo de 10 años tras la jubilación, para poder mantener la capacidad de prescripción, y apelan al juicio y sentido común, estableciendo un símil con la capacidad para conducir:

“Si no te actualizas igual la vas a cagar...ahora cambian mucho los estudios...” (GF-2)

Seguimiento

El **seguimiento del proceso de enfermar** de los médicos es menos reglado en general, con más dificultades de cumplimiento. Pasado el diagnóstico inicial o la intervención aguda, el médico enfermo vuelve a tomar las riendas de su proceso estableciendo la frecuencia de sus revisiones supeditada a su propia agenda, y proponiendo él mismo en ocasiones los cambios terapéuticos que considera más oportunos, siendo labor del médico de médicos mostrarse más flexible y permisivo que con los demás enfermos. Por lo general, es el médico enfermo quien decide cuándo volver a revisión, cuándo para un tratamiento, o cuándo coger el alta médica.

“Yo me adapto, me adapto al seguimiento que pide el, el médico enfermo...Yo creo que en general somos poco cumplidores, no seguimos lo que nos marca, hacemos lo que queremos.”(GF-2)

Médicos de médicos:

Características de los MdM: Los médicos de médicos **son seleccionados por los propios médicos enfermos**. En general, son profesionales especialistas hospitalarios de la especialidad relacionada con su problema de salud y que el médico enfermo selecciona por amistad o por su **accesibilidad y amabilidad** en el trato. A la hora de recurrir a un compañero prima el poseer conocimientos no solo técnicos, sino también **recursos sociales y buen estatus** relacional con otros profesionales, lo cual les permite ser ágiles y resolutivos. El objetivo es convertirse en un facilitador del proceso diagnóstico.

Los médicos de médicos reconocen que su mejor cualidad es la de **ser flexibles** a las peticiones de sus compañeros enfermos. Por ejemplo, aceptando solicitar las pruebas diagnósticas que les plantean, facilitando una rápida realización y gestionando con premura otras intervenciones necesarias.

En principio, **no consideran necesaria la formación específica** en el manejo del médico enfermo. Sin embargo, consideran imprescindible tener experiencia clínica y una actitud de acogida empática y adaptabilidad.

Sin embargo, una vez realizado el diagnóstico e instaurado el tratamiento inicial, bien cirugía, fármacos, etc. el **seguimiento se hace más complejo**. El médico de médicos se adapta a las propuestas de seguimiento del compañero enfermo. En general, está dispuesto a aceptar cambios en las estrategias de tratamiento que el médico enfermo les sugiera, de tal forma, que consigan una mejor adherencia al mismo. Sin embargo, reconocen que les gustaría poder realizar un seguimiento más organizado y saber cuándo es necesario “ponerse firme” para que las cosas no vayan mal.

Los MdM están de acuerdo en que el trato a compañeros debe ser **deferente, pero no diferente**. Todos coinciden en que la mejor forma de tratar al ME es normalizar su asistencia respecto al resto de los pacientes. Un trato displicente hacia el ME puede hacer que las cosas vayan mal (Síndrome del recomendado). El exceso de empatía genera menor objetividad y una asistencia a veces menos protocolizada que da lugar a más errores diagnósticos y terapéuticos. Y señalan la necesidad de tratar al médico según nuestros conocimientos, no según nuestros sentimientos.

“Me angustia eh? Tener un compañero enfermo... enfermo de verdad me refiero...emocionalmente no es lo mismo” (GF-2)

“Ese trato preferencial al final acaba haciéndose las cosas mal...” (GF-2)

Otro sentimiento que experimentan los MdM es el de sentirse “inseguro”, juzgado y de alguna forma más presionado en parte por el hecho de haber sido elegidos por el compañero, y por los conocimientos más amplios que este puede tener respecto al resto de la población. Reconocen en ocasiones asegurarse más de las cosas, repasar, dudar más que con cualquier otro paciente que tenga la misma sintomatología.

“A mí me hace algunas veces estudiar más de la cuenta...o por lo menos pensar en otras cosas de lo que hubiera pensado”. (GF-2)

“Con los médicos enfermos pedimos más pruebas complementarias”(GF-2)

En cuanto a la **Confidencialidad** de la atención, los médicos de médicos tienen claro que es un asunto muy relevante y que les preocupa. Procuran hacer todo lo que está en su mano para respetarla, extremando la discreción, poniendo especial cuidado en la intimidad. Por ejemplo atender a sus compañeros fuera de horas de consulta o incluso sin apoyo de enfermería o programando la cirugía con poco tiempo para que el nombre del paciente no aparezca en los diferentes documentos del hospital, de tal forma que puedan garantizar al máximo la confidencialidad, particularmente en los hospitales pequeños. Sin embargo, reconocen la dificultad para conseguirlo, porque los compañeros se interesan y preguntan sin mala intención.

“Tentación de querer saber más de lo que necesitas...” (GF-2)

Esta dificultad está directamente relacionada con el **tamaño del centro hospitalario** (en un centro pequeño, todos se conocen), la **“relevancia pública” del médico que enferma**, y sobre todo el **tipo de enfermedad**, existiendo algunas enfermedades peor vistas (fundamentalmente las relacionadas con la salud mental y con infecciosas) y otras mejor vistas (procesos oncológicos como el cáncer de mama) entre las que existe menos estigma y mayor apoyo y compromiso social.

Identificarse o no como médico cuando se acude como enfermo, genera bastante debate así como sentimientos muy variados. Por una parte, hay quienes se sienten agraviados si el médico no se identifica como tal:

“O sea, yo quiero que me digan que son médicos porque puedo usar otra terminología y puedo...tal, porque al final haces el ridículo muchas veces “mire esto póngaselo así” y luego “¡no es que soy médico! “Vale.”(GF-2)

Es cierto que identificarse como médico puede suponer una barrera en la relación terapéutica al ser percibido por parte del MdM como una forma de buscar

privilegio en el trato, o por sentirse más presionados, teniendo que dar más explicaciones de las decisiones que se toman.

"Pues me parece que es como...pedir unas exigencias por adelantado, ¿eh? Entonces yo...cuando la gente se identifica lo siento...a veces no me gusta del todo, ¿no?" (GF-2)

"Depende de cómo dices: ¿oye, un segundico eh? Que soy médico. Si te viene así dices m... ¡malo! Entonces ya te pones un poco a la defensiva" (GF-2)

Parecen ponerse de acuerdo en que existen algunas tácticas para disminuir esa barrera, presentándose no inmediatamente al principio de la entrevista, sino cuando es momento de explicar los pasos a seguir o el tratamiento indicado, para favorecer una comunicación más fluida, más de "tú a tú".

"A mí me gusta presentarme, aunque a veces te da un punto de corte decir, porque no...parezca que vas ni prepotente ni pidiendo favores, sino que simplemente lo comunicas bueno por eso porque el trato sea más fluido y más normalizado..."(GF-2)

"Yo también me gusta identificarme, pero yo antes de identificarme hablo un poco, a ver cómo va la cosa ¿no?"(GF-2)

Los **estudiantes de medicina**, a pesar de que, afortunadamente, son un colectivo bastante sano salvo procesos agudos o traumáticos, no pasan desapercibidos en el trato de los MdM, que encuentran incluso más diferente la asistencia que se les ofrece a estos que a los MIR. Lejos de dar información por sabida, les explican de forma más detallada, y en contraposición con los sentimientos de cuestionamiento por parte de otros especialistas en activo, los estudiantes tienen la capacidad de promover sentimientos de valía y autoestima entre los MdM, renovando la ilusión por la docencia y la profesión.

"Les explicas más, les explicas más para que aprendan, porque aun encima es que ellos...yo creo que te lo piden" "porque les hace ilusión, están entregados". (GF-2)

Los estudiantes son percibidos como mejores cumplidores que los MA.

"Hacen todo que quieras" (GF-2)

Un médico apunta que, en ocasiones, el afán docente puede ir demasiado lejos dando más información de su proceso de la que el estudiante puede querer tener.

Impacto laboral:

Todos los médicos de médicos reconocen que los profesionales médicos son los que tienen las **bajas laborales más breves** en todas las patologías. Refieren que en algunos casos merecería la pena realizar una valoración por los servicios de salud laboral antes de volver al puesto de trabajo tras una baja laboral prolongada.

Podría proponerse un periodo de reincorporación parcial hasta asumir toda la responsabilidad en su trabajo.

Para los especialistas en activo la gestión de la baja laboral la realiza el médico de familia. En general, el proceso de baja laboral es el primer contacto que el médico activo tiene con su médico de familia. Los médicos de familia, a pesar de sentirse algo denostados al no recurrir a ellos en forma y momento adecuados, suelen facilitar el trámite de las bajas al máximo y convenir el alta médica de los profesionales en función de sus demandas. Sin embargo, los médicos de familia reconocen que tienen poca capacidad en las recomendaciones de los tiempos de baja laboral.

Queda patente la gran evolución en la atención que reciben los médicos de los **servicios de salud laboral** y el cambio positivo en la valoración de los mismos. Reconocen la importancia de la gestión que hacen en relación a los accidentes laborales, sus recuerdos para realizar los exámenes de salud periódicos como trabajadores, la promoción de las actividades preventivas como la vacunación antigripal... Incluso algunos proponen la necesidad de un mayor protagonismo a la hora de proponer estrategias más directivas en cuanto al cuidado de salud de los médicos.

"Yo he cambiado -de actitud hacia los servicios de salud laboral- totalmente, radicalmente... y es verdad que hoy en día se les consultan muchísimas cosas que hace unos años no se les consultaban, no por estar mal pero a lo mejor por cosas añadidas ¿no? Pues como os digo... gente con contactos accidentales, con problemas de... de riesgo de infecciones importantes... Yo creo que lo hacen bien ¿eh?"(GF-2)

"Salud laboral. Pero vamos, me parece que para la generalidad de los trabajadores está muy bien, que haya alguien que se encargue de velar por la salud, que diga... sobre todo medidas preventivas y medidas en todos los sentidos, educación..."(GF-2)

En cuanto a la **Salud Mental**, que surge a propósito de la confidencialidad y el estigma, todos los MdM parecen estar de acuerdo en que es un tema delicado: el médico con problemas mentales vive un doble duelo al no poder compartir la enfermedad.

"No se cuenta...no se puede comentar" (GF-2)

Se produce además un círculo vicioso al considerar que la patología psiquiátrica impacta más negativamente en la calidad y seguridad en el trabajo que la enfermedad orgánica:

"Tienes que tener la cabeza bien amueblada..." (GF-2)

Pero también el impacto laboral en cuanto al estrés y carga de responsabilidad del trabajo de médico repercute en la problemática del ME.

Papel de los colegios de médicos

El papel de los colegios de médicos es solicitado para el apoyo a la atención de los médicos jubilados, que al no contar con recursos de los que previamente disponían, se encuentran en una situaciones de mayor vulnerabilidad sentida respecto de su enfermedad.

El PAIME es un programa no bien conocido por parte de los MdM. Algunos de ellos consideran que su manejo absolutamente estricto en temas de confidencialidad, fomenta un mayor estigma promoviendo que la problemática de salud mental y adicciones de los médicos quede más oculta que el resto de patologías.

Si los servicios autonómicos de salud funcionaran con unos tiempos de demoras aceptables para pruebas complementarias y para cirugías los médicos de médicos estiman que no sería preciso crear circuitos alternativos.

No consideran necesario hacer modificaciones en las recomendaciones del código deontológico, ni una formación específica para médicos de médicos.

F.3.3 GF-3: REPRESENTANTES DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS

Proceso de enfermar del médico

Los profesionales de colegios de médicos reconocen que el **médico es un enfermo atípico** por el hecho de tener conocimientos científicos y tomar decisiones clínicas sobre ellos mismos. Es decir, **autodiagnosticarse, autoprescribirse y autotratarse**. Esa capacidad marca la diferencia con el resto de la población general. Sin embargo, en cuanto al proceso emocional de enfermar, opinan que los médicos experimentan los mismos sentimientos: miedo, vulnerabilidad, incertidumbre...

“La capacidad de diagnosticar es lo que te diferencia de los demás pero la manera de reaccionar es igualito que la población general.” (GF-3)

Además, a los médicos **les cuesta reconocer** ante otros compañeros que están enfermos.

“Que por una parte les cuesta abandonar la bata, el traje de médico...” (GF-3)

Cuando acuden a pedir ayuda suelen tener sentimiento de **fracaso o vergüenza**. Sienten que sus compañeros les están juzgando.

“Cuando yo voy a consultar a otros especialistas, también tengo la sensación eh...de que me están juzgando...” (GF-3)

Aunque por parte de los médicos que les atienden no existe esa percepción.

"Los médicos enfermos que si te consultan sus dudas, su inseguridad, su incertidumbre sobre lo que les puede estar pasando... como que te van a demostrar que son malos médicos." (GF-3)

En general, tienden a minimizar el impacto de los síntomas. Y no son conscientes de que han **perdido la objetividad** en cuanto a su proceso de enfermar.

" Cuando se trata de nosotros, nuestro saber...profesional, pues hace aguas por todos los lados, porque salen nuestras emociones, y ahí nos perdemos."(GF-3)

No obstante, este proceso cambia ante una situación aguda donde el médico enfermo no suele interferir y un proceso crónico donde interviene como médico más activamente. Además, depende mucho de **la especialidad**. Los profesionales con especialidades médicas tienden a intervenir más en su proceso de enfermar que los profesionales con especialidades quirúrgicas o de diagnóstico que no están tan familiarizados con el uso de tratamientos farmacológicos.

"Si pregunto una tontería...me van a mirar y van a decir "Jo, vaya...los psiquiatras no tienen idea nunca de nada" (GF-3)

Se pretende resolver el problema de la forma más rápida posible y les cuesta aceptar el procedimiento habitual.

"Entonces no nos damos cuenta, ni médicos en activo ni jubilados, que cuando vamos a consulta queremos que nos atiendan ya. Y luego eso de pedir hora es para otra gente no es para mí. (GF-3)

Aprendizaje del proceso de enfermar

El proceso de enfermar ayuda a los médicos enfermos a **tomar conciencia de la fragilidad y vulnerabilidad**.

"Ahora, esto es un consejo que yo por lo menos cuando he tenido algún problema de salud, eh, lo que si me ha ayudado ha sido a darme cuenta pues de mi vulnerabilidad, ¿no? de mi fragilidad, ¿no?" (GF-3)

Los profesionales que han enfermado expresan con unanimidad que la enfermedad les ha ayudado a **entender mejor a los pacientes**, a ser más empáticos.

"Hay otra cosa que por lo menos a mí me sirvió, de entrar como cirujano para comprender el estrés de quirófano. Me sirvió pasar como paciente por intervenciones banales. Te hace comprender lo que pasa el paciente, te hace sentir... como se siente el paciente. Para empatizar en esa situación y ponerse en su lugar." (GF-3)

Impacto laboral

Consideran que los **problemas mentales tienen un mayor impacto laboral que los físicos**, siendo estos últimos en general, más sencillos de abordar. En ocasiones los problemas mentales surgen ya en el periodo de la formación como especialista pero no se realiza una evaluación adecuada.

"Personas enfermas que son médicos, que han hecho su residencia...con un problema muchas veces psiquiátrico...eh...o que...gente especial...o mira que tío más raro...y nadie se ha responsabilizado de frenar ese ascenso a nivel profesional y derivarle hacia algún lado y al final te encuentras, cuando ya ha acabado su residencia, cuatro años después, surge un problema...y dices tú...pero bueno...quien ha permitido que este muchacho haya llegado hasta donde está." (GF-3)

La **confidencialidad** es muy importante para los médicos, especialmente para los residentes y particularmente en relación con enfermedades infecciosas o mentales. Los iguales (otros residentes) les comprenden y por ello recurren a ellos para tratarse.

"Los residentes acuden a sus iguales residentes, igual que nosotros médicos en activo acudimos al que está más preparado."(GF-3)

Médicos de médicos

Los médicos de médicos tienen la intención de tratar al médico como a otro enfermo. Sin embargo, **reconocen dar un trato deferente** al médico paciente y para ello **adaptarse** a lo que necesiten.

"Yo creo que como médicos que tratamos pacientes, tratar a un médico enfermo, eh, debe de hacerse de la misma manera que hacemos con los pacientes, es decir, no vale consulta de pasillo, no vale diagnosticarte sin explorarte, eh, no vale pedir un escáner porque me parece que tienes...Tienen que estar citados en la consulta, los tienes que ver, tienes que hacer una buena historia clínica, como con cualquier otro paciente. Em... y no hacer las cosas con carácter preferente sino deferente. O sea, eso me parece que es una idea que tenemos que transmitir, ¿no? No somos los primeros para nada, tenemos que tener la deferencia con nuestros compañeros de adaptarnos a lo que necesiten."(GF-3)

"Y yo les he intentado colar por la puerta de atrás, adelantar citas, o hablar con la administrativa para que me dé un toque y me avise cuando haya llegado... yo siempre he tenido en cuenta esta deferencia." (GF-3)

Reconocen que **los médicos de médicos son elegidos por los médicos enfermos**.

"Los médicos en activo tenemos conocimiento de quienes son los mejores y a quienes acudiríamos."(GF-3)

"Siempre que he notado algo, he ido a aquel especialista que he conocido más, y vas a aquel que te ofrece mayor confianza y mayor amistad o lo que sea, siempre en ese sentido." (GF-3)

Cuando la relación entre el médico enfermo y el médico que trata se clarifica, todo el proceso fluye mejor.

"Yo no tengo ningún problema y realmente ha habido compañeros que te han descargado su mochila, dice "bueno, estoy contigo", incluso a veces perdemos más esa autonomía porque van confiando en... en lo que tú vas a actuar y entonces dejamos, dejamos de... o sea, actuamos realmente como tenemos que actuar como médicos."(GF-3)

Son todos conscientes de que todo **médico debe tener un médico de familia de referencia** con el que compartir sus problemas de salud y orientarlos en el mejor momento posible para el médico y el médico-paciente.

"Yo estuve autotratándome y dilatando un proceso hasta que fui a mi médico de cabecera. Cuando empecé a ir a ella y empezó ella a dirigir todo, toda mi carga de angustia y ansiedad desapareció, la preocupación de poder tener esto, lo otro...pero es que desapareció la angustia la de todos los días "uy será esto..." Ir a mi médico de cabecera, ponerme en sus manos...y las cosas empezaron a rodar mucho mejor." (GF-3)

"Si ese médico de primaria que tiene esa confianza...tengo el honor de ser médico de otros médicos y que te están dando su confianza y demás, eso supone también un cauce importante y claro, utilizando también las herramientas: Oye, llámame antes, busquemos el espacio para tratar con deferencia, que eso es lo que tenemos que hacer..." (GF-3)

Por otro lado, se hace referencia al **deber ético de comunicar a un compañero**, y saber hacerlo bien, que no lo vemos bien y **que debe solicitar ayuda**. En caso de no hacerlo, poder recurrir a la comisión deontológica de los colegios de médicos y al PAIME.

"Si tú sabes o ves que un compañero tuyo, no puede ejercer adecuadamente su profesión tienes la obligación, con la debida discreción, de comunicarlo al PAIME. Porque la atención al paciente siempre es prioritaria" (GF-3)

Estudiantes

Los representantes colegiales entienden que los estudiantes de medicina, por sus conocimientos y a la vez falta de experiencia, **tienden a dar más importancia a la sintomatología** y a un posible pronóstico, mientras que los médicos son más propensos a minimizar.

"Yo creo que los estudiantes, y todos hemos sido estudiantes, y todos hemos pasado lo mismo, que todo lo que nos explica nos pasa... pues bien, probablemente un estudiante enfermo puede ser un poco más complejo a la hora de explicarle como es su enfermedad

porque la maximiza...cosa que los médicos en activo la minimizan y además tenemos la posibilidad de acudir a muchos compañeros nuestros.” (GF-3)

En relación a la manera de solicitar ayuda, los estudiantes de medicina **no tienen tantos recursos** como los médicos residentes. Rotan poco tiempo por los servicios, no tienen confianza para consultar...

“Pero sí es cierto que están muy preocupados por su salud y a veces no saben dónde ir, dónde poder contarle y cómo pedir ayuda.” (GF-3)

Advierten de que los **docentes de las facultades deben implicarse** transmitiendo a los estudiantes valores profesionales además de conocimientos científicos. Es importante la vocación en docencia para evitar, por parte de los profesores, transmitir frustración hacia el desempeño de la profesión.

“Eso es un problema que vamos a tener en las próximas generaciones, están por muchos compañeros que están en docencia y que lo han cogido como una manera de vivir, no como vocación, que la enseñanza es una gran vocación... Entonces ellos están frustrados y eso están manifestando... y entonces aparecen pues lo que tú has dicho, frustraciones, quizá abandonos.”(GF-3)

Proponen dar **formación a los estudiantes en relación con su propio proceso de enfermar**. La carrera de medicina es muy exigente, y los propios estudiantes tienen ya unas características de personalidad que les predisponen al perfeccionismo y la autoexigencia. Esta combinación puede desembocar, en no pocas ocasiones, en el debut de patologías mentales y afectivas.

“No hablo de abandonos, hablo de patología durante... o sea, y sufrimiento tremendo... y precisamente porque al final siguen y siguen y siguen pero... yo lo que veo es no abandonos, de hecho es lo contrario, cuánta gente dedica 2 o 3 años hasta que por fin entra, precisamente porque es vocacional, pero sí veo mucho sufrimiento y debut de algunas enfermedades, pues eso angustia, ansiedad, depresión...” (GF-3)

A este respecto, hay algunas universidades que tienen **atención psicológica para los estudiantes**. Sin embargo, reconocen que los estudiantes de medicina no suelen acudir.

Por ello surge la propuesta de que los **colegios profesionales puedan dar atención a los estudiantes de medicina**. Hay algunos colegios que han comenzado a realizar actividades conjuntas con los estudiantes de medicina.

“Eso es, para que se sientan apoyados por una institución que va a ser la que posteriormente les va a dar acogida profesional.” (GF-3)

Los médicos jubilados

En cuanto a la jubilación, todos consideran importante haberse preparado previamente. Reconocen que la identidad del médico es muy dependiente de su profesión, lo que acarrea dificultades a la hora de jubilarse. Por ello, las asociaciones de médicos deberían acompañar y facilitar este proceso. Algunos colegios profesionales han creado agrupaciones de médicos jubilados para que se puedan apoyar entre ellos.

“Creo que sí influye eso, que hayamos sido capaces de preparar nuestra jubilación, que tengamos otros intereses aparte solamente de la vida en el hospital o en el centro de salud, que todo... que nuestra identidad como personas no dependa solamente de ser un médico en activo, que eso también tiene mucho que ver con luego como vayamos a vivir la jubilación y cómo nos podamos acercar a los compañeros.” (GF-3)

Cuando los jubilados enferman, tienden a seguir el mismo procedimiento que cuando estaban trabajando. Sin embargo, se dan cuenta que las **organizaciones sanitarias han cambiado** y ya nadie les conoce. Esa situación les genera **desamparo** y tristeza.

“Te llega esa sensación de sentimiento de tristeza de cuando van al hospital que han vivido como su casa y ya no es su casa.” (GF-3)

“Yo quería aportar desde mi experiencia que describir el proceso de enfermar propio es distinto ejerciendo que de jubilado. El que trabaja en el hospital y enferma pues tiene allí mismo la solución tienes el oculista, tienes...todo y vas a donde quieras. Pero te ves de jubilado y no es lo mismo. Tienes la sensación de que molestas.” (GF-3)

Por su parte los médicos reconocen que es importante **tratar con respeto y deferencia** a los médicos jubilados. Si este trato se generaliza no les dará vergüenza acudir a ellos cuando estén enfermos y jubilados.

“No es corporativismo, esto es sencillamente respeto. Respeto por nuestros mayores, por nuestros maestros. Yo creo que esto habría que incorporarlo ahí los esquemas mentales de todos los médicos. Entonces buscaremos el espacio fuera de la consulta, buscaremos el hueco... buscaremos. Que lo tenemos que vivir como un auténtico honor. Y si todo el mundo pensara así cuando yo sea el médico cuidado no me dará vergüenza ni, no me dará apuro ir a consultar.” (GF-3)

Por otro lado, los médicos jubilados **no recuerdan la presión asistencial** que los profesionales tienen y aparecen en consulta o en planta para ser valorados sin haber concertado una cita. Estas situaciones resultan abrumadoras para los compañeros y los jubilados no se dan cuenta.

“Lo que si me he encontrado situaciones en las que aparecen y por el hecho de que aparecen les tienes que atender... yo lo que intento es que me llamen por teléfono y así te veo por la tarde o lo que sea... muchas veces no se dan cuenta de que pueden molestar... molestar porque tú estás pasando consulta, la mañana la tienes ocupada... tiene un paciente cada tanto tiempo... no tengo tiempo en la mañana y prefiero decirles vente a primera hora de la mañana y yo me acerco a las siete y media y les veo... pero parece que el hecho de ser médico parece como que tienes que dejar las cosas y atenderles... y eso no puedes.” (GF-3)

Por ello buscan **soluciones alternativas** como hacerse un seguro privado para evitar las largas esperas del sistema público de salud. Por otro lado, hay hospitales que han creado una identificación para que el médico jubilado pueda ser atendido con diligencia como cuando estaba en activo. Todos están de acuerdo que los colegios profesionales deben prestar más atención a los médicos jubilados en sus necesidades y particularmente cuando están enfermos.

F.4 CAMAPE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Análisis univariante: Se muestra el número de respuestas del global (MIR+ activos+ jubilados) y en médicos en activo. Los resultados se van a presentar en su conjunto y la comparación de las respuestas entre médicos en activo, MIR y médicos jubilados cuando esta resulte relevante.

La descripción completa de los datos obtenidos en todas las etapas profesionales, podrá consultarse en el [Anexo 15](#)

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 y horas de trabajo:

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). 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 publicada por la CGCOM en 2017 en su informe sobre 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 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. 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.

Tabla11: Distribución de la edad por sexo

Población	Sexo	N	Edad media	D. t.	P* valor
Total	Hombre	1.858	54.78	11.87	p 0.00
	Mujer	2.450	45.95	11.76	
	Total	4.306	49.76	12.59	
Activos	Hombre	1.407	52.93	9.24	p 0.00
	Mujer	2.056	46.84	9.69	
	Total	3.463	49.31	9.97	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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). 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.

Tabla17: Distribución de las poblaciones por sexo

Población donde residen	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Menos de 10.000 habts.	210	238	448	180	215	395
	11.30%	9.71%	10.40%	12.78%	10.45%	10.40%
10.000-50.000 habts.	238	303	541	204	261	465
	12.81%	12.37%	12.56%	14.49%	12.69%	12.56%
Más de 50.000 habts.	1410	1909	3319	1024	1581	2605
	75.89%	77.92%	77.04%	72.73%	76.86%	77.04%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3065
P* valor		p 0.01			p 0.013	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

5. Estado civil:

- Casado/a (pareja estable)
- Separado/a o /Divorciado/a
- Soltero/a (sin pareja estable)
- 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).

Si analizamos por grupos, en los MIR no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, manteniéndose porcentajes parecidos en todas las categorías.

Por el contrario, en el resto de las EP, 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 la EP. 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. 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. Observamos que, **conforme avanzamos en EP, 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.**

Tabla12: Distribución del estado civil por sexo

Estado civil	Total		Total	Activos		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
Casado/a	1551	1676	3227	11194	1479	2673
	83.48%	68.41%	74.91%	84.80	71.90	77.14
Separado/a o Divorciado/a	119	165	284	97	147	244
	6.40%	6.73%	6.59%	6.89	7.15	7.04
Soltero/a	163	565	728	105	397	502
	8.77%	23.06%	16.90%	7.46	19.30	14.49
Viudo/a	25	44	69	12	34	46
	1.35%	1.80%	1.60%	0.85	1.65	1.33
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465
P* valor		p<0.05			p<0.05	

*** Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado**

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. De la mitad restante, el 21.29% (22.82% de hombres y 20.12% de mujeres) está casado (pareja estable) con médicos, y el 5.59% (9.15% de hombres y 2.90% de mujeres) tienen pareja sanitaria que no es ni médico ni enfermero. La diferencia principal, que determina la significación estadística entre géneros, se encuentra en el porcentaje de médicos cuya pareja pertenece a enfermería (6.71%): 13.67% en varones frente a 1.43% en mujeres.

Si analizamos por EP, hay diferencias estadísticamente significativas en todos ellos. Es interesante ver la evolución de las parejas con 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.

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).

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 como ya se ha comentado, siendo la diferencia cada vez mayor conforme se aumenta de edad.

Tabla19: Distribución de la profesión de la pareja por sexo

Pareja	Total		Total	Activos		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
No es profesional sanitario	858	1354	2212	640	1168	1808
	46.18%	55.27%	51.35%	45.45	56.78	52.18
Médico/a	424	493	917	350	412	762
	22.82%	20.12%	21.29%	24.86	20.03	21.99
Enfermero/a	254	35	289	186	30	216
	13.67%	1.43%	6.71%	13.21	1.46	6.23
Otro	170	71	241	134	60	194
	9.15%	2.90%	5.59%	9.52	2.92	5.60
Sin pareja	152	497	649	98	387	485
	8.18%	20.29%	15.06%	6.96	18.81	14.00
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465
P* valor	0.000			0.000		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 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). En este grupo no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre géneros entre los que se encuentran trabajando y en el paro, pero 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.

La mayoría de jubilados no tienen actividad profesional (75.57%). Únicamente el 24.43% de ellos mantiene la actividad, siendo mayor la proporción de hombres (29.75% frente al 10% de mujeres) que tras la jubilación sigue ejerciendo, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla20: Distribución de las categorías profesionales por sexo

Situación laboral actual	Total			Activos		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En formación	97	263	360			
	5.22%	10.73%	8.36%			
Ejercicio por cuenta ajena	976	1733	2709	976	1733	2709
	52.53%	70.73%	62.88%	69.32	84.25	78.18
Ejercicio por cuenta propia	117	101	218	117	101	218
	6.30%	4.12%	5.06%	8.31	4.91	6.29
Ejercicio mixto	293	175	468	293	175	468
	15.77%	7.14%	10.86%	20.81	8.51	13.51
Jubilado sin ejercicio	248	117	365			
	13.35%	4.78%	8.47%			
Jubilado con ejercicio por cuenta propia	105	13	118			
	5.65%	0.53%	2.74%			
Desempleado	22	48	70			
	1.18%	1.96%	1.62%			
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465
P* valor		P<0.05			P<0.05	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

8. Especialidad que ejerce o ha ejercido.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades que eligen hombres y mujeres:

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, 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).

Tabla21: Distribución de especialidades por sexo

Especialidad	Total		Total	Activos		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
Medicina de Familia	685	982	1667	577	849	1426
	36.87%	40.08%	38.70%	40,09%	41,27%	41,15%
Servicios médicos	601	876	1477	418	716	1134
	32.35%	35.76%	34.29%	29,68%	34,80%	32,72%
Servicios quirúrgicos	407	336	743	271	270	541
	21.91%	13.71%	17.25%	19,24%	13,12%	15,61%
Servicios centrales	165	256	421	142	222	364
	8.88%	10.45%	9.77%	10,08%	10,79%	10,50%
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465
P valor		0,02			0,038	

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 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.

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 en los médicos en activo, aumentan en los médicos jubilados afianzando la idea de que los hombres tienen una mayor representación tanto en el sector privado y en “público más privado”.

Tabla22: Distribución del sector de trabajo por sexo

Sector del trabajo principal							
	Total			Activos			
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Sector público	1168	1877	3045	886	1.523	2.409	
	62.86%	76.61%	70.68%	62,93%	74,04%	69,52%	
Sector privado	303	289	592	260	268	528	
	16.31%	11.80%	13.74%	18,47%	13,03%	15,24%	
Privado con concierto en publico	57	112	169	50	106	156	
	3.07%	4.57%	3.92%	3,55%	5,15%	4,50%	
Ambos	330	172	502	212	160	372	
	17.76%	7.02%	11.65%	15,06%	7,78%	10,74%	
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	
P*valor		0,0001			0,0001		
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado							

10. Años profesionales.

Existe diferencia estadísticamente significativa en los años trabajados, siendo mayor en hombres (27.81 ± 11.62) que en mujeres (19.08 ± 11).

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 trabajados en los jubilados hombres es de 40.30 ± 5.19 , mientras que las mujeres han trabajado de media 37.58 ± 6.57 .

Tabla23: Distribución de los años profesionales por sexo

	Sexo	Participantes	Media años trabajados	D.T.	p* valor
Total	Hombre	1.795	27.81	11.62	
	Mujer	2.390	19.08	11.00	0.001
	Total	4.185	22.83	12.07	
Activos	Hombre	1.364	26.28	9.56	
	Mujer	2.007	19.88	9.20	0.0001
	Total	3.371	22.47	9.86	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado					

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 etapas profesionales vemos que en todos los casos los hombres son quienes más horas han trabajado. Esta aparente discrepancia tiene que ver con el envejecimiento de la muestra masculina y 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).

Tabla24: Horas trabajadas en la última semana por sexo

P 11. Horas trabajadas durante la última semana laboral.						
	Total			Activo		
Sexo	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.
Hombre	1789	38.47	20.95	1.344	44,83	15,21
Mujer	2336	41.77	19.52	1.946	42,58	16,67
Total	4125	40.34	20.22	3.290	43,5	16,12
p* valor		0,002			0,0001	
Comparación por sexo en cada categoría por test de Mann Whitney						

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 están satisfechos 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.

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).**

Tabla25: Satisfacción con el trabajo desempeñado por sexo

p12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)						
Profesionales	Total			Activos		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nada satisfecho, poco satisfecho	173	224	397	145	204	349
	10.30 %	9.92%	10.07%	10.30 %	9.92%	10.07%
Ni satisfecho, ni insatisfecho	388	672	1060	316	595	911
	20.88	27.43	24.61	22.44%	28.93%	26.29%
Muy satisfecho, Satisfecho	1297	1554	2851	947	1,258	2,205
	69.81	63.43	66.18	67.26%	61.16%	63.64%
Total	1858	2450	4308	1,408	2,057	3,465
P* valor		0.000			0.000	
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

F.5 CAMAPE: ANALISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA:

Procedemos a describir cada pregunta del cuestionario, haciendo una comparación por género para ver las diferencias entre hombres y mujeres ante su propio proceso de enfermar. Posteriormente, comparamos, si procede, por etapas profesionales, siendo estas: MIR, médicos en activo y médicos jubilados.

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.

En cuanto a los médicos en activo, 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).

Tabla 26: Distribución de la percepción del estado de salud por sexo

P 13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?						
Etapa Profesional	Total			Activos		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy malo,malo	147	184	331	94	157	251
	7.91%	7.51%	7.68%	6.68 %	7.63 %	7.24%
Ni bueno ni malo	573	653	1,226	420	559	979
	30.84%	26.65%	28.46%	29.83%	27.18 %	28.25%
Bueno, muy bueno	1138	1613	2751	894	1,341	2,235
	61.25%	65.84%	63.86%	63.49%	65.19 %	64.50%
Total	1,858	2,45	4,308	1,408	2,057	3,465
P valor*					0.173	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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) y no existen diferencias significativas entre sexos**

Tabla27: Dificultad en admitir la enfermedad por sexo

P 14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: “A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos”?						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	510	647	1157	340	537	877
	27.45%	26.41%	26.86%	24.15%	26.11%	25.31%
De acuerdo	1348	1803	3,151	1068	1520	2588
	72.55%	73.59%	73.14%	75.85%	73.89%	74.69%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*	0.445			0.193		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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)

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%).

En activos 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,**

Hipertensión

Un 16.64% de los médicos tienen hipertensión arterial (HTA), siendo significativamente mayor en hombres (27.56%) que en mujeres (8.37%).

En el grupo de los **activos, un 14.29% (24.22% de hombres y 7.49% de mujeres) tiene HTA.**

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. Hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros

Las cifras de DM en los activos son: 4.01% (6.89% de hombres y 2.04% 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 más preocupante entre el colectivo médico 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 (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).

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 28: Enfermedades crónicas por sexo

P 15. ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración?							
Etapa Profesional							
	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
Total	Hombre	189	512	143	115	214	704
		10.17%	27.56 %	7.70%	6.19%	11.52%	37,89%
	Mujer	64	205	53	173	372	925
		2.61%	8.37%	2.16%	7.06%	15.18%	37,76%
	Total	253	717	196	288	586	1629
		5.87%	16.64 %	4.55%	6.69%	13.60%	37,81%
	p valor*	0.000	0.000	0.000	0.257	0.001	0.928
Actvos	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
	Hombre	115	341	97	88	171	492
		8.17%	24.22 %	6.89	6.25%	12.14%	34.94%
	Mujer	49	154	42	142	312	786
		2.38%	7.49%	2.04	6,90%	15.17%	38.21%
	Total	164	495	139	230	483	1278
	3465	4.73%	14,28 %	4,01%	6,63%	13.93%	36.88%
	p valor*	0.000	0.000	0.000	0.448	0.012	0.050
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado							

Al analizar el porcentaje de médicos que tienen alguna enfermedad crónica antes especificada, 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. Y, conforme avanza la etapa profesional, se incrementa considerablemente el porcentaje de médicos que tienen alguna de esas enfermedades.

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.

b) Otras patologías endocrinas

El 5.71% de los médicos padece alguna enfermedad metabólica, a parte de la diabetes, 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).

Otras patologías endocrinas afectan 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.

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) 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.

g) 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).

h) 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.

i) 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.

j) 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).

k) Otros

Existen muchas otras patologías que por su baja frecuencia de respuestas, no 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 29: Otras patologías (análisis de datos cualitativos) por sexo

	Hombre	Mujer	Media
Osteomuscular	9,80%	10,53%	10,21%
Otras patologías endocrinas	10,71%%	9,65%	9,73%
Neurológico	4,41%	6,45%	5,57%
Alergia	3,50%	4,82%	4,34%
Digestivo	4,36%	3,76%	4,25%
Oncológico	3,18%	3,14%	3,16%
Genitourinario	4,25%	1,96%	2,95%
Autoinmune	2,10%	2,37%	2,25%
Mental	0,43%	0,86%	0,67%
Infecciones	0,38%	0,20%	0,28%

En los médicos activos, las patologías más frecuentes son, al igual que en el global, las osteomusculares (9.93%: 9.22% en hombres y 10.45% en mujeres) y las metabólicas (5.67%: 8.95% de hombres y 3.26% 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, las mujeres consideran que su salud condiciona más su trabajo que los hombres, manteniéndose esta tendencia en todos los grupos profesionales, con diferencia estadísticamente significativa en el grupo de los activos: **la enfermedad afecta al trabajo en el 69.99% de los médicos en activo (65.55% de hombres y 73.02% de mujeres) y no afecta al 30.01% (34.45% de hombres y 26.98% de mujeres).**

Tabla30: La salud ha condicionado su actividad profesional por sexo

16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, pocas veces	670	701	1371	485	555	1040
	36.06%	28.61%	31.82%	34.45%	26.98%	30.01%
Bastantes veces, siempre	1188	1749	2,937	923	1502	2425
	63.94%	71.39%	68.18%	65.55%	73.02%	69.99%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*	0.000			0.000		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 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.

En los **médicos en activo hay diferencias estadísticamente significativas, siendo la afectación mayor en mujeres: 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).**

Tabla31: Problema de salud ha afectado negativamente en su trabajo por sexo

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

	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca o poca veces	1038	1117	2155	796	912	1708
	55.87%	45.59%	50.02%	56.53%	44.34%	49.29%
Bastantes veces, siempre	820	1333	2,153	612	1145	1757
	44.13%	54.41%	49.98%	43.47%	55.66%	50.71%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*	0.000			0.000		
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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).

Tabla32: La salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan distribuido por sexo

P 18. ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?						
Etapas	Total		Activos			
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	196	257	453	19	21	40
	10.55%	10.49%	10.52%	1.35%	1.02%	1.15%
De acuerdo	1662	2193	3855	1389	2036	3425
	89.45%	89.51%	89.48%	98.65%	98.98%	98.85%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*	0.374			0.543		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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). Los hombres son quienes están más de acuerdo con esta afirmación, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los activos. Es decir, las mujeres tienden a opinar que ambos problemas tienen un impacto similar.

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).

Tabla33: Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional distribuido por sexo

19. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación "Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional"?						
Etapa	Total		Activos			
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	742	1247	1989	95	134	229
	39.94%	50.90%	46.17%	6.75%	6.51%	6.61%
De acuerdo	1116	1203	2319	1313	1923	3236
	60.06%	49.10%	53.83%	93.25%	93.49%	93.39%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*				0.786		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 percepción de 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 34: Algún problema de salud ha sido provocado o empeoró por su actividad profesional distribuido por sexo

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?						
	Total		Activos			
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1143	1213	2356	825	991	1816
	61.52%	49.51%	54.69%	58,59%	48,18%	52,41%
Si	715	1237	1952	583	1.066	1.649
	38.48%	50.49%	45.31%	41,41%	51,82%	47,59%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.957	3.465
P valor*		0.001			0,0001	
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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). No existen 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, uno de los motivos que más ha afectado a la salud de los médicos (89.65%, 87.27% de hombres y 91.03% de mujeres).

La sobrecarga asistencial afecta al 90.18% de los activos (88.68% de los hombres y 90.99% de las mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

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).

Tabla35: Motivo principal por el que su problema de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional

P 21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional?				
Total de la muestra	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	144 (20,14%)	252 (20,37%)	396 (20,29%)	0,902
Sobrecarga asistencial	624 (87,27%)	1.126 (91,03%)	1.750 (89,65%)	0,009
Nivel de responsabilidad	498 (69,65%)	849 (68,63%)	1.347 (69,01%)	0,64
Otro motivo	1269 (68,30%)	1.519(62%)	2.788 (64,72%)	0,00
Activos	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	119(20,41%)	214(20,08%)	333 (20,19%)	0,871
Sobrecarga asistencial	517 (88,68%)	970(90,99%)	1.487(90,18%)	0,131
Nivel de responsabilidad	407 (69,81%)	746(69,98%)	1.153(69,92%)	0,943
Otro motivo	924 (65,63%)	1.267 (61,59%)	2.191(63,23%)	0,016
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado				

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 36: Otros motivos por los que los problemas de salud han sido provocados o empeorados por su actividad profesional distribuido por sexo

	Hombre	Mujer	Media
Problemas médicos	3,28%	4,29%	3,85%
Estrés	1,18%	2,29%	1,81%
Equipo	0,91%	2,37%	1,74%
Instalaciones	0,59%	0,69%	0,65%
Problemas familiares y personal	0,05%	0,90%	0,53%
Otros	0,65%	0,45%	0,53%
Pacientes	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 etapas 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).**

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 activos, este porcentaje de bajas asciende al 71.46% (73.30% en hombres y 70.20% en mujeres).

Tabla 37: Baja laboral por sexo

P 22. ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida? SÍ/NO						
	Total			Activos		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	499	820	1319	376	613	989
	26.86%	33.47%	30.62%	26,70%	29,80%	28,54%
Si	1359	1630	2989	1.032	1.444	2.476
	73.14%	66.53%	69.38%	73,30%	70,20%	71,46%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,002			0,047	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 activos han estado de media 15.96 ± 31.98 semanas de baja (13.94 ± 25.73 los hombres y 17.38 ± 35.66 las mujeres).

Tabla38: Semanas de baja distribuidas por sexo

P 23. Indique cuántas semanas aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional:						
	Total			Activos		
Sexo	N	Semanas de baja	D.t.	N	Semanas de baja	D.t.
Hombre	1.462	15,4	28,65	1111	13,94	25,73
Mujer	1.794	17,42	34,85	1585	17,38	35,66
Total	3.256	16,51	32,222	2.696	15,96	31,98
p valor*		0,9264			0,303	
* Test Mann Whitney						

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.

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).

Tabla 39: Acuden a trabajar estando enfermos distribuidos por sexo

P 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?							
		Total		Activo			
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, Pocas veces		220	238	458	154	145	299
		11.84%	9.71%	10.63%	10.94%	7.05%	8.63%
Varias veces, bastante, siempre		1638	2212	3,85	1254	1912	3166
		88.16%	90.29%	89.37%	89.06%	92.95%	91.37%
Total		1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*		0.025			0.000		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado							

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 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 el caso de los médicos 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).

Tabla40: Motivos para ir a trabajar estando enfermo distribuidos por sexo

p25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Mantener ingresos	82	81	163	69	71	140
	5.01%	3.66%	4.23%	5,50%	3,71%	4,42%
No sobrecargar los compañeros	792	1286	2078	614	1126	1740
	48.35%	58.14%	53.97%	48,96%	58,89%	54,96%
Miedo a perder el trabajo	33	112	145	30	99	129
	2.01%	5.06%	3.77%	2,39%	5,18%	4,07%
Responsabilidad hacia los pacientes	731	733	1464	541	616	1157
	44.63%	33.14%	38.03%	43,14%	32,22%	36,54%
Total	1638	2212	3850	1254	1912	3166
P-valor*			0.000			0.000
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

Otros motivos

Si algún medico ha acudido a trabajar estando enfermo por alguna razón diferente de las descritas previamente o matizar su respuesta, 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 aportando explicaciones más detalladas. 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 41: Otros motivos para ir a trabajar estando enfermo distribuidos por sexo

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

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).

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. En los activos es del 95.35% (94.96% en hombres y 95.62% en mujeres).**

Aunque las mujeres tienen un porcentaje ligeramente mayor de automedicación respecto a los hombres, 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 (sin 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). El grupo de los médicos activos recurre a un consejo informal el **2.91% de los activos (3.48% en hombres y 2.53% 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**. Esta solución es la que emplean el **1.1% de los activos (0.85% en hombres y 1.26% 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 0.35% de los activos (0.36% en hombres y 0.34 % 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 el **0.26% de los activos (0.36% en hombres y 0.19% 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 42: Actitud ante un problema de salud leve distribuido por sexo

P 26. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud leve (ej. cuadro catarral, diarrea, cefalea, torsión articular...), ¿qué hace en primer lugar?						
	Total		Total	Activo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
Mutua de trabajo	0	1	1	0	1	1
	0%	0.04%	0.02%	0	0,05	0,03
Mi médico de familia	20	35	55	12	26	38
	1.08%	1.43%	1.28%	0,85	1,26	1,1
Mutua o seguro privado	8	5	13	5	4	9
	0.43%	0.20%	0.30%	0,36	0,19	0,26
Consulta formal a un colega	13	12	25	5	7	12
	0.70%	0.49%	0.58%	0,36	0,34	0,35
Consejo informal	65	69	134	49	52	101
	3.50%	2.82%	3.11%	3,48	2,53	2,91
Me automedico	1,752	2,328	4080	1.337	1.967	3.304
	94.29%	95.02%	94.71%	94,96%	95,62	95,05
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,378			0,391	
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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

Cuando 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 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 **6.75% de los activos (8.10% de hombres y 5.83% 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 activos es del 6.20% (6.25% de hombres y 6.17% 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 activos es el 0.12% (0.14% de hombres y 0.10% de mujeres)

Tabla 43: Actitud ante un problema de salud grave distribuido por sexo

P 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?							
	Total				Activos		
	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total
Mutua de trabajo	4	3	7	0,678	2	2	4
	0.22%	0.12%	0.16%		0,14	0,1	0,12
Mi médico de familia	366	670	1036	0,0001	283	562	845
	19.70%	27.35%	24.05%		20,1	27,32	24,39
Mutua o seguro privado	107	147	254	0,901	88	127	215
	5.76%	6.00%	5.90%		6,25	6,17	6,2
Consulta formal a un colega	663	748	1411	0,231	465	649	1114
	35.68%	30.53%	32.75%		33,03	31,55	32,15
Consejo informal	578	743	1321	0,023	456	597	1053
	31.11%	30.33%	30.66%		32,39	29,02	30,39
Me automedico	140	139	279	0,876	114	120	234
	7.53%	5.67%	6.48%		8,1	5,83	6,75
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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).

Poco más de la mitad de los médicos activos suelen vacunarse de la gripe: 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). Los hombres tienen tendencia a vacunarse más frecuentemente pero no existe significación estadística en la diferencia.

Tabla 44: Vacunación de la gripe por sexo

P28 ¿Se vacuna contra la gripe?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	841	1172	2013	665	985	1,65
	45.26%	47.84%	46.73%	47,23	47,89	47,62
Sí	1017	1278	2,295	743	1,072	1,815
	54.74%	52.16%	53.27%	52,77	52,11	52,38
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,136			0,763	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 habiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el grupo de los activos.

Los médicos en activo, suelen acudir a los reconocimientos de salud 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).

Tabla 45: Reconocimientos de salud distribuidos por sexo

p29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1108	1283	2391	872	1.127	1.999
	59.63%	52.37%	55.50%	61,93	54,79	57,69
Sí	750	1167	1,917	536	930	1.466
	40.37%	47.63%	44.50%	38,07	45,21	42,31
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,0001			0,0001	
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 s.

Los activos hacen 5.26±3.88 horas de ejercicio a la semana (5.95±4.51 los hombres y 4.76±3.28 las mujeres).

Tabla 46: Horas de ejercicio a la semana distribuidas por sexo

p30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana.					
	Sexo	N	Horas de ejercicio/sem	D.t.	p* valor
Total	Hombre	1758	2,2	0,96	
	Mujer	2248	1,87	0,87	0,0001
	Total	4006	2,01	0,92	
Activo	Hombre	1334	2,1	0,93	
	Mujer	1878	1,83	0,85	0,0001
	Total	3212	1,94	0,89	
* Test de Mann Whitney					

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. **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, es significativamente mayor el número de fumadores hombres que mujeres.

Tabla 47: Fumadores distribuidos por sexo

p31 ¿Fuma usted actualmente?						
Etapa	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No fuma	1619	2178	3797	1230	1815	3045
	87.14%	88.90%	88.14%	87.36%	88.24%	87.88%
Fuma	239	272	511	1787	242	420
	12.86%	11.10%	11.86%	12.64%	11.76%	12.12%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465
P valor*	0.077			0.437		
Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

De los activos consumen el 1.73% (1.92% de hombres y 1.60% 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 48: Consumo en el último año distribuido por sexo.

P 32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido...							
	Total				Activo		
	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total
Bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?	631	572	1203	0,0001	487	432	919
	33.96%	23.35%	27.92%		34,59%	21%	26,52%
Algún tipo de cannabis?	40	55	95	0,795	27	33	60
	2.15%	2.24%	2.21%		1,92%	1,60%	1,73%
... alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?	13	8	21	0,123	6	2	8
	0.70%	0.33%	0.49%		0,43%	0,10%	0,23%
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado							

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.

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)**. Es el único grupo en el que la frecuencia de autoprescripción es mayor en mujeres que en hombres, aunque sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros. 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. **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 **94.98% de los activos (93.75 % de hombres y 95.82% 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. La prescripción **en los activos es del 4.88% (6.04 % de hombres y 4.08% de mujeres).**

Tabla 3: Autoprescripción de fármacos distribuido por sexo

p33 ¿Con qué frecuencia se autoprescribe...?								
	Total				Activo			
	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Hipnóticos	602	749	1351	0,012	432	648	1.080	0,006
	32.40%	30.57%	31.36%		30,68%	31,5%	31,17%	
Psicofármacos	152	174	326	0,013	95	144	239	0,002
	8.18%	7.10%	7.57%		6,75%	7%	6,9%	
Antibióticos	1360	1688	3048	0,008	1.021	1.449	2.470	0,162
	73.20%	68.90%	70.75%		72,51%	70,44%	71,28%	
Analgésicos básicos	1736	2343	4079	0,001	1.320	1.971	3.291	0,001
	93.43%	95.63%	94.68%		93,75%	95,82%	94,98%	
Opioides	121	107	228	0,004	85	84	169	0,011
	6.51%	4.37%	5.29%		6,04%	4,08%	4,88%	

*** Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado**

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.

El número de hospitalizaciones aumenta con la edad como es de esperar, siendo en los **activos del 9.47% (10.30% de hombres y 8.90% de mujeres).**

Tabla 50: Hospitalización en el último año distribuido por sexo

p34. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1632	2233	3865	1.263	1.874	3.137
	87.84%	91.14%	89.72%	89,70%	91,10%	90,53%
Si	226	217	443	145	183	328
	12.16%	8.86%	10.28%	10,30%	8,90%	9,47%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465
P valor		0,0001			0,166	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 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).

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)**.

Tabla 51: Visitas al médico de Familia distribuido por sexo

p35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo conoce	812	724	1.536	679	646	1.325
	43.70%	29.55%	35.65%	48,22%	31,40%	38,24%
De 1 a 3 veces	661	1,134	1.795	475	941	1.416
	35.58%	46.29%	41.67%	33,74%	45,75%	40,87%
Más de 3 veces	385	592	977	254	470	724
	20.72%	24.16%	22.68%	18,04%	22,85%	20,89%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,0001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 frecuente que el médico de familia sea alguien cercano. **En los activos del 13.08% (13.14% de hombres y 13.05% de mujeres).**

Tabla 52: Su médico de familia es pareja, familiar cercano o amigo íntimo

P 36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1549	2091	3640	1.177	1.753	2.930
	86.49%	87.31%	86.96%	86,86%	86,95%	86,92%
Si	242	304	546	178	263	441
	13.51%	12.69%	13.04%	13,14%	13,05%	13,08%
Total	1791	2395	4186	1.355	2.016	3.371
P* valor		0,436			0.939	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 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).

Tabla 53. Diferencias en la atención sanitaria por el hecho de ser médicos distribuido por sexo

P 37. Como médico, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es diferente a la de otros pacientes no médicos?						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me ha afectado	744	1035	1779	552	873	1.425
	40.04%	42.24%	41.30%	39,20%	42,44%	41,13%
Si, me ha beneficiado	975	1118	2093	740	926	1.666
	52.48%	45.63%	48.58%	52,56%	45,02%	48,08%
Si, me ha perjudicado	139	297	436	116	258	374
	7.48%	12.12%	10.12%	8,24%	12,54%	10,79%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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).**

Tabla 54: Considera que se respeta la confidencialidad distribuido por sexo

p38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	336	559	895	266	486	752
	18.08%	22.82%	20.78%	18,89%	23,63 %	21,70%
Si	1522	1891	3,413	1.142	1.571	2.713
	81.92%	77.18%	79.22%	81,11%	76,37 %	78,30%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,001			0,001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 el caso de los activos, el 14.75% no están dispuestos a perder la confidencialidad (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).

Tabla 55: Aceptación de la pérdida de la confidencialidad en la asistencia por conseguir agilizar el diagnóstico y tratamiento

p39. Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo aceptaría	290	351	641	216	295	511
	15.61%	14.33%	14.88%	15,34%	14,34%	14,75%
Sólo en casos excepcionales	1083	1547	2,63	830	1.300	2.130
	58.29%	63.14%	61.05%	58,95%	63,20%	61,47%
Si, siempre	485	552	1037	362	462	824
	26.10%	22.53%	24.07%	25,71%	22,46%	23,78%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,028			0,034	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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).**

Tabla 56: Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención

P 40. En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1371	1740	3111	1.024	1.469	2.493
	73.79%	71.02%	72.21%	72,73%	71,41%	71,95%
Sí	487	710	1,197	384	588	972
	26.21%	28.98%	27.79%	27,27%	28,59%	28,05%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,015			0,398	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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. **El 35.12% de los activos elegirían esta alternativa (36.43% de hombres y 34.22% 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). Conforme avanzamos en edad, disminuye esta opción siendo en **activos el 31.26% (31.82% de hombres y 30.87% de 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% **recomendarían que consultase a un especialista en el problema**. Esta opción solo supone el **24.44% de los activos (23.86% de hombres y 24.84% de mujeres)**. Sin embargo, 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)**. 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 **0.49% de los activos (0.36% de hombres y 0.58% de mujeres)** tomarían esta alternativa. Solo en los activos hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos, siendo más frecuente que las mujeres recomienden esta alternativa.

Tabla 57. Alternativas cuando compañero le plantea de manera informal un problema personal de salud distribuido por sexo

P 41. Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud...								
	Total				Activo			
	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor
Salud Laboral	7	15	22	0,041	5	12	17	0,033
	0,36%	0,61%	0,51%		0,58%	0,58%	0,49%	
Su médico de familia	154	237	391	0,03	106	195	301	0,045
	8,29%	9,67%	9,08%		7,53%	9,48%	8,69%	
Un especialista	513	620	1133	0,51	336	511	847	0,51
	27,61%	25,31%	26,30%		23,86%	24,84%	24,44%	
Hablarlo en consulta	629	799	1428	0,04	513	704	1.217	0,181
	33,85%	32,61%	33,15%		36,43%	34,22%	35,12%	
Propuesta y hablar otro día	555	779	1334	0,06	448	635	1.083	0,554
	29,87%	31,80%	30,97%		31,82%	30,87%	31,26%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado								

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 siendo estas últimas las que más dificultades tienen para manejar este tipo de situaciones.

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 **18.59% de los activos (16.05% de hombres y 20.32% de mujeres)**.

La opción de **sentirse examinado** sigue el mismo patrón: 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) y **el 14.08% de activos (9.02% de hombres y 17.55% 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)**, con diferencias estadísticamente significativas y el 9.52% de los jubilados (8.50% de hombres y 12.31% de mujeres).

Tabla 584: Sentimientos al atender a un compañero médico distribuido por sexo

P 42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico?								
	Total				Activos			
	Hombre	Mujer	Total	p valor	Hombre	Mujer	Total	p valor
No he atendido a compañeros	139	269	408	0,003	88	184	272	0,004
	7.48%	10.98%	9.47%		6,25%	8,95%	7,85%	
Me he sentido incómodo	278	490	768	0,001	226	418	644	0,002
	14.96%	20.00%	17.83%		16,05%	20,32%	18,59%	
Como en un examen	154	436	590	0,001	127	361	488	0,0001
	8.29%	17.80%	13.70%		9,02%	17,55%	14,08%	
Como un paciente más	1287	1255	2542	0,0001	967	1.094	2.061	0,0001
	69.27%	51.22%	59.01%		68,68%	53,18%	59,48%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado								

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 sienten 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

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).

Tabla 59: Sensación de preparación para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional

P 43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Poco preparado	185	493	678	126	380	506
	9.96%	20.12%	15.74%	8,95%	18,47%	14,60%
Bien preparado	1673	1957	3,63	1.282	1.677	2.959
	90.04%	79.88%	84.26%	91,05%	81,53%	85,40%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,0001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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

La gran mayoría de médicos, el 97.21% (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. Están de acuerdo el **97.34% de los activos (97.44% de hombres y 97.28% 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 especialmente formados para ello. Son el 71.96% de hombres y 74.24% de mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros. De los activos está de acuerdo el **(72.44% de hombres y 75.30% de mujeres)**.

- c) **Los 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. Opinan así el **90.97% de los activos (89.13% de hombres y 92.22% de mujeres)**

Tabla 60: Médicos de acuerdo con las afirmaciones distribuidos por sexo

P 44. ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo")								
Completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo	Total				Activos			
	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor
Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.	1802	2386	4188	0,675	1372	2001	3373	0,766
	96.99%	97.39%	97.21%		97,44%	97,28%	97,34%	
Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello	1337	1819	3156	0,043	1020	1549		0,059
	71.96%	74.24%	73.26%		72,44%	75,30%	74,14%	
Médicos con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada	1651	2245	3896	0,004	1.255	1.897	3.152	0,002
	88.86%	91.63%	90.44%		89,13%	92,22%	90,97%	
Total	1858	2450	4308		1408	2057	3465	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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%) existiendo **diferencias estadísticamente significativas entre géneros**.

De los activos, el **58.10% de ellos tendrían dudas (48.08% de hombres y 64.95% de mujeres)**.

La segunda opción más elegida de manera global, y la más frecuente entre los hombres es **decírselo al compañero** (41.23%:51.78% de hombres y 33.22% de mujeres). La tendencia es opuesta a la anterior: es más frecuente en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas, y además aumenta en frecuencia conforme aumenta la edad. De los activos, eligen esta opción el **40.66% (51.14% de hombres y 33.50% 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 **1.24% de los activos (0.78% de hombres y 1.56% de mujeres)** La frecuencia es mayor en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente significativa en el grupo de los activos.

Tabla 61: Actitud ante el problema de salud de un colega que compromete sus facultades para el ejercicio profesional

p45. Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente?								
	Total				Activo			
	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor
No le diría nada	18	38	56	0,231	11	32	43	0,03
	0.97%	1.55%	1.30%		0,78%	1,56%	1,24%	
Tengo dudas sobre cómo debería actuar	878	1598	2476	0,001	677	1.336	2.013	0,0001
	47.26%	65.22%	57.47%		48,08%	64,95%	58,10%	
Se lo diría con toda seguridad	962	814	1776	0,001	720	689	1.409	0,001
	51.78%	33.22%	41.23%		51,14%	33,50%	40,66%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado								

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). **Las mujeres son quienes más apoyan esta la idea, habiendo diferencias estadísticamente significativas** en el grupo de los activos.

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).**

Tabla 62: La responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio

P 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?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy en desacuerdo, en desacuerdo	240	272	512	177	214	391
	12.92%	11.10%	11.88%	12,57%	10,40%	11,28%
Ni de acuerdo ni desacuerdo	466	586	1.052	359	462	821
	25,08%	23,92%	24,42%	25,50%	22,46%	23,69%
de acuerdo, muy de acuerdo	1.152	1.592	2.744	872	1.381	1.235
	62%	65%	63,50%	61,93%	67,14%	64,02%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,093			0,01	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 está 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 61.59% de los activos (61.65% de hombres y 61.55% 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. El 28.13% de los encuestados, piensan **que no les influye 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%) con diferencia estadísticamente significativa entre géneros. En los activos lo piensan el **28.28%: 30.75% de hombres y 26.59% de mujeres**.

Hay médicos que de hecho, **prefieren no saber que el paciente también lo es**, para que no afecte a 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 **10.13% de los activos (7.60% de hombres y 11.86% de mujeres)**,

Tabla 63: .Actitud si tiene que atender a un médico enfermo distribuido por sexo

P 47. Si tiene que atender a un médico enfermo...						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me influye	562	650	1212	433	547	980
	30.25%	26.53%	28.13%	30,75%	26,59%	28,28%
Prefiero no saberlo	140	336	476	107	244	351
	7.53%	13.71%	11.05%	7,60%	11,86%	10,13%
Prefiero que se identifique	1156	1464	2620	868	1.266	2.134
	62.22%	59.76%	60.82%	61,65%	61,65%	61,59%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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)**

Tabla 64: Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral distribuido por sexo

P 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?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy en desacuerdo, En desacuerdo	314	411	725	220	331	551
	16.90%	16.78%	16.83%	15,63%	16,09%	15,90%
Ni de acuerdo, ni De acuerdo, muy de acuerdo	1544	2039	3,583	1.188	1.726	2.914
	83.10%	83.22%	83.17%	84,38%	83,91%	84,10%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,756			0,712	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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. Aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo los hombres quienes más opinan que los jubilados no reciben la atención que merecen.

El 14.05% de los activos (16.05% de hombres y 12.69% de mujeres) consideran que la atención que se presta a los jubilados no es la adecuada, 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 (25.67%: 22.95% de hombres y 33.08% de mujeres).

Como vemos, conforme avanzamos en edad, observamos que cada vez hay más médicos que consideran que la atención no es suficientemente buena.

Tabla 65: Valoración de la atención a los jubilados

P 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"						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy deficiente, deficiente	312	324	636	226	261	487
	16.79%	13.22%	14.76%	16,05%	12,69%	14,05%
Adecuada, muy adecuada, excelente	1546	2126	3,672	1.182	1.796	2.978
	83.21%	86.78%	85.24%	83,95%	87,31%	85,95%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,001			0,005	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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, **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 5: Opinión sobre la capacidad de prescripción del médico jubilado, sin ejercicio profesional

P 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?								
	Total				Activo			
	Hombre	Mujer	Total	P*valor	Hombre	Mujer	Total	P*valor
Renuncia inmediata	224	438	662	0,001	195	372	567	0,001
	12.06%	17.88%	15.37%		13,85%	18,08%	16,36%	
Renuncia tras varios años	623	1076	1699	0,0001	515	900	1.415	0,0001
	33.53%	43.92%	39.44%		36,58%	43,75%	40,84%	
Conservarla	1011	936	1947	0,0001	698	785	1.483	0,0001
	54.41%	38.20%	45.19%		49,57%	38,16%	42,80%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado								

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.

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).

Tabla 67: Conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico

p51. ¿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"						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Innecesario, poco necesario	157	94	251	108	82	190
	8.45%	3.84%	5.83%	7,67%	3,99%	5,48%
necesario, bastante necesario, muy necesario	1701	2356	4,057	1.300	1.975	3.275
	91.55%	96.16%	94.17%	92,33%	96,01%	94,52%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

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.

Tabla 68: Implicación de los Colegios de Médicos en la atención de los colegiados enfermos distribuida por sexo

P 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"						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No se implican, poca implicación	835	1112	1947	627	938	1.565
	44.94%	45.39%	45.19%	44,53%	45,60%	45,17%
Suficiente implicación, bastante implicación y completamente implicados	1023	1338	2,361	781	1.119	1.900
	55.06%	54.61%	54.81%	55,47%	54,40%	54,83%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465
P* valor		0,345			0,535	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

El 50.62% de los activos son conocedores de la VPC (56.96% de hombres y 46.28% de mujeres)

Tabla 6: Conocimiento de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) por sexo

53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	845	1393	2238	606	1.105	1.711
	45.48%	56.86%	51.95%	43,04%	53,72%	49,38%
Si	1013	1057	2070	802	952	1.754
	54.52%	43.14%	48.05%	56,96%	46,28%	50,62%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465
P*valor		0,001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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.

De los activos, el 79.34% (76.07% de hombres y 81.58% de mujeres) está de acuerdo con la puesta en marcha de la VPC y el 20.66% (23.93% de hombres y 18.42% de mujeres) no lo está.

Tabla 70: Opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017

P 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"						
	Total			Activos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Completamente en desacuerdo, desacuerdo	418	420	838	337	379	716
	22.50%	17.14%	19.45%	23,93%	18,42%	20,66%
De acuerdo, bastante de acuerdo, completamente de acuerdo	1440	2030	3,47	1.071	1.678	2.749
	77.50%	82.86%	80.55%	76,07%	81,58%	79,34%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465
P valor		0,001			0,0001	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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 **63.15% de los activos (63.49% de hombres y 62.91% de mujeres),**

Tabla 71: La VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud

P 55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?						
	Total			Activo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	645	829	1474	514	763	1.277
	34.71%	33.84%	34.22%	36,51%	37,09%	36,85%
Si	1213	1621	2834	894	1.294	2.188
	65.29%	66.16%	65.78%	63,49%	62,91%	63,15%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465
P*valor					0,725	
* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado						

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%). Las sugerencias más frecuentemente realizadas en esta pregunta pueden consultarse en el apartado [F.7 Análisis de las propuestas de mejora planteadas por los médicos.](#)

F.6 CAMAPE: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Resultado de los modelos multivariantes para el conjunto de los médicos en activo y para el análisis por especialidades.

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

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. Se presenta únicamente el modelo para el conjunto de médicos activos sin P20.

Para el conjunto de médicos en activo, ser mujer se relaciona con que los problemas de salud han afectado a su desempeño y a haber estado más semanas de baja. Mientras que ser hombre se relaciona con tener más enfermedades crónicas, haber estado hospitalizado y que el hecho de ser médico ha sido beneficioso en el trato como paciente.

Tabla 73: 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 Enfermedad Y desempeño profesional	Nunca	Ref			
	A veces/ siempre	0,71	0,01	0,54	0,92
P34 permanecer hospitalizado	No	Ref			
	Si	1,49	0,02	1,06	2,09
P37 Hecho de ser Médico	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

2. Resultados modelo 2: gestión de riesgos sobre la salud-enfermedad

Para el conjunto de los médicos activos, el estar casado se relaciona con ser hombre al igual que un mayor número de años profesionales, beber más alcohol, ser difícil admitir que estas enfermo, la salud afecta al trabajo, mantener la prescripción en jubilados, hacer más ejercicio físico, para un problema de salud no banal automedicarse o buscar consejo informal. Para las mujeres, acudir a trabajar estando enfermas, acudir más al médico de familia, referir mejor estado de salud, y reconocer que su salud ha condicionado su trabajo.

Tabla 74: 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 Consumir alcohol	No	Ref			
	Bebe alcohol	2,34	0,00	1,95	2,81
P13 Estado de salud	Malo	Ref			
	Normal	No significativa			
	Buen estado de salud	0,84	0,05	0,70	1,00
P14 Difícil admitir enfermedad	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,21	0,05	1,00	1,46
P16 Mi salud ha condicionado mi trabajo	Nunca	Ref			
	Alguna/bastante/siempre	0,79	0,01	0,66	0,95
P18 Salud afecta al trabajo	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,47	0,01	1,11	1,96
P50 Mantener prescripción si jubilado	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 Ir a trabajar estando enfermo	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 problema de salud no banal	Otro	Ref			
	Busco consejo informal a un colega	1,37	0,00	1,14	1,65
P27.6 problema de salud no banal	Otro	Ref			
	Automedico	1,42	0,04	1,01	1,98
P35 Médico de familia	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

3. Resultados modelo 3: autoconfianza

Para el conjunto de la población de médicos activos observamos que ser mujer se asocia a tener una satisfacción laboral neutra, a acudir a trabajar por miedo a perder el trabajo, a estar a favor de hacer recomendaciones deontológicas en relación con el médico enfermo, y a sentirse como en un examen al atender a un compañero enfermo. Mientras que el ser hombre se asocia a reconocer que el estado de salud afecta al trabajo, a atender a un compañero enfermo como a un paciente más y a sentirse preparado para atender a un compañero enfermo.

Tabla 75: Variables significativas para el modelo de autoconfianza según el sexo

	Variable	OR	P	IC infe	IC sup
P12 Satisfacción laboral	Poco satisfecho	Ref			
	Normal	0,74	0,00	0,63	0,87
	Satisfecho	No significativo			
P18 Estado de salud afecta al trabajo	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	1,38	0,01	1,08	1,75
P25.3 Acudir a trabajar por miedo a perder el trabajo	Si miedo	Ref			
	No miedo	0,44	0,00	0,28	0,69
P51 A favor de recomendaciones en Código Deontología y Ética Médica	No	Ref			
	Si	0,50	0,00	0,37	0,69
P42.3 Sentirse como en un examen al atender a compañero enfermo	Otro	Ref			
	Como un examen	0,67	0,00	0,52	0,86
P42.4 Sentirse como atendiendo a un paciente más al atender a compañero	Otro	Ref			
	Como un paciente mas	1,47	0,00	1,24	1,74
P43 Sentirse preparado para ayudar a un compañero enfermo	No preparado	Ref			
	Preparado	2,17	0,00	1,73	2,72

4. Resultados modelo 4: confidencialidad

Para el conjunto de los médicos en activo, ser hombre se asocia con reconocer que se respeta la confidencialidad de los médicos enfermos y ser mujer al hecho de sólo aceptar perder la confidencialidad en casos excepcionales.

Tabla 76: 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			

5. Resultados modelo 5: relación con colegas

Para los médicos activos, ser hombre se asocia con tener una pareja sanitaria, hablar con seguridad con un colega enfermo si tiene algún problema que afecte a su trabajo, con invitar a hablar en consulta a un colega enfermo o bien darle un consejo y hablarlo otro día, y que los jubilados conserven su capacidad de prescripción. Ninguna variable del modelo se asocia con el hecho de ser mujer.

Tabla 777: Variables significativas para la relación con los colegas médicos según el sexo

	Variable	OR	P	IC inferior	IC superior
P6 Pareja	Pareja no sanitaria	Ref			
	Pareja sanitaria	3,01	0,00	2,58	3,52
P45.3 Comunicar a un colega que está enfermo y afecta su trabajo	En desacuerdo	Ref			
	De acuerdo	4,58	0,00	2,12	9,91
P41.4	Si	Ref			
le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo	No	1,34	0,04	1,02	1,76
P41.5 le sugeriría una propuesta y volvería a hablar otro día	No	Ref			
	Si	1,42	0,02	1,07	1,88
P50 Jubilados con capacidad prescripción	Renuncien al jubilarse	Ref			
	Renuncien tras varios años	No significativo			
	Jubilados conserven prescripción	1,56	0,00	1,34	1,81

F.7 ANALISIS DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA PLANTEADAS POR LOS MÉDICOS EN LAS DIFERENTES METODOLOGÍAS

En este apartado se exponen de manera integrada, las respuestas planteadas por los médicos ante la petición de **posibles propuestas de mejora del proceso de enfermar**, que han sido exploradas mediante 3 técnicas de recogida de información. A saber, entrevistas en profundidad, grupo focal MdM y pregunta de opción múltiple en el cuestionario CAPAME (pregunta 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?**).

En relación a la P 56, señalar que se registraron 1029 respuestas: 448 de hombres (24.11%) y 502 de mujeres (20.49%).

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.

Desde el GF de MdM exponen que, de no existir mucha demora en la lista de espera, lo ideal es que el MA sea tratado como cualquier otro paciente. Pero agilizar el acceso y el diagnóstico permite disminuir las consultas de pasillo y por tanto los eventos adversos. Por ello proponen un **circuito de acceso más rápido a pruebas complementarias, consultas de atención especializada e incluso cirugías** que agilicen el manejo del paciente ante las demoras que desafortunadamente existen en todos los servicios autonómicos de salud.

"Hombre, pues igual habría que establecerlo, crear unos protocolos de atención al médico enfermo, pues igual sí... Quiero decir, que facilitaba la asistencia médica del médico. Claro es que... pues igual sí que se podría... se tendría que protocolizar (...) No tendrías que andar pidiendo favores a los compañeros ni en la cafetería ni fuera porque estaría protocolizado, pues al médico se le atiende... ¿sabes? Yo creo que... yo creo que estaría bien." (GF-2)

*"Yo creo que sí que debería de haber, pues no sé si un departamento del clínico, o un departamento del hospital, o si debería ser el cómo un convenio con un hospital privado ajeno al salud, no lo sé. Sí que deberíamos de ir a...yo creo que sí que alguien tendría que cuidarnos a nosotros"*21-011

Se plantean que la existencia de esta vía alternativa podría suponer un problema de justicia y agravio para otros estamentos y trabajadores sanitarios, por lo que este circuito rápido podría ser articulado desde los servicios de salud laboral.

"No lo... claro, pero... tú imagínate, "oye, yo soy enfermera, ¿por qué no hago el circuito lo mismo?", ¿no? Quiero decir..."(GF-2)

En cuanto a la confidencialidad, algunos proponen **no compartir la sala de espera** o acudir de una manera privada, para no coincidir con los pacientes, lo que puede resultar incómodo para algunos de los médicos.

Otra medida podría ser **encriptar los datos personales** de los MA y atenderlos con un identificador numérico, ocultando nombre y apellidos de la historia clínica electrónica.

"Ahora yo puedo decir "a mi todo con mi número de historia, no me digas María Teresa XXX XXX porque no quiero que esté así". y para...pues a lo mejor es una opción, no? (...) hay gente que lo pide, que se oculte, gente de navarra" (GF-2)

Reducir el impacto y la sobrecarga laboral.

Respecto a las bajas laborales prolongadas, es preciso cuidar el **proceso de reincorporación para que sea progresivo y adaptado** al estado de salud, aumentando las competencias poco a poco, de forma que la vuelta al trabajo pueda realizarse antes.

"O que se facilitaran... reincorporaciones... facilitar la incorporación, yo qué sé, adaptar el trabajo del médico que se reincorpora de una baja laboral larga (...) Tú no puede ser que hayas estado diez meses de baja laboral y cuando vuelvas sea como si no hubieras estado nunca de baja, no. Al estar diez meses de baja, hay que hacer una readaptación, yo creo que es importante." (GF-2)

"Algún programa de reincorporación del médico tras una baja laboral larga... porque no... Yo he escuchado compañeros que dicen "si no está bien, que no vuelva a trabajar. (...) Pero te hace falta volver a trabajar aunque no estés al 100%, pero es verdad que no puedes trabajar al 100%, lo necesitas porque mentalmente es que necesitas volver a trabajar..." (GF-2)

Se propone la implicación de los Servicios de Salud Laboral en la supervisión de las incorporaciones.

"Salud laboral...me parece que para la generalidad de los trabajadores está muy bien, que haya alguien que se encargue de velar por la salud, que diga... sobre todo medidas preventivas y medidas en todos los sentidos, educación..." (GF-2)

También se ve necesario **ampliar el personal y facilitar las sustituciones** para no sobrecargar a los profesionales. Disponer de médicos especialistas que puedan dar cobertura a las incidencias laborales que se producen permitiría disminuir el presentismo, asegurar las libranzas de guardias, flexibilizar las jornadas para favorecer la conciliación y realizar adaptaciones laborales según las capacidades...

"Que hubiera médicos para suplir las bajas laborales, por ejemplo [se oyen risas]. Es verdad, si tú tienes guardia... (...) Si estás con una gastroenteritis y yo sé que hay una persona que le puedo llamar para que haga la guardia porque está para eso, pues me cogería la baja y no me iría a trabajar. Porque hay veces que yo he ido a trabajar en un estado..." (GF-2)

Aumentar el tiempo de consulta para cada paciente, y ofrecer mayor estabilidad laboral son medidas laborales que impactan en el bienestar emocional del médico.

Otras propuestas para promocionar la salud son el impulso de los **reconocimientos de salud** y la prevención de riesgos laborales.

También se propone que exista algún tipo de **identificación de los médicos** (que salga una alerta en la historia clínica) y los médicos jubilados (mediante una tarjeta de identificación) para que quien trata sepa que el paciente también es médico.

"Pues en nuestro hospital dan una identificación como la del resto en la que se indica médico, pero debajo pone médico jubilado. Es algo que ayuda enormemente, a poder entrar a tu antiguo hospital..." (GF-3)

Mejorar el proceso emocional

Muchos médicos que han sido pacientes sienten que no han sido tratados con la empatía, comprensión y cariño que les hubiese gustado. Además, los datos apuntan a que a un gran porcentaje de médicos les resulta complejo asumir la enfermedad y cambiar al rol de enfermo. Sería por tanto conveniente **concienciar al colectivo médico** de que los médicos enfermos tienen peculiaridades, siendo necesario adecuar la información a su situación individual.

De manera general, se propone incluir en los **planes de formación de pregrado y postgrado información sobre el médico enfermo**.

Ofrecer ayuda psicológica a quien lo necesite y programas de ayuda para la **gestión de estrés**.

„Si todos los médicos que padecen o padecemos síndrome de burn out tuviéramos que ir a psiquiatría, llenaríamos las consultas y no podría ir nadie más. Solo con ese tema ¿eh?"21-011

Médicos de médicos

Los MdM resumen las recomendaciones para el manejo del MA en una sola frase: **“Dar un trato deferente, pero no diferente.”**

Además del PAIME para salud mental, algunos proponen 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.

“Pero yo creo que sí que debería de haber algún servicio especializado en nosotros. También es verdad que tenemos un tipo de patología un poco diferente a las demás. La psiquiátrica, el abuso de sustancias, etc. (...)” pues primero porque el sistema no nos cuida prácticamente nada, segundo porque estamos totalmente desprotegidos, tercero porque cada vez tenemos una mayor carga laboral y una mayor eh...responsabilidad social, ¿eh?”
21-011

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.

Algunos médicos solicitan mayor **liderazgo por parte de los Servicios 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.

“Pero al final te obliga, te obliga a cuidarte ¿no? (la revisión de salud laboral) A cuidarte de alguna manera. A cuidarte, a tener en cuenta... pues que te pasas de horas, a tener en cuenta eh... pues eso ¿no? Todos los factores que luego cuando vas y te hacen tu análisis personal, yo creo que es importante hacerlo ¿eh? Y luego que es voluntario, el que no quiere no va ¿no? Bueno, te van a perseguir pero... el que no quiere no va (...) yo creo que

tendría que ser obligatoria esa revisión(...)En cualquier empresa que tú entras a trabajar, te hacen una revisión anual médica y aquí no.” (GF-2)

Algunos proponen 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.

Colegio de Médicos

Muchos colegiados piden una **mayor implicación de los COM** con los médicos, tanto desde una perspectiva personal como profesional.

Hablan de acompañamiento durante la enfermedad, con **asesorías legales, laborales y especialmente económicas**.

Un entrevistado sugiere la posibilidad de **atención psicológica especializada** como parte de la cartera de servicios del colegio.

“ Si a mí me hubiera tocado, yo que sé, aguantar un tratamiento de quimioterapia durante un año, o hubiera tenido alguna recaída, o te, o la tengo en un futuro, y me veo mal, pues a lo mejor, en vez de irme al psicólogo de la Asociación Española Contra el Cáncer, pues igual en el colegio de médicos pueden tener algún profesional que te pueda ayudar. O, pienso también en, yo que sé, en otras patologías, las adicciones, ¿no?, por ejemplo. Pues no sé, que, que te puedan ayudar otra vez a reinsertarte a tu vida laboral, o... no sé. Yo creo que sí que sería interesante que, que hubiera este, este tipo de servicio. (...)Pero yo creo que sí que sería importante, que, que hubiera implicación. Más que nada, para que la relación no solamente sea un recibo. Claro, ahí igual la culpa también la tengo yo, porque, quiero decir, tampoco yo me acerco a mi colegio.” 20-004

Otra propuesta es la realización de **grupos Balint** desde los COM, y **grupos de apoyo por pares** en algunas circunstancias.

“Quizá podían ayudar un poco...ofrecer espacios...de formación... ¿sabes lo que son los grupos balint? grupos balint en algún momento...de estos de reflexión y tal...o algo estilo parecido podrían ayudar...entre colegas, pues a llevar...si a acompañar, a llevar, a tirar alante...a que se integren dentro de la vida de uno mismo...que no...Disminuir el sufrimiento que pueda haber...ayudar psicológicamente...dentro del colegio de médicos puede hacer una función importante también...eso el colegio este, por algo es el Colegio de médicos no?21-003

Apoyo a las familias de médicos enfermos.

Otra misión para los colegios es la **sensibilización y educación sobre el médico enfermo**: aceptar la propia vulnerabilidad y conocer las características diferenciales del proceso puede suponer una mejora en el mismo a largo plazo.

“Sí que se debería de hacer una labor de...concienciación y de educación de todo ese tipo de cosas desde los COMs. ”20-004

Un colegiado propone la elaboración de un **programa de voluntariado** por parte de médicos ya jubilados, para el **acompañamiento y la gestión de las citas de médicos enfermos en activo**. Algo parecido plantean desde el propio grupo de representantes del colegio.

“Sería la creación de una red de apoyo para los médicos (...) Quiero decir, que el médico, no vaya al hospital a rondar para la izquierda y para la derecha, sino que haya un médico, o dos médicos dentro del hospital, eh, bajo la capa, vamos a decir, del colegio de médicos, que les orienten y les faciliten, oye pues mira vamos a hacer el escáner, o vamos a hacer la ecografía, vamos a... sin que tengas que andar dando vueltas, yo me encargo de organizarte el circuito.” (GF-3)

También de forma voluntaria se podría generar un **listado de distintos especialistas** a los que recurrir, con especial dedicación hacia los MA.

Otras propuestas sugieren 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.

De cualquier manera, se muestran de acuerdo en la necesidad de visibilizar las acciones y programas que ya se están llevando a cabo desde los colegios.

“Por eso, de alguna manera...que los colegios eh...abramos las puertas no....porque parece que los colegios somos algo muyuff...somos lo más de lo más....hay que abrir las puertas del colegio por si no un colegio no vale para nada...solamente para pagar...y para eso no está un colegio.”(GF-3)

“No, nadita, ni vamos, ni pasarme por la cabeza lo de (solicitar ayuda, informarse sobre alternativas ofertadas) los colegio profesionales. “ 20-001

“Nada, ni lo he demandado ni lo he echado en falta, los colegios profesionales no sé ni donde está en Zaragoza, (...) Igual si voy son súper amables y tengo ahí un servicio que yo lo desconocía. Desconozco totalmente que servicios del colegio de médicos se ofrecen, como lo desconozco no lo crítico, igual es fantástico y no lo sé.”21-007

G. DISCUSIÓN

G.1 SESGOS Y LIMITACIONES

1. Limitaciones de la búsqueda bibliográfica

La primera dificultad encontrada al comenzar el estudio tiene que ver con la búsqueda y selección de bibliografía específica sobre la salud y la enfermedad de los profesionales. **No existen términos estandarizados** que permitan localizar artículos y trabajos específicos **sobre aspectos de la salud y proceso de enfermar de los médicos**, y evitar el solapamiento con otros temas relacionados con el trato a los pacientes. Es por esto que, finalmente, la búsqueda bibliográfica no ha sido de tipo sistemático. La revisión y conocimiento de los antecedentes se ha ido ampliando gracias a las referencias y artículos relacionados surgidos una vez localizados los trabajos más relevantes.

En muchos de los artículos revisados ha ido apareciendo el término “sick doctor” que venía a referirse específicamente a los médicos que estaban enfermos. Para subsanar la ausencia de términos estandarizados que puedan orientar más eficientemente la búsqueda bibliográfica, una propuesta por parte del equipo de investigación será acuñar el término “sick doctor”.

2. Sesgos y limitaciones del diseño cuantitativo

Es necesario reseñar las limitaciones 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. La información es obtenida directamente de los encuestados y no es posible contrastarla empíricamente, existiendo la posibilidad de que las respuestas no reflejen fielmente la realidad. Sin embargo, el gran tamaño de la muestra minimiza esa posibilidad de distorsión, y se ha demostrado que este factor tiene menos peso en los individuos con formación académica¹⁴⁴.

Por otro lado, **la autodeclaración** de algunas variables como el estado de salud, las actividades preventivas o enfermedades concretas adolece de falta de precisión y de sesgo de recuerdo. Se podría haber paliado con la utilización de instrumentos de medición más exactos (escalas, test psicométricos). Sin embargo, hubieran hecho el cuestionario mucho más largo y menos sencillo, y seguramente, hubiera ido en detrimento de la participación.

Otra limitación está ligada al tipo de estudio, **estudio transversal**. Este tipo de estudios no permite determinar la causalidad de las asociaciones identificadas entre variables o la dirección del efecto de la posible relación.

Por otro lado, el hecho de que haya sido realizada **a través de internet** puede haber facilitado la participación de profesionales más jóvenes ¹⁴⁵.

La encuesta ha sido **difundida a través de los Colegios de Médicos** y se establecen comparaciones con los datos estadísticos sobre médicos colegiados. En la actualidad, Murcia es la única comunidad de nuestro país que no mantiene la obligatoriedad de la colegiación universal de sus profesionales médicos, a pesar de lo cual, se han recibido respuestas de médicos de dicha comunidad, por lo que esta cuestión no parece haber afectado de manera significativa al acceso a la encuesta. Consideramos que difundir el cuestionario con la colaboración de la Organización Médica Colegial fue un buen método para llegar al máximo de población médica posible.

Al realizarse la encuesta a través de internet, en una página web pública, y no solicitar datos identificativos para rellenarla, con motivo de proteger la confidencialidad y el anonimato, somos conscientes de que ha podido participar en ella alguna persona que **se haya identificado como médico sin serlo**. Se ha realizado una estimación con los datos de participación en la encuesta y los métodos de difusión llevados a cabo. En base al tamaño de la muestra recogida y siendo la principal vía de difusión la comunicación a través de la OMC y los Colegios de Médicos, consideramos que el porcentaje de personas ajenas a la profesión que hayan podido acceder a la encuesta y disponer de tiempo y deseos de completarla es mínimo y no altera los resultados obtenidos.

Finalmente, otro sesgo a considerar al interpretar los resultados es el hecho de que aquellos **profesionales con problemas de salud hayan tenido mayor interés en responder la encuesta**, por lo que la prevalencia de patologías podría estar sobreestimada.

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 catalán de la Fundación Galatea y existen más estudios sobre patología mental, adictiva y burn-out pero no sobre el impacto de otras enfermedades y de actividades preventivas básicas³³.

En cuanto a la perspectiva de género, la encuesta no ha considerado algunas variables muy relevantes relacionadas con la **conciliación familiar** y compatibilización de las tareas del hogar y el trabajo, cargas familiares (tener hijos o personas mayores a su cargo), etc. Haber contado con esta información hubiese sido muy interesante para poder establecer hipótesis sobre las diferencias halladas entre géneros.

Tampoco se ha incluido una pregunta, en el cuestionario, sobre el **aprendizaje vivencial de los médicos de la enfermedad**. La categoría “Aprendizaje de la enfermedad” salió a la luz en las entrevistas en profundidad y los grupos focales, haciendo relación al posible impacto positivo de la vivencia de la enfermedad como un elemento de aprendizaje personal y laboral al mejorar la comprensión de los pacientes.

3. Sesgos y limitaciones del diseño cualitativo:

El debate sobre la necesidad de implementar métodos cualitativos de investigación en ciencias de la salud lleva años generando controversia, sobre todo al suponer un cambio drástico de paradigma respecto a la investigación científica clásica. Las dudas sobre la **credibilidad de la información**, por ejemplo, son frecuentes en aquellos investigadores acostumbrados al muestreo estadístico.

En efecto, la información obtenida con métodos cualitativos puede ser muy variable: los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las situaciones que relatan. Para intentar mejorar la fiabilidad de los datos, se ha intentado contrastar la información de unos con la de otros, recogerla en tiempos diferentes, y usar técnicas de triangulación (combinación de diferentes métodos y fuentes de datos). Además, se ha realizado un esfuerzo significativo para que la muestra de informantes representase en la mejor forma posible los grupos, orientaciones o posiciones de la población estudiada, como estrategia para corregir distorsiones perceptivas y prejuicios.

En cualquier caso, lo comentado por los participantes sobre su estado de salud o su propia experiencia de enfermar no puede ser cuestionado, en cuanto a que se trata de impresiones y experiencias por definición subjetivas y válidas para ellos, los protagonistas de sus propias vivencias. Además, puesto que la participación es voluntaria y supone un esfuerzo para el entrevistado llevar a cabo la entrevista, consideramos poco probable que alguien se dedique a distorsionar consciente e intencionadamente la información que proporciona, aunque sí es posible que se omita o modifique la información por el deseo legítimo de no compartir determinados detalles de índole personal. También es necesario señalar que todos los participantes son profesionales de la medicina, conscientes por su profesión de la importancia de la rigurosidad en los proyectos de investigación, lo que reduce las dudas sobre su colaboración.

La propia profesión ha dificultado en ocasiones el curso de la investigación, por ejemplo, las apretadas agendas de los profesionales interfirieron en la **selección de los participantes para los grupos focales**, dificultando y retrasando en varias

ocasiones la celebración de los mismos. Aunque finalmente han podido realizarse todos ellos con suficiente representación de los perfiles buscados.

La confidencialidad es un tema clave a lo largo de todo el trabajo de tesis, y abordado desde diferentes perspectivas. Como limitación del estudio, no podemos obviar el hecho de que, posiblemente, exista un sesgo de selección en los entrevistados, siendo los menos preocupados por la confidencialidad de su proceso, a los que más fácilmente hemos accedido. Por el contrario, resulta mucho más difícil obtener el discurso de aquellas personas que muestran una especial preocupación por la intimidad y no han compartido su padecimiento con su entorno. Esta limitación podría entenderse como un factor a la hora de explicar la “normalización” que los médicos entrevistados parecen dar a la pérdida de confidencialidad. Sin embargo, las preguntas de la encuesta (anónima) referidas a confidencialidad confirman la misma tendencia, por lo que es lógico suponer que la valoración hecha por los médicos sobre la confidencialidad de los datos clínicos se ve influida por otros factores con más peso que la selección de los entrevistados.

Por otro lado, las técnicas cualitativas son muy **dependientes del entrenamiento** y la pericia del entrevistador. Dada la escasa formación previa de las investigadoras en la técnica de entrevista, se realizaron las 5 primeras entrevistas a modo de pilotaje, permitiendo una curva de aprendizaje en la técnica, al mismo tiempo que iniciábamos el análisis de los discursos. Esto resultó de utilidad capital tanto en la planificación inicial del proyecto de investigación, como en el diseño de la encuesta.

También por este motivo decidimos realizar las **entrevistas con observador**: Algunos autores opinan que no es recomendable la figura del observador durante las entrevistas, puesto que su presencia podría suponer una intimidación añadida que dificultara el discurso libre y espontáneo del sujeto. Pero dada la limitada experiencia previa de las investigadoras, la balanza entre riesgo/beneficio se decantó hacia la optimización de las entrevistas piloto. Además, el realizar conjuntamente las entrevistas permite asegurar la consistencia entre entrevistadores, lo cual incrementa la veracidad de los hallazgos. Y la toma de notas enfocada al lenguaje no verbal realizada por el observador, así como la posibilidad de mantener un breve debate sobre los nuevos temas surgidos tras las entrevistas resulta muy enriquecedores de cara al análisis posterior. Por otro lado, no tuvimos constancia de que la presencia de dos entrevistadores influyera en el discurso del entrevistado.

También el **análisis cualitativo es investigador-dependiente**, que se compone de la codificación y categorización mediante un proceso cognitivo del

investigador y de su capacidad para condensar y agrupar ideas, conceptualizar, sintetizar, etc. para encontrar patrones recurrentes de temas de los discursos.

En cuanto a la justificación teórica de la metodología de análisis, es preciso señalar que inicialmente se realizó un **análisis del discurso** de todas las entrevistas y grupos focales por dos investigadores separadamente y posteriormente se hizo un análisis conjunto para identificar códigos y verbatims y realizar una aproximación de categorías a un modelo del proceso de enfermar del médico, siguiendo la **teoría fundamentada de Glaser y Strauss** como se detalló en la metodología.

Para ello, contamos con asesorías frecuentes con una experta en la materia que ha guiado a las investigadoras y a la que realizamos consultas metodológicas de frecuencia.

Con todo esto, queda patente la **imposibilidad de realizar generalización alguna de los resultados** obtenidos mediante las entrevistas y grupos focales, lo cual podría considerarse un sesgo desde el punto de vista de la investigación cuantitativa, pero sin embargo es una fortaleza de la metodología mixta. Los resultados cualitativos deben verse como complementarios a los cuantitativos, nunca excluyentes.

La reconciliación entre humanidades y ciencias como dos caras de una misma moneda está aún por llegar; esperamos que proyectos de investigación de este tipo rompan una lanza a favor de un maridaje complejo, pero necesario.

G.2 FORTALEZAS

Se trata del primer estudio nacional realizado en una cohorte de médicos colegiados y uno de los pocos estudios realizados en nuestro país sobre el médico como paciente; **el único que utiliza metodología mixta.**

Esta tesis supone una oportunidad para profundizar en la cuestión de la salud de los médicos, tema de creciente interés a nivel internacional. Consideramos que el abordaje del tema desde las tres perspectivas (bibliográfica, cualitativa y cuantitativa), ha aportado una gran riqueza al trabajo, amplía las perspectivas y la profundidad de la investigación y permite encontrar otras áreas de mejora.

En cuanto a la parte cuantitativa, se ha **superado la estimación inicial del tamaño muestral en su conjunto. La muestra estimada era de 3.662 y las respuestas recibidas ascendieron a 4.308.** Cuando se analiza por subgrupos, la significación de los resultados disminuye puesto que el número de respuestas es inferior. Para residentes fueron 360, para jubilados 483. Pero la muestra de los **profesionales activos con 3.465** sigue siendo representativa y sus resultados mantienen la significación estadística, permitiendo **extraer conclusiones extrapolables a la población médica de España.**

Por otro lado, los **investigadores del proyecto somos médicos**, por lo que no somos ajenos a la realidad relatada por los sujetos a estudio. Este hecho puede ser considerado una limitación o una fortaleza, en dependencia de la metodología de análisis empleada. En nuestro caso, tendemos a valorar el hecho como positivo ya que de este modo el entrevistador puede aproximarse al contexto del entrevistado, aunque sea muy complicado comprender realmente las experiencias, situaciones y perspectivas contenidas en la biografía de los informantes. A este respecto queremos señalar, además, que a lo largo de los 5 años de investigación en el proyecto “Enfermar es humano”, todos los investigadores participantes hemos tenido, por desgracia, la oportunidad de vivir en primera persona o a través de un familiar cercano, la experiencia de enfermar y ser usuario de nuestro propio sistema de salud. Estamos firmemente convencidos de que el aprendizaje de la enfermedad ha mejorado la investigación...y viceversa.

El **equipo de investigación es multidisciplinar** en cuanto a que está compuesto por médicos de diferentes especialidades. Esto ha permitido una mejor comprensión de algunas situaciones gracias al debate interno del equipo y su capacidad para compartir opiniones e impresiones.

Esta tesis es un trabajo de **investigación en Ética Médica**, dirigido y sostenido desde la Cátedra de Profesionalismo y Ética de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Como no puede ser de otra manera, la Bioética como disciplina ha marcado no solo su temática -el proceso de enfermar del médico-, sino también los objetivos planteados -mejorar la calidad de vida de los médicos y la calidad de su trabajo-, la forma y modo de desarrollo de la investigación.

Las dos grandes fortalezas de este trabajo, desde el punto de vista de la ética clínica, son:

- 1) **Investigación para los pacientes:** No perder de vista, que el ánimo de esta investigación es su utilidad **traslacional**: El conjunto de la información extraída nos lleva a la propuesta de diferentes líneas de futuro que permitirán mejorar el abordaje de los problemas de salud de los médicos y los aspectos éticos y formativos relacionados.
- 2) **Investigación con los pacientes:** La investigación que tradicionalmente ignora los discursos de sus protagonistas, no resulta ni ética, ni práctica, puesto que son los comentarios, reflexiones y propuestas para mejorar de los médicos enfermos lo que más puede marcar la diferencia a la hora de implementar medidas que mejoren su proceso.

Los resultados obtenidos en esta tesis abren la puerta a la realización de nuevas investigaciones con el médico como protagonista, al demostrarse sus peculiaridades respecto a la población general y las potenciales repercusiones de su salud y cuidado en su práctica clínica considerando también la perspectiva de género.

G.3 DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación, se discuten de manera integrada los resultados obtenidos en las distintas metodologías de investigación del proyecto, así como su concordancia o falta de ella con la bibliografía existente, cuando esto resulta de interés. Hemos creído conveniente hacerlo de esta manera para reflexionar sobre el proceso de enfermar del médico desde todos los ángulos, pues este era el objetivo del diseño de trabajo.

No se discuten en este apartado las propuestas de mejora planteadas a lo largo de las distintas metodologías, que constituyen en sí mismas -poniendo en valor su relevancia-, una sección diferenciada de este trabajo de tesis.

La triangulación de las diferentes perspectivas desde las que se ha enfocado el proceso de enfermar del médico permite proponer algunas hipótesis que deberán ser rebatidas o aceptadas en futuras líneas de investigación. Las consideraciones y reflexiones de la autora deben ser tomadas con la cautela necesaria, teniendo en cuenta que es precisa una explotación más intensa de los datos obtenidos (por ejemplo, análisis de las diferencias entre especialidades detalle, comparación más exhaustiva de los resultados con los resultados de la población no médica, etc.).

¿CÓMO VIVEN LOS MÉDICOS?

Discusión de algunos datos sociodemográficos y laborales: La vida privada de las mujeres médicas.

Casi el 57% de los facultativos que han respondido al cuestionario son mujeres, lo cual convierte la perspectiva de género de esta investigación en una cuestión no solo de justicia social sino numérica.

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 ⁹³. Por tanto, las mujeres médicas de nuestra muestra son significativamente más jóvenes que los hombres, y constatamos que CAMAPE refleja fielmente el **proceso de feminización de la profesión médica**, cumpliendo las expectativas de la progresiva incorporación de la mujer a este ámbito ^{88,91}.

La mera observación de los datos sociodemográficos resulta ya muy interesante y atender a algunas de las características diferenciales entre médicos hombres y mujeres, como la clarísima mayor representación masculina en las especialidades quirúrgicas, o la mayor presencia en la sanidad privada...pueden ser la clave para establecer hipótesis que permitan mejorar las políticas sociales y la calidad de vida de nuestras compañeras de profesión en futuras investigaciones⁹⁴.

A lo largo del trabajo hemos visto como la Medicina tiene impacto en la esfera personal (psicológica, física...) de sus integrantes. No es osado afirmar que la profesión y sus exigencias también impactan en la vida personal, en su esfera más íntima, tanto de hombres como de mujeres médicos, siendo quizás estas últimas las que más han visto modificado su estilo de vida previo.

Por poner un ejemplo, en una cuestión tan privada como el estado civil (o más bien la **presencia o no de pareja estable**), encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres médicos, que no son justificables simplemente por el envejecimiento de la muestra masculina:

Conforme avanzamos en edad, el porcentaje de médicos casados aumenta clarísimamente, haciéndose cada vez más importante la diferencia entre hombres y mujeres, siendo estas las más frecuentemente solteras. De tal forma que en el grupo de los activos el porcentaje de soltería femenina es más del doble que el de hombres, y llega a ser 9 veces superior en el grupo de jubilados.

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 también sea sanitaria incrementa este efecto, probablemente por el hecho de tener un buen soporte social y emocional que pueda detectar posibles problemas¹³³.

¿Qué explicación puede tener este fenómeno? ¿Acaso el hecho de ser mujer implica con mayor frecuencia tener que elegir entre vida profesional y sentimental?

Un estudio cualitativo realizado en Ecuador reveló que, los estereotipos de género respecto al papel principal de la mujer en la crianza de los hijos, condicionan fuertemente la elección de especialidad. Las mujeres que finalmente se dedican a la cirugía frecuentemente “pagan el precio” de permanecer solteras o divorciadas o sin hijos¹⁴⁶.

Son necesarios más estudios que demuestren la impresión subjetiva de que, en el curriculum oculto de las mujeres que acceden a estudios superiores y trabajos altamente cualificados, se incluye la asignatura que podríamos denominar “renuncias y sacrificios”. Algunos artículos señalan claramente que los colegios profesionales junto a las organizaciones sanitarias deben implicarse en analizar la brecha de género en medicina y facilitar herramientas para reducirla¹⁴⁷.

Continuando con el tema, CAMAPE arroja datos concordantes con la literatura previa sobre las relaciones sentimentales entre profesionales: Prácticamente la mitad de los profesionales médicos que están **emparejados** lo están **con otro profesional de la salud**¹³³. Esta tendencia a la “endogamia” tiene su justificación en las exigencias de la profesión: largas jornadas de estudio y trabajo, momentos laborales emocionalmente muy intensos que son compartidos y solo

comprendidos por otros compañeros, dificultad para cultivar relaciones ajenas a la profesión por falta de tiempo...

El cliché de pareja sentimental médico-enfermera no es un mero estereotipo social, sino que queda avalado por las cifras y su frecuencia aumenta, como cabe esperar, conforme aumenta la edad, llegando a existir en el grupo de los jubilados una diferencia estadísticamente muy significativa entre hombres y mujeres.

Proponemos varias teorías explicativas de este fenómeno: por supuesto es indudable la gran cantidad de tiempo compartido en el trabajo entre estas dos categorías profesionales (médicos y enfermeros), pero, además, no resulta sencillo encontrar mujeres médicas en edad de jubilación, cuestión que hemos podido comprobar en primera persona a la hora de reclutarlas para las entrevistas y grupos focales. Por lo tanto, es normal que los médicos de estas edades no hayan tenido oportunidad de establecer tantas relaciones sentimentales con sus homólogas.

Siguiendo con la teorización de este fenómeno, hay que señalar la representación eminentemente femenina de la enfermería hasta hace pocos años. La profesión enfermera en este momento está experimentando un fenómeno casi opuesto al de la medicina, y afortunadamente la sociedad se muestra más predispuesta a la incorporación de los hombres en el desempeño de la misma. Tampoco puede obviarse la intensa profesionalización que felizmente la enfermería ha emprendido, definiendo sus intervenciones, acotando su cartera de servicios y, en definitiva, abandonando la trasnochada concepción de la figura de la enfermera como secretaria o asistente personal del médico de antaño.

Es reconfortante observar como la concepción social va evolucionando y de qué manera el nuevo modelo sentimental médico-médico va en aumento entre los más jóvenes. En términos generales vemos cómo las parejas de 2 profesionales médicos van desde el 14% en jubilados, pasando por el 22% en activos y llegando a casi el 24% de los residentes.

Otro hecho interesante es la diferente **dedicación a la medicina privada** entre hombres y mujeres:

De los médicos que están trabajando, la mayoría lo hacen por cuenta ajena, pero son los hombres quienes más representados están en el ejercicio por cuenta propia y ejercicio mixto. Es decir, son los hombres quienes más habitualmente se dedican a la medicina privada (18.47% de hombres frente al 13.03% de mujeres), o compaginan pública y privada (15.06% de hombres y 7.78% de mujeres). Esta información concuerda con la reflejada en el estudio sobre Demografía Médica CGCOM en 2017 ⁹³.

Esto puede explicar el mayor número de **horas trabajadas** por los hombres.

Y también explica la gran diferencia entre horas trabajadas por los médicos jubilados en comparación con sus compañeras que no se han dedicado tan frecuentemente al ejercicio privado y, por tanto, no continúan ejerciendo tras la jubilación del sistema público. Congruentemente, se mantiene de forma significativa una diferencia del número de años trabajados en todas las categorías, siempre a favor de los hombres (que como ya hemos señalado, tienen una mayor representación en las edades más avanzadas). Recordando los resultados de CAMAPE, los médicos hombres activos han trabajado de media 26.28 ± 9.56 años frente a los 19.88 ± 9.20 de las mujeres.

Esta realidad suscita dos preguntas: ¿Por qué las mujeres no se dedican tanto a la medicina privada como sus compañeros varones? Y ¿Qué están haciendo las mujeres médico mientras sus compañeros trabajan de forma privada?

Un artículo reciente pone sobre la mesa el impacto de la maternidad en la carrera profesional de las mujeres médico, que muestran puntuaciones más bajas en términos de éxito profesional respecto a sus compañeros varones, especialmente aquellas con hijos. Las mujeres médico tienden a trabajar a tiempo parcial más a menudo, y revelan impacto negativo de la maternidad en la trayectoria profesional¹⁴⁸.

Los últimos trabajos de la literatura anglosajona informan de un progresivo aumento en la **insatisfacción laboral** de la práctica médica. En los años 70 menos de un 15% de los médicos 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 ingresos¹⁴⁹.

Aunque no tenemos datos para comparar con la población de referencia del mismo nivel de estudios, el estudio en Cataluña observó que los médicos trabajan una media de casi 10 horas más a la semana que los hombres y mujeres de su clase social³³.

Resultaría interesante profundizar en la satisfacción relacionada con el número de horas trabajadas, pues según Bergman, 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. Como también lo refleja el estudio realizado entre médicos irlandeses en el que la media de horas semanales se sitúa en las $57,0 \pm 15,1$ horas semanales, en exceso

con relación a lo establecido por la directiva europea de 48 horas laborales semanales¹⁵⁰.

Los resultados de CAMAPE sobre la satisfacción laboral son esperanzadores de manera global, ya que la mayoría de médicos están satisfechos con el trabajo que desempeñan. Pero, al contrario que otros estudios en los que no se ha demostrado una clara relación entre el género y la satisfacción laboral, CAMAPE si arroja diferencias significativas en el grupo de los médicos en activo, con mayor insatisfacción hacia las condiciones del trabajo entre las mujeres¹⁵¹.

¿Porque los hombres en activo están más satisfechos con la profesión que las mujeres? ¿La menor satisfacción laboral de las mujeres médico puede tener que ver con la peor percepción de su salud mental? ¿Las tasas más elevadas de trastornos mentales en mujeres médico pueden relacionarse con riesgos psico-socio-laborales específicos?

A pesar de la relevancia de estas cifras, reconcilia observar cómo la satisfacción con el trabajo de las mujeres jubiladas está por encima de la media general. Además, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (puesto que el tamaño del subgrupo de jubilados no es suficientemente extenso), la satisfacción laboral de las mujeres jubiladas es superior incluso a la de los hombres del mismo grupo. Futuras investigaciones de corte cualitativo o mixto podrían mostrar cómo las mujeres médicas jubiladas se reafirman (o no) en sus decisiones vitales. Ojalá la recompensa de una vida laboral plena indemnice los posibles sacrificios personales y familiares que estas mujeres tuvieron que realizar. Afortunadamente los cambios sociales por ellas iniciados están ya dando sus frutos y, aunque queda aún camino por delante, observamos que la prioridad dada al trabajo y la carrera se está ajustando en las generaciones de médicos más jóvenes, de tal manera que tanto mujeres como hombres se ven más inclinados a hacer coincidir sus preferencias vitales con la elección de especialidad y buscar un mejor equilibrio entre el trabajo y la familia^{152,153}.

Modelos multivariantes: generando estrategias ligadas al género

Es muy complicado diferenciar tendencias de comportamiento dicotómicas (más prevalentes entre hombres y mujeres), ya que los comportamientos ligados al género y los ligados a los constructos sociales no son fácilmente separables sin entrar en cuestiones sociológicas más complejas. Por ejemplo, el hecho de que las mujeres sean menos proclives a conductas de riesgo que los hombres¹⁵⁴.

Sin embargo, dada la progresiva feminización de la medicina, y el decalaje con la bibliografía e investigación (eminentemente masculinas), se generaron 5

modelos multivariantes en clave de género para generar hipótesis para futuras investigaciones y diseño de estrategias.

Desde el inicio del análisis bivariado de CAMAPE observamos una tendencia generalizada a lo largo de la encuesta a presentar actitudes de mayor prudencia y aceptación de la vulnerabilidad por parte de las mujeres, frente a una tendencia a minimizar los riesgos, pero mostrar más seguridad en su desempeño profesional por parte de los hombres. Esta tendencia es la que ha sido evaluada con el análisis multivariante, observando un balance entre los modelos:

Modelo 2: Comportamientos de riesgo. Se seleccionaron las variables que podían reflejar comportamientos proclives al riesgo vs minimización de riesgos o actitudes prudentes o protección de la salud. Las variables que resultaron significativas para las mujeres fueron acudir a trabajar estando enfermas, acudir más al médico de familia, referir mejor estado de salud, y reconocer que su salud ha condicionado su trabajo. Mientras que el estar casado se relaciona con ser hombre al igual que un mayor número de años profesionales, beber más alcohol, hacen más ejercicio físico, reconocen que les resulta difícil admitir que están enfermos, para un problema de salud no banal se auto medican o buscar consejo informal. Sin embargo, reconocen que la salud afecta a su trabajo. Por otro lado, están de acuerdo en mantener la prescripción a médicos jubilados.

Modelo 3: Autoconfianza. Se recogieron las variables que hacían referencia a la confianza que tienen los médicos en sí mismos a la hora de actuar de forma segura para el paciente, la satisfacción con el trabajo, el pensamiento de que el estado de salud no afecta al desempeño profesional y necesidad (o no) de que un compañero se identifique cuando acude como enfermo. Ser mujer se asocia a tener una satisfacción laboral neutra, a acudir a trabajar por miedo a perder el trabajo, a estar a favor de hacer recomendaciones deontológicas en relación con el médico enfermo, y a sentirse como en un examen al atender a un compañero enfermo. Mientras que el ser hombre se asocia a reconocer que el estado de salud afecta al trabajo, a atender a un compañero enfermo como a un paciente más y a sentirse preparado para atender a un compañero enfermo.

Las mujeres médicas, parecen presentar menos confianza en su capacidad para manejar su propio proceso, así como un patrón de aversión al riesgo, de tal forma que buscan más frecuentemente apoyo en su médico de familia. Por su parte, los hombres, muestran una mayor confianza en sus conocimientos y capacidades, y mayor dificultad para admitir que están enfermos, buscando soluciones más rápidas como la automedicación y las consultas informales.

Por otro lado, sentimientos de autovalía y confianza, más arraigados en los hombres, también tienen efectos positivos, pues les permite atender a un colega

sin sentirse incómodos, con una buena percepción de preparación para ello e incluso tratarlo “como si fuera un paciente más”. Y en las mujeres, esa menor autoconfianza que actuaba antes como protección, entorpece el tratamiento de otros compañeros enfermos, haciéndolas sentir más comúnmente examinadas, o impulsándolas a acudir al trabajo estando enfermas (presentismo) por miedo a perder credibilidad por parte de sus compañeros y/o superiores, o incluso a perder el trabajo. Esta falta de confianza también se ha detectado en las diferencias entre las actividades que realizan las médicas y médicos de familia en España, particularmente en el campo científico¹⁵⁵.

Algunas de estas cuestiones, como contar o no con un médico de familia, auto tratarse, sentirse o no preparado para tratar a un compañero, acudir a trabajar estando enfermo, reconocer que el estado de salud impacta en la calidad de la asistencia...van a ser discutidas con mayor profundidad a continuación.

La doble cara de la autoconfianza en su trabajo y la conciencia de no infalibilidad con comportamientos protectores de la salud, no deberían ser excluyentes. Resultaría útil desarrollar competencias diagnósticas y comunicativas para aumentar los sentimientos de autovalía, seguridad y confianza en el manejo de los pacientes y de los compañeros enfermos, al mismo tiempo que educar en la necesidad de autocuidado y protección de la propia salud.

Hábitos del médico, autocuidado y ejemplaridad para la promoción de la salud.

Evaluar el comportamiento de los médicos en aspectos relacionados con la promoción de la salud es especialmente interesante. Los hábitos saludables de vida de los profesionales médicos, así como el cuidado de su propia salud son muy importantes para ellos y para su ejercicio profesional. Se ha demostrado que los médicos con hábitos saludables aconsejan más frecuente y convincentemente a sus pacientes, obteniendo mejores resultados de salud entre éstos^{44,156,157}. Además, como parece sugerir la literatura, los médicos más jóvenes e incluso los estudiantes de medicina aprenden a cuidar o descuidar su propia salud mediante la observación de las conductas de sus mayores, por lo que prestar atención al currículo oculto e incidir en la necesidad de un estilo de vida saludable entre los médicos jóvenes puede considerarse una estrategia preventiva⁷⁶.

En este sentido, algunos resultados de CAMAPE indican la necesidad de fomentar un mayor cuidado de los médicos hacia su propia salud.

Reconocimientos de Salud Laboral

Por ejemplo, menos de la mitad de los médicos acuden a los **reconocimientos de salud laboral** (p29), cumpliendo esta recomendación con más frecuencia las mujeres. Consecuentemente, sugerir a un compañero que te consulta por algún síntoma que acuda a salud laboral (p41) es la opción menos frecuentemente elegida entre los médicos de médicos: solo el 0.49% de los activos lo propondrían, siendo ligeramente más frecuente la alternativa entre las mujeres médicos consultadas.

Sin embargo, la p48 muestra que, aunque inicialmente los médicos no consideran acudir a salud laboral ante el debut del problema de salud, si tienen claro acudir cuando dicho problema está diagnosticado y precisan seguimiento y adaptación del puesto de trabajo.

En cuanto a la investigación cualitativa, recurrir al Servicio de Salud Laboral, es una vía de acceso al parecer excepcional, que no se nombra de forma espontánea en ninguna entrevista. Asimismo, todas las especialistas en medicina del trabajo que participaron en el grupo focal, coinciden en que los médicos-pacientes, en general, no acuden a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales por las patologías comunes y mucho menos de forma preventiva. Acuden únicamente ante un accidente laboral (biológico o no) o cuando su problema de salud les supone una limitación y requieren una adaptación del puesto de trabajo.

Una de las misiones más reconocidas de los Servicios de Prevención de Riesgos son las campañas preventivas como la de la **vacunación antigripal** (p28): La vacunación de la gripe es mucho más frecuente en los médicos que en la población general, ya que desde hace años existen políticas de concienciación y múltiples facilidades para llevarla a cabo de forma efectiva en los lugares de trabajo. Aun así, según CAMAPE, solo se vacunan en torno a la mitad (51.65%) de los médicos en activo. Y hay que decir que estas cifras de vacunación son superiores a las halladas en el estudio de médicos en Cataluña (45,7% de los médicos y un 40,9% de las médicas)³³.

A pesar de todo lo anterior, nuestra investigación evidencia un paulatino cambio de percepción con una **valoración cada vez más positiva de los servicios de Salud Laboral**: Los médicos de médicos reconocen la importancia de la gestión que hacen en relación a los accidentes laborales, sus recuerdos para realizar los exámenes de salud periódicos a los trabajadores, la promoción de las actividades preventivas como la vacunación...

En un estudio con residentes australianos, la mayoría se mostraban a favor de que se les hicieran chequeos en el hospital y de que estos fueran obligatorios¹⁵⁸.

De igual modo, algunos médicos ya formados exponen la necesidad de un mayor protagonismo y liderazgo por parte de los Servicios de Salud Laboral a la hora de proponer estrategias activas en cuanto al cuidado de salud de los médicos.

Validación Periódica de la Colegiación.

La provisión a través de centros eminentemente públicos del Sistema Sanitario español, hace que las unidades de Salud Laboral antes comentadas, tengan una posición privilegiada para atender a la mayoría de trabajadores de la salud. Sin embargo, los médicos, como refleja nuestra encuesta, acuden en contadas ocasiones a los servicios de salud laboral y aquellos que trabajan por cuenta propia no tienen acceso a dichos servicios.

Dando respuesta a esta situación, en el año 2017 la Organización Médica Colegial puso en marcha la **Validación Periódica de la Colegiación**. Se trata de un proceso que tiene como fin la certificación de los estándares definidos para ejercer como médico, tras evaluar, entre otras cuestiones, el estado psíquico y físico de los colegiados¹³⁶.

Dado que coincidiendo con el diseño de CAMAPE los colegios aprobaron la VPC, se incorporó un apartado al respecto (p 53, 54, 55).

La mitad de los médicos encuestados afirmaban ser conocedores del proceso de validación, y se mostraban de acuerdo con su puesta en marcha casi el 80%. Más del 60% opinaban que la validación puede contribuir a que los médicos sean más conscientes del cuidado de su salud.

La promoción de estrategias para hacer que los médicos participen en revisiones de salud a través de esta iniciativa, podría contribuir a la atención adecuada de los profesionales.

Estilo de vida y hábitos del médico

CAMAPE explora algunos comportamientos referentes al estilo de vida de los médicos españoles.

Explorando por ejemplo el **ejercicio físico realizado** (p30), se observa que la mayoría de médicos cumple con las recomendaciones de la OMS de realizar 300 minutos de ejercicio físico a la semana, siendo los hombres quienes más horas dedican (5.95 ± 4.51 frente a 4.76 ± 3.28 las mujeres). Esto es relevante ya que según un estudio en Estonia, los médicos que realizan ejercicio físico tienen una mayor tendencia a promover entre sus pacientes la actividad física¹⁵⁹.

Por otro lado, el casi el 12% de los médicos en activo **fuman tabaco** a diario (p31). En todos los casos, son los hombres quienes más fuman, a pesar de que entre las médicas ha aumentado levemente el hábito tabáquico. La buena noticia es que la prevalencia

general de tabaquismo entre los médicos en activo es menor que en la población de referencia de la Encuesta Nacional de Salud 2017¹³⁰ (ENS17: 23%), como es lo deseable entre aquellos de los que se espera brinden ejemplo respecto a los hábitos de vida saludable.

El 2.21% de los médicos **consumen cannabis** de manera ocasional o habitual, siguiendo una tendencia contraria al consumo de tabaco, ya que fuman más marihuana los jóvenes y las mujeres.

Y especialmente preocupante es el alto **consumo de alcohol** entre la población médica española: 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). Sabemos que el alcohol causa no solo diversos y graves problemas de salud física, sino numerosos conflictos sociales y familiares, a pesar de lo cual su consumo está ampliamente normalizado y culturalmente compartido¹⁶⁰.

El consumo de tabaco y el alcohol es muy frecuente en la sociedad actual. Al comparar nuestros resultados con los de un estudio en médicos de familia en Dinamarca, observamos que, al igual que en nuestra muestra, en esta región los médicos fuman menos que la población general debido a su elevado nivel socio-económico y el conocimiento de los peligros del tabaco¹⁶¹. Sin embargo, las cifras de consumo enólico de CAMAPE no concuerdan con las arrojadas por estudios de otros países. En el caso de Suiza o Irlanda, se ha demostrado claramente que los médicos beben más frecuentemente y en cantidades superiores que la población general, lo que aumenta el riesgo de abuso y dependencia de alcohol^{162,163}. Es posible la existencia de algún sesgo que haga necesaria una investigación más profunda sobre este tema. Pero lo que si podemos concluir en referencia a nuestra encuesta es que el consumo de alcohol entre médicos es elevado y en todas las comparaciones son los hombres quienes más alcohol consumen.

Se deben potenciar los estilos de vida saludables promoviendo el abandono del tabaco entre los médicos y especialmente del alcohol, así como mantener el nivel de actividad física que los profesionales refieren en la encuesta. Es importante que sean conscientes de su propia vulnerabilidad y cumplan con las revisiones y estrategias preventivas de salud que estén recomendadas por sus características u ocupación. El comportamiento de los profesionales en cuanto a actividades preventivas tiene un impacto positivo en el resto de la población¹⁶⁴.

¿DE QUÉ ENFERMAN LOS MÉDICOS?

Hipertensión y Diabetes

Antes de realizar este proyecto no existían apenas estudios sobre el estado de salud física de los médicos en nuestro entorno mediterráneo, y las cifras arrojadas por otras investigaciones eran dispares en incluso contradictorias. Algunos estudios señalan índices de salud física similares o incluso mejores que los de la población general ^{26, 27}. A nivel nacional, el estudio de Galatea sobre salud, estilos de vida y condiciones de trabajo, concluye que los médicos catalanes tienen una prevalencia de enfermedades crónicas similar al resto de la población de la misma clase social, excepto para diabetes y sobrepeso (los médicos varones presentan proporciones superiores) y trastornos mentales y adictivos³³.

Tras analizar los resultados de CAMAPE podemos decir que, de manera general, la población médica tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas, lo que coincide con los resultados de otros estudios³².

Las enfermedades crónicas que se han valorado en CAMAPE y comparado con las cifras obtenidas de la ENS17¹³⁰ que fue realizada de forma concomitante son la hipertensión, diabetes, trastornos depresivos y ansiosos. [Anexo 17](#)

La **hipertensión**, afecta al 12.76% de los médicos en activo (21.50% de hombres y 6.72% de mujeres), siendo una cifra superior a la del mismo estrato poblacional en edad y nivel de estudios de la ENS17 (7.94%:11.29% de hombres y 5.04% de mujeres). Estos resultados difieren de los obtenidos en médicos de Cataluña de 2006, donde observaban prevalencia inferior de HTA en médicos y médicas respecto a la población de la misma clase social.

Podemos concluir que los médicos sufren más de HTA que la población general, siendo especialmente preocupante la diferencia en el grupo de hombres médicos activos. Las diferencias detectadas podrían deberse a que los profesionales realizan un diagnóstico más precoz de esta patología en relación con la población general.

La **Diabetes** aparece en el 3.69% de los médicos 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 tampoco coinciden con los obtenidos en el estudio catalán mencionado previamente en el que las médicas tienen una prevalencia de diabetes inferior a la de la población de la misma clase social. Por el contrario, en los jubilados, ser médico 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). Del mismo modo que para la HTA, una hipótesis explicativa de estas diferencias es el posible diagnóstico temprano de la diabetes debido a los conocimientos sobre

fisiopatología de los médicos , y una posterior compensación de la prevalencia con la población general.

Tanto la hipertensión como la diabetes se relacionan con hábitos dietéticos menos saludables, y es importante la reflexión sobre la relación de éstos con los horarios laborales extensos, la saturación de trabajo...

Algunos otros problemas crónicos de salud que los médicos de la muestra presentan, también se relacionan directamente con las condiciones de trabajo, como la patología **osteomuscular**, muy frecuentemente referenciada: artrosis, dolores lumbares, cervicalgias, artritis y tendinitis del hombro... De forma subjetiva, ciertos tipos de dolores articulares y musculares han sido relacionados con el trabajo, especialmente en las especialidades quirúrgicas. Esta prevalencia de problemas osteomusculares también ha sido recogida en un estudio sobre la salud de los médicos en Finlandia¹²⁸.

Percepción de afectación de la salud: de lo que la enfermedad impacta en el trabajo y lo que el trabajo enferma.

Otra cuestión interesante es la percepción de los médicos de que **algunas condiciones del trabajo repercuten en su salud**. Existen estudios que demuestran que condiciones del trabajo, como la privación de sueño, puede afectar más la actividad cognitiva del médico que el consumo de alcohol¹⁶⁵.

Así, el 41.41% de hombres médicos en activo y el 51.82% de mujeres creen que alguno de sus problemas de salud fueron consecuencia o empeoraron debido a su actividad profesional.

En relación con el modelo multivariante 1 de “**Percepción de afectación de la salud**”, se puede observar que son los hombres quienes sufren más enfermedades crónicas con el consiguiente mayor número de ingresos. La condición de médico 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 a pesar de que son los hombres quienes tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, son las mujeres a quienes más les afecta la enfermedad en su relación con el trabajo, reconociendo más abiertamente su vulnerabilidad y el impacto de los factores externos en su salud.

De estos factores externos, la **sobrecarga asistencial** es, sin duda, el motivo de repercusión en la salud propia más frecuentemente nombrado. También el nivel de responsabilidad y el impacto de un error médico, y otros motivos recogidos

de forma abierta y analizados cualitativamente entre los que caben destacar: Dolores musculares y varices por pasar muchas horas de pie en quirófano, infecciones respiratorias por exposición a gérmenes, exigencia física de ir a domicilios, problemas posturales o cefaleas (especialmente migrañas) desencadenadas por los turnos y uso prolongado de pantalla de ordenador, largos desplazamientos en coche por tener un puesto de trabajo lejano al lugar de residencia. Problemas de relación con el equipo, los compañeros, con alguien del servicio, jefe...

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. Y por último, pero no menos importante, **el estrés**, que supone un gran causante de problemas médicos, destacando su relación con la sobrecarga laboral, la presión asistencial, la inestabilidad laboral y también la necesidad de formación constante y el sentimiento de no estar suficientemente cualificados o capacitados para afrontar el nivel de responsabilidad exigido.

Tener que hacer frente a situaciones frustrantes y amenazantes en el trabajo se ha relacionado con situaciones emocionales de distrés psicológico¹⁶⁶.

Salud mental del médico:

Los problemas de salud mental del médico merecen una reflexión a parte por numerosos motivos:

- 1) La elevada prevalencia hallada en médicos respecto a la población general^{167,168}.
- 2) Las diferencias significativas entre géneros.
- 3) Su estrecha relación con factores de riesgo psicosocial y características de la profesión.
- 4) El inicio temprano de la presencia de estos problemas: En estudios previos se ha señalado la alta prevalencia de riesgo de padecer psicopatología en los estudiantes de medicina frente a otros estudiantes universitarios, en relación con el estrés académico que presentan, así como un consumo de alcohol de riesgo^{169,170,171}.
- 5) Cualitativamente las enfermedades mentales son consideradas más incapacitantes y con mayor probabilidad de impactar en la calidad asistencial¹⁷².
- 6) Existe entre los profesionales, un mayor estigma sobre la enfermedad mental que se relaciona con otras categorías de la investigación como el miedo a la pérdida de confidencialidad y el encubrimiento por parte de los compañeros del médico enfermo.

En definitiva, los trastornos mentales de los profesionales son percibidos como un problema social y de salud pública que daña la calidad de vida del médico y de su labor asistencial, incrementando los costes económicos y sociales. Por este motivo existen desde hace décadas programas específicamente orientados al tratamiento y reinserción del médico con problemas de salud mental y abuso de sustancias^{4, 36, 40}.

El cuestionario CAMAPE valora de forma directa 2 entidades clínicas relativas a la salud mental: trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. El uso de sustancias como tabaco alcohol y otras drogas, también podría considerarse en esta área, pero ya ha sido comentado en el apartado de hábitos de vida.

Los **trastornos depresivos** aparecen en el 6.55% de los médicos activos (5.86% de hombres y 7.03% de mujeres), mientras que en el estrato poblacional de igual edad y nivel de estudios (titulados superiores) extraída de la ENS17, los porcentajes son mucho menores: 2.90% (1.88% de hombres y 3.78% de mujeres). Sin embargo, la diferencia entre la prevalencia en los médicos 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.

Por lo tanto, 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^{173,174}.

Varios estudios prospectivos han indicado un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en los empleados que informan un trabajo psicológicamente exigente e incontrolable¹⁷⁵.

En cuanto a los **trastornos por ansiedad**, pueden considerarse la entidad clínica actualmente más preocupante entre los médicos, debido no solo al impacto en su calidad de vida, sino a las importantes diferencias halladas en todos los grupos de edad y género en comparación con la población no médica de referencia. Así, su prevalencia en los médicos 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 elevadas tasas de ansiedad son congruentes con los datos reflejados en otras publicaciones científicas que señalan el desempeño de la profesión médica como un factor de riesgo para desarrollar trastornos ansiosos^{176,177,173}.

Como ya se ha reseñado, las exigencias psicológicas y emocionales en el trabajo han sido relacionadas con el estado de salud mental y la percepción del estado

de salud y estrés, en otras profesiones de compromiso social altamente cualificadas, como la docencia universitaria^{178,179}. Aunque existe controversia, puesto que algunos estudios han encontrado una asociación no significativa entre inseguridad laboral y mala salud mental en España¹⁸⁰.

De cualquier manera, el debate sobre los riesgos psicosociales del trabajo es relevante en esta tesis puesto que impactan en los hábitos de vida y autocuidado, la satisfacción con el puesto laboral y la salud mental de los trabajadores. Además, el hecho de que en CAMAPE las tasas de ansiedad y depresión de los médicos disminuyan con la jubilación (hecho que no ocurre con la población general que mantiene unas cifras más estables), parece apoyar la hipótesis de que la carga emocional y responsabilidad inherentes a la profesión influyen en el desarrollo de cuadros ansiosos y depresivos. Y especial atención hay que prestar a las mujeres médico, puesto que los resultados de nuestro estudio son rotundos: **Ser mujer ¹⁸¹y médico añade un plus de riesgo para padecer trastornos mentales, como ansiedad y depresión.**

Una hipótesis explicativa que aúna la peor salud mental de las médicas, su menor satisfacción laboral, e incluso su menor representación en el ejercicio privado es que, dichas amenazas, pueden relacionarse con riesgos psicosociales específicos como la “doble jornada laboral”. Esta “**doble presencia**” es definida por Bobbitt-Zeher como un mayor esfuerzo de trabajo total por parte de las mujeres al responsabilizarse en gran medida del trabajo doméstico y las cargas familiares¹⁸². El conflicto de rol entre la condición de madre y trabajadora, por ejemplo, o tener a cargo el cuidado de los propios padres son circunstancias que se engloban en la doble presencia, y su relación con mayores exigencias psicológicas de trabajadores con estudios superiores ha sido demostrada en la literatura¹⁸³.

También en nuestro entorno, una encuesta realizada en 2010 en Cataluña¹⁸⁴ a una muestra representativa de población trabajadora (aunque no en el ámbito concreto de los trabajadores sanitarios), refleja la posibilidad de que las mujeres trabajadoras con demandas familiares tengan mayor prevalencia de enfermedades mentales y trastornos psicológicos, refrendada por otros estudios^{185,186}.

La alta prevalencia de trastornos ansiosos entre los médicos activos, especialmente las mujeres, debe ser más profundamente estudiada y relacionada con los principales factores de riesgo psicosocial para el colectivo. Esto puede hacerse mediante cuestionarios específicos como el método CoPsoQ-istas21, (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (CoPsoQ), adaptado a España como Método ISTAS21¹⁸⁷.

Es crucial medir las características laborales que han demostrado con evidencia científica poder perjudicar o proteger a sus trabajadores, y diferenciar de una forma más ajustada entre amenazas e intervenciones en hombres y mujeres. Profundizando en el estudio de las hipótesis sobre el impacto de la doble presencia en la salud mental de las médicas, podremos proponer e implementar políticas y programas laborales que favorezcan la flexibilidad de horarios, conciliación con el cuidado de familiares, políticas de concienciación ante la corresponsabilidad doméstica...etc.¹⁸⁸.

Estigma

Enlazando con el tema anterior, es imperativo hablar del estigma y las actitudes discriminatorias hacia las personas que padecen enfermedades o problemas de salud mental, como ha puesto de manifiesto un reciente estudio entre médicos irlandeses¹⁶⁵.

Sería lógico pensar que los prejuicios y estereotipos negativos asociados a este tipo de patologías son menos preeminentes dentro del entorno sanitario, formado por profesionales con niveles educativos altos. Desafortunadamente, el trabajo diario así como numerosas investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas sugieren lo contrario^{189,190,191,192}.

Algunos estudios muestran, por ejemplo, que los médicos de familia y enfermería de atención primaria se ven influidos y menos propensos a diagnosticar problemas somáticos en pacientes con diagnóstico previo de depresión^{193,194,195}.

Un pequeño pero interesante estudio realizado en el Hospital Universitario de Gran Canaria, en el que se aplicó un cuestionario diseñado para estudiar actitudes discriminatorias a 160 trabajadores sanitarios de distintos estamentos profesionales, demostró que el **37% de los profesionales de la muestra no darían empleo a una persona con enfermedad mental**. Estos prejuicios, tendentes a asociar la patología psiquiátrica con la violencia, impredecibilidad, incurabilidad, miedo, rechazo e incomodidad son frecuentes no solo entre la población general, sino también entre el colectivo médico¹⁹⁶.

En cuanto a nuestro estudio, la triangulación de los datos obtenidos mediante las diferentes metodologías es muy notable:

1) Cuantitativamente, aunque de forma indirecta, la pregunta 19 de CAMAPE valora la opinión de los médicos respecto a la patología mental y su impacto en la praxis en comparación con el resto de problemas médicos. Son los hombres quienes están más de acuerdo con la afirmación *“Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional”*, existiendo diferencias

estadísticamente significativas en los activos. Es decir, las mujeres tienden a opinar que ambos problemas (mentales y “orgánicos”) afectan de manera similar. Esta diferencia ¿podría deberse a que las mujeres tengan menos actitudes estigmatizantes hacia la salud mental, debido a mayor capacidad empática, o cercanía con personas que padecen estos trastornos, o a la mayor prevalencia de padecimiento propio que ha sido expuesta previamente?

Es razonable asumir que, si consideramos los trastornos psiquiátricos más incapacitantes para el ejercicio de la profesión, cuando los médicos padezcan síntomas en estas áreas serán más propensos a actitudes como la automedicación, negación, presentismo... que pueden ensombrecer el pronóstico y la calidad de vida de los compañeros para los que mantener la actividad laboral que les aporta prestigio e identidad, es más importante incluso que su propio bienestar^{197,198}.

2) Los médicos enfermos entrevistados también insisten en señalar las diferencias entre patología “física” y psiquiátrica, observando mayores dificultades en el abordaje de la segunda por la menor conciencia de enfermedad, los reparos sobre la confidencialidad, el miedo a la incapacitación del médico-paciente y las dificultades de coordinación con otros profesionales que participan en la atención (psiquiatra, médico de familia...).

3) En el grupo focal de MdM el tema de la salud mental y el estigma surge a propósito de la confidencialidad, y todos los MdM parecen estar de acuerdo en que es un tema delicado: el médico con problemas mentales vive un doble duelo al no poder compartir la enfermedad.

La estrategia en salud mental del sistema nacional de salud recomienda fomentar la integración y disminuir la discriminación (y por tanto el estigma) hacia las personas con trastornos mentales, fundamentalmente en los dispositivos relacionados con la atención sanitaria¹⁹⁹.

Falso proteccionismo: encubriendo al médico enfermo.

Un tema de gran relevancia deontológica es el hallazgo fortuito en el análisis cualitativo de la tendencia por parte del equipo médico a minimizar el impacto de la enfermedad de un compañero, e incluso a ocultarla. Esta actitud, erróneamente justificada desde el corporativismo, puede ser reflejo de la concepción social de la enfermedad como una circunstancia estigmatizante, que resta prestigio profesional al médico. Existe una cultura dentro de la profesión que promueve la idea de que los médicos deben estar sanos, ser fuertes, y que aunque enfermen, deben seguir trabajando²⁰⁰.

Al surgir la categoría que denominados “**Falso proteccionismo/corporativismo mal entendido**” en las entrevistas iniciales, se añadió una pregunta al diseño de CAMAPE (p45) para poder cuantificar de alguna manera el problema:

La actitud de los médicos cuando un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades, es significativamente distinta dependiendo de si es hombre o mujer. Así, más de la mitad de los hombres son partidarios de comunicárselo directamente al profesional implicado, actitud que aumenta con la edad. Mientras que la mayoría de las mujeres (casi el 65%) muestran dudas sobre cómo actuar, y un pequeño pero estadísticamente representativo porcentaje de ellas reconoce que no abordaría el tema de ninguna manera. También son las mujeres las que más frecuentemente delegan la responsabilidad de abordar el problema de salud del compañero en los jefes de servicio o superiores jerárquicos.

Los entrevistados hablan abiertamente de esta tendencia, al parecer frecuente, por parte de los compañeros del médico enfermo que acude a trabajar, a ocultar la situación de enfermedad, llegando a asumir parte de su trabajo para evitar problemas con los pacientes y posibles repercusiones asistenciales y/o legales. Muchos se dan cuenta del potencial riesgo e impacto en la calidad asistencial, y reflexionan sobre la necesidad de mejorar la comunicación al respecto. La categoría se relaciona estrechamente con la Confidencialidad, y al igual que el miedo a la vulneración del secreto, es una actitud mucho más frecuente cuando la patología del médico tiene un componente potencialmente estigmatizante (especialmente la salud mental)¹⁹⁷.

Como bien se destaca en el grupo focal formado por representantes colegiales, nuestro Código Deontológico (al igual que la mayoría de códigos a nivel internacional) hace mención del deber ético de comunicar a un compañero, y saber hacerlo delicadamente, que no lo vemos bien y que debe solicitar ayuda y retirarse temporalmente de su labor asistencial. Si esto no funciona, puede ser necesario comunicar dicha situación a instancias superiores²⁰¹. De hecho, se trata del único punto del Código que hace referencia al proceso de enfermar del médico, y lo hace con tintes claramente proteccionistas del profesionalismo, pero no desde el cuidado de la calidad de vida del médico enfermo.

En algunos países, el deber ético de informar a las autoridades pertinentes de que un compañero ejerce en malas condiciones, que se justifica desde la protección al paciente, puede incluso transformarse en una obligación de tipo legal⁵⁴.

En este sentido es preciso destacar que la gran mayoría de médicos (casi el 95%) están de acuerdo en la conveniencia de que el Código de Deontología realice otras recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico (CAMAPE p51).

Presentismo

El presentismo consiste en acudir a trabajar estando enfermo²⁰². De acuerdo con la literatura, es un fenómeno habitual entre los médicos, más frecuente que en otras profesiones de similar responsabilidad y nivel socio-económico²⁰³. Entre las causas se postulan múltiples factores individuales, culturales, laborales y organizacionales²⁰⁴. Se trata de una actitud que puede estar fomentada por la fuerte identidad profesional, el sentimiento de lealtad hacia los compañeros y la institución, tan características de la profesión²⁰⁵.

Los resultados de las preguntas 24 y 25 de CAMAPE concuerdan con la literatura previa en cuanto a las tasas elevadas de presentismo entre la población médica, puesto que casi el 90% de la muestra reconoce acudir a trabajar con problemas de salud por los que ellos hubieran dado una baja a un paciente. Y son las mujeres (excepto en el grupo de los MIR), quienes más acuden a trabajar estando enfermas.

Según algunas investigaciones^{206,207} el presentismo es más frecuente en aquellas culturas y trabajos basados en la lealtad y la preocupación por clientes vulnerables (enfermos, niños, ancianos), aunque los mismos autores que defienden esta hipótesis también exponen que dichos trabajos son precisamente los más propensos a no disponer de personal suficiente, lo cual puede ser un factor de confusión a la hora de explicar por qué los profesionales acuden enfermos a trabajar.

De hecho, el motivo más frecuentemente alegado por parte de los médicos para acudir a trabajar estando enfermos es no querer sobrecargar a sus compañeros (el 54.96% de los médicos en activo). La necesidad de ser cubiertas las consultas o guardias cuando el médico enferma, la falta de sustitutos y organización, habitual dentro de los hospitales y centros de salud, implica que otro profesional deba realizar el trabajo de dos facultativos durante la misma jornada.

En relación a esto, las profesionales de salud laboral señalan cómo, en su experiencia, el presentismo, que también implica reincorporarse prematuramente al puesto laboral tras una enfermedad, es más frecuente en el colectivo médico que en otros estamentos sanitarios, algo que podría deberse a la posibilidad de sustitución del personal de enfermería, celadores, etc. con mayor facilidad que en los médicos.

En la misma línea, los médicos muy satisfechos con su trabajo son quienes más se quedan en casa cuando están enfermos, lo que podría relacionar el presentismo con la baja satisfacción laboral, que a su vez podría estar vinculada a peores condiciones laborales, mayor sobrecarga y dificultades para ser sustituido...

Es por esto que, 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.

Pero siguiendo con la reflexión sobre las causas del presentismo, observamos que existen actitudes conscientes, como la solidaridad hacia los compañeros y su sobrecarga de trabajo, el impacto en la formación, cuestiones económicas y relacionadas con el contrato laboral... Y otras cuestiones inconscientes que tienen que ver con la elevada auto exigencia, y la utilización del trabajo como defensa ante la sensación de vulnerabilidad que genera la enfermedad (negación, sentimiento de utilidad social).

Es especialmente interesante observar la aparición en el análisis de categorías previamente no previstas, como acudir a trabajar como “vía de escape” que permite mantener al profesional ocupado, y diferentes mecanismos psicológicos de defensa frente a la anticipación. Al parecer, acudir a trabajar permite disminuir la angustia ante un proceso grave de salud.

El tamaño de nuestra muestra permite señalar tasas de presentismo más elevadas entre médicos de familia respecto al resto de especialidades, lo cual es especialmente significativo teniendo en cuenta que ellos son los facultativos encargados de proponer y gestionar las incapacidades laborales de los pacientes no médicos, y por tanto los mejor conocedores de los motivos y duraciones de las bajas.

Algunos estudios encuentran diferencias de género en las tasas de presentismo (más altas en mujeres), y en los motivos alegados para cometerlo. Así, las mujeres se muestran más preocupadas por la sobrecarga de trabajo que supone su ausencia para los compañeros, y los motivos relacionados con la capacidad o con la pérdida económica son informados con más frecuencia por parte de los médicos varones²⁰⁸.

Estos resultados concuerdan con los nuestros y pueden establecerse varias hipótesis relacionadas con probables estereotipos de género y diferentes constructos sociales. Por otro lado, llama la atención que sean las mujeres, (en general más prudentes que sus compañeros varones, con patrones como ya hemos comentado, de aversión al riesgo y protección de la salud), las que mayores tasas de presentismo demuestren. Esta situación puede tener que ver con menores puntuaciones en el modelo de autoconfianza (seguridad en uno mismo, en sus decisiones y su trabajo) y reflejo de una mayor necesidad por parte de las profesionales mujeres, de reafirmar su valía y capacidad de trabajo. Es posible que las médicas mujeres se preocupen más por ser juzgadas y vistas como

vulnerables y perciban que reconocer la enfermedad puede ofrecer una imagen de debilidad que reste credibilidad y prestigio a su carrera profesional.

En cuanto a los médicos en formación, los escasos estudios publicados registran tasas elevadas de presentismo²⁰⁹, aunque tienden a ser menores que en médicos ya especialistas²¹⁰ y aumentan conforme avanza la residencia. Un motivo frecuente es la preocupación por la pérdida de formación y el desarrollo de su carrera profesional. Se ha observado que las tasas de presentismo son mucho más elevadas en los últimos años de residencia que en los primeros²¹¹. Esto habla a favor de que el presentismo funcione como un comportamiento aprendido o reforzado desde etapas precoces de formación, por observación de sus profesores y adjuntos, y por premiarse ya desde la facultad valores relacionados con el esfuerzo y el sacrificio, asumiendo el coste de descuidar la propia salud⁷⁵.

Todos los médicos 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. Acudir a trabajar en malas condiciones puede implicar un descenso en la productividad, aumento de costes económicos²¹², riesgos para los pacientes²¹³ (errores en la práctica clínica, transmisión de infecciones^{214, 215}) y para la salud de los propios médicos. Muchos reconocen ser conscientes de dichos riesgos, pero continúan yendo a trabajar en circunstancias por las que ellos mismos propondrían la baja laboral, posiblemente por la elevada auto exigencia de la población médica y las dificultades para solicitar la baja²¹⁶.

Los problemas éticos y de seguridad que suscita este tema plantean la necesidad de poner en marcha intervenciones destinadas a formar a los médicos en el reconocimiento de su vulnerabilidad y el cuidado de su propia salud desde etapas tempranas de la carrera profesional

¿CÓMO ENFERMAN LOS MÉDICOS?

Auto-manejo de la enfermedad

La investigación cuali y cuantitativa están de acuerdo en el hecho de que los médicos, en general, realizan un **automanejo de su proceso de enfermar en procesos banales**. Este hecho coincide con otros estudios internacionales en los que el autodiagnóstico y autotratamiento se sitúan entre el 70 y 80%^{7,29}. Cuando sufren un problema de salud presumiblemente leve, la tendencia general es buscar soluciones rápidas por sí mismos, generalmente a través de la automedicación, solicitándose las primeras pruebas diagnósticas... Cuando el proceso parece grave, los médicos y especialmente los hombres suelen recurrir a la ayuda de un colega (directamente al especialista que consideran más oportuno en función de sus síntomas), tanto de manera formal como informal. Otra alternativa es la de acudir al médico de Familia, opción elegida más frecuentemente por las mujeres, pero aun así poco representada si tenemos en cuenta que es la vía habitual (podríamos decir que la única) para la población no médica. Además, vemos que son ellas quienes mantienen una mayor relación con su médico de familia, consultándole con mayor frecuencia sus problemas de salud. Estos hallazgos coinciden con la mayoría de las publicaciones al respecto, en las que se pone de manifiesto que los médicos utilizan menos los servicios sanitarios formales que la población general, y recurren de manera informal a los compañeros del trabajo y la auto-prescripción^{5, 8}.

La figura del médico de familia es más profundamente analizada desde la perspectiva cualitativa:

En primera persona, los médicos enfermos entrevistados tienden a opinar que poder ahorrarse el “trámite” del médico de atención primaria para solicitar las primeras exploraciones y derivación al especialista concreto, es una contrapartida positiva de sus conocimientos tanto clínicos como relacionales, que permite agilizar el diagnóstico y disminuir los tiempos de espera e incertidumbre.

La perspectiva de los médicos participantes en los grupos focales, sin embargo, es radicalmente opuesta. Los médicos que forman parte de las organizaciones colegiales tienen claro que contar con un médico de familia de referencia es más que recomendable, puesto que su liderazgo facilita la orientación de todo el proceso e incluso descarga de responsabilidad y ansiedad al compañero enfermo. Esta opinión concuerda con la bibliografía previa, que muestra que contar con un médico de referencia cuya objetividad no se vea comprometida por las relaciones personales, supone un claro beneficio para el cuidado de la salud del médico²¹⁷.

En cuanto al grupo focal formado por médicos de médicos, también señalan que vincularse durante el ejercicio a un médico de familia, hace que la calidad de la asistencia que reciben los médicos jubilados sea superior.

Tener un referente sanitario es pues un factor protector de la enfermedad. Hay estudios que demuestran que la tendencia de los profesionales a hacer de médicos de sí mismos y a consultar de manera informal a compañeros puede tener un efecto negativo en la propia salud^{218,219}. Para evitar esta falta de objetividad en el automanejo de la enfermedad, no es extraño que numerosas organizaciones recomienden a los médicos tener un profesional sanitario de referencia, considerándose un factor protector de posibles complicaciones. Sin embargo, la realidad es bien distinta como resalta una encuesta a médicos de familia alemanes en las que sólo el 19% de ellos tenía un médico de familia de referencia²²⁰.

En cuanto al **autotratamiento**, la prevalencia de la autoprescripción varía según los estudios desde el 39% al 99%. Por ejemplo, en un estudio realizado en Noruega, el 90% de los médicos 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%)¹². La tendencia general observada en CAMAPE de la conducta de autoprescripción es a aumentar con la edad como refieren otros artículos ya que aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas.

Desde la perspectiva de género, 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 han puntuado alto en la escala de dolor³³.

Por otro lado, el análisis de las entrevistas a médicos enfermos sugiere que la autoprescripción tiene que ver con sentirse experto más que enfermo, de hecho, el autotratamiento suele realizarse con fármacos que el médico utiliza habitualmente en su labor clínica¹³. En la misma dirección los participantes de los grupos focales observan que los profesionales con especialidades médicas tienden a intervenir más en su proceso de enfermar que los profesionales con especialidades quirúrgicas o centrales, que no están tan familiarizados con el uso de tratamientos farmacológicos.

Esta categoría también se relaciona con dificultades en la relación con los propios médicos de médicos, y con otras actitudes especialmente el presentismo ya comentado y el miedo a la pérdida de la confidencialidad.

La automedicación es una práctica muy extendida entre el colectivo médico, considerada en general como una conducta inofensiva, (salvo en el trato de los psicofármacos o los estupefacientes), pero en realidad conlleva riesgos como la falta de objetividad, retraso en el diagnóstico por enmascaramiento de la clínica, aparición de conductas adictivas, etc.

Confidencialidad.

La confidencialidad es la piedra angular en el proceso de enfermar del médico, tanto por su relevancia ética como por las implicaciones y barreras que tradicionalmente se le han atribuido.

A pesar de lo previsto en la ley y en el código deontológico, la gran mayoría de los participantes en la vertiente cualitativa de este estudio están de acuerdo en que, habitualmente la confidencialidad no se respeta de forma íntegra. Llegan a esta conclusión basándose en su práctica clínica y también en su propia experiencia como pacientes.

Que la confidencialidad en el proceso de enfermar de los médicos es un tema determinante, era una conjetura premonitoria al inicio del proyecto, que se ha transformado en una conclusión más que esperada.

Lo más sorprendente y novedoso del tema, que empezamos a observar como una categoría emergente no prevista en el guion inicial de las entrevistas, es el hecho de que **muchos médicos acepten e incluso normalicen la pérdida de confidencialidad** como contrapartida a determinados beneficios obtenidos en su proceso clínico por el hecho de que sus colegas tengan conocimiento de los pormenores de su enfermedad. A saber: agilización de pruebas diagnósticas, trato deferente, muestras de interés y cariño en el puesto de trabajo...

Algunos reconocen haber sido ellos mismos quienes directamente pusieron en conocimiento de todos sus compañeros su enfermedad, para evitar situaciones incómodas.

Pero incluso los que no parecen muy preocupados por el tema confirman que, de haber padecido determinados procesos (psiquiátricos, infecciosos o con información socialmente sensible), su opinión habría sido otra. Sin embargo, cuando presentan patologías "neutras" que no consideran estigmatizantes, la pérdida de confidencialidad se normaliza o la preocupación por la misma no radica tanto en el proceso sino en posibles repercusiones laborales y sobre la carrera profesional.

Otro matiz interesante es que los médicos enfermos tienden a desculpabilizar a los facultativos implicados en su proceso de la ausencia de confidencialidad, achacando la pérdida de manera directa a consultas indebidas a la historia clínica electrónica por parte de otros profesionales que no estaban participando en la

atención, los comentarios de pasillo que se hacen sobre la situación de la persona enferma... También es bastante generalizada la impresión de que la informatización de la documentación clínica promueve la vulneración del secreto, y por tanto eleva barreras fomentando el automanejo de la enfermedad del médico, cuyo proceso no quiere que sea de dominio público.

Los médicos entrevistados reflexionan sobre la confidencialidad llegando a la conclusión, incluso cuando en su propia experiencia niegan haber sufrido al respecto, de que se debería ser mucho más discreto en general a la hora de compartir información clínica de un paciente, especialmente si este es conocido.

Por otro lado, la información obtenida de las preguntas 38, 39 y 40 de CAMAPE, diseñadas para valorar este ítem, concuerda con la visión cualitativa en tanto en cuanto muy pocos médicos consideran que la confidencialidad se respeta siempre. Pero en realidad la mayoría de los médicos encuestados y más frecuentemente los hombres, considera que se respeta la confidencialidad y que no se comentan los problemas de salud entre los compañeros. Este aparente desacuerdo sobre la frecuencia de vulneración del secreto profesional entre metodología cualitativa y cuantitativa puede tener su explicación en un sesgo de selección: recordemos que los médicos reclutados para el trabajo cualitativo han estado enfermos o han sido responsables de médicos con enfermedad, mientras que la muestra de CAMAPE comprendía toda la población médica de España sin tener en cuenta sus antecedentes clínicos.

Hay que señalar que, según la literatura científica existente, una de las principales barreras para que los médicos accedan a la atención sanitaria que necesitan, es el miedo a que no se respete la confidencialidad^{221,222}. Es por eso que nos llama poderosamente la atención el hecho de que la mayoría de los médicos esté dispuesta a renunciar a ella. Las mujeres renunciarían de manera excepcional mientras que los hombres renunciarían siempre con el fin de agilizar su proceso.

Los más jóvenes también piensan que a veces no se respeta la confidencialidad cuando se trata a un médico enfermo y estarían dispuestos a renunciar a ella con el fin de disminuir los tiempos de incertidumbre. Estos resultados contrastan con otras investigaciones europeas, en la que los médicos residentes no aceptarían la pérdida de confidencialidad^{76,223}. Por el contrario, los jubilados opinan que la confidencialidad se preserva muy frecuentemente, y en un mayor porcentaje no estarían dispuestos a perderla.

La visión en tercera persona de las médicas de salud laboral pone énfasis en la gran preocupación de los médicos enfermos por la confidencialidad de su proceso (que ellos no reconocían tener). En algunos casos esta inquietud incluso

les lleva a solicitar asistencia a nivel privado para que sus datos no consten en el sistema nacional de salud.

En cuanto a los médicos de médicos también tienen claro que es un asunto muy relevante y procuran hacer todo lo que está en su mano para salvaguardar la intimidad en el caso de compañeros médicos (atender a sus compañeros fuera de horas de consulta o incluso sin apoyo de enfermería, etc.). Sin embargo, reconocen la dificultad para conseguirlo, a veces por el interés bienintencionado de otros compañeros. Anotan que la dificultad está directamente relacionada con el tamaño del centro hospitalario, la “relevancia pública” del médico que enferma, y sobre todo el tipo de enfermedad, regresando a la estigmatización de los problemas de salud mental.

¿CÓMO TRATAN LOS MÉDICOS A SUS COLEGAS ENFERMOS?

Trato deferente pero no diferente

La mayoría de los médicos (63.82%) que son consultados de manera informal por un compañero (p41), se encargarían ellos mismos de estudiar su problema de salud, o bien proponiendo alguna medida sobre la marcha o invitándolo a hablar con más tiempo en la consulta. La siguiente alternativa en frecuencia es remitir al compañero a un especialista, opción muy valorada entre los jubilados. Finalmente, sugerir al compañero que acuda a su médico de familia o a Salud laboral son las opciones minoritarias.

En cuanto a los sentimientos que suscita ser médico de otros médicos (p42), la mayoría refieren tratar a sus colegas como lo harían con cualquier otro, pero hay diferencias estadísticamente significativas entre cómo viven este tipo de situaciones hombres y mujeres siendo estas últimas las que más dificultades tienen para manejar este tipo de situaciones, y existiendo una tendencia a ganar confianza y comodidad en el trato con compañeros conforme avanza la carrera profesional.

No obstante, bastantes médicos reconocen sentirse incómodos o examinados, sobre todo las mujeres y los más jóvenes que son también quienes más consideran que la atención a los médicos deberían hacerla personas especializadas y formadas específicamente para ello (p44), lo que se relaciona con el modelo multivariante de Autoconfianza ya nombrado.

Al preguntar a los médicos enfermos, encontramos que muchos sienten mayor cercanía en el trato por el hecho de ser médicos, pero también se percatan de la sensación de incomodidad que generan en ocasiones, y la defensa del compañero al sentirse cuestionado.

El análisis cualitativo concuerda en una cosa: **Existen diferencias en cómo se sienten y la atención que prestan los médicos al saber que atienden a otro médico.**

Empatizar con un colega que ha enfermado es más sencillo y ni que decir tiene que si además existe una relación personal previa con el enfermo, la sobreimplicación emocional está servida. En este sentido los entrevistados temen la falta de objetividad que modifica la praxis habitual siendo más frecuentes los errores por incumplir el protocolo, o prestar más atención de la debida a posibilidades remotas o, al contrario, no explorar todas las opciones diagnósticas como consecuencia de la negación de un posible proceso grave por parte del médico de médicos.

Tratar a un médico supone más esfuerzo que tratar a un paciente de cualquier otra profesión: los que no sienten rechazo ante estos pacientes por hacerles sentir examinados, se enfrentan al reflejo de su propia vulnerabilidad, o luchan por encontrar un punto medio entre la asistencia protocolizada y un trato preferente, personalizado, adaptado a sus capacidades y conocimientos.

La conclusión es que conviene tratar al médico **con sentimiento** (de forma sensible, cercana, ágil, atenta y flexible) pero **según el conocimiento** (lex artis, de forma organizada, protocolizada, sin evitar ni sobreexponer a pruebas complementarias...).

Los médicos de médicos definen en una frase el tipo de atención que deben prestar a los colegas: **Un trato deferente, pero no diferente.**

Médicos especializados en médicos

Tal y como descubrimos al cabo de pocas entrevistas, existe una **especialización fuera de currículo de médicos que tratan compañeros**. La capacidad de poder elegir es una de las características diferenciales del médico enfermo, y genera una especialización extraoficial al recurrir de forma reiterada a los mismos compañeros que poseen unas aptitudes especialmente deseadas (y que no tienen que ver con una formación especial o más extensa). Los médicos de médicos son conscientes de ello, y así lo exponen en los grupos focales.

Esta red de médicos de médicos clandestinos está formada por especialistas hospitalarios reconocidos por su accesibilidad, amabilidad, empatía y contactos entre los diferentes servicios y estratos sanitarios. Lo que más agradecen los médicos enfermos es que sus médicos sean **resueltos, ágiles y flexibles** a los planteamientos de los colegas enfermos.

Es curioso que, médicos enfermos y médicos especializados en médicos opinan que no es necesaria una formación específica ni un recurso especializado, al contrario de lo que opinaba la gran mayoría de la muestra en CAMAPE (73,26% sin diferencia significativa entre sexos).

Identificarse como Médico cuando se acude como enfermo:

Esta categoría, que surgió espontáneamente en las entrevistas y fue incorporada para su cuantificación en el cuestionario, resulta quizás la más discordante desde el punto de vista de la triangulación de los diferentes abordajes.

Según CAMAPE, la **mayoría de los médicos prefiere que los compañeros se identifiquen** como facultativos cuando acuden como pacientes (p47). Pero hay un porcentaje, especialmente mujeres y jóvenes (los que se sienten poco preparados e inseguros) que **prefieren no saber que su paciente es médico** para no verse influido en su forma de atenderle.

En cuanto a la investigación cualitativa, existe una llamativa incongruencia entre las opiniones de los médicos enfermos (primera persona) y los médicos intervinientes en los grupos focales (tercera persona).

La tendencia generalmente reconocida por parte de los médicos que enferman es a identificarse como tal, sobre todo en la fase diagnóstica y de inicio del tratamiento. Pero hacerlo puede suponer una barrera en la relación terapéutica si el MdM interpreta que detrás de dicha presentación existe una búsqueda de privilegios.

El debate es intenso y complejo hasta el punto de que no es infrecuente la incoherencia del médico que reconoce no presentarse como tal cuando acude como enfermo, pero prefiere saber cuándo uno de sus pacientes es compañero y molestarse si éste no se lo dice.

Para resolver esta paradoja, tratamos de recopilar aquellas tácticas que pueden disminuir las barreras cuando el médico acude como paciente y se identifica (presentarse no inmediatamente...etc), que esperamos conformen un "Manual de estilo". Por otro lado, el equipo investigador es de la opinión de que una regulación de este tema mediante una recomendación deontológica, por ejemplo, podría resultar de utilidad para solucionar el conflicto, tal y como proponen una gran parte de los participantes en la encuesta (94,17%) y mayor entre mujeres (96,16%).

¿CÓMO CAMBIA LA ENFERMEDAD AL MÉDICO?

La categoría “Aprendizaje de la enfermedad” surgió espontáneamente en las entrevistas a médicos enfermos, y cuenta con el valor añadido de no haber sido buscada, pero con el inconveniente de no poder ser cuantificada: No existe ninguna pregunta del cuestionario CAMAPE diseñada para valorar siquiera indirectamente el proceso emocional de los profesionales que han experimentado la enfermedad desde “el otro lado”.

Podemos decir, que es muy frecuente entre los entrevistados **detectar aspectos positivos de haber padecido una enfermedad importante**. Este aprendizaje obtenido de la vivencia como paciente, puede dividirse en dos áreas: mejora de su práctica clínica y crecimiento personal.

Impacto de la vivencia de enfermedad en la práctica clínica:

Una vez que se incorporan a su actividad asistencial los médicos que han estado enfermos, y tras el proceso inicial de adaptación (y posible necesidad de reciclaje si la baja ha sido prolongada), poseen **conocimientos de los que antes carecían**²²⁴. Evidentemente, no se trata de conocimientos teóricos ni técnicos relativos a la medicina, sino cuestiones prácticas en relación al funcionamiento del sistema sanitario, los entresijos del hospital o el centro de salud... La toma de conciencia del impacto real de las demoras y la burocracia puede resultar abrumadora. Y algunos de ellos refieren ser más capaces de comprender determinados síntomas y las implicaciones de los mismos en la calidad de vida, que antes de padecerlos eran incapaces de imaginar.

Un aspecto muy destacado es el **aumento de la capacidad empática** con los pacientes tras la enfermedad, incluso con aquellos que son complejos o difíciles en el trato. Esta especial sensibilidad hacia el padecimiento del enfermo tiene que ver con haberse sentido “en el otro lado” y puede suponer un cambio de paradigma respecto a la relación médico-paciente (menos paternalismo, mayor flexibilidad y respeto a la autonomía del paciente).

Pero la relación médico paciente tiene dos direcciones, y la revelación del relato de su enfermedad por parte del médico también promueve la identificación, alianza y cumplimiento terapéutico por parte del paciente²²⁵.

Los médicos tras la enfermedad suelen estar más concienciados con la necesidad de mejorar la comunicación, humanizar los espacios y prestar atención a cuestiones de la ética cotidiana que antes consideraban menos importantes pero que pueden ser fácilmente mejorables (saludar, presentarse...), marcando la diferencia entre un trato correcto y un trato impecable.

Por supuesto, **no es necesario padecer una enfermedad para ofrecer un trato excelente**, al igual que sufrirla no garantiza ningún proceso de maduración moral. Y la agudización empática tiende a desgastarse con el paso del tiempo si no existe una voluntariedad y predisposición activa por mantener los estándares de excelencia.

Por otro lado, no es infrecuente que la enfermedad, como cualquier situación de crisis, ponga en marcha mecanismos que previamente desconocíamos poseer, y las personas con predisposición a la introspección encuentran, en ocasiones oscuras, oportunidades luminosas para el autoconocimiento.

Como decía una de las entrevistadas, **ser enfermo te permite conocerte a ti mismo como médico.**

Impacto de la vivencia de enfermar en la esfera personal:

En el año 2016 comencé a escribir este trabajo de tesis introduciendo el tema de la siguiente manera:

“El proceso de enfermar tiene gran impacto en la vida personal, laboral y en la esfera psicológica del individuo, volviéndolo vulnerable. Cuando el que enferma es un médico, este proceso se torna más complejo...”

5 años más tarde reincido en la creencia de que los médicos, al igual que el resto de personas, nos vemos en ocasiones sometidos a circunstancias que superan nuestra capacidad de adaptación inicial. Si nuestro proceso es más complejo lo es porque la enfermedad tiene la capacidad de situarnos en posiciones contrarias a las que estamos acostumbrados a ocupar, despojándonos de la fantasía de control e infalibilidad que tan conveniente resulta en nuestra labor cotidiana.

Como proceso traumático que es, la enfermedad puede alterar el orden de prioridades de quien la padece, ejerciendo **cambios en su escala de valores** que resultan útiles en el crecimiento personal. En este trance, cuestiones antes fundamentales se vuelven insignificantes y dejan espacio a otras esferas de la vida del médico como la familia, pareja, amistades, actividades de ocio...

Integrar equilibradamente la dedicación a la profesión con el resto de valores constituye el auténtico profesionalismo, y es la gran asignatura pendiente de los profesionales médicos.

La enfermedad tiene la capacidad de hacernos ver, que los médicos somos especiales...como todas las demás personas.

H. TRASLACION DE LA INVESTIGACION PARA LA MEJORA DEL PROFESIONALISMO

A continuación, se proponen líneas posibles de investigación que completen nuestro trabajo y puedan redundar en estrategias de mejora para el bienestar del médico enfermo.

H.1 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

1. Sería interesante **continuar trabajando los modelos multivariantes** sobre comportamientos y actitudes en mujeres y varones considerando las diferentes especialidades. En esta primera aproximación, 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 a su trabajo, (matiz importante, ya que el buen estado físico es muy relevante para las profesiones manuales). O, por poner otro ejemplo, analizar la automedicación, ya que algunos estudios sugieren que es más frecuente en anestesia, urgencias y psiquiatría²²⁶.
2. Tras este análisis por sexo, a lo largo de nuestro proyecto ha quedado patente en varias ocasiones la necesidad de realizar más estudios que ahonden en **cuestiones de salud reproductiva y relacionada con la maternidad y conciliación familiar y su impacto en el desarrollo profesional de los profesionales médicos**. Consideramos que este tema es de importancia y calado suficientes como para merecer su propio proyecto de investigación.
3. En relación al **análisis de las respuestas cualitativas del cuestionario**, consideramos que pueden establecerse varias líneas de investigación futura. Por ejemplo, un **estudio sobre el acoso, la intimidación física y verbal** que en ocasiones sufre el colectivo médico, especialmente en las mujeres. Además de la propia gravedad de la situación, esto se traduce en peor salud y satisfacción laboral²²⁷. Otra futura línea es el **análisis de las respuestas referidas al dolor**. Muchos médicos lo han manifestado de diferentes maneras. Además de expresar enfermedades, este tema puede estar relacionado con la ergonomía del lugar de trabajo, sufrimiento físico y psíquico, presión social, las situaciones de estrés o sobrecarga laboral³³.
3. También consideramos importante investigar los factores causales de la **alta prevalencia de trastornos ansiosos** entre los profesionales sanitarios en su etapa de MIR y activos y particularmente entre las mujeres. Es un problema de salud pública que daña la calidad de vida del médico y de su labor asistencial, incrementando los costes económicos y sociales. En este sentido, sería interesante ampliar el conocimiento sobre **los principales factores de riesgo psicosocial para el colectivo médico**. Muchos han surgido en nuestra investigación y coinciden con los del ISTAS 21¹⁸⁷.

4. Merece igualmente la pena profundizar en la comparación de los datos de nuestra encuesta con la población general del mismo nivel de estudios y tramo etario. Con esta intención se incorporaron, como se explica en el apartado de Diseño de la Encuesta, algunas preguntas similares a las de la ENS 17 en el cuestionario CAMAPE. La propuesta inicial que finalmente no se ha llevado a cabo para este trabajo de tesis por limitaciones de tiempo, era comparar los resultados de las preguntas de ambos cuestionarios para valorar las diferencias entre los médicos y la población general en los aspectos relacionados con la salud. Esta labor se está llevando a cabo en forma de Trabajo Fin de Grado para este curso académico 2020-2021.

5. Por último, ante las dificultades encontradas en la búsqueda y teniendo en cuenta el interés creciente del tema de estudio, proponemos la **Creación de un nuevo término MeSH** para el médico enfermo, que facilite la búsqueda de información en futuras investigaciones: Se propone acuñar el término **“sick doctor”**.

Como término MeSH se encuentra el concepto de “physician impairment” pero este término se refiere a los profesionales médicos que por diversos motivos (cognitivos, mentales, consumo de tóxicos) no están en disposición de ejercer la medicina.

H.2 PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO

A la vista de los resultados de la investigación, y a la espera de la integración de los resultados obtenidos en los subproyectos enfocados en los médicos jubilados, médicos residentes y en los estudiantes de medicina, desde nuestro grupo de investigación se han planteado una serie de acciones encaminadas a la mejora del bienestar del médico que enferma, y la protección de su profesionalidad y buena práctica. Estas propuestas inciden respectivamente en la difusión/educación respecto del tema de investigación, actuación sobre los factores externos (riesgos psico-socio-laborales del colectivo médico), y sobre factores intrínsecos (capacidades y herramientas individuales de los médicos). Por último, se realizan propuestas deontológicas y de liderazgo desde las Organizaciones Colegiales:

Estrategia 1: Difundir los resultados del proyecto de investigación:

Sensibilizar a la población general, los profesionales y las instituciones de las dificultades y consecuencias del proceso de enfermar de los médicos.

Acciones:

Charlas, mesas y comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, publicaciones científicas derivadas de la investigación, sesiones en diferentes

servicios, devolución de los resultados a todos los participantes en el proyecto. *(Realizadas y en proceso de realización periódica).*

Estrategia 2: Concienciación y formación sobre el médico enfermo a profesionales:

Acciones:

Realizar unas recomendaciones (equivalentes a las elaboradas por consejos éticos de diferentes asociaciones médicas (British Medical Association, American Medical Association...), que orienten sobre actitudes y acciones correctas en el manejo del profesional médico como paciente. Difundirlas en las instituciones sanitarias en las que trabaja (servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de recursos humanos)⁵⁴. *(Pendiente de realizar).*

Realización de un decálogo de consejos para el cuidado de la salud del médico (incluyendo la perspectiva de género), y distribución del mismo en el acto de colegiación y/o en los procesos de Validación Periódica de la Colegiación. *(Pendiente de realizar).*

Implicar a las facultades de medicina en el desarrollo de actividades formativas para estudiantes encaminadas a concienciar al futuro profesional en la aceptación de su propia vulnerabilidad, y capacitarle en el adecuado manejo tanto de su enfermedad como la de sus colegas: Impartición de clases de grado sobre el médico enfermo, trabajos fin de grado en relación al tema. *(Ya en realización)*

Estrategia 3: Actuar sobre los factores de riesgo laboral y capacidades de manejo y afrontamiento por parte de los médicos.

Acciones:

Grupo de trabajo con los Servicios de Salud Laboral para detectar y amortiguar factores laborales de riesgo psicosocial (privación de sueño, exceso de horas de trabajo, doble presencia...), y promover factores protectores y cultura del autocuidado (cumplimiento con revisiones de salud periódicas, campañas preventivas, fomento de hábitos dietéticos saludables en los centros de trabajo...). *(Pendiente de realizar)*

Grupo de trabajo con profesionales de Salud Mental en la comunidad de Aragón, para promover acciones encaminadas a mejorar las capacidades de los médicos a la hora de afrontar el estrés, trabajo en equipo, disminución del estigma, así como recibir entrenamiento en técnicas para la gestión y manejo de la ansiedad, especialmente en los colectivos más vulnerables (mujeres médicos). *(En realización)*

Estrategia 4: Propuestas deontológicas y colegiales

Acciones:

Difundir el papel de los Colegios Oficiales de Médicos, sus acciones en pro del cuidado y bienestar de la profesión y sus integrantes, publicitar programas específicos que ya se están llevando a cabo y que han demostrado su eficiencia (PAIME) *(En realización)*

Promover la participación de los Colegios Oficiales de Médicos y fortalecer su papel en el seguimiento y apoyo de los médicos enfermos con propuestas concretas (programa de voluntarios, psicoterapia de acompañamiento durante la enfermedad, asesoría económica y laboral...) considerando explícitamente la perspectiva de género en este seguimiento. *(En realización)*

Proponer una modificación del Código de Deontología Médica que enfatice la importancia del autocuidado de la salud desde el punto de vista del profesionalismo y la deontología. *(Propuesta ya remitida a la Comisión Central de Deontología Médica, Ver tabla)*

Tabla 78: Responsabilidades éticas en el automanejo de la enfermedad, estilo de vida del médico, y actuación del médico como paciente.

Considerar una responsabilidad deontológica mantener un estilo de vida saludable y un adecuado autocuidado físico y psicológico; El valor de la ejemplaridad para generar confianza y promocionar la salud.
Sensibilizar sobre la idiosincrasia y complejidad del problema del médico que enferma.
Alertar sobre las necesidades especiales de este colectivo y actitudes contrarias a la ética que pueden presentar los médicos al transformarse en pacientes, y los compañeros al ser consultados por médicos enfermos.
Señalar la conveniencia de contar con un médico de referencia, promoviendo la formación y derivación a profesionales especializados en el cuidado de otros médicos.
Alertar sobre los posibles riesgos de la auto-prescripción y el uso no habitual de vías sanitarias alternativas que no respetan la buena praxis (consultas de pasillo sin historia clínica ni exploración física...)
Señalar la conveniencia de identificarse como médico cuando se acude como paciente, y manual de uso sobre cómo hacerlo.
Considerar la perspectiva de género en relación con el abordaje de los problemas de salud y enfermedad de la profesión médica.

I.CONCLUSIONES

1. Se ha llevado a cabo una extensa investigación sobre el proceso de enfermar de los médicos colegiados en España. Ha incluido la realización de la primera encuesta nacional sobre comportamientos y actitudes de los médicos ante su proceso de enfermar (CAMAPE) con una participación total de 3.465 médicos activos. Además, se han realizado 12 entrevistas en profundidad a médicos activos enfermos y 3 grupos focales con médicos de médicos, médicos de salud laboral y representantes de colegios de médicos.
2. Los médicos activos enfermos reconocen en las entrevistas que su proceso de enfermar es diferente al de la población general por la influencia de los conocimientos médicos (fisiopatológicos, técnicos) y por el conocimiento del sistema sanitario (vías de acceso, contactos profesionales). Esto hace que puedan recibir un trato más técnico, pero menos humano.
3. Para el conjunto de los médicos activos, el estar casado y con pareja sanitaria se relaciona con ser varón, al igual que contar con un mayor número de años trabajados. Mientras que las mujeres permanecen más frecuentemente sin pareja, trabajan menos horas y tienen menos representación en el ejercicio privado.
4. En relación con los comportamientos de salud, la mayoría de los médicos hace ejercicio físico, se vacuna contra la gripe, no fuma, ni consume otros tóxicos, excepto alcohol entre varones. Sin embargo, acuden con poca frecuencia a los reconocimientos de salud laboral.
5. Los médicos varones activos padecen más patología médica crónica (hipertensión arterial, diabetes mellitus...) que las mujeres, aunque la satisfacción con su estado de salud y con su trabajo son similares.
6. A la mayoría de los médicos les cuesta reconocer que están enfermos. Ante patologías banales el 90% se automedica y ante procesos más serios el 60%

consulta de manera informal con un colega. La mitad de los médicos varones y un tercio de las mujeres, no conocen a su médico de familia y apenas solicitan apoyo a los servicios de salud laboral.

7. Más del 90% de los médicos encuestados ha acudido a trabajar por un proceso por el que él mismo hubiera dado la baja. Un 70% de los encuestados no ha cogido la baja laboral en los últimos 5 años. Sin embargo, reconocen, especialmente las mujeres, que la sobrecarga y condiciones de trabajo afectan a su salud y viceversa: que su estado de salud puede repercutir en el desempeño de su profesión.
8. Los médicos no se sienten preparados para tratar a otros compañeros médicos, siendo las mujeres las que mayor inseguridad expresan. Ellas proponen más frecuentemente la creación de unidades especializadas en el manejo del médico enfermo y hacer recomendaciones desde el código de deontología y ética médica a este respecto.
9. Un 60% de los profesionales está a favor de que los médicos se identifiquen como tales al ser atendidos. La mayoría aceptaría, además, renunciar a la confidencialidad de su proceso si esto puede agilizar el diagnóstico o tratamiento.
10. En relación con conductas que puedan suponer mayor riesgo para la salud, los hombres están a favor de mantener la prescripción en jubilados, automedicarse para un problema de salud no banal o buscar consejo informal. Mientras que las mujeres, acuden más a trabajar estando enfermas, pero recurren con mayor frecuencia a su médico de familia.

11. En cuanto al papel de los colegios de médicos en el proceso de enfermar de sus colegiados, existe en general una percepción de insuficiente implicación, con escaso reconocimiento de su rol. La validación periódica de la colegiación puede ser una herramienta útil para cuidar la salud de los médicos, aunque un 50% de los encuestados desconoce en qué consiste dicha validación.
12. A lo largo de nuestro estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el proceso de enfermar de médicos varones y mujeres, que justifican introducir la perspectiva de género en el desarrollo de estrategias de mejora en la salud de los médicos y médicas.
13. Entre las estrategias identificadas en esta investigación en relación con el proceso de enfermar de los médicos, destacan por su relevancia: mejorar el circuito asistencial para el médico enfermo, reducir del impacto de los factores de riesgo laborales en colaboración con los servicios de Salud Laboral, dar soporte al proceso emocional del médico que enferma, mejorar la capacitación de los médicos de médicos así como la implicación de los colegios profesionales en el bienestar de sus colegiados.
14. En definitiva, se puede concluir que es necesario promover un desarrollo profesional de la medicina en el que el cuidado de la salud sea un valor fundamental.

J. ANEXOS

ANEXO 1: ABREVIATURAS

Las abreviaturas que aparecen a lo largo de esta tesis se encuentran ordenadas alfabéticamente en el siguiente listado:

- AMA: American Medical Association.
- CAMAPE: Encuesta sobre Comportamientos y Actitudes de los Médicos Ante su Proceso de Enfermar
- CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón
- CI: Consentimiento Informado
- CIBA: Centro Investigación Biomédica de Aragón
- EEUU: Estados Unidos
- ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España
- ERNA: Encuesta sobre Ética de la Relación entre Niveles Asistenciales
- GF: Grupo Focal
- GIBA: Grupo de Investigación en Bioética de Aragón.
- ILT: Incapacidad Laboral Temporal
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- MA: Medico en Activo.
- MAP: Médico de Atención Primaria
- MdM: Médico de Médicos.
- MIR: Médico Interno Residente
- OMC: Organización Médica Colegial
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PAIME: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo
- SPSS: Statistical Package for Social Sciences
- VPC: Validación Periódica de la Colegiación
- WMA: World Medical Association.

ANEXO 2: APRENDER A CUIDARSE PARA PODER CUIDAR:

Decálogo para el Médico Residente

Los MIR...

- Mantienen hábitos saludables, pero mayor consumo intensivo de alcohol que la población general.
- La mayoría no acude a su médico de familia cuando enferma. La automedicación es muy frecuente. Más del 20% se autoprescribe ansiolíticos o hipnóticos.
- Cerca del 70% ha acudido a trabajar con un problema de salud por el que hubiera dado la baja a un paciente.
- Tienen mayor riesgo de depresión que la población general y que médicos en otras etapas profesionales.



Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica
Universidad Zaragoza



Instituto de Investigación Sanitaria Aragón



Instituto de Salud Carlos III



FEDER
UNION EUROPEA
"Una manera de hacer Europa"

Cofinanciado por:
Gobierno de Aragón y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)
"Comunidad Europea Aragón"
Proyecto FIS PI19/00968

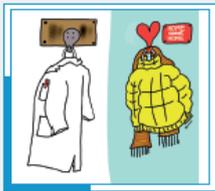
APRENDER A CUIDARSE PARA PODER CUIDAR



DECÁLOGO DE SALUD PARA EL MÉDICO RESIDENTE

APRENDER A CUIDARSE PARA PODER CUIDAR

DECÁLOGO DE SALUD PARA EL MÉDICO RESIDENTE

 <p style="font-size: x-small;">Empadrónate, infórmate sobre tu Centro de Salud y conoce a tu médico de familia.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Mantén hábitos saludables. Reduce alcohol y fuera tabaco.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Saca tiempo para el ocio y no descuides tus emociones.</p>	 <p style="font-size: x-small;">No abandones tus relaciones familiares y sociales.</p>
 <p style="font-size: x-small;">No trabajes enfermo, pide la baja a tu médico de familia.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Evita las "consultas de pasillo". Para tus problemas de salud, pide cita.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Salvo para problemas banales, no te automediques.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Cuando te atiendan en un Centro Sanitario, no ocultes que eres médico.</p>
 <p style="font-size: x-small;">Respetar horarios y descansos obligatorios. Asésorate en Salud Laboral.</p>	 <p style="font-size: x-small;">No copies actitudes nocivas, ignora el "siempre se ha hecho así".</p>	 <p style="font-size: x-small;">Defiende tus derechos laborales. Asume solo tus responsabilidades. Cuenta siempre con tu tutor.</p>	 <p style="font-size: x-small;">Si sufres problemas de salud mental o alguna adicción, acude al PAIME</p>

ANEXO 3: GUIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS ENTREVISTAS

GUIÓN INICIAL PARA LAS ENTREVISTAS A MÉDICOS ENFERMOS

Encuadre

Buenas tardes, mi nombre es.....

En primer lugar queremos agradecerle que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es muy importante para nosotros.

Tal y como habíamos hablado, estamos aquí para realizarle una entrevista que forma parte de una investigación desarrollada dentro de un proyecto de Tesis Doctoral en la Facultad de Medicina de Zaragoza, financiada concretamente por la Cátedra de Profesionalismo y Ética.

Ésta tesis se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón.

Dicho proyecto se propone profundizar en el proceso de enfermar de los profesionales médicos.

Las entrevistas son un método de investigación cualitativa mediante el cual nos proponemos conocer su opinión y vivencias en relación a nuestro tema de interés. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente necesitamos que nos transmita sus reflexiones respecto una serie de cuestiones.

Las entrevistas tienen una duración aproximada de una hora, y por motivos de metodología utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal, pero los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, utilizando la información obtenida exclusivamente con fines investigadores. Además, cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna duda, podemos comentar con la entrevista

Pregunta lanzadera

¿Puede hablarnos de su experiencia como médico y paciente? ¿Alguna vez se había imaginado que usted podía estar también al otro lado de la mesa como paciente?

<p>1. Descripción del proceso de enfermar</p>	<p>1.1 Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento del diagnóstico • Médico que diagnosticó • Circuito seguido • Trato recibido • Sentimientos al respecto <p>1.2 Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención recibida • Lugar de tratamiento • Dificultades encontradas
<p>2. Impacto de la enfermedad en su trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baja laboral: cuándo, quién la recomendó • Cambios en su práctica médica • Calidad de la atención de sus pacientes
<p>3. Relación con colegas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido • Cambios en el reparto de trabajo
<p>4. Relación con superiores jerárquicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido • Medidas tomadas
<p>5. Experiencia como médico de otros médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de asistencia • Diferencias respecto a otros pacientes
<p>6. Relación con los colegios profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido • Medidas posibles a realizar

Conclusión y despedida

En nombre de todo el equipo de investigación queremos agradecerle de nuevo su gran aportación para el análisis del tema. Quedamos a su disposición para futuras aclaraciones y le mantendremos informado de los avances y conclusiones del estudio.

GUION DEFINITIVO PARA LAS ENTREVISTAS A MÉDICOS ENFERMOS

Encuadre

Buenas tardes, mi nombre es.....

En primer lugar queremos agradecerle que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es muy importante para nosotros.

Tal y como habíamos hablado, estamos aquí para realizarle una entrevista que forma parte de una investigación desarrollada dentro de un proyecto de Tesis Doctoral en la Facultad de Medicina de Zaragoza, financiada concretamente por la Cátedra de Profesionalismo y Ética.

Ésta tesis se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón.

Dicho proyecto se propone profundizar en el proceso de enfermar de los profesionales médicos.

Las entrevistas son un método de investigación cualitativa mediante el cual nos proponemos conocer su opinión y vivencias en relación a nuestro tema de interés. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente necesitamos que nos transmita sus reflexiones respecto una serie de cuestiones.

Las entrevistas tienen una duración aproximada de una hora, y por motivos de metodología utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal, pero los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, utilizando la información obtenida exclusivamente con fines investigadores. Además, cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna duda, podemos comentar con la entrevista

Pregunta inicial:

~~¿Puede hablarnos de su experiencia como médico y paciente? ¿Alguna vez se había imaginado que usted podía estar también al otro lado de la mesa como paciente?~~

¿Qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?

<p>1. Descripción del proceso de enfermar</p>	<p>1.1 Diferencias con los profesionales no médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventaja o inconveniente <p>1.2 Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento del diagnóstico • Médico que diagnosticó • Circuito seguido • Trato recibido • Sentimientos al respecto • Búsqueda de segunda opinión. <p>1.3 Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención recibida • Lugar de tratamiento (Hospital Vs ambulatorio) • Dificultades encontradas • Síndrome del recomendado: en qué consiste <p>1.4 Sentimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia/Dependencia/ Negación • Trato/interés/crueldad • Tolerancia a los síntomas • Preocupación por la confidencialidad. <p>1.5 Información recibida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de información • Cantidad de información • Actitud del médico • Actitud del enfermo • Búsqueda de otra información (internet...) <p>1.6 Actitud del médico que le atiende</p> <p>1.7 Información y conocimientos del médico que enferma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventaja o inconveniente <p>1.8 Toma de decisiones: cómo se realiza, quién y qué le influye.</p> <p>1.8 Familia del médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus expectativas • La información • Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento
--	---

2. Impacto de la enfermedad en su trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Baja laboral: cuándo, quién la recomendó • Cambios en su práctica médica • Calidad de la atención de sus pacientes
3. Relación con colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido (no ofertar/aceptar ayuda) • Cambios en el reparto de trabajo
4. Relación con superiores jerárquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido • Medidas tomadas
5. Experiencia como médico de otros médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de asistencia • Diferencias respecto a otros pacientes • Diferencias entre especialistas/ generalistas, atención primaria /hospitalaria • Diferencias entre activos/ jubilados/residentes. • Resistencias y peculiaridades • Sentimientos experimentados: incomodidad "quitárselo de encima"
6. Relación con los colegios profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo percibido • Medidas posibles a realizar
<p>Conclusión y despedida</p> <p>En nombre de todo el equipo de investigación queremos agradecerle de nuevo su gran aportación para el análisis del tema. Quedamos a su disposición para futuras aclaraciones y le mantendremos informado de los avances y conclusiones del estudio.</p>	

ANEXO 4: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

“ENFERMAR ES HUMANO”: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO

Buenas tardes, mi nombre es.....

Me pongo en contacto con usted gracias al enlace realizado porque ha pensado que su aportación podría ser de gran utilidad para nuestra investigación.

En primer lugar queremos agradecerle que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es sumamente importante para nosotros.

La presente investigación se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón, está financiado por la Cátedra de Profesionalismo y Ética de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y se propone profundizar en el **proceso de enfermar de los profesionales médicos**.

La segunda fase del proyecto, en la que esperamos que participe, consiste en la realización de **entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión**. Ambos son métodos de investigación cualitativa mediante los cuales nos proponemos conocer su opinión y vivencias en relación a nuestro tema de interés. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente necesitamos que nos transmita sus reflexiones respecto una serie de cuestiones.

Las entrevistas tienen una duración en torno a **60 minutos** y los grupos focales en torno a **120 minutos**.

Por motivos de metodología utilizaremos una **grabadora** para poder transcribir los datos de manera literal, con el compromiso por parte de los responsables del proyecto de garantizar la **confidencialidad de todos los datos recogidos**.

Las grabaciones de las entrevistas se guardarán en el ordenador personal de la Investigadora Principal, y serán destruidas una vez finalizado el estudio.

La información obtenida en las entrevistas será utilizada exclusivamente con fines investigadores y puntualmente docentes.

Otro de nuestros compromisos será hacerle llegar las conclusiones finales del estudio.

Quedamos a la espera de sus dudas y cuestiones, reiterando de nuevo nuestro agradecimiento por su participación.

ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS

PROYECTO “ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO”

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y acepto que los datos obtenidos de esta investigación puedan ser utilizados, si procede, en otras líneas de investigación que puedan surgir al respecto del tema, o puntualmente en temas relacionados con la docencia, siempre que se asegure la confidencialidad de los mismos.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

Consentimiento informado Médico como Paciente (Versión 2. Fecha6/7/15)
--

ANEXO 6: CARACTERISTICAS DE MIR Y JUBILADOS ENTREVISTADOS

Médicos Internos Residentes entrevistados

Sexo	Año	Tipo de patología
Hombre	MIR-1	Patología aguda grave que supuso una Incapacidad Laboral Temporal (ILT) prolongada
Hombre	MIR-4	Patología aguda grave y posteriores secuelas, que precisó prórroga de la especialidad y adaptación temporal de las guardias
Hombre	MIR-3	Patología aguda que apareció durante su jornada laboral y requirió intervención quirúrgica urgente
Mujer	MIR-3	Patología aguda grave que supuso varios meses de ILT y secuelas que perduraron más allá del alta laboral
Hombre	MIR-1	Enfermedad oncológica
Mujer	MIR-2	Enfermedad oncológica Patología subaguda que requirió intervención quirúrgica programada
Hombre	MIR-4	Patología crónica
Mujer	MIR-2	Patología aguda grave como debut de una condición crónica
Hombre	MIR-1	Discapacidad por la cual fue declarada no apta y dirigida hacia un cambio de especialidad.
Mujer	MIR-3	Discapacidad que ha requerido adaptación y prolongación de la residencia

Médicos Jubilados entrevistados

Sexo	Edad	Especialidad	Patología
Hombre	<75	Quirúrgica	Proceso agudo: accidente cerebro vascular
Hombre	<75	Quirúrgica	Proceso crónico: hipertensión arterial
Hombre	75	Médica	Proceso agudo: infarto agudo de miocardio
Mujer	>75	Servicios centrales	Proceso crónico: hipertensión arterial y otros factores de riesgo
Hombre	<75	Salud laboral	Proceso crónico: diabetes mellitus insulino dependiente
Hombre	<75	Medicina de familia y salud laboral	Proceso agudo: COVID19 y crónico: control de cáncer recto y de la coagulación
Mujer	75	Quirúrgica	Proceso agudo crisis hipertensiva y crónico: control de factores de riesgo y HTA
Mujer	<75	Médica	Proceso crónico

ANEXO 7: INFORMACIÓN Y DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS GRUPOS FOCALES

En primer lugar, queremos agradecerle que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es muy importante para nosotros.

Nos gustaría recoger sus opiniones de su participación en el grupo focal con médicos de salud laboral, que forma parte de una investigación desarrollada dentro de un proyecto de Tesis Doctoral en la Facultad de Medicina de Zaragoza, financiada concretamente por la Cátedra de Profesionalismo y Ética.

Ésta tesis se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón y se incluye en el proyecto global del grupo sobre el **proceso de enfermar de los profesionales médicos**.

Los grupos focales son un método de investigación cualitativa mediante el cual nos proponemos conocer su opinión y experiencia en relación a nuestro tema de interés. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente necesitamos que nos transmita sus reflexiones respecto una serie de cuestiones.

El grupo focal tienen una duración aproximada de 90 minutos.

Por motivos de metodología utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal.

Los responsables del proyecto garantizan la confidencialidad de los datos recogidos, así como la intimidad del participante, comprometiéndose a utilizar datos codificados y a cumplir la LO 15/99 de protección de datos de carácter personal.

Los datos derivados del grupo focal de “médicos de médicos”, médicos de salud laboral, serán utilizados exclusivamente con fines investigadores, para ésta y para otras líneas de investigación que puedan surgir durante el análisis de los mismos.

Las grabaciones de este grupo focal se guardarán en el ordenador personal de la Investigadora Principal, y serán destruidas una vez finalizado el estudio.

Los responsables del proyecto se comprometen también a hacerle llegar las conclusiones finales de la investigación.

La participación en este estudio es, por supuesto, voluntaria, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier fase del mismo sin repercusión de ningún tipo.

ROGELIO ALTISENT TROTTA, MARIA PILAR ASTIER PEÑA, BARBARA MARCO GÓMEZ. Correos electrónicos: altisent@unizar.es, mpastier@gmail.com, b.marco.gomez@gmail.com

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA PARTICIPANTE
EN GRUPO FOCAL**

PROYECTO: ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL MÉDICO.

Yo, (Nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado, adjunta.

He recibido suficiente información sobre el mismo o he hablado o comunicado por medio de correo electrónico con un investigador del mismo.

Nombre del investigador: MARIA PILAR ASTIER PEÑA.

He podido resolver las dudas que me han surgido sobre el proyecto y mi participación.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y acepto que los datos obtenidos de esta investigación puedan ser utilizados, si procede, en otras líneas de investigación que puedan surgir al respecto del tema, siempre que se asegure la confidencialidad de los mismos.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del Investigador:
.....

Fecha:
.....

Consentimiento informado Médico como paciente__ Versión_1_ fecha septiembre 2016_

ANEXO 8: GUIÓN GRUPOS FOCALES

GUIÓN GF-1:

Buenos días,

En primer lugar agradecer vuestro tiempo para participar en este proyecto.

Como hemos compartido por correo electrónico, este proyecto “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” tiene por objetivo analizar el proceso de enfermar de los profesionales médicos a lo largo de su carrera profesional a través de diferentes metodologías de investigación: entrevistas en profundidad a médicos enfermos, encuesta sobre el médico como paciente a los médicos colegiados y grupos focales con profesionales que cuidan, dirigen y dan soporte a los profesionales médicos enfermos. Entre ellos, todos vosotros.

Vuestras opiniones van a ser claves para este estudio de investigación cuya meta final va a ser la de elaborar unas recomendaciones para el abordaje del médico como paciente de una forma ética, con calidad y seguridad clínica.

Iniciamos la sesión del grupo focal. Os haremos varias preguntas a las cuales responderéis uno por uno. Al finalizar el turno de respuestas de cada pregunta podremos dar paso a un pequeño debate con interpelaciones para luego pasar a formular una nueva pregunta.

Finalmente, habrá un turno último de palabras en la que podréis plantear preguntas, dudas o aportar clarificaciones o ideas.

PREGUNTAS:

¿Cómo enferman los médicos? ¿Cuándo acuden a solicitar ayuda?

¿Hacéis seguimiento de los médicos enfermos del hospital y de atención primaria de vuestro sector?

¿Cuál es vuestra opinión en relación con el médico enfermo en comparación con otros trabajadores enfermos? Por ejemplo: sobre uso de medicación, gestión de pruebas complementarias, gestión de la baja laboral...

¿Hay alguna diferencia en este proceso de enfermar entre los mires y los médicos adjuntos?

¿Tenéis o habéis tenido contacto con estudiantes de medicina enfermos?

¿Tenéis contacto con el PAIME? ¿Qué tipo de contacto o relación?

¿Qué problemas identificáis con las bajas laborales en los profesionales médicos enfermos?

¿Supervisáis la vuelta al trabajo de profesionales médicos tras una baja laboral prolongada?

¿Tenéis contacto con médicos enfermos que se jubilan o les dan la incapacidad laboral total?

¿Conocéis el circuito asistencial que luego siguen los médicos jubilados?

¿Pensáis que los médicos de médicos, como vosotros, necesitan una formación y una actitud determinada para atender adecuadamente a sus compañeros de profesión?

¿Qué mejoras propondrías en la atención al médico enfermo a lo largo de su carrera profesional: como estudiante, residente, médico adjunto o médico jubilado?

¿Podrías hacer una síntesis de la experiencia del médico enfermo: aspecto clave de la vivencia y propuestas de mejora?

Ronda de preguntas, opiniones, réplicas o propuestas....

Agradecemos vuestra participación en el proyecto.

Los resultados de la transcripción del grupo focal junto con los resultados de los proyectos finales de tesis os los haremos llegar para manteneros informados sobre las aportaciones finales del proyecto. Igualmente, seguimos contando con vosotros para la revisión final de las recomendaciones

GUIÓN GF-2

¿Cómo enferman los médicos? ¿Cuándo acuden a solicitar ayuda a un compañero?

¿Hacéis seguimiento de los médicos enfermos del hospital y de atención primaria activamente o bien os adaptáis al seguimiento que pide el médico enfermo?

¿Cuál es vuestra opinión en relación con el médico enfermo en comparación con otros enfermos? Por ejemplo: sobre uso de medicación, gestión de pruebas complementarias, gestión de la baja laboral...

¿Hay alguna diferencia en este proceso de enfermar entre los míos y los médicos adjuntos?

- ¿Tenéis o habéis tenido contacto con estudiantes de medicina enfermos?
- ¿Tenéis contacto con el PAIME? ¿Qué tipo de contacto o relación?
- ¿Qué problemas identificáis con las bajas laborales en los profesionales médicos enfermos?
- ¿Supervisáis la vuelta al trabajo de profesionales médicos tras una baja laboral prolongada?
- ¿Tenéis contacto con médicos enfermos que se jubilan o les dan la incapacidad laboral total?
- ¿Conocéis el circuito asistencial que luego siguen los médicos jubilados?
- ¿Pensáis que los médicos de médicos, como vosotros, necesitan una formación y una actitud determinada para atender adecuadamente a sus compañeros de profesión?
- ¿Qué mejoras propondrías en la atención al médico enfermo a lo largo de su carrera profesional: como estudiante, residente, médico adjunto o médico jubilado?
- ¿Podrías hacer una síntesis de la experiencia del médico enfermo: aspecto clave de la vivencia y propuestas de mejora?
- Ronda de preguntas, opiniones, réplicas o propuestas....

GUIÓN GF-3

Agradecer la participación en el grupo focal.

Solicitamos su opinión en relación con las preguntas que se van a formular en relación con el proceso de enfermar de los médicos.

1. ¿Podéis describir lo que es el proceso de enfermar de los médicos? y ¿qué singularidades identificaríais en el proceso de enfermar de los médicos?, en vuestra opinión o experiencia personal.
2. Conocer vuestra opinión en cuanto a cuál es el papel que juegan los colegios de médicos en ese proceso de enfermar. ¿Cómo pueden dar apoyo?...y en ese sentido ¿qué recomendaciones haríais para potenciar ese papel de los colegios?
3. Recomendaciones para el manejo del médico como paciente en general.

ANEXO 9: ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES DEL MÉDICO ANTE SU PROCESO DE ENFERMAR

Origen	Pregunta	Subapartados	Categorías
<u>Datos socio-demográficos y situación laboral:</u>			
	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.
	5. Estado civil		Casado/a; separado/a o /divorciado/a; soltero/a; viudo/a
	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
	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. Si		Numérica (horas)

	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"
Comportamientos y Actitudes ante la propia salud e impacto laboral:			
ESNE17_p21	13. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?		Muy malo; malo; normal; bueno; muy bueno
ERNA	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
ESNE17_p22	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
ESNE17_p25		Hipertensión	Si/no
ESNE17_p25		Diabetes	Si/no
ESNE17_p25		Trastornos depresivos	Si/no
ESNE17_p25		Trastornos de ansiedad	Si/no
	15.1 ¿Tiene otros trastornos crónicos diferentes a los mencionados en la pregunta anterior?	Si ha marcado "SI", especifíquelo:	
	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.
ENSE17_p23	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.
	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

	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
	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:		
	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.

	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:		
	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
Actividades para el cuidado de su salud:			
ESNE17_p88	28. ¿Se vacuna contra la gripe?		Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.
	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.
ESNE17_p116	30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana		Numérico (horas)
ESNE17_p121	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

	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
ESNE17_p127 (modificada)		... 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
Consumo de medicamentos y utilización de los servicios sanitarios y trato recibido			
ESNE17_P87 (modificada)	33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?	Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente
		Antibióticos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente
		Otros psicofármacos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente
		Analgésicos opioides	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente
		Analgésicos básicos	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente
ESNE17_p66	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
ESNE17_P49 (modificada)	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
	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 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; 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
	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
ERNA (modificada)	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
	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"
ERNA (modificada)	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"
ERNA (modificada)		Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello.	2 "Completamente en desacuerdo" a 5 "Completamente de acuerdo"

ERNA (modificada)		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"
Médicos de médicos:			
ERNA (modificada)	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
ERNA (modificada)	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"
	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"
	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"
	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		Siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"

	recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?		
	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"
	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"
	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?		Pregunta de texto libre

ANEXO 10: CARTA PRESENTACIÓN ENCUESTA



“ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL MÉDICO”

FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC

Estimado/a colega:

La salud de los médicos es un elemento crucial para ser profesionales competentes. Un reflejo de ello es la Validación Periódica de la Colegiación, que incorpora una valoración de nuestro estado de salud.

Tus aportaciones pueden contribuir a este proyecto de investigación impulsado por la FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC en colaboración con la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza.

El objetivo final del estudio es proponer estrategias de mejora en la atención a los médicos cuando enferman a lo largo de su vida, partiendo de nuestras propias experiencias, propuestas y sugerencias.

Te pedimos diez minutos de tu valioso tiempo para responder este cuestionario anónimo, al que puedes acceder aquí: <http://www.cgcom.es/encuesta-el-medico-como-paciente>

Muchas gracias de antemano por tu inestimable colaboración.

Recibe un saludo muy cordial.

Serafín Romero

Presidente de la OMC

ANEXO 11: RECODIFICACIÓN DE VARIABLES CAMAPE

Pregunta encuesta CAPAME	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. Si actualmente no trabaja, anote 0 horas.	Numérica (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)	Si/no	"Tener alguna o varias enfermedades crónicas" : cardiovasculares y/o hipertensión y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad
	Si/no	
15.1 ¿Tiene otros trastornos crónicos diferentes a los mencionados en la pregunta anterior?		Osteomuscular; cardiovascular; neurológico; alergia; digestivo; endocrino; oncológico; genitourinario; autoinmune; mental; infecciones.
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.	No han condicionado su actividad profesional (nunca); sí les ha afectado (pocas veces o bastantes veces o siempre)
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 ha afectado (nunca); sí 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	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	Sí; no	

debido a su actividad profesional?		
21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional?	Sí; no	
	Sí; no	
	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...	No, nunca; de manera ocasional; de manera habitual	No (no, nunca); sí (de manera ocasional o de manera habitual)
	No, nunca; de manera ocasional; de manera habitual	No (no, nunca); sí (de manera ocasional o de manera habitual)
	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...?	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)

	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	Nunca; algunas veces; muy frecuentemente	No (nunca); sí (algunas veces; muy frecuentemente)
	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 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; 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)

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/10/2016, Acta Nº 17/2016 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

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

Investigador Principal: Pilar Astier Peña

Versión protocolo: 2016

Versión hoja de información a los participantes: octubre/2016

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y la información a los participantes.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

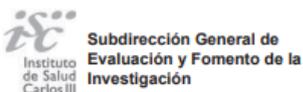
3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 5 de octubre de 2016



María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO 13: MEMORIA ECONÓMICA PROYECTO FIS



2018

Expediente N°	INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: ROGELIO ALTISENT TROTA
---------------	---

**MEMORIA DE SOLICITUD PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
SECCIÓN PRESUPUESTO**

Presupuesto solicitado

¿Solicita Intensificación del Investigador Principal (IP)? SI NO

La solicitud de Intensificación es incompatible con la solicitud de financiación para otro tipo de personal a cargo del proyecto **Euros**

1. Gastos de Personal o Intensificado

Los costes de contratación imputables a la subvención se ajustarán a las tablas salariales dictadas al efecto.

Subtotal Gastos de Personal :

2. Gastos de Ejecución

A) Adquisición de bienes y contratación de servicios

(Bienes inventariables, material fungible y gastos complementarios)

Papelería, pilas, material grupos focales, disco duro, base de datos organizativa, de cuestionarios	300
Asesoría técnica metodología cualitativa	3.000
Asesoría técnica estadística	6.000
2 Traductores para cuestionario inglés	5.000
Licencias de MAXQDA y SPSS	2.600
Traducción y publicación de 6 artículos en open access	12.000
Protección de datos y propiedad intelectual	2.000
Subtotal Gastos Bienes y Servicios :	30.900

B) Gastos de Viajes

Asistencia a congresos para presentación de resultados científicos	1.500
Viajes y dietas para los expertos Irlanda - España	5.000
Subtotal Gastos Viajes :	6.500

Subtotal Gastos Ejecución : 37.400

Total Solicitado : 37.400

Total + 21% Costes Indirectos : 45.254

ANEXO 14: RESULTADOS CAMAPE:

Resultados del estudio descriptivo y análisis univariante en todas las categorías profesionales

Distribución de la edad por sexo

Población	Sexo	N	Edad media	D. t.	P* valor
Total	Hombre	1.858	54.78	11.87	p 0.00
	Mujer	2.450	45.95	11.76	
	Total	4.306	49.76	12.59	
Activos	Hombre	1.407	52.93	9.24	p 0.00
	Mujer	2.056	46.84	9.69	
	Total	3.463	49.31	9.97	
MIR	Hombre	97	31.67	9.91	p 0.00
	Mujer	263	28.90	5.95	
	Total	360	29.65	7.32	
Jubilados	Hombre	353	68.48	5.09	p 0.00
	Mujer	130	66.43	5.58	
	Total	483	67.93	5.30	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución de las poblaciones por sexo

Población donde residen	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Menos de 10.000 habts.	210	238	448	180	215	395	4	12	16	26	11	37
	11.30%	9.71%	10.40%	12.78%	10.45%	10.40%	4.12%	4.56%	8.68%	7.37%	8.46%	7.66%
10.000-50.000 habts.	238	303	541	204	261	465	6	20	26	28	22	50
	12.81%	12.37%	12.56%	14.49%	12.69%	12.56%	6.19%	7.60%	13.79%	7.93%	16.92%	10.35%
Más de 50.000 habts.	1410	1909	3319	1024	1581	2605	87	231	318	299	97	396
	75.89%	77.92%	77.04%	72.73%	76.86%	77.04%	86.69%	87.83%	77.04%	84.70%	74.62%	81.98%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3065	97	263	360	353	130	483
P* valor		p 0.01			p 0.013			p 0.019			p 0.88	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución del estado civil por sexo

Estado civil	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Casado/a	1551	1676	3227	11194	1479	2673	46	125	171	311	72	383
	83.48%	68.41%	74.91%	84.80	71.90	77.14	47.42	47.53	47.50	88.10	55.38	79.30
Separado/a o Divorciado/a	119	165	284	97	147	244	3	2	5	19	16	35
	6.40%	6.73%	6.59%	6.89	7.15	7.04	3.09	0.76	1.39	5.38	12.31	7.25
Soltero/a	163	565	728	105	397	502	48	136	184	10	32	42
	8.77%	23.06%	16.90%	7.46	19.30	14.49	49.48	51.71	51.11	2.83	24.62	8.70
Viudo/a	25	44	69	12	34	46	0	0	0	13	10	42
	1.35%	1.80%	1.60%	0.85	1.65	1.33	0	0	0	3.68	7.69	4.76
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P* valor	p<0.05			p<0.05			p>0.05			p<0.05		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución de la profesión de la pareja por sexo

Pareja	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No es profesional sanitario	858	1354	2212	640	1168	1808	33	133	166	185	53	238
	46.18%	55.27%	51.35%	45.45	56.78	52.18	34.02	50.57	46.11	52.41	40.77	49.28
Médico/a	424	493	917	350	412	762	33	53	86	41	28	69
	22.82%	20.12%	21.29%	24.86	20.03	21.99	34.02	20.15	23.89	11.61	21.54	14.29
Enfermero/a	254	35	289	186	30	216	6	5	11	62	0	62
	13.67%	1.43%	6.71%	13.21	1.46	6.23	6.19	1.90	3.06	17.56	0.00	12.84
Otro	170	71	241	134	60	194	4	10	14	32	1	33
	9.15%	2.90%	5.59%	9.52	2.92	5.60	4.12	3.80	3.89	9.35	36.92	16.77
Sin pareja	152	497	649	98	387	485	21	62	83	33	48	81
	8.18%	20.29%	15.06%	6.96	18.81	14.00	21.65	23.57	23.06	9.35	36.92	16.77
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0.000			0.000			0.006			0.0000		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución de las categorías profesionales por sexo

Situación laboral actual	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En formación	97	263	360				97	263	360			
	5.22%	10.73%	8.36%									
Ejercicio por cuenta ajena	976	1733	2709	976	1733	2709						
	52.53%	70.73%	62.88%	69.32	84.25	78.18						
Ejercicio por cuenta propia	117	101	218	117	101	218						
	6.30%	4.12%	5.06%	8.31	4.91	6.29						
Ejercicio mixto	293	175	468	293	175	468						
	15.77%	7.14%	10.86%	20.81	8.51	13.51						
Jubilado sin ejercicio	248	117	365							248	117	365
	13.35%	4.78%	8.47%							70.25	90.00	75.57
Jubilado con ejercicio por cuenta propia	105	13	118							105	13	118
	5.65%	0.53%	2.74%							29.75	10.00	24.43
Desempleado	22	48	70									
	1.18%	1.96%	1.62%									
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P* valor	P<0.05			P<0.05			P<0.05			P<0.05		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución de las especialidades por sexo

Especialidad	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Medicina de Familia	685	982	1667	577	849	1426	30	98	128	78	35	113
	36,87%	40,08%	38,70%	40,09%	41,27%	41,15%	30,92%	37,26%	35,55%	22,09%	26,92%	23,39%
Servicios médicos	601	876	1477	418	716	1134	33	107	140	150	53	203
	32,35%	35,76%	34,29%	29,68%	34,80%	32,72%	34,02%	40,68%	38,88%	42,49%	40,76%	42,02%
Servicios quirúrgicos	407	336	743	271	270	541	27	41	68	109	25	134
	21,91%	13,71%	17,25%	19,24%	13,12%	15,61%	27,83%	15,58%	18,88%	30,87%	19,23%	27,74%
Servicios centrales	165	256	421	142	222	364	7	17	24	16	17	33
	8,88%	10,45%	9,77%	10,08%	10,79%	10,50%	7,21%	6,46%	6,66%	4,53%	13,07%	6,83%
Total	1858	2450	4308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483

Sector del trabajo principal

Sexo	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Sector público	1168	1877	3045	886	1.523	2.409	95	240	335	187	114	301
	62,86%	76,61%	70,68%	62,93%	74,04%	69,52%	97,94%	91,25%	93,06%	52,97%	87,69%	62,32%
Sector privado	303	289	592	260	268	528	1	17	18	42	4	46
	16,31%	11,80%	13,74%	18,47%	13,03%	15,24%	1,03%	6,46%	5,00%	11,90%	3,08%	9,52%
Privado con concierto en público	57	112	169	50	106	156	0	5	5	7	1	8
	3,07%	4,57%	3,92%	3,55%	5,15%	4,50%	0,00%	1,90%	1,39%	1,98%	0,77%	1,66%
Ambos	330	172	502	212	160	372	1	1	2	117	11,00%	128
	17,76%	7,02%	11,65%	15,06%	7,78%	10,74%	1,03%	0,38%	0,56%	33,14%	8,46%	26,50%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97,00%	263,00%	360	353	130,00%	483,00%
P*valor	0,0001			0,0001			0,075			0,0001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

Distribución de los años profesionales por sexo

	Sexo	Participantes	Media años trabajados	D.T.	p* valor
Total	Hombre	1.795	27.81	11.62	0.001
	Mujer	2.390	19.08	11.00	
	Total	4.185	22.83	12.07	
Activos	Hombre	1.364	26.28	9.56	0.0001
	Mujer	2.007	19.88	9.20	
	Total	3.371	22.47	9.86	
Mir	Hombre	95	5.62	8.16	0.0283
	Mujer	255	3.52	5.19	
	Total	350	4.09	6.20	
Jubilados	Hombre	336	40.30	5.19	0.0001
	Mujer	128	37.58	6.57	
	Total	464	39.55	5.73	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

11. Horas trabajadas durante la última semana laboral por sexo

Sexo	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.
Hombre	1789	38.47	20.95	1.344	44,83	15,21	90	56,03	13,29	350	9,27	14,69
Mujer	2336	41.77	19.52	1.946	42,58	16,67	360	54,68	19,5	130	3,95	12,66
Total	4125	40.34	20.22	3.290	43,5	16,12	355	55	18,04	480	7,83	14,36
p* valor	0,002			0,0001			0,8701			0,0702		

*Comparación por sexo en cada categoría por test de Mann Whitney

12. Satisfacción con el trabajo desempeñado por sexo

Profesionales	Total			Activos			MIR			Jubilados		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nada satisfecho, poco satisfecho	173	224	397	145	204	349	4	13	17	24	7	31
	10.30 %	9.92%	10.07%	10.30 %	9.92%	10.07%	4.12%	4.94%	4.72%	6.80%	5.38%	6.42%
Ni satisfecho, ni insatisfecho	388	672	1060	316	595	911	19	58	77	53	19	72
	20.88%	27.43%	24.61%	22.44%	28.93%	26.29%	19.59%	22.05%	21.39%	15.01%	14.62%	14.91%
Muy satisfecho, Satisfecho	1297	1554	2851	947	1,258	2,205	74	192	266	276	104	380
	69.81%	63.43%	66.18%	67.26%	61.16%	63.64%	76.29%	73.00%	73.89%	78.19%	80.00%	78.67%
Total	1858	2450	4308	1,408	2,057	3,465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0.000			0.000			0.816			0.841		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Etapas profesional	Total			Activos			MIR			Jubilados		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy malo, malo	147	184	331	94	157	251	0	11	11	53	16	69
	7.91%	7.51%	7.68%	6.68 %	7.63 %	7.24%	0.00%	4.18%	3.06%	15.01%	12.31%	14.29%
Ni bueno ni malo	573	653	1,226	420	559	979	22	55	77	131	39	170
	30.84%	26.65%	28.46%	29.83%	27.18 %	28.25%	22.68%	20.91%	21.39%	37.11%	30.00%	35.20%
Bueno, muy bueno	1138	1613	2751	894	1,341	2,235	75	197	272	169	75	244
	61.25%	65.84%	63.86%	63.49%	65.19 %	64.50%	77.32%	74.90%	75.56%	47.88%	57.69%	50.52%
Total	1,858	2,45	4,308	1,408	2,057	3,465	97	263	360	353	130	483
P valor*				0.173			0.122			0.160		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	510	647	1157	340	537	877	25	65	90	145	45	190
	27.45%	26.41%	26.86%	24.15%	26.11%	25.31%	25.77%	24.71%	25.00%	41.08%	34.62%	39.34%
De acuerdo	1348	1803	3,151	1068	1520	2588	72	198	270	208	85	293
	72.55%	73.59%	73.14%	75.85%	73.89%	74.69%	74.23%	75.29%	75.00%	58.92%	65.38%	60.66%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	264	360	353	130	483
P valor*	0.445			0.193			0.837			0.197		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

15. ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración?

Etapa Profesional	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	Diabetes Mellitus	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
Total	Hombre	189	512	143	115	214	704
		10.17%	27.56%	7.70%	6.19%	11.52%	37,89%
	Mujer	64	205	53	173	372	925
		2.61%	8.37%	2.16%	7.06%	15.18%	37,76%
	Total	253	717	196	288	586	1629
p valor*	0.000	0.000	0.000	0.257	0.001	0.928	
Actvos	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
	Hombre	115	341	97	88	171	492
		8.17%	24.22%	6.89	6.25%	12.14%	34.94%
	Mujer	49	154	42	142	312	786
		2.38%	7.49%	2.04	6,90%	15.17%	38.21%
	Total	164	495	139	230	483	1278
3465	4.73%	14,28%	4,01%	6,63%	13.93%	36.88%	
p valor*	0.000	0.000	0.000	0.448	0.012	0.050	
Mir	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
	Hombre	1	4	4	6	13	24
		1.03	4.12%	4.12%	6,19%	13,40%	24,74%
	Mujer	2	2	2	21	44	62
		0.76%	0.76%	0.76%	7,98%	16,73%	23,57%
	Total	3	6	6	27	57	86
360	0.08%	1,67%	1,67%	7,50%	15,83%	23,89%	
p valor*	0.802	0,027	0,027	0,565	0,443	0,818	
Jubialdos	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	DM	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
	Hombre	73	167	42	21	30	188
		20.68%	47.31%	11.90%	5.95%	8.50%	53.26%
	Mujer	13	49	9	10	16	77
		10.00%	37.69%	6.92%	7.69%	12.31%	59.23%
Total	86	216	51	31	46	265	
p valor*	0.007	0.059	0.115	0.488	0.206	0.242	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, pocas veces	670	701	1371	485	555	1040	45	97	142	140	49	189
	36.06%	28.61%	31.82%	34.45%	26.98%	30.01%	46.39%	36.88%	39.44%	39.66%	37.69%	39.13%
Bastantes veces, siempre	1188	1749	2,937	923	1502	2425	52	166	218	213	81	294
	63.94%	71.39%	68.18%	65.55%	73.02%	69.99%	53.61%	63.12%	60.56%	60.34%	62.31%	60.87%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.000			0.000			0.101			0.694		

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca o pocas veces	1038	1117	2155	796	912	1708	45	122	167	197	83	280
	55.87%	45.59%	50.02%	56.53%	44.34%	49.29%	46.39%	46.39%	46.39%	55.81%	63.85%	57.97%
Bastantes veces, siempre	820	1333	2,153	612	1145	1757	52	141	193	156	47	203
	44.13%	54.41%	49.98%	43.47%	55.66%	50.71%	53.61%	53.61%	53.61%	44.19%	36.15%	42.03%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.000			0.000			0.999			0.112		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Etapa	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	196	257	453	19	21	40	0	1	1	5	4	9
	10.55%	10.49%	10.52%	1.35%	1.02%	1.15%	0.00%	0.38%	0.28%	1-42%	3.08%	1.86%
De acuerdo	1662	2193	3855	1389	2036	3425	97	262	359	348	126	474
	89.45%	89.51%	89.48%	98.65%	98.98%	98.85%	100%	99.62%	99.72%	98.58%	96.52%	98.14%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.374			0.543			0.231					

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Etapa	Total			Total			Total			Total		
Sexo	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	742 39.94%	1247 50.90%	1989 46.17%	95 6.75%	134 6.51%	229 6.61%	15 15.46%	30 11.41%	45 12.50%	14 3.97%	5 3.85%	19 3.93%
De acuerdo	1116 60.06%	1203 49.10%	2319 53.83%	1313 93.25%	1923 93.49%	3236 93.39%	82 84.54%	233 88.59%	315 87.50%	339 96.03%	125 96.15%	464 96.07%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*				0.786			0.321			0.952		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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?

	Total		Activos			Mir			Jubilados			
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1143 61.52%	1213 49.51%	2356 54.69%	825 58.59%	991 48.18%	1816 52.41%	56 57.73%	131 49.81%	187 51.94%	262 74.22%	91 70.00%	353 73.08%
Si	715 38.48%	1237 50.49%	1952 45.31%	583 41.41%	1.066 51.82%	1.649 47.59%	41 42.27%	132 50.19%	173 48.06%	91 25.78%	39 30.00%	130 26.92%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.957	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.001		0,0001			0,182			0,354			

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Total de la muestra	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	144 (20,14%)	252 (20,37%)	396 (20,29%)	0,902
Sobrecarga asistencial	624 (87,27%)	1.126 (91,03%)	1.750 (89,65%)	0,009
Nivel de responsabilidad	498 (69,65%)	849 (68,63%)	1.347 (69,01%)	0,64
Otro motivo	1269 (68,30%)	1.519(62%)	2.788 (64,72%)	0,00
Activos	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	119(20,41%)	214(20,08%)	333 (20,19%)	0,871
Sobrecarga asistencial	517 (88,68%)	970(90,99%)	1.487(90,18%)	0,131
Nivel de responsabilidad	407 (69,81%)	746(69,98%)	1.153(69,92%)	0,943
Otro motivo	924 (65,63%)	1.267 (61,59%)	2.191(63,23%)	0,016
Mir	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	9 (21,95%)	33(25,00%)	42 (24,28%)	0,691
Sobrecarga asistencial	32(78,05%)	123(93,18%)	155(89,60%)	0,006
Nivel de responsabilidad	23(56,10%)	76(57,58%)	99(57,23%)	0,867
Otro motivo	34(35,00%)	114(43,33%)	148(41,11%)	0,156
Jubilados	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	16(17,58%)	5(12,82%)	21(16,15%)	0,499
Sobrecarga asistencial	75(82,42%)	33(84,62%)	108(83,08%)	0,759
Nivel de responsabilidad	68(74,73%)	27(69,23%)	95(73,08%)	0,517
Otro motivo	71(20,11%)	27(20,77%)	98(20,29%)	0,874

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Sexo	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	499	820	1319	376	613	989	69	193	262	54	14	68
	26.86%	33.47%	30.62%	26,70%	29,80%	28,54%	71,13%	73,38%	72,78%	15.30%	10,77%	14,08%
Si	1359	1630	2989	1.032	1.444	2.476	28	70	98	299	116	415
	73.14%	66.53%	69.38%	73,30%	70,20%	71,46%	28,87%	26,62%	27,22%	84,70%	89,23%	85,92%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,002			0,047			0,67			0,204		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Sexo	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	N	Semanas de baja	D.t.	N	Semanas de baja	D.t.	N	Semanas de baja	D.t.	N	Semanas de baja	D.t.
Hombre	1.462	15,4	28,65	1111	13,94	25,73	41	15,15	43,46	310	20,65	34,99
Mujer	1.794	17,42	34,85	1585	17,38	35,66	87	7,45	14,57	122	25,05	32,65
Total	3.256	16,51	32,22	2.696	15,96	31,98	128	9,91	27,42	432	21,89	34,37
p valor*		0,9264			0,303			0,023			0,07	

* Test Mann Whitney

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?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, Pocas veces	220	238	458	154	145	299	30	84	114	36	9	45
	11.84%	9.71%	10.63%	10.94%	7.05%	8.63%	30.93%	31.94%	31.67%	10.20%	6.92%	9.32%
Varias veces, bastante, siempre	1638	2212	3,85	1254	1912	3166	67	179	246	317	121	438
	88.16%	90.29%	89.37%	89.06%	92.95%	91.37%	69.07%	68.06%	68.33%	89.80%	93.08%	90.68%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.025			0.000			0.855			0.272		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Mantener ingresos	82	81	163	69	71	140	4	8	12	9	2	11
	5.01%	3.66%	4.23%	5,50%	3,71%	4,42%	5,97	4,47%	4,88%	2,84%	1,65%	2,51%
No sobrecargar los compañeros	792	1286	2078	614	1126	1740	47	113	160	131	47	178
	48.35%	58.14%	53.97%	48,96%	58,89%	54,96%	70,15%	63,13%	65,04%	41,32%	38,84%	40,64%
Miedo a perder el trabajo	33	112	145	30	99	129	0	11	11	3	2	5
	2.01%	5.06%	3.77%	2,39%	5,18%	4,07%	0%	6,15%	4,47%	0,95%	1,65%	1,14%
Responsabilidad hacia los pacientes	731	733	1464	541	616	1157	16	47	63	174	70	244
	44.63%	33.14%	38.03%	43,14%	32,22%	36,54%	23,88%	26,26%	25,61%	54,89%	57,85%	55,71%
Total	1638	2212	3850	1254	1912	3166	67	179	246	317	121	438
P-valor*	0.000			0.000			0.186			0.766		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Mutua de trabajo	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	0%	0.04%	0.02%	0	0,05	0,03	0	0	0	0	0	0
Mi médico de familia	20	35	55	12	26	38	2	4	6	6	5	11
	1.08%	1.43%	1.28%	0,85	1,26	1,1	2,06	1,52	1,67	1,7	3,65	2,28
Mutua o seguro privado	8	5	13	5	4	9	0	0	0	3	1	4
	0.43%	0.20%	0.30%	0,36	0,19	0,26	0	0	0	0,85	0,77	0,83
Consulta formal a un colega	13	12	25	5	7	12	0	3	3	8	2	10
	0.70%	0.49%	0.58%	0,36	0,34	0,35	0	1,14	0,83	2,27	1,54	2,07
Consejo informal	65	69	134	49	52	101	5	10	15	11	7	18
	3.50%	2.82%	3.11%	3,48	2,53	2,91	5,15	3,6	4,17	3,12	5,38	3,73
Me automedico	1,752	2,328	4080	1.337	1.967	3.304	90	246		325	115	440
	94.29%	95.02%	94.71%	94,96%	95,62	95,05	92,78	93,54	93,33	92,07	88,46	91,1
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor												

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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?

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor
Mutua de trabajo	4	3	7	0,678	2	2	4	0.703	1	1	2	0.461	1	0	1	0.544
	0.22%	0.12%	0.16%		0,14	0,1	0,12		1,03	0,38	0,56		0,28	0	0,21	
Mi médico de familia	366	670	1036	1E-04	283	562	845	0.0001	29	73	102	0.689	54	35	89	0.003
	19.70%	27.35%	24.05%		20,1	27,32	24,39		29,9	27,76	28,33		15,3	26,92	18,43	
Mutua o seguro privado	107	147	254	0,901	88	127	215	0.927	2	11	13	0.339	17	9	26	0.363
	5.76%	6.00%	5.90%		6,25	6,17	6,2		2,06	4,18	3,61		4,82	6,92	5,38	
Consulta formal a un colega	663	748	1411	0,231	465	649	1114	0.361	20	51	71	0.795	178	48	226	0.008
	35.68%	30.53%	32.75%		33,03	31,55	32,15		20,62	19,39	19,72		50,42	36,92	46,79	
Consejo informal	578	743	1321	0,023	456	597	1053	0.034	36	110	146	0.419	86	36	122	0.455
	31.11%	30.33%	30.66%		32,39	29,02	30,39		37,11	41,83	40,56		24,36	27,69	25,26	
Me automedico	140	139	279	0,876	114	120	234	0.009	9	17	26	0.360	17	2	19	0.100
	7.53%	5.67%	6.48%		8,1	5,83	6,75		9,28	6,46	7,22		4,82	1,54	3,93	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

28. ¿Se vacuna contra la gripe?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	841	1172	2013	665	985	1,65	49	151	200	127	36	163
	45.26%	47.84%	46.73%	47,23	47,89	47,62	50,52	57,41	55,56	35,98	27,69	33,75
Sí	1017	1278	2,295	743	1,072	1,815	48	112	160	226	94	320
	54.74%	52.16%	53.27%	52,77	52,11	52,38	49,48	42,59	44,44	64,02	72,31	66,25
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,136			0,763			0,04			0,291		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1108	1283	2391	872	1.127	1.999	29	91	120	207	65	272
	59.63%	52.37%	55.50%	61,93	54,79	57,69	29,9	34,6	33,33	58,64	50	56,31
Sí	750	1167	1,917	536	930	1.466	68	172	240	146	65	211
	40.37%	47.63%	44.50%	38,07	45,21	42,31	70,1	65,4	66,67	41,36	50	43,69
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,0001			0,0001			0,435			0,1001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Sexo	N	Horas de ejercicio/sem	D.t.	p* valor
Total	Hombre	1758	2,2	0,96	0,0001
	Mujer	2248	1,87	0,87	
	Total	4006	2,01	0,92	
Activo	Hombre	1334	2,1	0,93	0,0001
	Mujer	1878	1,83	0,85	
	Total	3212	1,94	0,89	
Mir	Hombre	90	2,18	0,87	0,0026
	Mujer	248	1,86	0,83	
	Total	338	1,94	0,85	
Jubilado	Hombre	334	2,6	1,01	0,3435
	Mujer	122	2,51	0,92	
	Total	456	2,57	0,99	

* Test de Mann Whitney

31. ¿Fuma usted actualmente?

Etapa	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No fuma	1619	2178	3797	1230	1815	3045	91	242	333	298	121	419
	87.14%	88.90%	88.14%	87.36%	88.24%	87.88%	93.81%	92.02%	92.50%	84.42%	93.08%	86.75%
Fuma	239	272	511	1787	242	420	6	21	27	55	9	64
	12.86%	11.10%	11.86%	12.64%	11.76%	12.12%	6.19%	7.98%	7.50%	15.58%	6.92%	13.25%
Total	1,858	2,45	4,308	1408	2057	3465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0.077			0.437			0.565			0.013		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total				Activo				Mir				Jubilado			
	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor
bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?	631	572	1203	0,0001	487	432	919	0,0001	54	119	173	0,197	90	21	111	0,06
	33.96%	23.35%	27.92%		34,59%	21%	26,52%		55,67%	45,25%	48,06%		25,50%	16,15%	22,98%	
algún tipo de cannabis?	40	55	95	0,795	27	33	60	0,738	9	20	29	0,719	4	2	6	0,759
	2.15%	2.24%	2.21%		1,92%	1,60%	1,73%		9,28%	7,60%	8,06%		1,13%	1,54%	1,24%	
... alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?	13	8	21	0,123	6	2	8	0,099	6	5	11	0,036	1	1	2	0,214
	0.70%	0.33%	0.49%		0,43%	0,10%	0,23%		6,19%	1,90%	3,06%		0,28%	0,77%	0,41%	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

33. ¿Con qué frecuencia se autoprescribe...?

	Total				Activo				Mir				Jubilado			
	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Hipnóticos	602	749	1351	0,012	432	648	1.080	0,006	22	54	76	0,317	148	47	195	0,332
	32.40%	30.57%	31.36%		30,68	31,5	31,17		22,68	20,53	21,11		41,93	36,15	40,37	
Psicofármacos	152	174	326	0,013	95	144	239	0,002	8	14	22	0,262	49	16	65	0,054
	8.18%	7.10%	7.57%		6,75	7	6,9		8,25	5,32	6,11		13,88	12,31	13,46	
Antibióticos	1360	1688	3048	0,008	1.021	1.449	2.470	0,162	36	130	166	0,105	303	109	412	0,742
	73.20%	68.90%	70.75%		72,51	70,44	71,28		37,11	49,43	46,11		85,84	83,85	85,3	
Analgésicos básicos	1736	2343	4079	0,001	1.320	1.971	3.291	0,001	85	248	333	0,003	331	124	455	0,249
	93.43%	95.63%	94.68%		93,75	95,82	94,98		87,63	94,3	92,5		93,77	95,38	94,2	
Opioides	121	107	228	0,004	85	84	169	0,011	2	7	9	0,824	34	16	50	0,403
	6.51%	4.37%	5.29%		6,04	4,08	4,88		2,06	2,66	2,5		9,63	12,31	10,35	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1632	2233	3865	1.263	1.874	3.137	88	245	333	281	114	395
	87.84%	91.14%	89.72%	89,70%	91,10%	90,53%	90,72%	93,16%	92,50%	79,60%	87,69%	81,78%
Si	226	217	443	145	183	328	9	18	27	72	16	88
	12.16%	8.86%	10.28%	10,30%	8,90%	9,47%	9,28%	6,84%	7,50%	20,40%	12,31%	18,22%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor	0,0001			0,166			0,437			0,041		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo conoce	812	724	1.536	679	646	1.325	33	57	90	100	21	121
	43.70%	29.55%	35.65%	48,22%	31,40%	38,24%	34,02%	21,67%	25,00%	28,33%	16,15%	25,05%
De 1 a 3 veces	661	1,134	1.795	475	941	1.416	40	140	180	146	53	199
	35.58%	46.29%	41.67%	33,74%	45,75%	40,87%	41,24%	53,23%	50,00%	41,36%	40,77%	41,20%
Más de 3 veces	385	592	977	254	470	724	24	66	90	107	56	163
	20.72%	24.16%	22.68%	18,04%	22,85%	20,89%	24,74%	25,10%	25,00%	30,31%	43,08%	33,75%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,0001			0,0001			0,041			0,006		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1549	2091	3640	1.177	1.753	2.930	86	233	319	286	105	391
	86.49%	87.31%	86.96%	86,86%	86,95%	86,92%	94,51%	92,46%	93,00%	82,90%	82,68%	82,84%
Si	242	304	546	178	263	441	5	19	24	59	22	81
	13.51%	12.69%	13.04%	13,14%	13,05%	13,08%	5,49%	7,54%	7,00%	17,10%	17,32%	17,16%
Total	1791	2395	4186	1.355	2.016	3.371	91	252	343	345	127	472
P* valor	0,436			0,939			0,512			0,955		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me ha afectado	744	1035	1779	552	873	1.425	38	107	145	154	55	209
	40.04%	42.24%	41.30%	39,20%	42,44%	41,13%	39,18%	40,68%	40,28%	43,63%	42,31%	43,27%
Si, me ha beneficiado	975	1118	2093	740	926	1.666	50	127	177	185	65	250
	52.48%	45.63%	48.58%	52,56%	45,02%	48,08%	51,55%	48,29%	49,17%	52,41%	50,00%	51,76%
Si, me ha perjudicado	139	297	436	116	258	374	9	29	38	14	10	24
	7.48%	12.12%	10.12%	8,24%	12,54%	10,79%	9,28%	11,03%	10,56%	3,97%	7,69%	4,97%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor				0,0001			0,819			0,247		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	336	559	895	266	486	752	24	63	87	46	10	56
	18.08%	22.82%	20.78%	18,89%	23,63%	21,70%	24,74%	23,95%	24,17%	13,03%	7,69%	11,59%
Si	1522	1891	3,413	1.142	1.571	2.713	73	200	273	307	120	427
	81.92%	77.18%	79.22%	81,11%	76,37%	78,30%	75,26%	76,05%	75,83%	86,97%	92,31%	88,41%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,001			0,001			0,877			0,104		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo aceptaría	290	351	641	216	295	511	8	32	40	66	24	90
	15.61%	14.33%	14.88%	15,34%	14,34%	14,75%	8,25%	12,17%	11,11%	18,70%	18,46%	18,63%
Sólo en casos excepcionales	1083	1547	2,63	830	1.300	2.130	59	175	234	194	72	266
	58.29%	63.14%	61.05%	58,95%	63,20%	61,47%	60,82%	66,54%	65,00%	54,96%	55,38%	55,07%
Si, siempre	485	552	1037	362	462	824	30	56	86	93	34	127
	26.10%	22.53%	24.07%	25,71%	22,46%	23,78%	30,93%	21,29%	23,89%	26,35%	26,15%	26,29%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,028			0,034			0,129			0,996		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1371	1740	3111	1.024	1.469	2.493	67	168	235	280	103	383
	73.79%	71.02%	72.21%	72,73%	71,41%	71,95%	69,07%	63,88%	65,28%	79,32%	79,23%	79,30%
Sí	487	710	1,197	384	588	972	30	95	125	73	27	100
	26.21%	28.98%	27.79%	27,27%	28,59%	28,05%	30,93%	36,12%	34,72%	20,68%	20,77%	20,70%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,015			0,398			0,358			0,983		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total				Activo				Mir				Jubilado			
	Hombre	Mujer	Total	P*valor	Hombre	Mujer	Total	P*valor	Hombre	Mujer	Total	P*valor	Hombre	Mujer	Total	P*valor
Salud Laboral	7	15	22	0,041	5	12	17	0,033	2	3	5	0,922	0	0	0	0
	0,36%	0,61%	0,51%		0,58%	0,58%	0,49%		2,06%	1,90%	1,94%		1,98%	2,31%	2,07%	
Su médico de familia	154	237	391	0,03	106	195	301	0,045	21	30	51	0,013	27	12	39	0,571
	8,29%	9,67%	9,08%		7,53%	9,48%	8,69%		21,65%	11,41%	14,17%		7,65%	9,23%	8,07%	
Un especialista	513	620	1133	0,51	336	511	847	0,51	19	60	79	0,512	158	49	207	0,164
	27,61%	25,31%	26,30%		23,86%	24,84%	24,44%		19,59%	22,81%	21,94%		44,76%	37,69%	42,86%	
Hablarlo el consulta	629	799	1428	0,04	513	704	1.217	0,181	26	66	92	0,742	90	29	119	0,471
	33,85%	32,61%	33,15%		36,43%	34,22%	35,12%		26,80%	25,10%	25,56%		25,22%	22,31%	24,64%	
Propuesta y hablar otro día	555	779	1334	0,06	448	635	1.083	0,554	29	104	133	0,092	78	40	118	0,049
	29,87%	31,80%	30,97%		31,82%	30,87%	31,26%		29,90%	39,54%	36,94%		22,10%	30,77%	24,43%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor	Hombre	Mujer	Total	P valor
No he atendido a compañeros	139	269	408	0,003	88	184	272	0,004	21	69	90	0,373	30	16	46	0,206
	7,48%	10,98%	9,47%		6,25%	8,95%	7,85%		21,65%	26,24%	25,00%		8,50%	12,31%	9,52%	
Me he sentido incómodo	278	490	768	0,001	226	418	644	0,002	21	61	82	0,757	31	11	42	0,912
	14,96%	20,00%	17,83%		16,05%	20,32%	18,59%		21,65%	23,19%	22,78%		8,78%	8,46%	8,70%	
Como en un examen	154	436	590	0,001	127	361	488	0,001	13	67	80	0,014	14	8	22	0,306
	8,29%	17,80%	13,70%		9,02%	17,55%	14,08%		13,40%	25,48%	22,22%		3,97%	6,15%	4,55%	
Como un paciente más	1287	1255	2542	0,001	967	1.094	2.061	0,001	42	66	108	0,001	278	95	373	0,187
	69,27%	51,22%	59,01%		68,68%	53,18%	59,48%		43,30%	25,10%	30,00%		78,75%	73,08%	77,23%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483,00%	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

43. ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Poco preparado	185	493	678	126	380	506	20	79	99	39	34	73
	9.96%	20.12%	15.74%	8,95%	18,47%	14,60%	20,62%	30,04%	27,50%	11,05%	26,15%	15,11%
Bien preparado	1673	1957	3,63	1.282	1.677	2.959	77	184	261	314	96	410
	90.04%	79.88%	84.26%	91,05%	81,53%	85,40%	79,38%	69,96%	72,50%	88,95%	73,85%	84,89%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,0001			0,0001			0,076			0,0001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

Completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor	Hombre	Mujer	Total	p* valor
Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.	1802	2386	4188	0,675	1372	2001	3373	0,766	94	261	355	0,093	336	124	460	0,927
	96,99%	97,39%	97,21%		97,44%	97,28%	97,34%		96,91%	99,24%	98,61%		95,18%	95,38%	95,24%	
Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello	1337	1819	3156	0,043	1020	1549		0,059	62	182	244	0,341	255	88	343	0,329
	71,96%	74,24%	73,26%		72,44%	75,30%	74,14%		63,92%	69,20%	67,78%		72,24%	67,69%	71,01%	
Médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada	1651	2245	3896	0,004	1.255	1.897	3.152	0,002	12	28	40	0,644	42	17	59	0,726
	88,86%	91,63%	90,44%		89,13%	92,22%	90,97%		12,37%	10,65%	11,11%		11,90%	13,08%	12,22%	
Total	1858	2450	4308		1408	2057	3465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total				Activo				Mir				Jubilado			
	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor	Hombre	Mujer	Total	P* valor
No le diría nada	18	38	56	0,231	11	32	43	0,03	0	3	3	0,001	7	3	10	0,001
	0,97%	1,55%	1,30%		0,78%	1,56%	1,24%		0,00%	1,14%	0,83%		1,98%	2,31%	2,07%	
Tengo dudas sobre cómo debería actuar	878	1598	2476	0,001	677	1.336	2.013	0,0001	63	185	248	0,327	138	77	215	0,001
	47,26%	65,22%	57,47%		48,08%	64,95%	58,10%		64,95%	70,34%	68,89%		39,09%	59,23%	44,51%	
Se lo diría con toda seguridad	962	814	1776	0,001	720	689	1.409	0,001	34	75	109	0,231	208	50	258	0,001
	51,78%	33,22%	41,23%		51,14%	33,50%	40,66%		35,05%	28,52%	30,28%		58,92%	38,46%	53,42%	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353,00%	130,00%	483,00%	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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?

	Total											
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy en desacuerdo, en desacuerdo	240	272	512	177	214	391	18	40	58	45	18	63
	12,92%	11,10%	11,88%	12,57%	10,40%	11,28%	19,56%	14,20%	16,11%	12,75%	13,85%	13,05%
Ni de acuerdo ni desacuerdo	466	586	1.052	359	462	821	31	88	119	76	36	112
	25,08%	23,92%	24,42%	25,50%	22,46%	23,69%	31,96%	33,46%	33,06%	21,53%	27,69%	23,19%
De acuerdo, muy de acuerdo	1.152	1.592	2.744	872	1.381	1.235	48	135	183	232	76	308
	62%	65%	63,50%	61,93%	67,14%	64,02%	29,48%	51,33%	50,83%	65,73%	57,46%	63,77%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,093			0,01			0,437			0,108		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me influye	562	650	1212	433	547	980	35	73	108	94	30	124
	30.25%	26.53%	28.13%	30,75%	26,59%	28,28%	36,08%	27,76%	30,00%	26,63%	23,08%	25,67%
Prefiero no saberlo	140	336	476	107	244	351	23	75	98	10	17	27
	7.53%	13.71%	11.05%	7,60%	11,86%	10,13%	23,71%	28,52%	27,22%	2,83%	13,08%	5,59%
Prefiero que se identifique	1156	1464	2620	868	1.266	2.134	39	115	154	249	83	332
	62.22%	59.76%	60.82%	61,65%	61,65%	61,59%	40,21%	43,73%	42,78%	70,54%	63,85%	68,74%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,001			0,0001			0,295			0,0001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy desacuerdo, en desacuerdo	314	411	725	220	331	551	8	44	52	86	36	122
	16.90%	16.78%	16.83%	15,63%	16,09%	15,90%	8,25%	16,73%	14,44%	24,36%	27,69%	25,26%
Ni de acuerdo, ni de desacuerdo, muy de acuerdo	1544	2039	3,583	1.188	1.726	2.914	89	219	308	267	94	361
	83.10%	83.22%	83.17%	84,38%	83,91%	84,10%	91,75%	83,27%	85,56%	75,64%	72,31%	74,74%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,756			0,712			0,042			0,455		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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"

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy deficiente, deficiente	312	324	636	226	261	487	5	20	25	81	43	124
	16.79%	13.22%	14.76%	16,05%	12,69%	14,05%	5,15%	7,60%	6,94%	22,95%	33,08%	25,67%
Adecuada, muy adecuada, excelente	1546	2126	3,672	1.182	1.796	2.978	92	243	335	272	87	359
	83.21%	86.78%	85.24%	83,95%	87,31%	85,95%	94,85%	92,40%	93,06%	77,05%	66,92%	74,33%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,001			0,005			0,417			0,024		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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?

	Total				Activo				Mir				Jubilado			
	Hom bre	Muje r	Total	P*val or												
Renunci a inmediat a	224	438	662	0,001	195	372	567	0,001	18	64	82	0,246	11	2	13	0,342
	12,06 %	17,88 %	15,37 %		13,85 %	18,08 %	16,36 %		18,56 %	24,33 %	22,78 %		3,12% %	1,54 %	2,69 %	
Renunci a tras varios años	623	1076	1699	0,000 1	515	900	1.415	0,000 1	50	142	192	0,068	58	34	92	0,016
	33,53 %	43,92 %	39,44 %		36,58 %	43,75 %	40,84 %		51,55 %	53,99 %	53,33 %		16,43 %	26,15 %	19,05 %	
Conserv arla	1011	936	1947	0,000 1	698	785	1.483	0,000 1	29	57	86	0,104	284	94	378	0,054
	54,41 %	38,20 %	45,19 %		49,57 %	38,16 %	42,80 %		29,90 %	21,67 %	23,89 %		80,45 %	72,31 %	78,26 %	
Total	1858	2450	4308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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"

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Innecesario, poco necesario	157	94	251	108	82	190	1	8	9	48	4	52
	8,45%	3,84%	5,83%	7,67%	3,99%	5,48%	1,03%	3,04%	2,50%	13,60%	3,08%	10,77%
Necesario, bastante necesario, muy necesario	1701	2356	4,057	1.300	1.975	3.275	96	255	351	305	126	431
	91,55%	96,16%	94,17%	92,33%	96,01%	94,52%	98,97%	96,06%	97,50%	86,40%	96,92%	89,23%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,001			0,0001			0,278			0,001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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"

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No se implican, poca implicación	835	1112	1947	627	938	1.565	43	100	143	165	74	239
	44.94%	45.39%	45.19%	44,53%	45,60%	45,17%	44,33%	38,02%	39,72%	46,74%	56,92%	49,48%
Suficiente implicación, bastante implicación y completamente implicados	1023	1338	2,361	781	1.119	1.900	54	163	217	188	56	244
	55.06%	54.61%	54.81%	55,47%	54,40%	54,83%	55,67%	61,98%	60,28%	53,26%	43,08%	50,52%
Total	1,858	2,45	4,308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P* valor	0,345			0,535			0,278			0,047		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	845	1393	2238	606	1.105	1.711	68	212	280	171	76	247
	45.48%	56.86%	51.95%	43,04%	53,72%	49,38%	70,10%	80,61%	77,78%	48,44%	58,46%	51,14%
Si	1013	1057	2070	802	952	1.754	29	51	80	182	54	236
	54.52%	43.14%	48.05%	56,96%	46,28%	50,62%	29,90%	19,39%	22,22%	51,56%	41,54%	48,86%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor	0,001			0,0001			0,033			0,051		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

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"

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Completamente en desacuerdo, desacuerdo	418	420	838	337	379	716	11	24	35	70	17	87
	22.50%	17.14%	19.45%	23,93%	18,42%	20,66%	11,34%	9,13%	9,72%	19,83%	13,08%	18,01%
De acuerdo, bastante de acuerdo, completamente de acuerdo	1440	2030	3,47	1.071	1.678	2.749	86	239	325	283	113	396
	77.50%	82.86%	80.55%	76,07%	81,58%	79,34%	88,66%	90,87%	90,28%	80,17%	86,92%	81,99%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor	0,001			0,0001			0,529			0,087		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?

	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	645	829	1474	514	763	1.277	24	42	66	107	24	131
	34,71%	33,84%	34,22%	36,51%	37,09%	36,85%	24,74%	15,97%	18,33%	30,31%	18,46%	27,12%
Si	1213	1621	2834	894	1.294	2.188	73	221	294	246	106	352
	65,29%	66,16%	65,78%	63,49%	62,91%	63,15%	75,26%	84,03%	81,67%	69,69%	81,54%	72,88%
Total	1858	2450	4308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P*valor				0,725			0,056			0,009		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado

ANEXO 15: TABLAS ENS PARA LA COMPARACIÓN CON CAMAPE

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
Se exponen las tablas para mayor comodidad.

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														
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														
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

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

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

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

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

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

Consumo de tabaco según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

fumador	AMBOS				HOMBRES				MUJERES			
	diario	ocasional	Exfumador	Nunca	diario	ocasional	Exfumador	Nunca	diario	ocasional	Exfumador	Nunca
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

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	Me nos	No	Nunca	Diario	Semanal	Mensual	Me nos	No	Nunca
De 25 a 64 años																		
Superior	11,55	34,22	23,32	10,98	9,38	10,54	16,71	40,24	23,34	7,86	6,39	5,46	7,07	28,99	23,30	13,70	11,98	14,96
De 65 y más años																		
Superior	36,15	16,10	14,03	7,66	14,06	12,00	44,93	16,06	11,91	5,28	14,16	7,65	23,01	16,16	17,19	11,22	13,91	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

K. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Marco-Gómez B, Pérez-Alvárez C, Gallego-Royo A, Martínez-Boyero T, Altisent R, Delgado-Marroquín MT, Astier-Peña MP. El proceso de enfermar de los médicos y sus consecuencias en el profesionalismo. *Acta Bioethica*. 2018; 24 (2): 199-210.
- ² Gautam M, MacDonald R. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *West J Med* 2001;175: 336–338.
- ³ O'Connor M, Kelleher C. Do doctors benefit from their profession? A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices. *Irish Medical Journal*. 199; 91(6) 206-209.
- ⁴ 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.
- ⁵ Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul;58(552):501-8. doi: 10.3399/bjgp08X319486.
- ⁶ Davison SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179:302-305.
- ⁷ Toyry S, Rasanen K, Seuri M, Aarimaa M, Juntunen J, Kujala S, et al.. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *Br J Gen Pract*. 2004; 54:44-6.
- ⁸ Wachtel TJ, Wilcox VL, MoultonAW, Tammaro D, Stein MD. Physicians' utilization of Health care. *J Gen Intern Med*.1995; 10:261-265.
- ⁹ Myers M. New century: overcoming stigma, respecting differences. *Can J Psychiatry* 2001; 46:907-14.
- ¹⁰ Forsythe M, Calman M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general preactioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999;319:605-8.
- ¹¹ Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust*. 2004; 181:368-70.
- ¹² Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med*. 2005; 3(16):1-7.
- ¹³ Gendel MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, Shore JH. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics*. 2012 May;38(5):294-8. doi: 10.1136/medethics-2011-100167.
- ¹⁴ Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley et Sons; 1999.
- ¹⁵ McCracken CB. A piece of my mind. Intellectualization of drug abuse. *JAMA*. 2010; 303(19):1894-5.
- ¹⁶ Hamilton TK, Schweitzer RD. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Aus NZ J Psychiatry*. 2000; 34:829-835.
- ¹⁷ Lawrence J. Stress and the doctors health. *Aust Fam Physician*. 1996; 25:1249-1256.

-
- ¹⁸ Geoffrey J Riley. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *MJA*. 2004; 181(7).
- ¹⁹ Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *J Am Med Assoc*. 2002;287:955–957
- ²⁰ Farber NJ et al. Physicians' willingness to report impaired colleagues. *Soc Sci Med*. 2005; 61:1772-1775.
- ²¹ Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 2001; 323(7315):728-31.
- ²² Schneck SA. Doctoring doctors and their families. *JAMA*. 1998;280:2039-2042.
- ²³ Myers MF, Gabbard GO. *The Physician as Patient. A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Ed. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008.
- ²⁴ Williams S, Michine S, Patan S. Improving the health of the NHS workforce. Report of the partnership on the health of the NHS workforce. London: Nuffield Trust, 1998.
- ²⁵ Talbott GD, Martin CA. Treating impaired physicians: fourteen keys to success. *Va Med*. 1986; 113:95-9.
- ²⁶ Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US Physicians. *Am J Prev Med*. 2000; 19:155-159.
- ²⁷ O'Hagan J. Doctors and their health. In: O'Hagan J, Richards J, editors. *In sickness and in health*. 2nd ed. Wellington, NZ: Doctors' Health Advisory Service; 1998: 1-9.
- ²⁸ Schlincht SM, Gordon IR, Ball RJ, Christie DG. Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust*. 1990; 153: 528-521.
- ²⁹ Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* [Internet]. 2002 Apr 5;30(2):125–32. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/14034940210133744>
- ³⁰ Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. 1996; 168: 274-279.
- ³¹ Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med*. 2001; 52:259-65.
- ³² Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med*. 2000; 9:1079-85.
- ³³ Arrizabalaga P, Baranda L, Rohlfs 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;Fundación Galatea. Inc; 2007.
- ³⁴ Stanton J, Caan W. How many doctors are sick? *BMJ* 2003; 326:97.
- ³⁵ Haque OS, Stein MA, Marvit A. Physician, Heal Thy Double Stigma - Doctors with Mental Illness and Structural Barriers to Disclosure. *N Engl J Med*. 2021;11;384(10):888-891. doi: 10.1056/NEJMp2031013.

-
- ³⁶ Iversen A, Rushforth B, Forrest K. How to handle stress and look after your mental health. *BMJ*. 2009; 27:b1368.
- ³⁷ Champbell S, DelvaD. Physician do not heal thyslf: Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician*. 2003; 49:1121-1127.
- ³⁸ American Medical Association Council on Mental Health. The sick physician: impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *J Am Med Assoc* 1973;223:684-687.
- ³⁹ Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL. Anesthesiologist with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state Physician Health Programs. *Anesthesia et Analgesia*. 2009; 109:891-6.
- ⁴⁰ Casas M, Gual A, Bruguera E, Arteman A, Padros J. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:785-9.
- ⁴¹ Gallegos KV, Veit FW, Wilson PO, Porter T, Talbott GD. Substance abuse among health professionals. *Md Med J*. 1988 Mar; 37(3):191-7.
- ⁴² Lusilla P, Gual , Roncero C, Bruguera E, Marcos V, Valero S et al. Dual diagnosis in inpatient physicians: prevalence and clinical characteristics. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*. 2008;1:10-20.
- ⁴³ Firth-Cozens J. Depression in doctors. En: Robertson MM, Katona CLE, editors. *Depressions and physical illness*. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- ⁴⁴ Firth-Cozens J. Intervention to improve physicians' wellbeing and patient care. *Soc Sci Med*. 2001; 52:215-222.
- ⁴⁵ Federation of state physician health programs, AMA. Disponible en: <http://www.fsphp.org/> (ultimo acceso 31 mar 2021).
- ⁴⁶ CMA: Centre for Phisician Health and wellbeing. Disponible en: <https://www.cma.ca/physician-health-and-wellness> (Ultimo acceso 31 mar 2021).
- ⁴⁷ Doctors' health advisory service. Disponible en: <https://ama.com.au/resources/doctors-health> (Último acceso 31 mar 2021).
- ⁴⁸ British Medical Association: Doctors health and wellbeing. Disponible en: <http://bma.org.uk/support-at-work/doctors-well-being> (Último acceso 31 mar 2021).
- ⁴⁹ General Medical Council. Good medical practice. London: GMC, 1995. United Kindgdom: Health. Disponible en: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice> (Último acceso 30 mar 2021).
- ⁵⁰ World Medical Association Statement on physician Well-Being. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-well-being/> Published October 2015. (Accessed September 9, 2020).
- ⁵¹ World Medical Association Declaration of Geneve. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva> (Accessed September 9,2020).
- ⁵²Parsa-Parsi RW. The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. *JAMA*. 2017; 28;318(20):1971-1972. doi: 10.1001/jama.2017.16230.

-
- ⁵³ International Conference on Doctors' Health. Disponible en: <http://bma.org.uk/icph2014>
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/physician-health/international-conference-physician-health.page?> (Último acceso 30 mar 2021).
- ⁵⁴ Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R; Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Physician health and wellness. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(2):77-82. doi: 10.1093/occmed/kqj025.
- ⁵⁵ Principles of medical ethics. In: American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. *Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2004–2005 Edition*. Chicago: AMA Press, 2004.
- ⁵⁶ Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychol Bull*. 2019;145(4):410-29.
- ⁵⁷ Lafuente Sanchez JV. EL ambiente educativo en los contextos de formación médica. *Educ Médica [Internet]*. 2019;20 (5):304-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.07.001>
- ⁵⁸ S. Mora, G. Diaz-Veliz, J.V.Lafuente, R. Bianchi, P. Cargiulo, C. Teran, et al. Evaluación de las percepciones del ambiente educacional en dos facultades de medicina aplicando el cuestionario DREEM. J.F. Escanero (ED.) *Experiencias de innovación e investigación educativa en el nuevo contexto universitario*. Colección Nova Unizar, P.U.Z., Zaragoza (2011), pp.1221-1234.
- ⁵⁹ Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Càmara M, Parramon G, et al. Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña. *Inf y Estud Fund Galatea [Internet]*; 2012. Available from: https://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cast_baixa.pdf
- ⁶⁰ Meeks LM, Jain NR. *Accessibility, inclusion, and action in medical education: lived experiences of learners and physicians with disabilities*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, March 2018. Available from: <https://store.aamc.org/accessibility-inclusion-and-action-in-medical-education-lived-experiences-of-learners-and-physicians-with-disabilities.html>.
- ⁶¹ Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med* 2006; 81(4): 354-373.
- ⁶² Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: A systematic review. *Clin Teach* 2013; 10(4): 242-245.
- ⁶³ Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Academia and Clinic. *Ann Intern Med [Internet]* 2001; 135(7): 507-513.
- ⁶⁴ Morales M, López-Ibor JJ. Estrés y adaptación al inicio de la formación médica postgraduada. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1995; 23(5): 241-248.
- ⁶⁵ Zbieranowski I, Takahashi SG, Verma S, Spadafora SM. Remediation of residents in difficulty: a retrospective 10-year review of the experience of a postgraduate board of examiners. *Acad Med*. 2013 ; 88(1): 111-116. Doi: 10.1097/ ACM.0b013e3182764cb6
- ⁶⁶ Ania O, Cuatrecasas G, et al. *La salud del MIR: Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes*. Barcelona: Fundación Galatea; 2008. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/Opuscle_Salut_MIR_cast.pdf

-
- ⁶⁷ Mahmood T. Dealing with trainees in difficulty. *Facts Views Vis Obgyn.* 2012; 4(1): 18-23.
- ⁶⁸ Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82(1): 31-38. Doi: 10.1007/ s00420-008-0303-7.
- ⁶⁹ Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. *SocSci Med* 1997; 45(1): 41-44.
- ⁷⁰ Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, Van der Heijden FM, Van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ* 2007; 41(8): 788-800.
- ⁷¹ Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-2889.
- ⁷² Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 81-90.
- ⁷³ Mata DA, Ramos MA, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015; 314(22): 2373–2383. Doi:10.1001/jama.2015.15845.209
- ⁷⁴ Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2009. Disponible en: <https://www.fgalatea.org/Upload/Documents/5/4/542.pdf>
- ⁷⁵ Pérez-Álvarez C. El médico residente como paciente: Análisis del proceso de enfermar, de las cuestiones éticas y formativas, y del futuro desarrollo [dissertation]. Zaragoza. Universidad de Zaragoza; 2019. 220 p.
- ⁷⁶ Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Marco-Gómez B, Martínez-Boyerero T, Altisent R, Delgado-Marroquín MT, Astier-Peña MP. Resident Physicians as Patients: Perceptions of Residents and Their Teaching Physicians. *Acad Psych.* 2019; 43:pp 6770 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-018-0981-8>
- ⁷⁷ Bazo Royo, M^a. T., Hernández Rodríguez, G. et al. Sociología de la Vejez en Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: McGraw Hill; 2006.
- ⁷⁸ Sanchez-Candamio M, del Valle A. Estudio de las necesidades de los profesionales de la Medicina relacionados con la jubilación. Barcelona: fundación Galatea. Inc; 2006. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/pdf/jubilats.pdf>
- ⁷⁹ Neurgaten, B.L. Los significados de la edad. Barcelona: Herder. Versión Original. The meanings of age: selected papers of Bernice L. Neurgarten. Chicago: Chicago University Press; 1996.
- ⁸⁰ Silver MP, Pang NC, Williams SA. "Why give up something that works so well?: retirement expectations among academic physicians. *Educ Gerontol.* 2015; 41: 333-347.
- ⁸¹ Silver MP, Williams SA. Reluctance to Retire: A Qualitative Study on Work Identity, Intergenerational Conflict, and Retirement in Academic Medicine. *Gerontologist.* 2016; 00: 1–11.
- ⁸² Luce A, Van Zwanenberg T, Firth-Cozens J, Tinwell C. What might encourage later retirement among general practitioners. *J Manag Med.* 2002; 16(4-5): 303-310.
- ⁸³ Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med.* 2001; 35: 145-148.

-
- ⁸⁴ Campillo Serrano C, Sotelo Monroy GE, Trejo Márquez HD. Aspectos psicológicos y emocionales del retiro médico. Una primera aproximación. *Gac Med Mex*. 2011;147(3):256-261.
- ⁸⁵ Silver MP. Critical reflection on physician retirement. *Can Fam Physician*. 2016; 62: 783-784.
- ⁸⁶ Silver MP, Hamilton AD, Biswas A, Warrick NI. A systematic review of physician retirement planning. *Human Resources for Health* 2016; 14: 67. DOI: 10.1186/s12960-016-0166-z
- ⁸⁷ Silver MP, Easty LK. Planning for retirement from medicine: a mixed-methods study. *CMAJ Open* 2017. Doi: 10.9778/cmajo.20160133
- ⁸⁸ Wolf CV. Women in medicine: an unceasing journey. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86:1283-6.
- ⁸⁹ Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ*. 2013;47(1):59-70. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04351.x
- ⁹⁰ Carvajal D. The changing face of Western medicine. *Int Herald Trib*, 8 March 2011. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2011/03/08/world/europe/08iht-ffdocs08.html>
- ⁹¹ McKinstry B. Are there too many female medical graduates? Yes. *BMJ*. 2008;336:748.
- ⁹² Elston MA. *Women and Medicine: The Future*. London: Royal College of Physicians 2009.
- ⁹³ Del Pozo G, Garcia M, Leon M, Lopez G M V. Estudio sobre demografía médica_2017. Cuadernos CGCOM. 2018. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/
- ⁹⁴ Maharaj R TY. Male gender role and its implications for family medicine. *Can Fam Physician*. 2000;46:1005-7.
- ⁹⁵ 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 [Internet]*. 2019;33(2):20310. doi:org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003
- ⁹⁶ 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 [Internet]. 2010. Available from: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2575>
- ⁹⁷ Tomás Aznar C, Yago Simón T, Eguiluz López M, Oliveros Briz T, Palacio Gavín G, Samitier Lerendegui ML. El sexo y el género en la investigación en salud: las resistencias a la superación de un reto. *Filanderas*. 1970;(1):27-44
- ⁹⁸ Creswell JW, Clark VP. *Designing and conducting mixed methods research*. California: Sage Publications; 2007.
- ⁹⁹ J.J.Miraa, V. Pérez-Jovera, S. Lorenzob, J. Aranaza y J. Vitallera. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004; 34(4):161-9.
- ¹⁰⁰ Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 4th ed. California: Sage Publications; 2011.
- ¹⁰¹ Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:473-482.
- ¹⁰² Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage; 2012.

-
- ¹⁰³ Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005; 14 (1):61-71.
- ¹⁰⁴ Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Rev Inve Psic UNMSM*. 2006;9(1):123-146.
- ¹⁰⁵ Martín-Crespo MC, Salamanca AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación*. 2007. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
- ¹⁰⁶ Glaser, B G, Strauss, A L. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge. 2017.
- ¹⁰⁷ Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 423-436.
- ¹⁰⁸ Taylor SJ, Bogdan R, DeVault M. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and resources*. 4th Edition. New York: Wiley, 2015.
- ¹⁰⁹ Kvale, S. *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage Publications; 1996.
- ¹¹⁰ Willig C. *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham, UK: Open University Press; 2001.
- ¹¹¹ Kitzinger J. Qualitative Research: introducing focus group. *BMJ*. 1995;311:299-302.
- ¹¹² Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med*. 2013;2(1):55-60.
- ¹¹³ Krueger RA., Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied researchers*. 3rd ed. California: Sage Publications; 2000.
- ¹¹⁴ Morgan DL. *The focus group guidebook*. 1st ed. California: Sage Publications; 1997.
- ¹¹⁵ WHO. *Informa sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- ¹¹⁶ Boyce C, Neale P. *Conducting in-depth interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*. USA: Pathfinder International; 2006.
- ¹¹⁷ Braquehais MD, Eiroa-Orosa FJ, Holmes KM, Lusilla P, Bravo M, Mozo X, Mezzatesta M, et al. Differences in Physicians' and Nurses' Recent Suicide Attempts: An Exploratory Study. *Arch Suicide Res*. 2014; 17.
- ¹¹⁸ Phelan ST. Pregnancy during residency: II. Obstetric complications. *Obstet Gynecol* 1988; 72:431-6.
- ¹¹⁹ Miller NH, Katz VL, Cefalo RC. Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *J Reprod Med*. 1989; 34:790-6.
- ¹²⁰ Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index Enferm*. 2002; 36-37: 24-28.
- ¹²¹ Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 2003;31(8):527-38.

-
- ¹²² Marco Gómez B. Cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del médico. [Trabajo Fin de Máster en Ética Médica FFOMC-FOM]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
- ¹²³ Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust* 2004; 181: 368-370.
- ¹²⁴ Chen, J.Y., Tse, E.Y., Lam, T.P. et al. Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health* 8, 183 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-183>
- ¹²⁵ Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *IrMed J* 2007; 100(6): 489–491.
- ¹²⁶ Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42(357): 153–156.
- ¹²⁷ Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health*. 2002;30(2):125-32. doi: 10.1080/14034940210133744
- ¹²⁸ Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimala M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. *Arch Fam Med* [Internet]. 2000 [cited 2020];9(10):1079–85.
- ¹²⁹ Encuesta Europea de Salud, INE 2014. Disponible en: http://www.ine.es/colencine/colencine_enchog_salud.htm (último acceso 10-04-2021)
- ¹³⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España, 2017. [Consultado el 14 de agosto 2019] Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- ¹³¹ Condón AI, Delgado MT, Altisent R. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales: Valor del compromiso profesional e implicación en la organización sanitaria [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017.
- ¹³² Stanton J, Randal P. Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ Open* 2011;1:e000017. doi:10.1136/ bmjopen-2010-000017
- ¹³³ Guner N, Kulikova Y, Llull J. Documentos de Trabajo N.º 1745. Marriage and health: selection, protection, and assortative mating. 2017.
- ¹³⁴ Silver MP. Critical reflection on physician retirement. *Can Fam Physician* 2016; 62: 783-784.
- ¹³⁵ Fontenla C. El Tribunal Supremo declara nulas las jubilaciones forzosas de los médicos del Salud. *Heraldo de Aragón*. 19/07/2018. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2018/07/19/el-tribunal-supremo-declara-nulas-las-jubilaciones-forzosas-los-medicos-del-salud-1258322-300.html>
- ¹³⁶ Organización Médica Colegial. ¿Qué es la Validación Periódica de la Colegiación? Disponible en: https://www.cgcom.es/val_pc
- ¹³⁷ Szigriszt Pazos, Francisco. Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: fórmula de perspicuidad. [Tesis doctoral.] Universidad Complutense de Madrid; 1993.

-
- ¹³⁸ Barrio, I. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *An Sist Sanit Navar* 2008; 31(2): 135-152.
- ¹³⁹ Barrio, I. «El programa Inflesz». Legibilidad.com Una web sobre el análisis de la legibilidad de textos escritos en español. Disponible en: <https://legible.es/blog/escala-inflesz/>
- ¹⁴⁰ 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.
- ¹⁴¹ World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013; 310:2191-4.
- ¹⁴² Komesaroff P. From bioethics to microethics: Ethical debate and clinical medicine. Australia: Melbourne University Press. 1995.
- ¹⁴³ Guillemin M, Gillam L. Ethics, Reflexivity, and “Ethically Important Moments” in Research. *Qualitative Inquiry.* 2004; 10; 261-280.
- ¹⁴⁴ Reyshav I, Beerl 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.
- ¹⁴⁵ Díaz De Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers*, 2012 Disponible en: <https://papers.uab.cat/article/view/v97-n1-diaz/pdf>
- ¹⁴⁶ Bedoya-Vaca, R., Derose, K.P. & Romero-Sandoval, N. Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16: 662. doi.org/10.1186/s12913-016-1917-1.
- ¹⁴⁷ Miller K, Clark D. “Knife before wife”: An exploratory study of gender and the UK medical profession. *J Heal Organ Manag.* 2008;22(3):238–53.
- ¹⁴⁸ Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. The impact of gender and parenthood on physicians’ careers - Professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2010 Dec 18 [cited 2020];10(1):40. Available from: doi:10.1186/1472-6963-10-40
- ¹⁴⁹ Zuger A. special report Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med.* 2004;69–75.
- ¹⁵⁰ European Working Time Directive. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32003L0088>
- ¹⁵¹ Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res.* 2003;54(2):171–8.
- ¹⁵² Heiligers PJM, Hingstman L: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000, 50:1235-1246.
- ¹⁵³ Lambert EM, Holmboe ES: The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med* 2005, 80(9):797-802.
- ¹⁵⁴ Charness G, Gneezy U. Strong Evidence for Gender Differences in Risk Taking. *J Econ Behav Organ.* 2012;83(1):50–8.

-
- ¹⁵⁵ Delgado A, Saletti-Cuesta L, Lápez-Fernndez LA, Luna JDD, Mateo-Rodriguez I. Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011; 28;11(1):51.
- ¹⁵⁶ Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*: 2004;291:637
- ¹⁵⁷ Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*. 2000; 9:287-290.
- ¹⁵⁸ Shadbolt NE. Attitudes to healthcare and self-care among junior medical officers: a preliminary report. *Med J Aust*. 2002 1;177
- ¹⁵⁹ 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.
- ¹⁶⁰ World Health Organisation. Global status report on alcohol and health. WHO: 2014.
- ¹⁶¹ Sørensen JK, Pedersen AF, Bruun NH, Christensen B, Vedsted P. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. *Dan Med J*. 2015;62:1–8.
- ¹⁶² 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;12;7:5. Doi:10.1186/1471-2458-75.
- ¹⁶³ O' Keeffe, A., Hayes, B. & Prihodova, L. "Do as we say, not as we do?" the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19: 179.doi.org/10.1186/s12889-019-6451-8
- ¹⁶⁴ Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Fielding B. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the women physicians' health study. *Arch Fam Med* 2000;9:359–367.
- ¹⁶⁵ Williamson AM, Feyer AM. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup Environ Med*. 2000;57:649–655.
- ¹⁶⁶ Winefield HR, Gill TK, Taylor AW, et al. Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychol Well Being* 2012;2:3
- ¹⁶⁷ Beyond Blue: The National Depression Initiative. The mental health of doctors: a systematic review of the literature. Victoria, 2010. DOI:[10.1080/14623730.2005.9721865](https://doi.org/10.1080/14623730.2005.9721865)
- ¹⁶⁸ Hayes B, Prihodova L, Walsh G, et al. What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open* 2017;7. doi:10.1136/bmjopen-2017-018023
- ¹⁶⁹ Moffat, KJ, McConnachie, A, Ross, S. et al. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ*. 2004; 38: 482-491.
- ¹⁷⁰ Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Sloan J, Shanafelt TD. A national study of medical students' attitudes toward self-prescribing and responsibility to report impaired colleagues. *Acad Med*. 2015; 90(4):485-93.
- ¹⁷¹ Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry* 2008;32:31–8.

-
- ¹⁷² Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21
- ¹⁷³ Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ*. 1994;309:1261
- ¹⁷⁴ 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.
- ¹⁷⁵ Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Magnusson Hanson L, Janlert U, Westerlund H. Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(1):78-82. doi: 10.1136/jech-2012-202294..
- ¹⁷⁶ Jiménez OG, Morales Socorro MP, López-Iboraliño JJ. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(2):65–71.
- ¹⁷⁷ Molina Sigüero 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.
- ¹⁷⁸ María Matilde García, Susana Iglesias, Martín Saleta, José Romay. Riesgos psicosociales en el profesorado de enseñanza universitaria: diagnóstico y prevención, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2016. 32(3):173-182doi.org/10.1016/j.rpto.2016.07.001.
- ¹⁷⁹ Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996 ;1(1):27-41. doi: 10.1037//1076-8998.1.1.27.
- ¹⁸⁰ Laszlo KD, Pikhart H, Kopp M Set al. Job insecurity and health: a study of 16 European countries. *Soc Sci Med* 2010;70:867–74
- ¹⁸¹ Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004;18:175–81.
- ¹⁸² Bobbitt-Zeher D. Gender Discrimination at Work: Connecting Gender Stereotypes, Institutional Policies, and Gender Composition of Workplace. *Gender and Society*. 2011; 25 (6):764-786.
- ¹⁸³ Caballero M, Cervilla O, Fernández M I, Fernández L, Gómez S. Relations between psychological and emotional demands with empathy: a study in the professorate from University of Granada. *Revista electrónica de investigación y Docencia Creativa*. 2015; 4 :172-176.
- ¹⁸⁴ Utzet M, Moncada S, Molinero E, Navarro A. Psychosocial exposures and mental health: distribution by gender and occupational class in a population-based study. *J Public Health (Oxf)*. 2016 2;38(4):e537-e544. doi: 10.1093/pubmed/fdv175.
- ¹⁸⁵ Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639–47.
- ¹⁸⁶ Messing K, Pirooska O. *Gender Equality, Work and Health: A Review of Evidence*. Geneva: World Health Organization, 2006.

-
- ¹⁸⁷ S. Moncada, C. Llorens, A. Navarro, T.S. Kristensen ISTAS21 (CoPsoQ): Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhagen Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2005;8:18-29.
- ¹⁸⁸ D.M. Luk, M.A. Shaffer Work and family domain stressors and support: within-and cross-domain influences on work-family conflict Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78 (2005), pp. 489-508.
- Luk D, Shaffer, M. Work and family domain stressors and support: Within- and cross-domain influences on work-family conflict. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2005; 78: 489-508.
- ¹⁸⁹ Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. General Hospital Psychiatry. 2005; 27: 359-364.
- ¹⁹⁰ Corrigan P. y Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002; 1 (1): 16-20.
- ¹⁹¹ Aydin N, Yigit A, Inandi T, Kirpinar I. Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. The International Journal of Social Psychiatry. 2003; 49: 17-26.
- ¹⁹² Filipcic I, Pavicic D, Filipcic L, Begić D, Grubisin J, Dordević V. Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label "Schizophrenic Patient" Tested by an Anti-Stigma Questionnaire. Coll. Antropo. 2003; 1:301-307.
- ¹⁹³ Arrillaga M, Sarasqueta E, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Aten Primaria. 2004; 33(9):491-5.
- ¹⁹⁴ Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. Psychol Med. 1998; 28:1463-7.
- ¹⁹⁵ Björkman JT, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. Scand J. Caring Sci. 2008; 22 (2): 170-7.
- ¹⁹⁶ Gil Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. Stigma towards people with mental illness in general hospital health professionals. Norte de salud mental. 2016;14 (55):103-111.
- ¹⁹⁷ Garelick AI. Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. Psychiatrist 2012;36:81-4. 28
- ¹⁹⁸ Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, et al. Shame! Selfstigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. BMJ Open 2012;2: e001776-8.
- ¹⁹⁹ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: 2009.
- ²⁰⁰ Mental health and ill health in doctors. London: Department of Health, 2008.
- ²⁰¹ Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica CGCOM. Madrid: 2011.
- ²⁰² Dew K, Keefe V, Small K. 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. Soc Sci Med. 2005; 60(10):2273-82. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.10.022

-
- ²⁰³ McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med.* 1997;19(3):295–300.
- ²⁰⁴ Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly.* 2013; 22;143:w13840. doi: 10.4414/smw.2013.13840.
- ²⁰⁵ Van Maanen J, Barley, S. R. Occupational communities: Culture and control in organizations. *Research in Organizational Behavior.* 1984; 6: 287–365
- ²⁰⁶ Johns, G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of organizational behavior.* 2010; 31(4), 519-542.
- ²⁰⁷ Johns, G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of organizational behavior.* 2010; 31(4), 519-542.
- ²⁰⁸ Gustafsson Sendén M, 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; 20;28:50. doi: 10.1186/s40557-016-0136-x.
- ²⁰⁹ Perkin MR, Higton A, Witcomb M. Do junior doctors take sick leave? *Occup Environ Med.* 2003;60:699-700.
- ²¹⁰ Gudgeon P, Wells DA, Baerlocher MO, Detsky AS. Do you come to work with a respiratory tract infection? *Occup Environ Med.* 2009;66(6):424.
- ²¹¹ Jena AB, Baldwin DC, Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM. Presenteeism among resident physicians. *JAMA.* 2010; 15;304(11):1166-8. doi: 10.1001/jama.2010.1315
- ²¹² Zakrzewska K. Presenteeism. Unhealthy extra presence in the workplace. *Przegl Epidemiol.* 2014;68:77-80.
- ²¹³ Landry M, Miller C. Presenteeism: are we hurting the patients we are trying to help? *J Gen Intern Med.* 2010; 25(11):1142-3.
- ²¹⁴ Widera E, Chang A, Chen HL. Presenteeism: a public health hazard. *J Gen Intern Med.* 2010;25(11):1244–7.
- ²¹⁵ Chiu S, Black CL, Yue X, Greby SM, Laney AS, Campbell AP, de Perio MA. Working with influenza-like illness: Presenteeism among US health care personnel during the 2014-2015 influenza season. *Am J Infect Control.* 2017;45(11):1254-1258. doi: 10.1016/j.ajic.2017.04.008.
- ²¹⁶ Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin SE, Sammons JS. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis. *JAMA Pediatr.* 2015;169(9):815-21. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0684.
- ²¹⁷ CMA PolicyBase. Ottawa, Canada: Canadian Medical Association; 1997. Policy on Physician Health and Well-being. Disponible en: <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD19-03.pdf>.
- ²¹⁸ 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.

-
- ²¹⁹ Self-treatment or treatment of immediate family members. In: American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2004–2005 Edition. Chicago: AMA Press, 2004; 251–252.
- ²²⁰ Schulz S, Einsle F, Schneider N, Wensing M, Gensichen J. Illness behaviour of general practitioners-A cross-sectional survey. *Occup Med (Chic Ill)*. 2017 1;67(1):33–7.
- ²²¹ Aaronson AL, Backes K, Agarwal G, Goldstein JL, Anzia J. Mental Health During Residency Training: Assessing the Barriers to Seeking Care. *Acad Psychiatry*. 2018;42(4):469-472. doi: 10.1007/s40596-017-0881-3.
- ²²² Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA, et al. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):e700-e708. doi: 10.3399/bjgp17X692573.
- ²²³ Cohen D, Winstanley SJ, Greene G. Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. *Occup Med* 2016;66:383–9. doi:10.1093/occmed/kqw024
- ²²⁴ Woolf K, Cave J, McManus IC, Dacre JE. 'It gives you an understanding you can't get from any book.' The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Med Educ*. 2007 Dec 5;7:50.
- ²²⁵ Brown AEC, Garden R. From silence into language: Questioning the power of physician illness narratives. *AMA J Ethics*. 2017 1;19(5):501-507. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.5.imhl1-1705.
- ²²⁶ Bennett J, O'Donovan D. Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Curr Opin Psychiatry*. 2001;14(3):195–9
- ²²⁷ Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res*. 2003;54(2):171–8.