

Candela Pérez Álvarez

El médico residente como  
paciente: Análisis del proceso de  
enfermar, de las cuestiones éticas  
y formativas, y del futuro  
desarrollo profesional

Departamento

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es

Astier Peña, M<sup>a</sup> Pilar  
Altisent Trota, Rogelio

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



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza  
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

EL MÉDICO RESIDENTE COMO PACIENTE:  
ANÁLISIS DEL PROCESO DE ENFERMAR, DE LAS  
CUESTIONES ÉTICAS Y FORMATIVAS, Y DEL  
FUTURO DESARROLLO PROFESIONAL

Autor

Candela Pérez Álvarez

Director/es

Astier Peña, M<sup>a</sup> Pilar  
Altisent Trota, Rogelio

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**  
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2019



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

# El médico residente como paciente:

Análisis del proceso de enfermar,  
de las cuestiones éticas y formativas,  
y del futuro desarrollo profesional

Candela Pérez Álvarez

Directores: Rogelio Altisent Trota y María Pilar Astier Peña

Zaragoza, 2019



*‘The measure of the health of our profession  
is not only how well we care for our patients  
but also how well we care for ourselves.’*

**(Vergheze)<sup>1</sup>**



## 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 2019.

Forma parte de un amplio proyecto 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 Aragón, y con el apoyo de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Este proyecto más amplio de ámbito nacional, también auspiciado por la Organización Médica Colegial, se titula “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”.

La rama del proyecto desarrollada en la presente Tesis Doctoral se centra en los Médicos Internos Residentes (MIR), un grupo con mayor vulnerabilidad para presentar determinados problemas de salud, y rodeado de unas circunstancias especiales al encontrarse estos médicos en un periodo de formación y evaluación de sus capacidades, al mismo tiempo que comienzan su andadura profesional en el ejercicio de la medicina.

La doctoranda, Candela Pérez Álvarez, se licenció en Medicina por la Universidad de Zaragoza en el año 2012. Posteriormente cursó la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de Zaragoza. Actualmente ejerce como médica psiquiatra en el Hospital San Jorge, de Huesca. Pertenece desde 2015 al Grupo de Investigación en Bioética de Aragón.

El director de esta Tesis, el doctor Rogelio Altisent Trota, es especialista en medicina de familia y comunitaria y trabaja como médico de familia del Servicio Aragonés de Salud. Profesor titular acreditado y director académico de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza. Ha dirigido once 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 secretaria 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 directores de esta tesis: A Rogelio, por su visión y sus conocimientos, y a Pilar, por su talento, su disponibilidad y su inagotable energía.

También al resto de miembros del grupo de investigación, en especial a Maite Delgado y a Alba Gallego, que han hecho valiosas aportaciones.

A Mercedes Febrel, por su asesoramiento, que tan necesario fue en los inicios del proyecto.

A la Organización Médica Colegial, por su colaboración y su interés en el proyecto “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”.

A mi familia, en particular a mis padres, por animarme siempre a aprender y a formarme y, sobre todo, por estar siempre ahí y quererme incondicionalmente.

Y a los médicos-pacientes que han participado en esta investigación, por su tiempo y su generosidad a la hora de compartir sus experiencias.

## **RESUMEN**

### **Introducción**

El médico, cuando enferma, es un paciente atípico y muestra dificultades para asumir el rol de paciente. Son habituales conductas como la automedicación y el uso de circuitos de atención alternativos. Los médicos residentes suelen tener un buen estado de salud general, pero son especialmente vulnerables a las patologías mentales y a los eventos adversos. Sus problemas de salud pueden tener impacto en su formación como especialistas, así como en la atención que proporcionan a los pacientes. En muchos países existen programas de atención específicos para médicos residentes enfermos, no así en España. Quedan cuestiones sin resolver en cuanto al abordaje de los problemas de salud de los residentes y el papel de los responsables de su docencia.

### **Objetivos**

El objetivo general de esta tesis es comprender el proceso de enfermar de los Médicos Internos Residentes (MIR), sus implicaciones éticas, formativas y del futuro desarrollo laboral. Para ello, se plantea recoger información procedente de los propios médicos residentes enfermos, sus tutores y jefes de docencia, y los médicos implicados en su atención. Obtener, por medio de una encuesta, información epidemiológica sobre el estado de salud de los residentes en nuestro país, su estilo de vida, el uso que hacen del sistema sanitario y sus opiniones sobre la atención a los médicos enfermos. Realizar comparaciones con la población general y con los médicos en otras etapas profesionales. Finalmente, elaborar propuestas o recomendaciones para mejorar la atención a los médicos residentes por parte del sistema sanitario y de las instituciones implicadas.

### **Metodología**

Tras una amplia búsqueda bibliográfica sobre el tema, se realiza un estudio con metodología mixta, cualitativa y cuantitativa. Se llevan a cabo entrevistas semi-estructuradas a médicos residentes y médicos en activo enfermos, y grupos focales con responsables de docencia, médicos de salud laboral y profesores universitarios de Medicina. Se realiza un análisis cualitativo de las transcripciones. Por otra parte, se diseña y aplica una encuesta sobre el médico como paciente a médicos residentes, en activo y jubilados de nuestro país. Se analizan los resultados mediante análisis estadístico descriptivo y multivariante. Se integran y discuten los resultados obtenidos por las distintas técnicas de investigación, para finalmente elaborar propuestas de futuro que permitan mejorar, desde distintos ámbitos, la salud de los médicos residentes y la atención que reciben cuando enferman.

### **Resultados**

Los médicos 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. Más tarde, el seguimiento no es reglado y pueden perderse elementos importantes de la atención. En general, dan escasa importancia a la pérdida de confidencialidad, que consideran habitual, sobre todo si son atendidos en el mismo hospital donde se forman como residentes. Una de sus mayores preocupaciones es el impacto de la enfermedad en su formación como especialistas, pensamiento que comparten sus tutores y jefes de docencia, que expresan que necesitan mayor preparación para poder abordar las situaciones que implican a los residentes enfermos. Se aprecia heterogeneidad en las decisiones tomadas cuando enferman (adaptación de rotaciones, guardias...).

En cuanto a los resultados de la encuesta, ésta refleja un estado de salud general relativamente bueno entre los médicos residentes y elevada satisfacción con su trabajo. Son habituales conductas como la automedicación, las consultas informales a colegas o el presentismo laboral (trabajar estando enfermo). Los MIR acuden mucho menos al médico de familia que la población general. La baja satisfacción con el trabajo se relaciona directamente con mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión.

Los residentes tienden a sentirse incómodos y evaluados cuando tienen que atender a otros médicos, y expresan dudas sobre cómo actuar en caso de tener un colega enfermo. Se muestran mayoritariamente a favor de la creación de programas de atención específicos para MIR y

consideran necesaria una mayor implicación de los colegios profesionales.

### **Discusión**

El proceso de enfermar en los MIR presenta características diferenciales respecto a la población general y a los médicos en otras etapas profesionales, lo que debe ser tenido en cuenta al realizar la atención sanitaria a este colectivo. Al inicio de la residencia, un MIR se asemeja más a un paciente no médico, pero rápidamente es instruido en el uso de circuitos de asistencia alternativos por parte de médicos con más experiencia. Tanto los valores de sacrificio y autoexigencia transmitidos desde la formación universitaria como ese aprendizaje de comportamientos de grupo siendo ya residentes, conducen a perpetuar comportamientos inadecuados respecto a la propia salud.

Quienes deben tomar decisiones cuando un MIR enferma (servicios de salud laboral, tutores y jefes de docencia...) solicitan mayor preparación y más apoyo institucional. Las situaciones más complejas se dan cuando se considera que un residente no está capacitado para ejercer una determinada especialidad, situación que afortunadamente es minoritaria.

Como aspectos específicos a destacar, por sus importantes implicaciones éticas, aparecen el presentismo laboral y la normalización de la pérdida de confidencialidad cuando un médico enferma.

### **Conclusiones**

La salud de los médicos residentes es un tema de creciente interés. En general, presentan un buen estado de salud autopercebido, aunque ligeramente peor que el de la población general de su mismo grupo de edad, presentando más trastornos depresivos y mayor consumo intensivo de alcohol.

Tanto los MIR como sus responsables de docencia solicitan mayor información y más implicación por parte de las instituciones en relación con el proceso de enfermar durante el periodo de formación de especialistas. Sería necesario establecer criterios homogéneos de actuación ante las situaciones derivadas de la enfermedad en los MIR. Se propone la realización de un reconocimiento médico y orientación laboral previos a la elección de plaza MIR, la creación de un tribunal evaluador externo en relación con el impacto de la enfermedad en el desarrollo profesional del MIR. Es necesaria una mayor información y formación sobre autocuidado entre los residentes, así como recomendaciones sobre cómo actuar ante un problema de salud. En todo ello deberían asumir un papel destacado los Colegios Oficiales de Médicos y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. También se propone la inclusión de artículos en el Código de Deontología Médica sobre el comportamiento en el cuidado de la salud de los médicos y recomendaciones a seguir cuando un médico enferma.

Finalmente, y para facilitar la investigación en este ámbito, se sugiere la creación de un término MeSH para referirse a los médicos enfermos (por ejemplo, "sick doctor"), que facilitaría buscar y compartir información sobre el tema a estudio.

# ÍNDICE

<b>1- INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....</b>	<b>13</b>
1.1 El médico como paciente atípico.....	13
1.2 El médico enfermo: cifras.....	15
1.3 El médico residente enfermo.....	15
1.3.1 Dificultades durante la residencia.....	16
1.3.2 Estudios sobre el estado de salud, comportamiento y uso de los servicios sanitarios .....	17
1.3.3 Automedicación .....	19
1.4 Alteraciones de la esfera psíquica en médicos residentes .....	20
1.4.1 Síndrome de burnout.....	20
1.4.2 Psicopatología y suicidio .....	21
1.4.3 Consumo de alcohol y otras sustancias de abuso .....	23
1.4.4 Segundas víctimas .....	23
1.5 Médico residente y discapacidad .....	24
1.6 Médico residente enfermo y ámbito laboral .....	24
1.6.1 Evolución normativa en España .....	25
1.6.2 Comisiones de docencia, unidades docentes y tutores de residentes ....	25
1.6.3 Ministerio de Sanidad .....	26
1.6.4 Absentismo y presentismo laboral.....	26
1.7 Impacto de la enfermedad del médico en la calidad asistencial .....	27
1.8 Recomendaciones y programas de atención a médicos enfermos.....	29
1.8.1 A nivel internacional.....	29
1.8.2 A nivel nacional.....	29
1.9 Recomendaciones y programas de atención a médicos en formación.....	29
1.9.1 A nivel internacional.....	29
1.9.2 A nivel nacional.....	31
1.10 Experiencias y percepciones de los médicos que enferman.....	31
1.11 Conclusiones sobre la revisión bibliográfica.....	33
<b>2- JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS .....</b>	<b>34</b>
2.1 Justificación.....	34
2.2 Hipótesis.....	34
<b>3- OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
3.1 Objetivo general .....	35
3.2 Objetivos específicos .....	35
<b>4- METODOLOGÍA .....</b>	<b>36</b>
4.1 Términos .....	36
4.2 Apartados de la investigación.....	36
4.3 Búsqueda bibliográfica .....	37
4.4 Por qué una metodología mixta .....	38
4.5 La investigación cualitativa. Fundamentos teóricos .....	39
4.5.1 Flexibilidad en el diseño .....	40
4.5.2 Muestreo.....	40
4.5.3 Recogida y almacenaje de la información .....	41
4.5.4 Análisis cualitativo.....	41
4.6 Entrevistas semi-estructuradas.....	43
4.6.1 Entrevistas a médicos residentes enfermos .....	43
4.6.1.1 Selección de los entrevistados .....	43
4.6.1.2 Elaboración del guión .....	44
4.6.1.3 Realización de las entrevistas .....	45
4.6.1.4 Transcripción.....	46
4.6.1.5 Análisis.....	46

4.6.1.6 Exposición de los resultados .....	46
4.6.2 Entrevistas a médicos en activo y su comparación con médicos residentes .....	47
4.7 Grupos focales .....	48
4.7.1 Selección de los participantes .....	49
4.7.2 Elaboración del guión .....	49
4.7.3 Realización y características de los grupos focales .....	49
4.7.4 Transcripción .....	50
4.7.5 Análisis .....	51
4.8 Encuesta .....	52
4.8.1 Diseño de la encuesta .....	52
4.8.2 Fase piloto .....	52
4.8.3 Características de la encuesta definitiva .....	53
4.8.4 Población diana .....	53
4.8.5 Distribución y difusión .....	53
4.8.6 Análisis de los resultados .....	53
4.8.7 Comparativa con la población general (Encuesta Nacional de Salud).....	54
4.9 Aspectos éticos de la metodología .....	55
4.9.1 Aprobación por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón .....	55
4.9.2 Documento de Consentimiento Informado .....	55
4.9.3 Protección de datos de carácter personal .....	55
4.9.4 “Microética” .....	55
4.9.5 Aspectos económicos .....	57
4.9.6 Conflictos de interés .....	57
4.9.7 Autoría del estudio .....	57
<b>5- RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
5.1 Entrevistas semi-estructuradas a médicos residentes y grupo focal de docencia ....	59
5.1.1 Perfiles de los participantes .....	59
5.1.2 Análisis global de los códigos .....	60
5.1.3 Diferencias percibidas entre pacientes médicos y no médicos.....	60
5.1.4 Información recibida.....	63
5.1.5 Influencia de los conocimientos .....	65
5.1.6 Sentimientos y actitudes de los médicos residentes enfermos .....	68
5.1.7 Trato recibido .....	73
5.1.8 Confidencialidad .....	75
5.1.9 Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral y formativo .....	77
5.1.10 Impacto sobre la calidad asistencial .....	87
5.1.11 Impacto familiar.....	87
5.1.12 Papel de los Colegios de Médicos .....	88
5.1.13 Aprendizaje obtenido de la enfermedad .....	88
5.1.14 Médicos de médicos .....	90
5.1.15 Médicos residentes con discapacidad .....	95
5.1.16 Diferencias percibidas entre médicos residentes y otros médicos enfermos .....	99
5.1.17 Propuestas de mejora.....	100
5.2 Comparativa entre médicos residentes y médicos en activo .....	101
5.3 Otros grupos focales.....	107
5.3.1 Grupo focal con profesionales de salud laboral .....	107
5.3.2 Grupo focal con profesores de Bioética de Facultades de Medicina .....	109
5.4 Resultados de la encuesta .....	111
5.4.1 Estudio descriptivo de variables de la encuesta .....	111
5.4.1.1 Datos sociodemográficos.....	111
5.4.1.2 Situación laboral y profesional .....	115
5.4.1.3 Actitud ante la propia salud.....	119
5.4.1.4 Actividades para el cuidado de su salud .....	127

5.4.1.5 Consumo de medicamentos y uso de servicios sanitarios.....	130
5.4.1.6 Médicos de médicos .....	137
5.4.1 Análisis multivariante .....	146
5.4.3 Comparativa con la población general .....	151
<b>6- DISCUSIÓN .....</b>	<b>155</b>
6.1 Sesgos y limitaciones.....	155
6.2 Fortalezas.....	157
6.3 Discusión de los resultados.....	158
6.3.1 La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con la población general .....	158
6.3.2 La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con el resto de los médicos .....	159
6.3.3 Diferencias en el proceso de enfermar entre los médicos residentes y pacientes de la población general .....	160
6.3.4 Impacto laboral de la enfermedad de los médicos residentes.....	163
6.3.5 Aprendizaje de los residentes enfermos para su práctica clínica y para mejorar la atención .....	165
6.3.6 Diferencias en el proceso de enfermar entre los médicos residentes y médicos en otras etapas profesionales .....	165
6.3.7 Presentismo laboral en los médicos residentes .....	168
6.3.8 Confidencialidad .....	169
<b>7- CONCLUSIONES .....</b>	<b>170</b>
<b>8- LÍNEAS FUTURAS DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>172</b>
<b>9- ANEXOS .....</b>	<b>173</b>
<b>10- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>211</b>

## LISTADO DE ABREVIATURAS

Las abreviaturas que aparecen a lo largo de esta tesis se encuentran ordenadas alfabéticamente en el siguiente listado:

- CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón
- CI: Consentimiento Informado
- EEUU: Estados Unidos
- ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España
- GF: Grupo Focal
- ILT: Incapacidad Laboral Temporal
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- 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

## **1- INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS:**

Enfermar es un hecho que tiene un gran impacto en la vida personal, laboral y en la esfera psicológica de cualquier individuo, colocándolo en una situación de vulnerabilidad y dependencia.<sup>2</sup>

Suchman<sup>3</sup> estableció cinco etapas por las que pasa una persona cuando enferma: aparición y experiencia de los síntomas; aceptación del rol de enfermo; legitimación social del rol de enfermo y contacto con asistencia médica; adquisición del rol de paciente-dependiente, relación con el equipo de salud y pacto terapéutico; y, por último, curación o rehabilitación. Por lo tanto, en el momento en que un enfermo pide ayuda médica ya ha podido experimentar diversas vivencias respecto a la enfermedad.

Una dimensión importante de la enfermedad es la experiencia de la persona que la padece, incluyendo la valoración que hace de sus propios síntomas, la explicación que da a los mismos y los problemas prácticos a los que tiene que hacer frente. Aunque pueda variar de unos individuos a otros, la experiencia de enfermedad está modelada por factores culturales.

Cualquier persona que experimente una enfermedad de suficiente entidad, siente diversas emociones al respecto. Cuando la enfermedad es percibida como una amenaza, predominan el miedo y la ansiedad; si la enfermedad se percibe más bien como una pérdida, destaca más la tristeza o incluso la depresión. Una enfermedad grave suele conllevar pérdidas para quien la padece (de autonomía, de funcionalidad, de estatus social...) y por ello puede generar una reacción de duelo, donde además de miedo o tristeza, pueden experimentarse sentimientos de negación, ira, racionalización... Los principales temores que experimenta alguien con una enfermedad importante son el miedo a sufrir y, en última instancia, el miedo a la muerte.

Según el médico y filósofo Laín Entralgo<sup>4</sup>, existen distintas razones para que una persona busque atención sanitaria:

- Sentirse enfermo.
- El deseo de diagnóstico, entendido como una búsqueda de identidad, de obtener conocimiento técnico sobre uno mismo y su actual situación.
- El deseo de estar enfermo. En algunos casos la enfermedad puede percibirse como un refugio.
- El refugio en el médico. Búsqueda de soluciones, a veces de milagros.
- La prevención.

Con frecuencia el enfermo tiene la expectativa de recibir del profesional sanitario una solución rápida y efectiva para su problema de salud. Sin embargo, muchas enfermedades no se curan y el alivio de los síntomas a menudo es parcial, los medicamentos pueden tener efectos secundarios y las técnicas utilizadas en el proceso de tratamiento pueden ser dolorosas o desagradables. Desde este punto de vista, es casi inevitable que en algún momento aparezcan sentimientos de frustración.

En cualquier caso, la enfermedad obliga a quien la padece a un nuevo planteamiento existencial, que supone siempre un esfuerzo por adaptarse a un cambio que no deseaba ni ha elegido.

### **1.1- EL MÉDICO COMO PACIENTE ATÍPICO**

Cuando el que enferma es un médico, el proceso se torna más complejo, ya que adquirir la condición de paciente le genera al profesional una situación de incongruencia interna. Durante toda su formación, el médico estudia cómo diagnosticar y tratar o paliar enfermedades, pero no para experimentarlas en primera persona. Durante los años de formación universitaria no se suele plantear la posibilidad de que un médico sea también paciente, y una vez en el ámbito laboral los profesionales interiorizan la enfermedad como parte de su trabajo, sin plantearse que también

puede ser en algún momento parte de su propia experiencia vital.<sup>5</sup>

Este conflicto interno entre ser el profesional que cura, el experto que atiende a los enfermos, y estar al mismo tiempo en la situación de paciente no se resuelve de forma sencilla. Con frecuencia se trata de evitar la adquisición del rol de paciente, dando solución parcial al problema, o bien ignorándolo. De esta actitud se pueden derivar demoras en el proceso diagnóstico y tratamientos inadecuados que interfieren en el proceso de curación cuando se trata de enfermedades relevantes y no de procesos banales. Además, el comportamiento del médico ante su enfermedad puede convertirse en un riesgo para la seguridad del paciente.

En 1998, O'Connor<sup>6</sup> 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, hábitat inadecuado de los servicios públicos, problemas económicos para acceder a tratamientos hospitalarios privados y miedo a perder el trabajo o a ser inhabilitados.

Los posibles factores que influyen en la actitud de los médicos ante su propia salud y la de sus familiares abarcarían diferentes aspectos que tienen que ver con su condición de médico (Bruguera et al<sup>7</sup>) como: sentirse con el conocimiento experto de la enfermedad que padecen, conocer los medios de diagnósticos y de tratamiento, conocer el ambiente y funcionamiento de los centros sanitarios y, en numerosos casos, la falta de apreciación de los límites de sus conocimientos, facilidad para automedicarse, incluso miedo a las situaciones que pueden suponer un riesgo de muerte y, por tanto, tendencia a la negación y racionalización.

Además, a esta situación se añade el hecho de que los circuitos asistenciales que utilizan los médicos cuando se sienten enfermos suelen ser atípicos, fuera de los procedimientos establecidos para los demás pacientes: consultar de manera informal a colegas por los pasillos o por teléfono, solicitar información para una supuesta tercera persona en vez de referirse a uno mismo, no seguir los circuitos administrativos ordinarios, no seguir las indicaciones terapéuticas recibidas, automedicarse, no soportar las salas de espera por miedo a perder el prestigio profesional, tratar de no parecer débil ante los colegas... Todos estos factores pueden afectar el proceso asistencial de los profesionales enfermos.<sup>8</sup>

Cuando lo que aparecen son problemas de salud mental, la tendencia a ocultarlos todavía es mayor debido a la preocupación sobre la confidencialidad y el estigma de la enfermedad mental. Esta reticencia a consultar cuando aparecen síntomas de psicopatología se da incluso entre los profesionales dedicados a la salud mental, como mostró una encuesta realizada entre psiquiatras en West Midlands (Reino Unido), donde más del 86% afirmaron que, en caso de presentar una enfermedad psiquiátrica, serían reacios a compartirla con colegas médicos o con organizaciones profesionales. De quienes decían que buscarían atención médica, la mayoría lo haría en instituciones privadas y no en el sistema nacional de salud, otra muestra de la preocupación por la confidencialidad.<sup>9</sup>

Además, es frecuente que los colegas del médico enfermo colaboren en la ocultación del problema. Aunque la mayoría concuerdan en que es adecuado comunicar que un colega tiene una enfermedad que puede afectar a su práctica clínica, llegado el caso muchos no lo notifican a sus superiores o a la autoridad competente.<sup>10</sup>

Hay un acuerdo general en la literatura científica sobre la existencia de determinadas características muy comunes 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 además dificultan todavía más el proceso de enfermar. Firth-Cozens y Payne<sup>11</sup> resumen en ocho las características de la personalidad vulnerable de los médicos: 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 sociales.

Por otra parte, la pérdida de la competencia profesional puede llevar a cometer más errores y, por tanto, a la aparición de denuncias por mala praxis, deterioro del clima laboral y conflictos laborales con los compañeros. Es decir, los médicos enfermos no atendidos ponen en riesgo la seguridad de los pacientes que atienden y la suya propia.

Tampoco los médicos que son consultados por otros colegas por problemas de salud actúan, en muchas ocasiones, como lo harían con un paciente habitual, sintiéndose con frecuencia presionados, tensos e inseguros y encontrando dificultades para establecer una adecuada relación médico-paciente. Algunos médicos incluso llegan a rechazar de forma activa atender a otros médicos.<sup>12</sup>

Así, nos encontramos ante la paradoja de que los médicos, a pesar de ser expertos en la materia, cuando enferman no siempre utilizan los servicios sanitarios y, cuando lo hacen, es de una forma diferente a la población general, con frecuencia a través de circuitos alternativos que acaban dando lugar a una atención a veces inadecuada y menos organizada.

## **1.2- EL MÉDICO ENFERMO: CIFRAS**

La cuantificación del problema de la enfermedad del médico no es una cuestión fácil de determinar. Numerosos estudios científicos e informes de instituciones (la mayoría pertenecientes al mundo anglosajón) 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 médicas mujeres. Hay datos estimativos de que los médicos tienen una tasa estándar de mortalidad por causa física más baja que el resto de la población.<sup>13,14</sup> Sin embargo, es un hecho demostrado que las tasas de suicidio entre profesionales de la medicina son muy superiores a las de otros colectivos de igual nivel socioeconómico.<sup>15</sup>

En Europa, son los nórdicos quienes más han investigado sobre este tema.<sup>16</sup> Por el contrario, 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 catalanes en activo) es la Encuesta sobre salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña, realizada por la Fundación Galatea. 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.<sup>17</sup>

En un artículo publicado en 2003, Stanton y Caan señalan la dificultad de poder responder a la pregunta: "¿Cuántos médicos enfermos hay?".<sup>18</sup>

## **1.3- EL MÉDICO RESIDENTE ENFERMO**

La residencia es una etapa de la carrera profesional médica con unas características peculiares por tratarse de un periodo formativo y, al mismo tiempo, suponer la incorporación al mundo laboral y a la práctica clínica. El médico residente debe adquirir una gran cantidad de conocimientos y habilidades en un periodo de tiempo relativamente corto, siendo sometido a evaluaciones periódicas, además de enfrentarse a situaciones difíciles y asumir responsabilidades derivadas de la práctica clínica, sin contar aún con la experiencia suficiente. Del mismo modo, el inicio de la práctica profesional puede coincidir con importantes cambios en la esfera personal (abandono del domicilio familiar, matrimonio, maternidad o paternidad...). Todo ello, unido a la gran carga de trabajo y las condiciones laborales a las que pueden verse sometidos los MIR, genera un alto nivel de estrés y puede ser el caldo de cultivo para el desarrollo de problemas de salud.<sup>19, 20</sup>

Las situaciones comentadas pueden interferir en el adecuado seguimiento de la formación, y también pueden actuar como desencadenante o precipitante de una psicopatología que estaba latente en el individuo. Se puede dar el caso de que algunos candidatos a especialistas presenten características patológicas de personalidad o sufran algún tipo de patología psíquica y/o física importante, que hagan que deba plantearse una posible inadecuación para el ejercicio de determinadas especialidades, o, incluso, de la práctica de la medicina. En los últimos años se han puesto de manifiesto las dificultades que estas situaciones conllevan para los responsables de la formación del residente, como los tutores de residentes y los miembros de las Comisiones de Docencia.<sup>21</sup>

Las situaciones de ocultación, evitación y utilización de circuitos asistenciales anómalos ya comentadas para los médicos en general, pueden tener un impacto directo en la vida profesional del médico residente, tanto desde el punto de vista formativo, como desde el punto de vista laboral, con bajas laborales de duración a veces inadecuada, pérdida de recursos económicos y potenciales consecuencias negativas en su futuro desarrollo profesional.

Debido a los diversos factores ya comentados sobre la atipicidad de la atención sanitaria a los médicos enfermos y a la escasez de estudios realizados específicamente sobre los MIR, es muy complicado conocer datos epidemiológicos sobre los médicos residentes enfermos, salvo los que han sido atendidos en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), dedicado a la atención de patologías mentales y adictivas. Según datos de la OMC sobre los médicos atendidos en este programa en el año 2014 (un total de 357), un 11% fueron menores de 30 años y un 20% tenían entre 31 y 40 años, habiéndose constatado en los últimos años un incremento de los casos atendidos en estos sectores de edad.<sup>22</sup> Más complicado aún es disponer de cifras sobre los médicos residentes con patologías diferentes a las mentales o adictivas, al no existir ningún programa específico de atención ni ningún registro de dichos datos.

### **1.3.1- Dificultades durante la residencia**

Se ha documentado en la literatura científica que entre un 3 y un 10% de los médicos residentes tienen dificultades para alcanzar los objetivos planteados en los programas de formación especializada.<sup>23</sup> Estas dificultades pueden tener orígenes muy diversos, desde problemas de salud física o mental, burnout, cambios en el ámbito profesional, hasta dificultades de aprendizaje o situaciones estresantes en la vida personal.

Mahmood<sup>24</sup> refleja en un artículo las preguntas que todo tutor o supervisor de residentes debería hacerse cuando uno de sus tutorizados tiene problemas:

- ¿Hay dificultades en la adquisición de conocimientos o habilidades clínicas?
- ¿Se le ha diagnosticado recientemente una enfermedad física? ¿Una patología crónica que ya presentaba se ha agravado? ¿Está recibiendo medicación que pueda afectar a su rendimiento?
- ¿Está deprimido o sufre algún otro trastorno mental que pueda afectar a su toma de decisiones, su memoria, la confianza en sí mismo o tornar su humor más irritable?
- ¿Existe un problema cognoscitivo que pueda ser debido a un consumo abusivo de alcohol?
- ¿Ha habido algún evento vital reciente (como separación conyugal, enfermedad de un familiar, problemas financieros) que pueda estar afectando a su salud física, mental o ambas?
- ¿Se ha producido algún cambio en el patrón laboral que le suponga perder más horas de sueño o trabajar más tiempo o con menos apoyo? ¿Ha habido algún cambio en el equipo de trabajo que haya generado dificultades interpersonales?
- ¿Puede estar existiendo discriminación hacia un individuo de un grupo minoritario?

La mayoría de los residentes podrán superar sus dificultades si reciben el apoyo y la supervisión necesarios por parte de sus tutores. Una pequeña parte de los residentes necesita un seguimiento

más estrecho e individualizado y quizá adaptación de su formación, con intervención de otros supervisores (comisiones de docencia, jefe de servicio...). En algunos casos, la mejor alternativa puede ser aconsejar sobre un cambio de especialidad o de carrera o, en casos extremos, finalizar de forma forzosa la residencia.

Para poder atender y supervisar de la mejor manera posible a los residentes con dificultades, sería esencial identificar precozmente de qué residentes se trata. Existen diversos estudios que señalan la relación existente entre el rendimiento durante la educación universitaria y el posterior funcionamiento en la residencia. Sin embargo, el tamaño del efecto de esta asociación varía según los estudios entre pequeño y moderado, y no está claro que pueda utilizarse como predictor para averiguar qué residentes van a tener problemas.<sup>25, 26, 27</sup>

Un estudio caso-control llevado a cabo en Dinamarca<sup>28</sup> sugiere que una parte de los residentes con dificultades puede tratarse de personas con aprendizaje más lento, que también necesitaron más convocatorias de exámenes y más tiempo para finalizar sus estudios universitarios. Los autores sugieren que tener en cuenta el rendimiento y las características durante el periodo universitario puede ser útil para plantear un plan individualizado durante la residencia y facilitar que estos residentes puedan alcanzar los objetivos marcados y ejercer adecuadamente como médicos.

### **1.3.2- Estudios sobre el estado de salud, comportamientos y uso de los servicios sanitarios**

En la última década se ha incrementado el número de estudios sobre salud y calidad de vida en los médicos residentes. Los principales temas estudiados han sido el síndrome de burnout, los trastornos del sueño, el estrés, la fatiga y las estrategias de afrontamiento.<sup>29, 30</sup>

El estado de salud y los hábitos de vida de los médicos tienen importancia, no solo desde el punto de vista de su propia salud, sino en relación con la de sus pacientes. Se ha demostrado que los médicos con estilos de vida saludables dan mejores consejos sobre estos a sus pacientes y además tienen mayor credibilidad y habilidad generando motivación para el cambio.<sup>31,32</sup> Por otro lado, para llevar a cabo de forma adecuada las actividades que exige la práctica clínica, es necesario tener la máxima capacidad física y psíquica posible. Por lo tanto, conocer los comportamientos de los médicos, en este caso de los residentes, sobre su propio estilo de vida y salud, puede resultar muy relevante, de cara a emitir recomendaciones, que favorecerían de forma directa a los propios médicos y de manera indirecta a sus pacientes.

Campbell y Delva<sup>33</sup>, en Canadá, realizaron una encuesta a residentes sobre su estado de salud, el acceso a la atención sanitaria y si disponían o no de médico de familia. Había un 13% con alguna enfermedad crónica y un 37% tomaban medicación de forma regular. Sin embargo, la mayoría no había estado de baja, la media de días de ausencia por enfermedad era solo 0.7 días/año. Un 33% de los encuestados no tenían médico de familia y otro 29% lo tenían pero no en su actual lugar de residencia. Las razones más repetidas para no tener médico de familia eran pensar que no lo necesitaban o no disponer de tiempo. También se encontró que un 41% de los residentes había hecho recetas para sí mismos o para colegas y un 47% había recibido prescripciones de colegas.

Un estudio similar realizado en Rhode Island<sup>34</sup> reportó que un 41% de los médicos residentes no tenía médico de familia, aunque el 93% lo consideraba necesario, alegando la falta de tiempo como el motivo más frecuente. La ausencia de médico de atención primaria era más frecuente en residentes de especialidades quirúrgicas, que también eran los que más horas trabajaban y menos horas dormían. Tener médico de familia se asociaba a una mayor adherencia a los programas de prevención. Tanto en los residentes con médico de familia como en los que no lo tenían, había una alta tasa de autoprescripción (52%) y de prescripción por parte de doctores diferentes del que tenían asignado (38%). Un 7% de los residentes admitían consumo de alguna sustancia ilegal, siendo esta tasa mayor en residentes de medicina intensiva (17%).

Otro estudio realizado entre médicos residentes de medicina de familia en Irlanda mostró resultados en la misma línea<sup>35</sup>. Había porcentajes significativos de residentes que consultaban a colegas de manera informal o se derivaban ellos mismos a algún especialista sin pasar por su médico de familia, al cual no habían acudido en los últimos 5 años el 50% de los hombres y el 25% de las mujeres. El 92% se había automedicado en al menos una ocasión. Más de un tercio superaban los límites recomendados de consumo de alcohol. Al menos dos tercios afirmaban haber trabajado estando enfermos, como mínimo en una ocasión. Muchos asociaban coger la baja laboral con un sentimiento de culpabilidad.

Otro estudio llevado a cabo en Australia con médicos jóvenes mediante grupos focales y cuestionarios, mostró altas tasas de autodiagnóstico y automedicación, también de consultas informales entre colegas. Curiosamente, más del 50% de los participantes afirmaban sentirse incómodos cuando un colega les pedía una consulta o prescripción. Por otro lado, el 30% de los encuestados afirmaba haber padecido una enfermedad por la que debería haber consultado formalmente, pero no lo había hecho por ser él mismo un médico. La mayoría consideraba que el hospital debería realizar chequeos anuales a los médicos, casi la mitad pensaban que facilitaría la asistencia que estos fueran obligatorios.<sup>36</sup>

Tal y como aparece en varios estudios, son muy habituales las consultas informales a colegas (más del 65% las había utilizado en los 12 meses previos en una encuesta de Roberts y Kim de la Universidad de Stanford<sup>37</sup>). Este hallazgo se constata en residentes de diversas especialidades y programas formativos. Lo más frecuente son las consultas a otros médicos residentes, aunque tampoco son infrecuentes a médicos con mayor rango o experiencia. Por otra parte, los residentes suelen recibir consultas por parte de otros residentes y de estudiantes de medicina y, con menor frecuencia, de médicos especialistas.

Cohen et al<sup>38</sup> realizaron un cuestionario sobre salud y satisfacción durante la residencia que fue respondido por unos 2000 residentes canadienses. Un 78% se sentían satisfechos con su vida en general. La mitad describía su estado de salud física como muy bueno/excelente, un 33% como bueno y un 17% como regular/malo. El 23% refería haber padecido algún problema emocional o mental durante su etapa de formación. Más del 40% comunicaba haberse sentido estresado la mayoría de los días durante los últimos 12 meses. La fuente de estrés más nombrada era la falta de tiempo, seguida por la situación laboral y la financiera. Un 17% reconocía usar el alcohol y un 5% otras sustancias de abuso como mecanismo para manejar el estrés. Un 16% reconocían haber valorado cambiar de programa de residencia y un 23% expresaban que, en el hipotético caso de poder vivir su vida otra vez, harían una carrera diferente en vez de Medicina.

Un trabajo similar realizado en Australia y Nueva Zelanda reflejaba que la mayoría de residentes sentía una alta satisfacción con su carrera profesional, aunque el 70% refería niveles elevados de estrés y un 17% afirmaba que no estudiaría medicina si volviera a elegir carrera. Los recursos más utilizados para liberar el estrés eran pasar tiempo con familiares o amigos y hacer ejercicio; solo alrededor de un 3% utilizaba el alcohol u otras drogas con ese fin. Otro dato significativo es que el 38% consideraba que su formación universitaria no le había preparado para su vida como médico.<sup>39</sup>

En cuanto a la comparación con médicos en un momento diferente de su carrera profesional, en un estudio realizado en Singapur<sup>40</sup>, los médicos menores de 30 años obtenían peores puntuaciones en las escalas de salud mental que los médicos sénior, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Además, los médicos jóvenes obtenían puntuaciones significativamente más bajas que la población general en estado de salud, vitalidad, salud mental y funcionamiento social.

En comparación con los estudiantes de medicina, los médicos residentes parecen mostrar comportamientos menos adecuados respecto al cuidado de su propia salud: menor ingesta de frutas, verduras, cereales y lácteos, menor actividad física, mayor IMC y niveles de colesterol.<sup>41, 42</sup> La prevalencia de sobrepeso podría aumentar en relación con el año de residencia y ser infradetectada por los propios residentes.<sup>43</sup>

El alto nivel de estrés y su persistencia a lo largo de la residencia parece tener relación directa con un peor estado de salud y una menor satisfacción vital.<sup>44</sup>

Es habitual que los médicos residentes eviten solicitar asistencia cuando sospechan que padecen algún problema de salud, ya sea físico o mental. La razón que suelen dar para no buscar atención médica es la falta de tiempo y los problemas de agenda. Sin embargo, parece que otras razones como la preocupación por el estigma o por la reacción de sus colegas también tienen gran influencia<sup>45</sup>. Dunn et al<sup>46</sup>, mediante datos obtenidos en encuestas realizadas a médicos residentes en Nuevo Méjico, publicaron que los residentes tienden a evitar la solicitud de asistencia cuando están preocupados por su salud (un 18% lo evita con frecuencia) y esta actitud es más común en mujeres que en hombres. Entre un 26 y un 43% de los encuestados mostró preocupación relevante sobre problemas de salud.

Otra barrera a la hora de solicitar atención médica puede ser el temor a la falta de confidencialidad. En una encuesta entre residentes de medicina interna en EEUU, un 28.3% admitían haber ocultado información sensible (sobre todo de tipo social o sexual) a sus médicos, incluso siendo conscientes de que esto podía tener un impacto negativo en la calidad de la atención recibida.<sup>47</sup>

Respecto al estado de la cuestión en nuestro país, se han realizado diversos estudios entre profesionales médicos, la mayoría mediante encuestas o cuestionarios auto-aplicados, pero muy pocos se focalizan en la población de médicos residentes.

La encuesta realizada por Bruguera et al<sup>7</sup> entre médicos de Barcelona confirmó los datos disponibles en la bibliografía internacional. Aproximadamente la mitad de los médicos no disponía de médico de familia y, de quienes sí tenían uno asignado, cerca del 50% nunca lo habían consultado. Era frecuente la búsqueda de atención entre colegas, a veces de manera informal, y alrededor de la mitad de los encuestados reconocían cumplir con las recomendaciones que les daba otro médico solo si estas coincidían con su propio criterio. Era habitual la automedicación (82%) y aproximadamente la mitad no acudía a las revisiones anuales ofrecidas en sus centros de trabajo.

El estudio más amplio en médicos residentes es una encuesta realizada desde la Fundación Galatea a una muestra de 206 MIR en Cataluña<sup>48</sup>. En dicha encuesta, la mayoría de los MIR (88.8%) referían un estado de salud satisfactorio o muy satisfactorio. En cuanto al uso de los servicios de salud, poco más del 40% tenía una historia clínica abierta por un médico de cabecera. Un 14% afirmaban tener antecedentes psiquiátricos que habían requerido tratamiento, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos depresivos. En cuanto al mantenimiento de hábitos de vida saludables, la mayoría afirmaba seguir una dieta equilibrada, aunque cerca del 40% no realizaban ejercicio físico habitual. Un 28.2% de los encuestados eran fumadores, de los cuales más del 80.9% iniciaron el consumo de tabaco antes del MIR.

Sobre tabaquismo, también se realizó un estudio entre los MIR de Andalucía, encontrando un 17% de fumadores, de los cuales solo el 40% fumaba diariamente y la mayoría (82%) mostraban un perfil de baja dependencia nicotínica.<sup>49</sup> Tanto en este estudio como en el de la Fundación Galatea, la mayoría de residentes fumadores manifestaban motivación para el abandono del hábito tabáquico, por lo que los autores sugieren la conveniencia de implementar intervenciones para fomentar el cese del consumo de tabaco en los residentes.

### **1.3.3- Automedicación**

También merece un apartado específico el fenómeno de la automedicación, muy común entre los médicos, aunque con importantes discrepancias entre estudios respecto a su frecuencia, sobre todo en lo referido a médicos residentes. Es necesario señalar que los criterios varían de unos estudios a otros, 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 que su presencia durante la residencia puede predecir su existencia años después de titularse como especialista. Los fármacos que con mayor frecuencia se autoprescriben los médicos son antibióticos, anticonceptivos hormonales, analgésicos e hipnóticos, 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.<sup>50, 51</sup>

En 1997 se realizaron encuestas en 4 hospitales de EEUU sobre el consumo de medicación y la auto-medicación entre los médicos residentes. Un 78% de los residentes encuestados había tomado alguna medicación y un 52% reconocían haberse automedicado. Un 11% obtenía esa medicación directamente de un representante de la industria farmacéutica.<sup>52</sup> En 2012 se replicó el estudio anterior, obteniéndose resultados muy diferentes. Un 11% de los residentes de primer año (internship) tomaba medicación y solo una pequeña proporción de éstos (7.6%) la obtenían mediante auto-prescripción.<sup>53</sup>

Otro estudio realizado con estudiantes de medicina y médicos residentes en India mostró que el 65% consumían medicación sin prescripción médica al menos una vez al mes. La forma más frecuente para obtener la medicación era la auto-prescripción (85%). Los fármacos más consumidos en residentes eran antihistamínicos, benzodiacepinas, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y jarabe para la tos. Tampoco era desdeñable el consumo de opioides. Casi un 70% confesaban que el estrés y la sobrecarga de trabajo o exámenes hacían que incrementaran la frecuencia o cantidad de medicación consumida.<sup>54</sup>

Especialmente preocupante puede ser la existencia de automedicación o de prescripciones informales en los casos de patología psiquiátrica. En una muestra de residentes en Utah que cumplían criterios de depresión moderada o grave, las tasas de autoprescripción eran bajas (1.2%); sin embargo, no era desdeñable el porcentaje que recibía una prescripción informal de un colega (casi 6%).<sup>55</sup>

En el estudio de la Fundación Galatea, ya nombrado previamente, más de la mitad de los residentes consumían por iniciativa propia medicación analgésica y antiinflamatoria. Respecto al consumo de psicofármacos, un 9.7% tomaba antidepresivos, prácticamente todos por iniciativa propia, y un 7.3% había consumido tranquilizantes durante el último mes.

## **1.4- ALTERACIONES DE LA ESFERA PSÍQUICA EN LOS MÉDICOS RESIDENTES**

### **1.4.1- Síndrome de burnout**

Mucho se ha escrito en los últimos años sobre el síndrome de burnout (también denominado "síndrome del quemado") en el personal sanitario. Se trata de un síndrome relacionado con el estrés laboral y caracterizado por agotamiento emocional, cinismo e indiferencia hacia los pacientes, despersonalización y falta de realización personal. Sin embargo, solo algunos estudios hacen referencia específicamente a médicos residentes y muy pocos tienen una muestra suficiente que incluya residentes de las distintas especialidades.

Thomas<sup>56</sup> en 2004 llevó a cabo una revisión sistemática sobre esta cuestión y sus resultados sugieren que los residentes experimentan burnout, aunque es difícil precisar en qué proporción y con qué factores se relaciona debido a la limitación metodológica de los estudios. Las tasas de médicos residentes con burnout varían notablemente de unos estudios a otros, situándose entre 18 y 82% según otra revisión publicada en 2007.<sup>57</sup>

Existen discrepancias entre estudios respecto a las especialidades en las que es más prevalente el burnout. Algunos estudios encuentran una tasa mayor de estrés laboral en las especialidades

quirúrgicas, aunque esto no siempre se relaciona con un peor desempeño laboral o con niveles más elevados de depresión.<sup>58</sup> Sí parece claro que la prevalencia es mayor en los programas de especialidad que implican un mayor número de horas de trabajo y en relación con el número de guardias realizadas al mes.<sup>59, 60</sup>

Tampoco está claro en qué momento comienza el burnout, ya que las tasas al inicio de la residencia o en el primer año de la misma también varían en los distintos estudios. Por ejemplo, en uno llevado a cabo entre residentes de medicina interna de EEUU, al comienzo de la residencia, el 34% cumplía criterios de burnout. Algunos rasgos de personalidad se relacionaban con una mayor prevalencia de burnout, en concreto los residentes que se autodefinían como ansiosos, desorganizados o poco calmados.<sup>61</sup>

Dyrbye et al<sup>62</sup> en EEUU realizaron encuestas a estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos generales o especialistas con menos de 5 años de experiencia. Los resultados indicaron que los tres grupos tenían mayor nivel de sintomatología depresiva, ideación autolítica y burnout que la población general. Dentro de los médicos, los síntomas de burnout, fatiga y despersonalización eran más prevalentes en los residentes, mientras que la sintomatología depresiva e ideación suicida eran mayores en estudiantes y se reducían al avanzar en la carrera profesional, aunque seguían siendo significativos en residentes.

En una investigación realizada en Grecia<sup>63</sup>, se estudiaron diferentes factores que podían relacionarse con el burnout, hallando asociación con la carga de trabajo, los conflictos entre vida laboral y personal, la falta de apoyo por parte del supervisor, la autonomía y las posibilidades de desarrollo profesional.

Un estudio entre médicos residentes de Holanda<sup>64</sup> relacionó la existencia de burnout con la presencia de ideación suicida. Otro trabajo realizado en Brasil, encontró asociación entre las habilidades sociales y la ausencia de burnout, ansiedad o depresión, aunque no se pudo evidenciar si las habilidades sociales son un factor protector frente a esos problemas o es que el burnout y la patología mental empeoran las habilidades sociales.

En un estudio reciente se constató que los jefes de docencia a menudo infravaloran las tasas de burnout existentes entre los residentes<sup>65</sup>, lo que podría interferir en el apoyo que proporcionan a estos.

#### **1.4.2- Psicopatología y suicidio**

Como ya se ha comentado, la residencia supone un periodo de gran estrés y cambios a nivel profesional y también personal, favoreciendo todo ello la aparición de psicopatología o el agravamiento de patología mental previa.

En numerosos estudios se ha objetivado una prevalencia de depresión elevada en los médicos residentes con respecto a la población general. Según la revisión sistemática y metaanálisis llevados a cabo por Mata et al<sup>66</sup>, la prevalencia media de depresión en médicos residentes en 54 estudios analizados fue del 28.8%, con gran heterogeneidad entre los estudios (tasas entre 20.9 y 43.2%). Habitualmente las mujeres reportaron una mayor tasa de síntomas depresivos que los varones.<sup>67</sup> La etiología de los cuadros ansiosos y depresivos y de la dependencia alcohólica es multifactorial, en relación con variables personales (como el neuroticismo), laborales (por ejemplo, el tipo de especialidad o el número de guardias realizadas al mes) y socio-demográficas.<sup>68</sup>

En la encuesta realizada por Fundación Galatea sobre MIR en Cataluña<sup>21</sup>, un 30% presentaban malestar psicológico significativo según un instrumento de cribado (GHQ-12), cifra que triplicaba el malestar psicológico en la población general del mismo rango de edad. La presencia de malestar psicológico era independiente de las variables socio-demográficas contempladas y tampoco variaba en función del año de residencia o de la especialidad; sí parecía ser mayor entre residentes de hospitales de mayor tamaño. La mayoría de los MIR con malestar psicológico (más

del 60%) no habían acudido a ninguna consulta con un profesional de salud durante el año previo.

Respecto al momento de más riesgo de psicopatología durante la residencia, hay discrepancias entre los distintos estudios. Algunos autores afirman que los síntomas ansiosos y depresivos son más frecuentes durante el primer año y después tienden a disminuir<sup>69,70,71</sup>, mientras que otros autores defienden que existe mayor psicopatología durante el segundo año<sup>72,73</sup>. En otros estudios, como el citado anteriormente de la Fundación Galatea, no hallaron diferencias en la prevalencia de malestar psicológico a lo largo de la residencia.

Es habitual que los médicos residentes que padecen algún problema mental no soliciten la ayuda necesaria. Por ejemplo, Stoesser y Cobb<sup>74</sup> hallaron que solo un 26% de los residentes con depresión moderada o grave se encontraban en tratamiento. Los motivos para no buscar tratamiento pueden ir desde la negación de los síntomas o la idea de que un médico debe resolverlos por sí solo, hasta el miedo al estigma de la patología mental, la pérdida de prestigio profesional o la dificultad para establecer una adecuada relación médico-paciente cuando el paciente también es médico. Incluso entre los residentes de psiquiatría, un porcentaje importante considera que existe estigma en relación con el tratamiento con psicofármacos, mientras que es mejor aceptado entre los colegas y superiores el hecho de que un residente se someta a psicoterapia.<sup>75</sup>

Tysen et al<sup>76</sup> dividen a los médicos que no solicitan atención para sus problemas psicológicos o psiquiátricos en cuatro grupos: médicos que no reconocen tener esos problemas (negación); quienes sí los reconocen pero consideran que no necesitan ayuda profesional; en el tercer grupo estarían los que reconocen el problema y creen necesitar ayuda, pero aún así no la solicitan; por último, los médicos que detectan padecer algún problema mental y solicitan ayuda profesional para abordarlo. Estos autores encontraron que la prevalencia de problemas mentales y la percepción de necesitar ayuda profesional se incrementaba a lo largo de la residencia, sin embargo, no iba en paralelo con un aumento de la búsqueda de esa ayuda. Los rasgos vulnerables de personalidad parecen ir asociados a una menor tasa de búsqueda de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Además de una mayor prevalencia de determinados síntomas psiquiátricos, se ha comprobado en diferentes estudios que los médicos tienen un riesgo incrementado de suicidio en comparación con individuos de características sociodemográficas similares. Este aumento en las tasas de suicidio parece ser más marcado en mujeres. Según un metaanálisis realizado por Schernhammer y Colditz<sup>77</sup>, el riesgo de suicidio en médicos varones con respecto a la población general es 1.41:1, mientras que en médicas mujeres es 2.27:1. Además de en las tasas de suicidio consumado, se han observado diferencias respecto a los suicidios en la población general en otros aspectos. En los médicos están más presentes los problemas laborales, frente a otros estresores (familiares, personales), lo que puede reflejar la naturaleza intrínsecamente estresante de la actividad clínica, así como la falta de recursos para hacerle frente de forma eficaz. Por otra parte, la identidad del médico parece estar demasiado centrada en su rol profesional, lo que puede hacerle más vulnerable a sufrir un mayor impacto por los problemas laborales.<sup>78</sup>

En cuanto a los médicos residentes, también se ha observado la existencia de riesgo de suicidio, aunque no es fácil encontrar datos fiables sobre las tasas de suicidio.<sup>79</sup> Un estudio prospectivo realizado con más de 700 residentes de 13 hospitales estadounidenses halló que la incidencia de depresión aumentaba del 3.9% al 27.1% en los tres primeros meses de residencia. En ese periodo los pensamientos de muerte aumentaban un 370%.<sup>80</sup>

En otro estudio realizado en Holanda<sup>81</sup>, un 12% de los residentes refirió haber tenido ideación suicida al menos una vez durante la residencia, un 1% afirmó que la había tenido en muchas ocasiones. La aparición de pensamientos suicidas era significativamente mayor en el grupo de residentes con burnout. En Noruega<sup>82</sup> se encontraron datos del 14% de pensamientos suicidas entre los estudiantes de medicina y los médicos en formación especializada, con un 8% que había llegado a planear un intento autolítico y un 1.8% que había llegado a intentarlo.

Las especialidades quirúrgicas y psiquiatría parecen tener un mayor porcentaje de casos de ideación suicida, seguidos de cerca por medicina de familia. El autocuidado inadecuado y la falta de conciencia de enfermedad para las patologías mentales favorecen la aparición de ideación suicida y los intentos autolíticos. Otros factores importantes son la personalidad neurótica, el alto nivel de autocritica y estrés, el aislamiento social debido a la carga laboral y el padecimiento de enfermedades somáticas.<sup>83</sup> La existencia de antecedentes familiares de depresión y de un alto nivel de neuroticismo puede predecir la aparición de síntomas depresivos en los primeros seis meses de residencia.<sup>84</sup>

Quizá lo más preocupante es que los residentes en muchas ocasiones no son conscientes de estar en riesgo de suicidio, o bien se niegan a buscar ayuda debido a la estigmatización y el miedo a ser inhabilitados. La prevalencia de problemas mentales y la baja tasa de búsqueda de tratamiento por parte de los médicos residentes, refuerzan la necesidad de crear programas de atención específicos para los médicos en formación.<sup>85,86</sup>

### **1.4.3- Consumo de alcohol y otras sustancias de abuso**

También existe abundante bibliografía sobre el consumo de sustancias (alcohol y otros tóxicos) entre los médicos.

Por ejemplo, un estudio recientemente publicado muestra el elevado consumo de alcohol de médicos y enfermeros de Atención Primaria en España respecto a la población general.<sup>87</sup>

Carinci y Christo<sup>88</sup> reflexionaron sobre los trastornos por uso de sustancias en profesionales de la medicina. Los médicos a menudo demoran la decisión de solicitar tratamiento debido a mecanismos de negación, personalidad con elevada independencia y autocontrol, y sentimientos de “invencibilidad”. Sin embargo, una vez que son incluidos en programas de tratamiento, los médicos tienen un mejor pronóstico que la población general para recuperarse de dichos trastornos. Entre el 75 y el 85% pueden continuar con éxito su práctica médica tras un tratamiento intensivo, dato que también confirman seguimientos a largo plazo (72% en seguimientos de 5 años tras la finalización del tratamiento).

El consumo episódico de alcohol en cantidades excesivas (“binge drinking”) es habitual en la población general y también entre los médicos residentes. En una encuesta realizada a más de 200 residentes de atención primaria en EEUU, la mitad reconocieron haber bebido alcohol en exceso al menos una vez en el año previo y un 18% lo hacían como mínimo una vez al mes.<sup>89</sup>

En otra encuesta, realizada esta vez en Reino Unido, la mayoría de los residentes consumían algún tipo de alcohol y el 60% de estos excedía los límites recomendados. El consumo de alcohol se había incrementado, tanto en hombres como en mujeres, respecto a su época de estudiantes. En cuanto al consumo de otras drogas, el 11% consumía cannabis regularmente y el 10-13% admitía haber tomado otras sustancias de abuso (cocaína, alucinógenos, anfetaminas...) en al menos una ocasión.<sup>90</sup>

### **1.4.4- Segundas víctimas**

Los eventos adversos provocan lesión, daño o sufrimiento en los pacientes, pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales involucrados en ellos e impactan negativamente en la personalidad y la profesionalidad del médico. El término “segunda víctima” hace referencia a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación.<sup>91</sup>

Las consecuencias personales en las segundas víctimas se caracterizan por una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional

que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas. El cuadro clínico que pueden presentar incluye dificultades de concentración, frustración, culpa, síntomas depresivos y ansiedad, insomnio, ira y cambios de humor, dudas constantes sobre su capacidad profesional y miedo a consecuencias legales y pérdida reputación profesional.<sup>92</sup>

La información existente en la literatura científica sobre los médicos residentes como segundas víctimas es escasa. Albert Wu utiliza el caso de un médico residente como segunda víctima para explicar cómo la sociedad actual tiene dificultades para aceptar los errores médicos, manteniendo unas expectativas poco realistas sobre la perfección de la atención médica.<sup>93</sup>

En varios países se está trabajando para identificar el impacto de los eventos adversos en los residentes y cómo afecta a su práctica, de tal manera que puedan recibir un soporte adecuado y llegar a aprender de los mismos en lugar de abandonar la profesión o caer enfermos.<sup>94, 95</sup>

La vivencia de los eventos adversos graves en la etapa de formación especializada tiene mayor impacto que en otras etapas y, si el residente no recibe el soporte adecuado, le va a generar una práctica insegura y el consiguiente desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión o síndrome de burnout.<sup>96</sup>

## **1.5- MÉDICOS RESIDENTES Y DISCAPACIDAD**

La discapacidad es un término muy amplio que engloba la potencial limitación en el funcionamiento corporal, personal o social, asociada a una condición de salud. En 1980 la OMS definió la discapacidad como la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Es necesario diferenciarlo del concepto de minusvalía, que se refiere a la situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). En 2001, se redefinió la discapacidad como un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.<sup>97</sup>

Los términos enfermedad y discapacidad no son equivalentes, ya que la discapacidad sería consecuencia de la enfermedad y afecta de forma permanente al funcionamiento del individuo.

Desde 2012 existe una reserva del 7% de plazas en favor de personas con discapacidad en todas las convocatorias de formación sanitaria especializada. Según los últimos datos publicados en prensa especializada, en el año 2017 ha accedido a la formación médica especializada un total de 49 residentes con discapacidad, a través del turno específico, pero no existen datos disponibles sobre los residentes con discapacidad que hayan accedido a plazas a través de turno ordinario.

Además, en 2012 también se reconoció legalmente la posibilidad de solicitar un cambio de especialidad para los residentes que reciben una calificación de “no apto” en el reconocimiento médico realizado al iniciar la formación especializada. Este cambio en la normativa se produjo a raíz de la denuncia de un MIR que escogió una plaza de Medicina de Familia y Comunitaria y fue despedido tras 6 meses de formación por ser calificado como “no apto” en el informe realizado por Salud Laboral. Si bien esta normativa permite acceder a las plazas sin evaluar el tipo o grado de discapacidad o restringir las plazas de especialidades determinadas. No existe ninguna regulación concreta en caso de que la discapacidad aparezca una vez comenzada la residencia.

## **1.6- MÉDICO RESIDENTE ENFERMO Y ÁMBITO LABORAL**

Desde hace décadas, la formación médica especializada constituye un sistema reglado que se encuentra regulado legalmente, tanto en su parte laboral como en la formativa. Cuando un MIR

padece una enfermedad importante, esto tiene implicaciones sobre el ámbito laboral y formativo y puede generar la intervención de distintas entidades relacionadas con la salud o con su formación como especialista.

### **1.6.1- Evolución normativa en España**

Hasta finales del siglo XIX, la formación médica se realizaba bajo la figura de un maestro reconocido que enseñaba a sus discípulos sin programas formativos previamente definidos. Los primeros programas de formación especializada empiezan a crearse en España a principios del siglo XX en hospitales como el de Basurto en Vizcaya y Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Sin embargo, no es hasta la década de 1960 cuando se implantan programas reglados de formación para médicos residentes. Hasta 1955 el título de Licenciado en Medicina y Cirugía habilitaba para la total práctica profesional. En 1966 se crean por primera vez 500 plazas de residencia sanitaria para médicos recién graduados y se concreta la figura del médico interno explicitando los criterios de acceso al puesto, tiempo y formación necesarios.<sup>98</sup>

A lo largo de los años 70 se van introduciendo modificaciones, hasta que en 1978 se realiza un Real Decreto que regula la obtención del título de especialista y reconoce hasta 51 especialidades médicas<sup>99</sup>. También se establecen las comisiones nacionales de cada especialidad, responsables de determinar los requisitos para la acreditación de los centros docentes, los contenidos del programa formativo y el tiempo de duración (de 3 a 5 años). Se establece por primera vez la convocatoria de una prueba objetiva de ámbito nacional para optar a las plazas de formación especializada. En 1984 se publica otro Real Decreto, que deja sin efecto el de 1978. Se reconocen 49 especialidades, se modifica el examen de acceso y se establecen las evaluaciones anuales que deben realizarse a los residentes en formación.<sup>100</sup>

Otro cambio importante tiene lugar en 2003 con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>101</sup>. Pasa a denominar las especialidades médicas como especialidades en ciencias de la salud e indica que estas especialidades podrán agruparse atendiendo a criterios de troncalidad.

El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre<sup>102</sup>, conocido popularmente como “estatuto del residente”, regula aquellos aspectos relacionados con la especial relación laboral de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud: retribución, derechos y deberes, jornada laboral máxima anual, régimen disciplinario. Por otra parte, el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero<sup>103</sup>, clasifica las especialidades en ciencias de la salud y desarrolla determinados aspectos del sistema formativo: acreditación de las unidades docentes, supervisión progresiva del residente, sistema de evaluación.

### **1.6.2- Comisiones de docencia, unidades docentes y tutores de residentes**

En la Orden SCO/581/2008 de 22 de febrero<sup>104</sup>, se publicó el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud por el que se regula la composición y las funciones de las comisiones de docencia. Se les atribuye funciones de organización, control y supervisión de la formación de los residentes, así como la de facilitar la integración de las actividades de los residentes en la actividad asistencial y ordinaria de los centros en los que se están formando.

Ninguna de las funciones detalladas en dicha orden habla sobre la salud de los residentes o la influencia que una limitación física o psíquica puede tener sobre su formación. Sin embargo, sí se atribuye a las comisiones de docencia la función de garantizar que cada residente cuente con un plan individual de formación, por lo que en la práctica tienen un papel importante en las situaciones en las que un residente está enfermo y es preciso realizar una adaptación o modificación del plan formativo.

También tienen la obligación de notificar al Registro Nacional de Especialistas en Formación las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración del periodo formativo. Aunque no

se nombre explícitamente, ahí estarían incluidas las incapacidades laborales temporales que conlleven una prórroga del tiempo de residencia.

### **1.6.3- Ministerio de Sanidad**

En los últimos años el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad edita en cada convocatoria del examen MIR una “Guía del residente”, donde se explican aspectos legales y laborales de la formación especializada en ciencias de la salud: inicio y fin de la residencia, motivos de excedencia, evaluaciones... No se hace referencia a la salud de los residentes, salvo al nombrar la obligatoriedad del reconocimiento médico y las consecuencias de obtener un resultado negativo en el mismo.<sup>105</sup>

### **1.6.4- Absentismo y presentismo laboral**

Numerosos datos a nivel nacional e internacional coinciden en que los médicos son un grupo profesional cuyas estadísticas de bajas laborales están muy por debajo de la media poblacional. Estos datos también se objetivan cuando la población a estudio son los médicos residentes.

El presentismo laboral consiste en acudir a trabajar a pesar de no poder mantener un funcionamiento adecuado debido a motivos de salud y es un fenómeno muy frecuente entre los médicos. Esta situación es común en los diversos países estudiados, por ejemplo en Italia (86%), Suecia (70%), Noruega (76%), Islandia (75%) o Nueva Zelanda (82%).<sup>106, 107</sup>

La presión por ir a trabajar estando enfermo puede ser particularmente importante en el caso de los médicos residentes debido a la falta de una cobertura adecuada, las presiones ejercidas por los colegas o los superiores, además de los sentimientos y comportamientos de sacrificio y compromiso adquiridos desde la universidad. Varios estudios han hallado una mayor tasa de presentismo en los residentes de especialidades quirúrgicas. El miedo a ser considerado débil es otro motivo para evitar coger la baja laboral, siendo significativamente mayor en MIR del sexo femenino.<sup>108</sup>

Jena et al encontraron que el 57.9% de los residentes encuestados habían acudido a trabajar estando enfermos al menos una vez en el año previo y un 31.3% declaraban haberlo hecho en más de una ocasión. Más de la mitad alegaban no tener suficiente tiempo para acudir al médico. Las tasas de presentismo observadas eran menores en los residentes de primer año y aumentaban a partir del segundo año de formación especializada, un dato que concuerda con otros estudios sobre el tema y que probablemente tenga relación con el mayor grado de responsabilidad en la práctica clínica asumido por los residentes mayores.<sup>109</sup>

También se ha observado que el presentismo laboral se asocia a problemas de salud, incluso a una mayor presencia de ideación suicida en los médicos que no cogen la baja laboral cuando están enfermos.<sup>110</sup>

Además de las consecuencias que puede tener para la propia salud del médico el hecho de trabajar estando enfermo, también pueden existir consecuencias negativas para los pacientes, como la transmisión directa de la enfermedad en el caso de patologías de tipo infeccioso. Se ha observado que, en muchas ocasiones, los médicos residentes que acuden a trabajar padeciendo una infección infravaloran el riesgo de transmisión de la misma a los pacientes.<sup>111,112,113</sup>

En otro estudio realizado en Reino Unido<sup>114</sup> se valoró la incidencia de patología infecciosa común en médicos jóvenes y si éstos permanecían trabajando cuando debían estar de baja laboral. Mediante un cuestionario respondido por los médicos residentes de un hospital universitario en 1993 y 2001, se descubrió que la mayoría habían padecido un proceso infeccioso en los 6 meses previos a la realización del cuestionario pero, en la mayor parte de los episodios, habían permanecido trabajando (84.9% en 1993 y 63.2% en 2001) a pesar de considerar que eran

patologías que requerían baja laboral. Las razones que los residentes daban para no coger la baja eran: saber que los colegas tendrían trabajo extra (72%, 68%), pensar que la enfermedad no afectaba a su capacidad de trabajar (28%, 22.7%), sentirse presionados por el consultor (26%, 20%) y pensar que no existía riesgo de transmisión (12%, 6%). El número de médicos que consultó a Salud Laboral fue mínimo o inexistente.

## **1.7- IMPACTO DE LA ENFERMEDAD DEL MÉDICO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL**

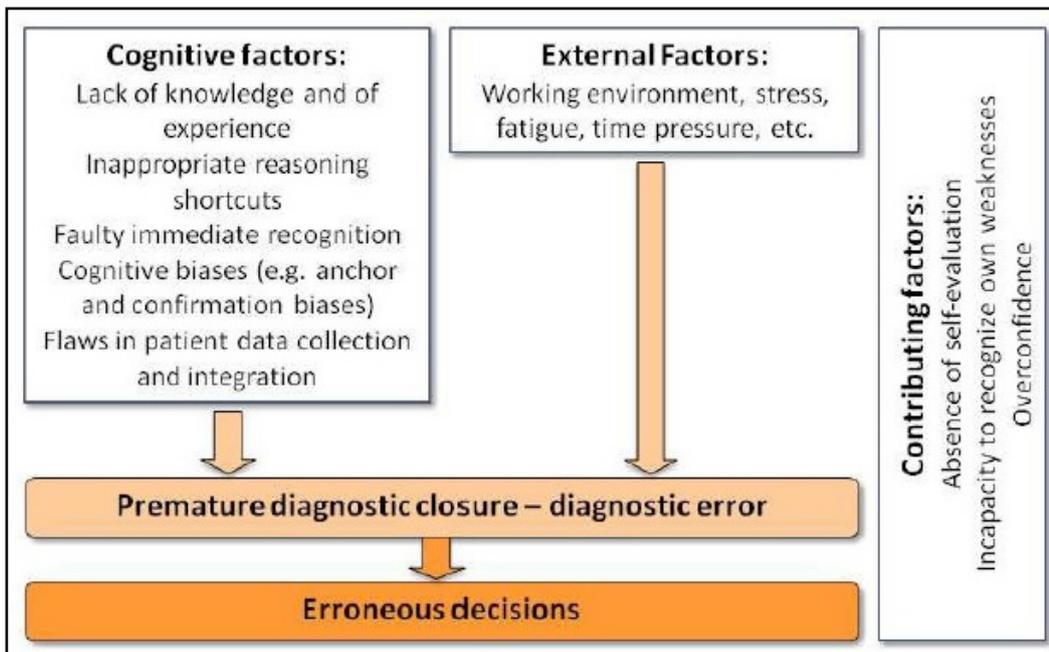
Además del impacto que la enfermedad puede tener en la vida personal y profesional del médico que la padece, los médicos enfermos que no son atendidos de forma adecuada suponen un riesgo para la salud de sus pacientes. La enfermedad, ya sea física o psíquica, puede producir una disminución de la competencia profesional con más errores y confusiones, más dudas, más solicitud de pruebas innecesarias... Por todo ello, la seguridad del paciente en el circuito asistencial puede verse amenazada y también puede aumentar la posibilidad de demandas judiciales por mala praxis.<sup>115</sup>

Algunos trabajos han investigado los daños en la seguridad del paciente que pueden generarse debido a los médicos residentes enfermos, aunque en general se han limitado al estudio de su relación con el burnout o con la depresión.

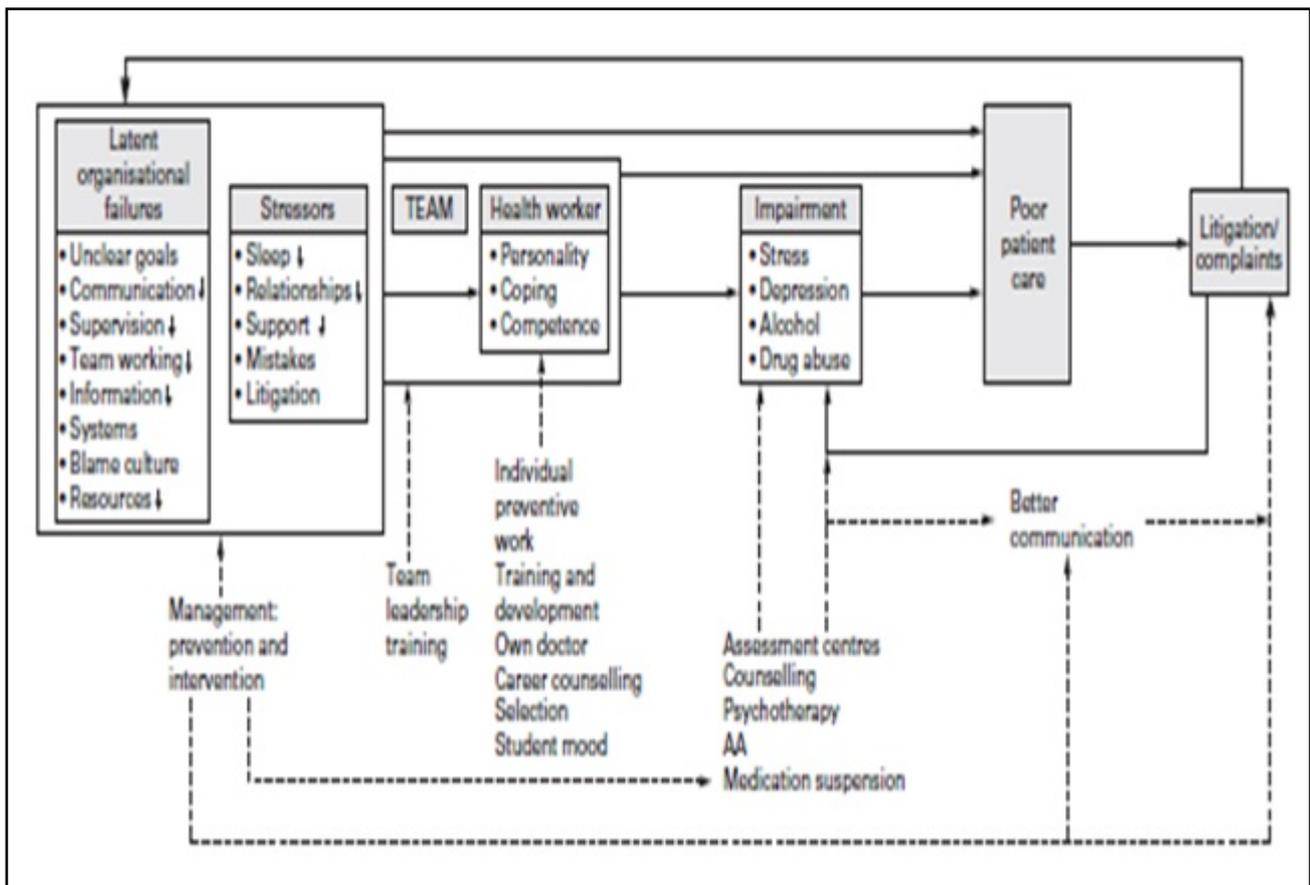
En un estudio realizado con residentes de pediatría de EEUU se objetivó que los médicos en formación que padecían depresión, cometían seis veces más errores con la medicación que quienes no la padecían. Sin embargo, en este estudio no encontraron aumento en las tasas de errores médicos entre los que presentaban burnout.<sup>116</sup> También en EEUU pero en residentes de medicina interna se encontró asociación estadística entre la fatiga y el distrés y los errores autopercebidos, aunque el tamaño del efecto era pequeño. En este caso el riesgo de errores sí aumentaba de forma importante en los residentes con alta puntuación en escalas de depresión.<sup>117</sup> Entre residentes de Anestesiología, también se encontró que los que presentaban burnout, depresión o ambas tenían mayor tasa de errores y obtenían menor puntuación al evaluar su práctica clínica.<sup>118</sup> Ese vínculo entre burnout y aumento de los errores cometidos en la práctica clínica y declarados por los residentes también se constató en Holanda.<sup>119</sup> Además, parece que la relación entre distrés emocional y errores autopercebidos puede ser bidireccional, ya que los errores a su vez también pueden causar síntomas de burnout y depresión.<sup>120</sup>

Es necesario destacar que muchos de estos estudios cuantifican los errores en función de lo percibido por los propios residentes, lo que implica un sesgo de memoria. Además, es posible que los MIR que tienen burnout o depresión tiendan a realizar una peor autovaloración de su práctica clínica, con mayor percepción de errores o más atención sobre los mismos que los residentes con mayor satisfacción laboral o mejor estado anímico. Sería preciso realizar estudios con muestras de mayor tamaño y que tuvieran en cuenta más parámetros aparte de los errores autopercebidos. También sería necesario hacer estudios que aborden cómo afecta a la seguridad del paciente que un médico residente padezca otros problemas de salud diferentes del síndrome de burnout o la depresión.

A continuación, se incluye un gráfico de Nendaz y Perrier sobre los factores acumulativos que pueden llevar a diagnósticos o decisiones erróneas.<sup>121</sup>



En segundo lugar, se reproduce un esquema, diseñado por Firtz-Cozens, en el que se recogen en la parte superior los factores que pueden conducir a una atención inadecuada y, en la parte inferior, posibles intervenciones para mejorar la seguridad del paciente.



## **1.8- RECOMENDACIONES Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MÉDICOS ENFERMOS**

### **1.8.1- A nivel internacional**

En los años 70, en Estados Unidos se crean los primeros programas de atención específica al médico enfermo, enfocados sobre todo al tratamiento de adicciones y trastornos mentales.<sup>122</sup> Posteriormente, se han ido desarrollando programas especiales dedicados a la salud de los profesionales sanitarios en todos los estados de Estados Unidos<sup>123</sup> y en todas las provincias de Canadá<sup>124</sup>, Australia y Nueva Zelanda<sup>125</sup>.

En cuanto a Europa, el British Medical Council del Reino Unido elaboró durante la década de 1990 guías de actuación ante el médico enfermo y desde entonces se han instaurado diversos programas de atención.<sup>126, 127</sup> También en Francia han puesto su atención en la salud de los profesionales médicos, desarrollando estrategias institucionales para su abordaje.<sup>128</sup>

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 Unido.<sup>129</sup>

### **1.8.2- A nivel nacional**

En cuanto al estado de la cuestión en nuestro país, en 1998 se creó el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) por un acuerdo entre el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) y la Generalitat de Cataluña, al que se sumaron inmediatamente los otros 3 colegios de médicos catalanes. En la actualidad el PAIME se ha extendido, aunque no en igual medida, a las 17 Comunidades Autónomas y 2 Ciudades Autónomas que componen nuestro país. Entre 1998 y 2014 han sido atendidos más de 3800 médicos.<sup>130,131</sup>

Este programa ha supuesto sin duda un gran avance en la atención a profesionales médicos que padecen enfermedades mentales y conductas adictivas. Sin embargo, no existe en nuestro país ningún programa específico de atención a médicos con otro tipo de patologías, que también suponen una gran pérdida de calidad de vida y afectan notablemente a la carrera profesional.

## **1.9- RECOMENDACIONES Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MÉDICOS EN FORMACIÓN**

### **1.9.1- A nivel internacional**

En los años 80, en EEUU, se iniciaron los primeros programas de asistencia a médicos en formación, con el objetivo de facilitar a los residentes un acceso apropiado y confidencial a asesoramiento y asistencia médica y psicológica. Los propios residentes manifestaban la necesidad de recibir asesoramiento en cuestiones laborales y personales; sin embargo, en muchos casos no lo estaban recibiendo.<sup>132,133</sup> Ante esa falta de recursos especializados, Borenstein<sup>134</sup> diseñó y puso en marcha en 1981 en Los Ángeles un programa de asistencia dirigido a médicos residentes con problemas emocionales o adicciones (*The UCLA Mental Health Program for Physicians in Training*) como alternativa a los recursos de asistencia tradicionales disponibles hasta ese momento.

Lohr y Engbring<sup>135</sup> explicaron en un artículo las dificultades surgidas al poner en marcha el primer programa de atención a residentes de Wisconsin (1983), entre las que destacaba el desconocimiento sobre el programa a pesar de los esfuerzos por informar a los residentes y a los responsables de su formación, la falta de coordinación con los agentes implicados, el miedo de los residentes a que el programa se usara de manera punitiva, la falta de presupuesto para actividades educacionales y la falta de cobertura de los tratamientos a largo plazo por parte de los seguros de salud.

En la actualidad, numerosas instituciones disponen de programas de asistencia para sus residentes. De hecho, en EEUU, el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) exige que todos los centros con programas de formación médica postgraduada cuenten con servicios de asistencia disponibles para todos los residentes.<sup>136</sup>

En dichos programas se da una importancia vital a la confidencialidad y se implica tanto a las facultades de medicina como a los directores de programas de residencia y los hospitales donde dichos residentes se forman. Dentro de los motivos de consulta, se sitúan en primer lugar los problemas emocionales (estrés, ansiedad, depresión), seguidos de dificultades interpersonales o socioeconómicas, siendo minoritaria la petición de asistencia por problemas de salud física.<sup>137</sup>

Levey<sup>138</sup> sugiere que los programas de asistencia a médicos residentes deberían estar dirigidos por un clínico bien entrenado, ser absolutamente confidenciales y proporcionar evaluación, asesoramiento a corto plazo y seguimiento a más largo plazo, junto con estrategias de educación.

Otras estrategias, más que en la asistencia directa de residentes enfermos o con problemas, han puesto el foco en la intervención sobre las habilidades de afrontamiento y el manejo del estrés entre los jóvenes médicos. Habitualmente, estas estrategias se han desarrollado mediante seminarios, retiros, conferencias...<sup>139</sup> Un ejemplo es el curso promovido por la *Southern Illinois University*, que incluía información sobre los factores relacionados con el estrés y el burnout, características del médico enfermo y principales trastornos, manejo del estrés y búsqueda de asistencia. Este curso iba dirigido tanto a los médicos residentes como a sus tutores y a los directores de programas de residencia, y contaba con un alto grado de aceptación entre los participantes.<sup>140</sup>

En otras ocasiones, la intervención se ha dirigido fundamentalmente hacia la prevención. La Universidad de Alberta (Canadá) creó en los años 90 el *House-staff well-being committee*, dedicado a programas de prevención y también al triaje y derivación de los residentes con problemas a otros recursos disponibles para su asistencia.<sup>141</sup>

La experiencia de los grupos de apoyo entre médicos residentes también ha dado buenos resultados, con alta satisfacción expresada por los participantes y mejora de su bienestar personal y profesional. Según un estudio cualitativo llevado a cabo en California, los temas que más abordaban los residentes en los grupos, a lo largo de todos los años de residencia, eran el desarrollo profesional (destacando las categorías de confianza profesional y rol y responsabilidad del residente) y el afrontamiento de diversos estresores surgidos en la práctica profesional. Las emociones más comúnmente expresadas por los residentes en el contexto del grupo eran ansiedad, culpa, sentimientos positivos y enfado.<sup>142</sup>

Algunos autores recuerdan, además, que los síntomas de burnout u otros problemas no se manifiestan solo durante la residencia, estando ya presentes en una proporción importante de estudiantes de medicina, por lo que se plantean la conveniencia de iniciar los programas de asesoramiento y asistencia durante la carrera universitaria y continuarlos de forma longitudinal durante la formación especializada.<sup>143,144,145</sup> Es posible que el éxito de los programas de asistencia dependa también de la promoción de un adecuado modelo de autocuidado por parte de quienes forman a los médicos.<sup>146</sup>

A pesar de todos los esfuerzos, el éxito de estos programas es limitado debido a la persistencia de numerosas barreras (además de las barreras propias del médico cuando enferma, que ya han sido comentadas: negación, búsqueda de asistencia de manera informal...). Una de las principales es la confidencialidad, ya que el miedo a perderla sigue siendo un motivo para que los residentes eviten buscar ayuda. La falta de tiempo disponible para acudir a las citas también es un motivo importante para muchos residentes, sobre todo si se trata de programas que proporcionan asistencia fuera del hospital donde el residente trabaja. Por otro lado, en algunos países, las cuestiones económicas también juegan un papel fundamental, al no disponer de cobertura sanitaria universal o de seguros médicos que cubran determinados tratamientos.<sup>147</sup> Además, los

residentes en ocasiones no perciben que su bienestar sea tenido en cuenta en los programas de formación como una prioridad, pudiendo haber discrepancias entre su visión y la de los responsables de docencia respecto a los beneficios de los programas de atención.<sup>148</sup>

Algunos estudios apuntan que entre los residentes, igual que ocurre en la población general, los varones suelen ser más reacios a buscar ayuda cuando tienen dificultades y cuestionan más la utilidad de los programas de asistencia, mientras que entre las residentes mujeres suele existir mayor aceptación de los mismos.<sup>149,150</sup>

En 2015, la preocupación por este tema se intensificó en EEUU a raíz de dos suicidios ocurridos en residentes de un mismo programa formativo en un lapso de dos semanas, indicador de que no es posible bajar la guardia y de que los esfuerzos por ofrecer una adecuada atención a los residentes con problemas deben continuar.<sup>151</sup> La salud de los médicos residentes sigue siendo un tema de actualidad y el desarrollo de programas para mejorarla es uno de los puntos claves.<sup>152</sup>

### **1.9.2- A nivel nacional**

En España no existe ningún programa de asistencia específico para médicos residentes. Como se explicó previamente, sí está disponible el Programa PAIME, que presta asistencia a médicos en activo con trastornos mentales o adictivos, incluidos los médicos residentes en esa situación.

Además, al formar parte de un Sistema Nacional de Salud, la mayoría de los médicos son asalariados del servicio autonómico de salud que, como empresa, ofrece Servicios de Salud Laboral a sus trabajadores.<sup>153</sup> Dichos servicios de salud laboral participan en la Comisión de Salud y Seguridad y tienen poder de decisión en cuanto a las adaptaciones de puesto de trabajo cuando estas están indicadas.

## **1.10- EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS QUE ENFERMAN**

Existen algunos trabajos que han profundizado más en las experiencias de los médicos que enferman, mediante metodología cualitativa, generalmente a través de entrevistas en profundidad o, con menor frecuencia, de grupos focales.

En 2001, Thompson y otros colegas<sup>154</sup> llevaron a cabo un estudio cualitativo con el fin de explorar las percepciones de los médicos generales respecto a los efectos de su profesión en sus actitudes frente a su propia enfermedad o la de sus colegas. Los participantes eran reacios a reconocerse a sí mismos como enfermos, pero sí mostraban preocupación por la salud de la profesión médica. Explicaban que existe presión por aparentar un buen estado de salud, mostrando la percepción de que los pacientes asocian la salud del médico con su competencia profesional. También quedaron patentes las dificultades para aceptar el rol de paciente, al percibirlo como incompatible con el de profesional de la salud. Los médicos comentaron que sus conocimientos científicos les hacían oscilar entre el pánico y la negación cuando experimentaban síntomas de enfermedad. Las mayores dificultades aparecían a la hora de aceptar problemas psicológicos o psiquiátricos, mostrando preocupación sobre la confidencialidad. Por otra parte, los participantes expresaron lo complicado que les resultaba ser médico de otros médicos.

McKevitt y Morgan<sup>155</sup> realizaron entrevistas en profundidad a médicos británicos que habían padecido recientemente una enfermedad. Comentaron diferentes factores presentes en la literatura científica como el retraso en la búsqueda de ayuda debido a la negación, preocupación por la confidencialidad, etc. Pero además, detectaron un concepto importante que se repetía en las entrevistas: la idea que a menudo mostraban los médicos de que la enfermedad pertenecía a los pacientes pero no a ellos, que era algo ajeno, con la consiguiente sorpresa e incredulidad cuando se encontraban enfermos.

En la misma línea van los resultados obtenidos por Stanton y Randal<sup>156</sup> en un estudio cualitativo, consistente en entrevistas semi-estructuradas a médicos en tratamiento psiquiátrico, psiquiatras y amigos, familiares o colegas de los doctores enfermos. Destacan las expectativas poco realistas de los médicos acerca de sí mismos, identificando vulnerabilidad con pérdida de respeto por parte de los colegas y tendiendo a minimizar o negar sus propias necesidades de cuidado. Los colegas médicos o los psiquiatras que tratan esos casos describen dificultades para identificar los problemas y hablar de ellos con los médicos enfermos. Sin embargo, otras personas del entorno del médico enfermo que no son médicos (familiares, amigos) se ven más capaces de identificar esos problemas y hablarlos con el afectado, aunque no siempre consiguen que solicite ayuda.

Henderson et al<sup>157</sup> hablan sobre cómo la estigmatización actúa como barrera no solo en la búsqueda de ayuda sino también en la reincorporación laboral, en base a datos obtenidos en un estudio de metodología cualitativa con médicos que habían estado alejados del trabajo por motivos de salud (física o psíquica) durante al menos 6 meses. Estos percibían actitudes negativas y falta de apoyo por parte de sus colegas, que internalizaban en forma de sentimientos de fracaso, vergüenza o culpa. Todo ello conducía a la auto-estigmatización y se convertía en un obstáculo a la hora de plantearse la reincorporación laboral.

También tiene gran importancia el trato recibido por el médico-paciente por parte de las instituciones sanitarias y colegiales, especialmente en los casos en los que se hace una evaluación sobre su capacidad profesional, ya que dichos procedimientos pueden ser muy estresantes para el médico enfermo y pueden ser interpretados por este como una acusación o un juicio, más que como una ayuda.<sup>158</sup>

Como se puede observar en la literatura, cada vez hay más interés por conocer las experiencias en primera persona de los médicos que enferman a través de métodos cualitativos. Sin embargo, solo una minoría de los estudios de este tipo se ha dedicado específicamente a los médicos residentes. Un ejemplo es el estudio cualitativo de Fox<sup>159</sup> en 2011 mediante entrevistas semi-estructuradas a una muestra de médicos en formación.

También existen algunos artículos escritos en primera persona por médicos que han padecido una enfermedad importante y relatan su experiencia al verse “en el otro lado”, o que han vivido esa situación como familiares de un paciente, lo que también ha cambiado su perspectiva.<sup>160, 161, 162</sup> Algunos médicos incluso han escrito libros de corte autobiográfico en los que relatan sus vivencias como pacientes.<sup>163</sup> Otros dedican blogs a relatar sus experiencias de enfermedad.<sup>164</sup>

No todo son consecuencias negativas cuando un médico residente enferma. Se ha descrito que la experiencia personal de enfermar puede incrementar la compasión del médico por sus pacientes y también generar cambios sobre la empatía.<sup>165</sup> Este hecho también se ha observado en médicos jóvenes que han estado enfermos y transmiten que su experiencia les ayuda a empatizar y comunicarse mejor con sus pacientes.<sup>166</sup> Es en los estudios de metodología cualitativa o en los libros donde aparece este aprendizaje, difícil de apreciar en los estudios cuantitativos.

No se ha encontrado ningún estudio cualitativo realizado en España sobre la salud del médico residente como paciente.

## **1.11- CONCLUSIONES SOBRE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

En conclusión, 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 extrínsecos en el 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, bien descritos por la literatura científica nacional e internacional, pueden estar también implicados en el desarrollo, mantenimiento y manejo inadecuado de otras patologías médicas.

El mal manejo de la enfermedad del médico puede constituir un problema de salud pública. Los programas de salud específicos para médicos han mostrado eficacia disminuyendo el riesgo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y, por lo tanto, disminuyendo también el riesgo en la aparición de segundas víctimas.

No se han realizado en España estudios descriptivos que reflejen la realidad del médico enfermo de una forma representativa a nivel nacional, 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.

Respecto a los médicos residentes, también existen múltiples factores que influyen en su estado de salud y en su comportamiento a la hora de enfermar. El interés por esta cuestión es creciente en los últimos años, aunque la información disponible sigue siendo parcial y con frecuencia no incluye las percepciones o sentimientos de los propios médicos residentes enfermos.

En la literatura científica, hasta el momento se ha prestado más atención a los problemas de índole mental debido a la mayor vulnerabilidad observada en médicos residentes y a las graves consecuencias que pueden derivarse de ellos si no se manejan adecuadamente. En cuanto a la existencia de patologías importantes a nivel orgánico, es previsible que la prevalencia sea baja si tenemos en cuenta la edad media y el estatus socio-económico de los residentes. Sin embargo, nos basamos en suposiciones, ya que no disponemos de datos exhaustivos y fiables sobre este grupo de patologías en los médicos en formación. También podemos suponer que en algunos casos una patología física grave puede ocasionar impedimentos para ejercer adecuadamente la medicina o, al menos, para formarse en una determinada especialidad, por lo que sería de gran interés disponer de más información al respecto.

En nuestro país no se ha realizado hasta el momento ningún estudio a nivel nacional que valore la existencia de problemas de salud, tanto físicos como mentales, en los médicos residentes, ni que profundice especialmente en la percepción que de estos problemas tienen los propios residentes enfermos, y también quienes les supervisan en su formación.

## **2.- JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS:**

### **2.1- JUSTIFICACIÓN**

Centrar la cuestión del médico enfermo en el colectivo MIR, supone profundizar no solo en el proceso de enfermar de estos profesionales, sino también en las implicaciones que sus problemas de salud pueden tener de cara a su formación como médicos especialistas y, por lo tanto, a su futuro laboral a corto, medio y largo plazo. Esta circunstancia dota de relevancia la perspectiva que tienen de dicha cuestión, no solo los propios médicos en formación, sino también los profesionales encargados de supervisarlos y, en determinados casos, de tomar decisiones respecto a la adecuación de un MIR concreto al programa formativo de su especialidad.

No disponemos en España de suficiente información actualizada sobre el médico residente que enferma, a pesar de ser un tema de incipiente repercusión mediática y de indudable relevancia desde el punto de vista de la seguridad asistencial y también del bienestar de los profesionales.

El conocimiento de las percepciones de los propios médicos residentes, así como de los profesionales que supervisan su formación y 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.

### **2.2- HIPÓTESIS**

El proceso de enfermar de los médicos residentes es complejo y presenta diferencias respecto a la población general.

- Hipótesis Conceptual 1: El médico residente 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 y dificulta el plan formativo. → Hipótesis Operativa 1: Es posible conocer en profundidad esas vivencias del médico residente enfermo y de quienes participan en su formación como especialistas por medio de entrevistas y grupos focales, y generar un cuestionario para describir la situación.
- H. Conceptual 2: Los profesionales buscan atención sanitaria fuera de los circuitos asistenciales habituales. Los estándares de calidad asistencial y seguridad del paciente disminuyen, hay mayor riesgo de eventos adversos en su atención. → H. Operativa 2: Es posible conocer las incidencias que se producen en la asistencia, por medio de entrevistas en profundidad, grupos focales y cuestionario.
- H. Conceptual 3: El proceso de enfermar de los médicos residentes presenta diferencias respecto a los médicos que enferman en otras etapas de su carrera profesional. → H. Operativa 3: Es posible establecer comparaciones entre residentes y otros médicos mediante entrevistas y cuestionario.
- H. Conceptual 4: A nivel internacional, existe variabilidad de respuestas, según los países, en lo concerniente a los sistemas de atención al médico y las recomendaciones deontológicas. Este hecho refleja que la situación no está resuelta. En España solo existe un programa de atención, dirigido exclusivamente a patologías mentales y adictivas, y no se han emitido recomendaciones deontológicas concretas. → H. Operativa 4: Es posible establecer recomendaciones desde las organizaciones profesionales sobre cómo afrontar el proceso de enfermar, cómo tratar al médico enfermo por colegas, basándose en las respuestas al cuestionario validado y a la información obtenida en entrevistas y grupos focales.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1- OBJETIVO GENERAL**

Comprender el proceso de enfermar de los Médicos Internos Residentes, sus implicaciones éticas, formativas y del futuro desarrollo laboral.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Describir las percepciones de los Médicos Internos Residentes en España sobre su propia salud, estilo de vida, y satisfacción laboral.
- ❖ Describir la utilización del sistema sanitario por parte de los MIR cuando enferman.
- ❖ Describir las vivencias personales de los MIR cuando enferman.
- ❖ Describir el impacto de la enfermedad de los MIR en la competencia profesional y en la clínica.
- ❖ Comparar la información sobre los comportamientos relativos a la salud de los MIR con médicos en otras etapas profesionales y con la población general.
- ❖ Describir el impacto de la enfermedad en el equipo de trabajo (otros MIR y médicos especialistas encargados de su formación y supervisión).
- ❖ Establecer recomendaciones sobre el manejo del médico residente enfermo para las instituciones sanitarias en las que trabaja (servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de recursos humanos), las que le atienden como paciente (proceso de atención al médico residente enfermo) y las que amparan su profesionalidad (recomendaciones deontológicas).

## 4.- METODOLOGÍA

### 4.1- TÉRMINOS

#### Profesional médico:

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

#### Médico en formación especializada:

Se incluye a todos los médicos ya graduados en la universidad que se encuentran formándose como especialistas. Aunque somos conscientes de que 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.

#### 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 ámbito formativo o laboral para el MIR que la padece o la ha padecido (incapacidad laboral temporal de al menos un mes, cambios en su plan de rotaciones, intervención por parte de la comisión de docencia...).

#### Médicos de médicos:

Aquellos profesionales médicos que tienen responsabilidad directa sobre el cuidado de la salud de sus compañeros de profesión, o bien tienen responsabilidad en su formación pregrado o formación especializada.

Dentro de este grupo podríamos incluir también a los responsables de la docencia de los residentes (tutores, jefes de estudios, miembros de comisiones de docencia) por tener también un papel fundamental cuando un residente padece un problema de salud.

### 4.2- APARTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se describen de manera resumida las fases del presente proyecto de investigación:

- Se lleva a cabo una **búsqueda bibliográfica** para recoger la información disponible sobre los médicos residentes enfermos a nivel nacional e internacional.
- Para conocer con mayor profundidad los factores explicativos de la problemática del profesional con enfermedad y para recoger propuestas de los profesionales para mejorar la identificación y el manejo de los mismos, se realiza un estudio cualitativo mediante **entrevistas semi-estructuradas** a MIR que padecen o han padecido algún problema de salud relevante durante su periodo de formación médica especializada.
- También como parte del estudio cualitativo, se desarrollan los siguientes **grupos focales de discusión**:
  - Profesionales responsables de la docencia de los médicos residentes (miembros de Comisiones de Docencia, Unidades Docentes y tutores de residentes).
  - Médicos que ejercen en los Servicios de Salud Laboral.
  - Profesores universitarios de facultades de Medicina.

- Análisis de la información obtenida mediante técnicas cualitativas, con apoyo en el programa de análisis de datos MAXQDA.
- Realización de un **estudio descriptivo epidemiológico: encuesta** anónima para recopilar información epidemiológica sobre el estado de salud y hábitos de vida de los MIR, el uso que realizan del sistema sanitario y sus percepciones sobre los médicos enfermos. Esta encuesta es distribuida a los médicos residentes colegiados del país de forma telemática a través de las Comisiones de Docencia y la Organización Médica Colegial. Esa misma encuesta se realiza también a médicos en otras etapas de su vida profesional (en ejercicio y jubilados), con el objetivo de poder establecer comparaciones entre dichos grupos y los médicos residentes. Se realiza un análisis estadístico de los resultados.
- **Integración de los resultados** obtenidos sobre los médicos residentes mediante las distintas metodologías **y comparación** de estos con los datos disponibles en médicos especialistas en otras etapas profesionales.
- A partir de los datos obtenidos, se establecen una serie de **líneas futuras** que ayuden a mejorar el abordaje de los médicos residentes enfermos desde los Servicios de Salud, en colaboración con los Colegios Oficiales de Médicos.

Las referencias bibliográficas aparecen al final de la tesis, siguiendo la numeración mediante la cual se citan en el texto, establecida 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, conservará el número de la primera vez que ha sido citado.

#### 4.3- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una búsqueda en MEDLINE a través de PubMed, EMBASE e IME. La estrategia de búsqueda se ha limitado a los idiomas inglés y español. Se han usado como descriptores y estrategia de búsqueda los referidos en la siguiente tabla:

Descriptor en inglés	Descriptor en español
Doctor/physician, health professionals, health personnel.	Médico, doctor, profesional de la salud
Medical student, Junior physician, Registrars, Attending physician	Estudiante de medicina, médico residente, médico adjunto
Ill/sick/disease/health	Enfermo, enfermedad, salud
Sick leave	Baja laboral
Impairment	Discapacidad
Physician heal thyself	El médico se auto-cura
Self-care, self-medication	Autocuidado, automedicación, autoprescripción
Access to health care/ Health plan	Acceso a la atención sanitaria
<b>Estrategia de búsqueda para artículos en inglés y español:</b>	
Detalle de búsqueda inicial:	("heal thyself"[tiab] OR "sick physicians"[tiab] OR "sick physician"[tiab] OR "ill physicians"[tiab] OR "ill physician"[tiab]) OR ("Physicians"[MAJR] AND (ill[All Fields] OR sick[All Fields])) AND ("1985/01/01"[PDat] : "2017/09/01"[PDat])
Secuencia:	Los demás descriptores de la búsqueda se han incorporado de forma secuencial: physician por doctor, health profesional, ; sick por ill o health o self-care... sucesivamente

La búsqueda bibliográfica con estos términos ha permitido identificar un número reducido de trabajos, por lo que se ha completado la selección de documentos mediante búsqueda inversa, es decir, por el análisis de las referencias de los documentos seleccionados. Esto ha permitido identificar a su vez a los autores más relevantes en el tema y revisar sus publicaciones relacionadas.

Se han revisado también documentos de organizaciones gubernamentales y de profesionales a nivel nacional e internacional accesibles a través de sus páginas web.

En la revisión bibliográfica se ha constatado que no existen unos descriptores MeSH específicos sobre el médico enfermo que permitan realizar una búsqueda precisa sobre el tema.

Los resultados de esta revisión han sido publicados por nuestro grupo de investigación en la revista *Acta Bioethica*.<sup>167</sup>

#### **4.4- POR QUÉ UNA METODOLOGÍA MIXTA**

Desde el inicio del proyecto ha resultado evidente la dificultad de estudiar la complejidad del enfermar del médico residente por métodos exclusivamente cuantitativos, históricamente centrados en medir fenómenos con exactitud y determinar relaciones causales. De esta manera se ha decidido utilizar un diseño metodológico mixto, para enriquecer el conocimiento y la comprensión de las perspectivas de los implicados.

La metodología mixta consiste en incluir en un mismo estudio de investigación, como mínimo, un método cuantitativo y otro cualitativo. La principal premisa es que la combinación de ambos enfoques, cualitativo y cuantitativo, proporciona un 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 mezcla o integración de ambos con el objetivo de dar respuesta a las preguntas de investigación.

La investigación cuantitativa y la cualitativa proporcionan diferentes perspectivas, teniendo cada una de ellas sus limitaciones. Los métodos cuantitativos, al contrario que los cualitativos, 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, además de que el escaso número de participantes impide en muchos casos la generalización de los hallazgos, algo que sí es posible con métodos cuantitativos que cuenten con una muestra suficiente. 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 serían:

- Ofrecen una visión más completa del área que se desea estudiar que uno solo de los enfoques.
- 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 nuestro caso, un diseño exclusivamente cuantitativo podría recoger eficazmente los datos epidemiológicos sobre el estado de salud de los MIR o la incidencia de enfermedades en dicho grupo; sin embargo, difícilmente permitiría obtener información sobre las percepciones y sentimientos de un MIR que enferma, o sobre los aspectos éticos que entran en juego. Por otra parte, un diseño cualitativo puro permitiría conocer en mayor profundidad distintos aspectos del proceso de enfermar en los MIR, pero ninguno de los datos podría generalizarse ni se obtendría un retrato completo del tema a estudio. Por todo ello, consideramos que un diseño que incluya

ambos tipos de investigación puede enriquecer la comprensión del fenómeno a estudio y también proporcionar información de mayor utilidad para el desarrollo de propuestas de mejora.

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 cuantitativos y, de forma concurrente en el tiempo pero independiente, la recogida y análisis de datos cualitativos. En cada caso, el análisis se realiza de forma separada por los métodos habituales cuantitativos y cualitativos, respectivamente. En las etapas posteriores, se comparan o relacionan y se interpretan los datos procedentes de ambos métodos con el objetivo de obtener una visión completa del tema a estudio.<sup>168</sup>

#### **4.5- LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

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 haya sido suficientemente avanzada la investigación.

Habitualmente, el enfoque cualitativo no pretende ofrecer una alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en una empresa, en una escuela 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 generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. En efecto, 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.<sup>169, 170, 171</sup>

No hay, por lo tanto, categorías previas a la investigación (ni variables, o dimensiones, o indicadores) preconcebidos. Si el investigador las tiene en su mente, es porque las ha tomado de otras investigaciones, de otras muestras realizadas por otros investigadores en otros lugares y en otros tiempos, ya que no existen categorías trascendentes. Las verdaderas categorías que conceptualizarán nuestra realidad deben emerger del estudio de la información que se recoja, 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, es decir, construidas antes del proceso de recopilación de información, o emergentes, que surgen a partir de la propia indagación.<sup>172</sup>

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

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. Se debe triangular la información por cada estamento, entre los distintos estamentos, con los datos obtenidos mediante otros instrumentos y con el marco teórico.

Según Knapp (1986), 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 realidad.<sup>173</sup>

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 impartidos por expertos en la materia y a reuniones privadas para realizar consultas sobre aspectos metodológicos concretos.

Entre septiembre de 2015 y febrero de 2017 se realizan 3 seminarios con los expertos en metodología cualitativa Carlos Calderón y Mercedes Febrel, en los que se trabaja el guión de las entrevistas y el análisis de las mismas y de los grupos focales, estructurando la identificación de códigos y las relaciones entre los mismos.

#### **4.5.1- Flexibilidad en el diseño**

La flexibilidad en el diseño es una de las características fundamentales de la metodología cualitativa. El diseño se ve condicionado por los hallazgos que se van encontrando. Además, es vital para el investigador estar muy atento a los hallazgos no esperados, algo aparte de las hipótesis de inicio y la bibliografía.

Durante este estudio, el diseño de la parte cualitativa se ha ido revisando de manera continuada por los investigadores, con el asesoramiento de expertos en este tipo de metodología. De esta manera, el diseño se ha ido modificando en función de los hallazgos que han ido apareciendo. Por ejemplo, se han incorporado al guión de las entrevistas aspectos claves aparecidos en entrevistas previas.

#### **4.5.2- Muestreo**

Para llevar a cabo las entrevistas y grupos focales se realiza un muestreo teórico o intencionado, que es un tipo de muestreo no probabilístico, mediante el cual se selecciona a los entrevistados por los perfiles detallados en el proyecto (sexo, tipo de patología...). Este tipo de metodología no pretende generalizar los resultados, sino recoger y analizar sentimientos, percepciones y discursos de los participantes, que son vistos como “expertos de su propia experiencia”.

En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Por ello, se suelen eliminar los casos atípicos o muy peculiares y calibrar muy bien la influencia de todo lo que tiene carácter excepcional; sin embargo, se procura que la muestra represente lo mejor posible los subgrupos naturales, como se indicó para la muestra estadística, y que se complementen y equilibren recíprocamente. Es decir, se trata de buscar una muestra que sea comprehensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y

explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información).

El muestreo, igual que otros aspectos del diseño, es dinámico y va evolucionando a lo largo del estudio en función de los primeros resultados que se van obteniendo. Con frecuencia se utilizan informantes para facilitar la selección de casos apropiados y ricos en información. El muestreo continúa hasta que se alcanza la saturación. El muestreo final incluye una búsqueda de casos confirmantes y desconfirmantes (selección de casos que enriquecen y desafían las conceptualizaciones de los investigadores).<sup>174</sup>

Al realizar el diseño del proyecto de investigación, nos dimos cuenta de que la mayor dificultad desde el punto de vista ético, iba a ser el “reclutamiento” de médicos enfermos para la realización de las entrevistas. Motivos obvios en relación a la confidencialidad nos impiden la búsqueda directa de participantes, por lo que como metodología de trabajo hemos creado la figura de “enlace” o “introducción”. Un introducción 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. Si por el contrario el contacto del introducción prefiere mantenerse al margen del estudio, los investigadores nunca conocen su identidad ni su patología.

#### **4.5.3- Recogida y almacenaje de la información**

Según las bases teóricas de la investigación cualitativa, es sumamente conveniente que los procedimientos utilizados permitan realizar las observaciones repetidas veces: para ello, habrá que tratar de grabar las entrevistas, filmar las escenas (si es posible), tomar fotografías, hacer anotaciones pormenorizadas de las circunstancias y situaciones, conservar todos los documentos y hacer, incluso, varias copias de los principales, etc.

En el presente proyecto, el sonido de las entrevistas, así como de los grupos focales, se ha grabado mediante una grabadora electrónica. En ambos casos, la grabación se ha realizado con el consentimiento expreso de los participantes. Los archivos de audio y las posteriores transcripciones han permanecido guardados en el ordenador de la investigadora.

#### **4.5.4- Análisis cualitativo**

En las investigaciones de tipo cualitativo, el análisis de los resultados no se puede separar de la fase de obtención de información ni de la explicación de lo analizado. En el análisis podemos encontrar “pistas” que nos hagan modificar los métodos de obtención de información. Tal y como se ha comentado previamente, el diseño es flexible y dinámico.

Para el análisis es necesaria la creatividad, pero sin perder el anclaje con el sustrato empírico y la precisión técnica. El análisis implica construir orden y dar significado al conjunto de los datos obtenidos.

Según los distintos enfoques teóricos, los objetivos de investigación y el tratamiento que se hace del lenguaje, hay pluralidad de modelos de análisis.

Tras el estudio de la bibliografía referente al análisis cualitativo, nos decantamos por la corriente metodológica denominada "análisis del discurso" por ser la que mejor se adapta a este estudio y a las capacidades y recursos de sus investigadores. Uno de los principales objetivos del análisis del discurso, metodología de las más utilizadas en investigación cualitativa, es la formulación de inferencias y la prueba de hipótesis. Es decir, 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, aunque esta verificación de hipótesis no pueda ser entendida al modo de la investigación cuantitativa. 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 social.<sup>175</sup>

En la realización del análisis cualitativo se ha seguido el enfoque propuesto por Taylor y Bogdan, basado en tres fases:<sup>176</sup>

- 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.
- 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.
- 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).

A pesar de la aparente secuencialidad, no hay que olvidar que el análisis cualitativo es dinámico y sigue más bien 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.

## **4.6- ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS**

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. Kvale<sup>177</sup> 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 el actual proyecto de investigación las entrevistas semi-estructuradas son realizadas por un entrevistador (siempre un investigador del proyecto) y, ocasionalmente, también participa un observador, que suele ser otro investigador del grupo o un estudiante de Medicina en proceso de realización de su trabajo de fin de grado.

Son dirigidas por el entrevistador en base al guión, pero sin un orden preestablecido y con predominio de preguntas abiertas.

Antes de llevar a cabo las entrevistas, los entrevistados reciben una información básica sobre el tema del proyecto de investigación y en qué va a consistir su participación en él, pero no detalles sobre los objetivos concretos de investigación o el guión de las entrevistas, para no predisponer al entrevistado con prejuicios o ideas preconcebidas y evitar la preparación previa por su parte, que mermaría la espontaneidad y autenticidad de sus discursos. Ese primer contacto se suele realizar a través de correo electrónico, procediéndose luego a concretar fecha y lugar de realización de la entrevista.

Las entrevistas se han realizado habitualmente en la Facultad de Medicina o en el Centro de Investigación Biomédica de Aragón, aunque en algún caso se han llevado a cabo en otras localizaciones teniendo en cuenta las necesidades o el estado de salud del entrevistado. En cualquier caso, siempre debían cumplirse las siguientes condiciones: tratarse de un espacio privado, sin ruido ambiental y donde pueda llevarse a cabo la entrevista completa sin interrupciones de ningún tipo.

Las entrevistas han tenido una duración aproximada de una hora, aunque esta podía variar en función del devenir de la entrevista y de la consecución de los objetivos. La entrevista completa es grabada mediante un dispositivo electrónico de grabación y el archivo de audio se almacena en el ordenador de la investigadora para su posterior transcripción y análisis.

### **4.6.1- Entrevistas a médicos internos residentes**

#### **4.6.1.1- Selección de los entrevistados**

Las entrevistas semi-estructuradas se realizan a médicos que padecen o han padecido una enfermedad significativa (en base a los criterios anteriormente descritos) durante el periodo de la formación médica especializada.

Como ya se ha comentado en la introducción sobre metodología cualitativa, el muestreo que se realiza es teórico, no probabilístico, según los perfiles que se consideran relevantes por la información que pueden aportar sobre la cuestión a estudio.

Los perfiles elaborados al inicio del estudio han sido los siguientes:

- MIR1-2 con enfermedad crónica
- MIR3-5 con enfermedad crónica
- MIR1-2 con patología aguda grave no oncológica
- MIR3-5 con patología aguda grave no oncológica
- MIR1-2 con patología oncológica
- MIR3-5 con patología oncológica

- MIR1-2 con discapacidad
- MIR3-5 con discapacidad
- También se desea incluir algún MIR con adaptación de su formación o cambio de especialidad por motivos de salud.

Tras debatir la cuestión en el seno del grupo de investigación, se ha decidido dejar fuera del estudio a las MIR embarazadas por considerar que, aunque es una situación que también genera bajas laborales y necesidad de prórroga de la residencia, no se trata de una enfermedad y tiene unas implicaciones diferentes a las patologías que van a tratarse en esta tesis.

Los entrevistados son seleccionados mediante diferentes vías:

- Ofrecimiento por parte del propio médico enfermo que ha conocido el proyecto mediante la difusión que del mismo se ha realizado y que expone su deseo de participar.
- A través de una figura de enlace que contacta con el médico que padece o ha padecido un problema grave de salud y le informa brevemente sobre el proyecto de investigación. En caso de que dicho médico tenga interés en participar, ese enlace o persona introductora le pone en contacto con nosotros. Si por el contrario, el médico prefiere mantenerse al margen del estudio, los investigadores no llegan a conocer su identidad ni su patología.

Somos conscientes de que el hecho de que la participación surja espontáneamente o sea buscada a través de terceras personas, facilita la aparición de entrevistados que han dado a conocer más o menos abiertamente la existencia de su problema de salud. Por el contrario, resulta mucho más difícil acceder a las personas que muestran una especial preocupación por la confidencialidad y no han compartido su padecimiento con su entorno; incluso en caso de acceder a estas personas, es más probable que rechacen participar en la investigación, lo que hace más complicado obtener sus reflexiones y percepciones. Este sesgo será tenido en cuenta y comentado más ampliamente en la discusión sobre el análisis de las entrevistas, sobre todo en el apartado sobre confidencialidad (o pérdida de esta).

En el subgrupo que nos ocupa, los médicos residentes, ha sido dificultoso encontrar los perfiles requeridos para las entrevistas, en primer lugar por una simple cuestión estadística, existe un número limitado de médicos residentes, mucho menor que de médicos especialistas en activo. Además, la mayoría son jóvenes y por ello con menor incidencia de patologías graves que otros grupos de edad. Por otra parte, la red de contactos de los residentes, al llevar menos tiempo ejerciendo su profesión, no es tan extensa como en médicos más experimentados. Otra cuestión nada desdeñable es el elevado número de horas que los residentes están realizando su trabajo o cuestiones relacionadas con este (jornada laboral, guardias, asistencia a cursos, másteres, tesis doctorales...) con la consiguiente falta de tiempo libre, que reduce su disponibilidad para participar como entrevistados.

Por este motivo y respetando al máximo posible la metodología cualitativa, los perfiles arriba detallados, previstos al inicio, han variado ligeramente en función de la disponibilidad o no de potenciales entrevistados. De esta manera, se han realizado más encuestas a residentes con patología aguda grave que con enfermedades crónicas. Por otra parte, algunos perfiles se han superpuesto, por ejemplo, al entrevistar a médicos que han padecido una enfermedad aguda grave, que les dejó secuelas permanentes que los convierten en un enfermo crónico, o en el caso del debut de una condición crónica de manera aguda y grave. Los perfiles definitivos de los entrevistados se detallan en el apartado "Realización de las entrevistas".

#### 4.6.1.2- Elaboración del guión

Teniendo en cuenta las bases teóricas de la metodología cualitativa, antes de comenzar a realizar las entrevistas se elaboró un guión que incluía las cuestiones que debían ser exploradas. El guión inicial se realizó basándose en los conocimientos previos del tema, presentes en la literatura científica, y en las hipótesis de los investigadores sobre los aspectos en los que se deseaba

profundizar, seleccionados a partir de una sesión de “tormenta de ideas” (“brainstorming”) en la que participaron los miembros del grupo de investigación, coordinados por una experta en metodología cualitativa (Mercedes Febrel).

Como es habitual y, de hecho, aconsejable en este tipo de metodología, el diseño del estudio es dinámico y se modifica según se va analizando la información obtenida. Asimismo, el guión se va modificando según los resultados obtenidos en las primeras entrevistas.<sup>178</sup>

En los anexos 1 y 2 constan respectivamente el guión inicial y el guión definitivo, que se alcanzó tras las modificaciones que fueron realizadas a partir de los datos preliminares de las primeras entrevistas.

#### 4.6.1.3- Realización de las entrevistas

Finalmente se han llevado a cabo 10 entrevistas semi-estructuradas a médicos residentes que padecen o han padecido una enfermedad significativa.

Los perfiles de los 10 entrevistados han sido los siguientes:

SEXO	AÑO	TIPO DE PATOLOGÍA
Varón	MIR-1	Patología aguda grave que supuso una Incapacidad Laboral Temporal (ILT) prolongada
Varón	MIR-4	Patología aguda grave y posteriores secuelas, que precisó prórroga de la especialidad y adaptación temporal de las guardias
Varón	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
Varón	MIR-1	Enfermedad oncológica
Mujer	MIR-2	Patología subaguda que requirió intervención quirúrgica programada
Varón	MIR-4	Patología crónica
Mujer	MIR-2	Patología aguda grave como debut de una condición crónica
Mujer	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

Se ha decidido no facilitar otro tipo de datos en los perfiles de los entrevistados (especialidad, lugar de trabajo, diagnóstico...) para preservar al máximo la confidencialidad, aunque estos datos se han tenido en cuenta en el proceso de selección, con el objetivo de conformar un grupo de entrevistados heterogéneo que pudiera aportar información sobre diferentes aspectos de la enfermedad. Algunos fueron elegidos por la gravedad o duración de su patología, otros por el impacto laboral y formativo de esta, otros por el impacto económico o personal de la misma.

Las entrevistas tuvieron lugar entre enero de 2016 y noviembre de 2017.

En general, se respetó el tiempo de duración previsto, siendo en todas las entrevistas cercano a una hora (la más corta duró 40 minutos y la más larga, 70 minutos).

Las entrevistas fueron realizadas por la doctoranda, en algunos casos sola y en otros con la participación de otro miembro del grupo o de un estudiante como observador (siempre contando para ello con la autorización previa del entrevistado).

En cuanto a la etapa de la enfermedad en que es más conveniente llevar a cabo la entrevista, se ha debatido dentro del grupo de investigación, acordando que podía aportar mayor riqueza entrevistar a residentes 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.

#### 4.6.1.4- Transcripción

Con la ayuda del programa de transcripción F4®, se transcribe 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.

#### 4.6.1.5- Análisis

Una vez que la entrevista ha sido transcrita por completo, es analizada de forma independiente por dos investigadores del proyecto. Tras un análisis preliminar, en el que se señalan los ítems más destacados, se realiza una puesta en común con un análisis en mayor profundidad. Posteriormente la entrevista se introduce en el programa MAXQDA (versión 12) para perfeccionar el análisis y poder realizar comparaciones con el resto de entrevistas y datos del proyecto.

Tanto en el análisis de las entrevistas como en el de los grupos focales, cuya metodología se recoge a continuación, se han vinculado los códigos principales del análisis cualitativo con la estructura de presentación de los resultados cualitativos.

Para asegurar la credibilidad (validez interna) y confirmabilidad de los datos obtenidos se ha utilizado el análisis por dos investigadores de manera independiente y el juicio crítico de expertos.

#### 4.6.1.6- Exposición de los resultados

La exposición de los resultados se divide en apartados que se vinculan directamente con los códigos y categorías obtenidos en el análisis cualitativo de las entrevistas y los grupos focales.

Las citas textuales que aparecen en el apartado de resultados llevan aparejado entre paréntesis un código obtenido de la base de datos del programa de análisis MAXQDA, que indica el número de entrevista y el párrafo donde puede localizarse la cita, como puede observarse en el siguiente ejemplo:



#### **4.6.2- Entrevistas a médicos en activo y su comparación con médicos residentes**

Como parte del proyecto global titulado “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”, y mediante la misma metodología de tipo cualitativo, se han realizado 10 entrevistas semi-estructuradas a médicos en activo que padecen o han padecido una enfermedad importante (en base a la misma definición de “enfermedad importante” utilizada con los médicos residentes).

Los perfiles de los entrevistados del grupo de médicos especialistas en activo, según sexo, edad y tipo de patología, son:

<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>TIPO DE PATOLOGÍA</b>
Mujer	52	Enfermedad oncológica.
Mujer	58	Antecedente de enfermedad oncológica (y experiencia como médico de otros médicos).
Varón	65	Enfermedad grave en estado terminal.
Mujer	35	Enfermedad oncológica.
Varón	56	Trastorno mental.
Varón	52	Enfermedad aguda que requirió intervención quirúrgica.
Mujer	No consta	Enfermedad oncológica.
Varón	30	Trastorno mental.
Mujer	64	Enfermedad crónica que ha precisado tratamiento quirúrgico.
Varón	45	Enfermedad crónica

Los guiones inicial y definitivo de estas entrevistas están recogidos en los anexos 3 y 4, respectivamente. La transcripción y análisis de las mismas se llevó a cabo siguiendo las mismas pautas y bases metodológicas explicadas en las entrevistas a residentes. Posteriormente, se ha establecido una comparación entre los datos obtenidos en ambos grupos.

#### **4.7- GRUPOS FOCALES**

Kitzinger<sup>179</sup> 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 guión previamente elaborado, da la palabra a los participantes y estimula su participación equitativa. En el guión se plantean preguntas abiertas relacionadas con los objetivos de la investigación.<sup>180</sup> Krueger propuso que lo ideal es que un grupo focal tenga un equipo moderador, el cual generalmente está compuesto por un moderador y un asistente. Las responsabilidades del asistente incluyen grabar la sesión, tomar notas, crear un ambiente propicio para la discusión del grupo (por ejemplo, tratar con quienes llegan tarde, asegurarse de que todos tengan asiento, organizar los refrigerios), verificar los datos y ayudar al investigador/moderador en el análisis y/o interpretación de los datos.<sup>181</sup>

Uno de los mayores beneficios de los grupos focales es que son una manera económica, rápida y eficiente de obtener datos de múltiples sujetos; por tanto, tienen el potencial de aumentar el número total de participantes en un estudio cualitativo específico. Además, el sentido de pertenecer a un grupo puede aumentar la sensación de cohesión entre los participantes y contribuir a que se sientan seguros para compartir información y opinar sobre temas que se consideran tabú. Asimismo, las interacciones que ocurren entre ellos pueden arrojar datos importantes, posibilitar más respuestas espontáneas y generar un ambiente en donde los participantes puedan discutir problemas personales y sugerir posibles soluciones. Todo ello permite generar una gran riqueza de testimonios y recoger gran cantidad de información en un corto periodo de tiempo.<sup>182</sup>

En cuanto al análisis cualitativo, existen distintas técnicas para realizarlo, como son el análisis de contenido, el análisis de comparación constante, las palabras clave en contexto o el análisis del discurso. Aparte del análisis puramente cualitativo, algunos expertos en la materia recomiendan presentar información sobre el número o la proporción de integrantes del grupo que forman parte del consenso sobre una determinada categoría, quienes parecen representar una opinión disidente y quienes no expresan opinión alguna. No obstante, advierten que los recuentos nunca deben ser empleados para reemplazar ningún dato cualitativo sino para completar la información que ofrecen aquellos.<sup>183</sup>

Con la realización de grupos focales en este proyecto de investigación se ha pretendido ampliar la información recogida sobre el médico enfermo, obteniendo datos no solo a partir de los propios médicos-pacientes sino también de los médicos que, de una forma u otra, participan en su atención o tienen relación con su desarrollo profesional. En el caso de los médicos residentes, la información más relevante, además de la dada por los propios residentes con enfermedad, es la que aportan los responsables de la docencia de los MIR.

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.
- Grupo focal con miembros de las comisiones de docencia y unidades docentes.
- Grupo focal con profesores universitarios de Bioética de Facultades de Medicina de España.

#### **4.7.1- 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 en función de su disponibilidad para el día y horario previstos.

Los criterios básicos de selección han sido:

- Grupo Focal 1 (GF1): 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.
- Grupo Focal 2 (GF2): jefes de estudios de comisiones de docencia y unidades docentes y tutores de residentes, pertenecientes a hospitales de diferente tamaño y localización.
- Grupo Focal 4 (GF4): profesores de Bioética de diferentes Facultades de Medicina de España.\*

#### **4.7.2- Elaboración del guión**

El guión de cada grupo focal se ha 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 guión ha sido enviado previamente a los participantes en el grupo, en algunos casos junto con información adicional que pudiera fomentar el interés sobre el tema a estudio.

#### **4.7.3- Realización y características de los grupos focales**

Las sesiones han tenido una duración aproximada de dos horas. El equipo moderador lo han compuesto siempre dos investigadores del grupo de Bioética, entre ellos la doctoranda encargada del subproyecto correspondiente. Se ha registrado todo lo comentado en el grupo mediante grabaciones de audio, que han sido almacenadas únicamente en el ordenador del investigador.

Todos los participantes han firmado 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 pertenecientes a los Servicios de Salud Laboral (GF1)**

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 Bárbara Marco y Pilar Astier.

El guión de este grupo focal puede consultarse en el anexo 5.

---

\* Aclaración sobre la numeración de los grupos focales: existe un Grupo Focal 3 (GF3) que forma parte del proyecto de investigación sobre el médico como paciente, pero que no se incluye en este subproyecto por no aportar información relativa a los MIR.

### Grupo con responsables de la docencia de los residentes (GF2)

Se realizó el día 28 de febrero de 2017, también en una sala de reuniones del Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA). El equipo moderador estuvo formado por las investigadoras Candela Pérez y Pilar Astier.

A los participantes del grupo, además del guión, se les remitió previamente por correo electrónico el estudio de la Fundación Galatea sobre la Salud de los MIR<sup>48</sup> y una guía dirigida a tutores de residentes<sup>21</sup>, elaborada por dicha fundación y la OMC, sobre este mismo tema.

El guión de este grupo focal aparece recogido en el anexo 6.

Los participantes tenían los siguientes sexos y perfiles profesionales:

SEXO	PERFIL PROFESIONAL
Mujer	Jefa de estudios de un hospital de <500 camas.
Mujer	Jefa de estudios de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de un sector de ámbito rural.
Varón	Jefe de estudios y presidente de la Comisión de Docencia de un hospital de >1000 camas.
Mujer	Jefa de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con <500 camas.
Varón	Jefe de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.
Mujer	Técnico de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.

Además, se recibieron las respuestas por escrito de dos tutores de residentes (uno de la especialidad de Psiquiatría y una de Neurología) que deseaban participar pero no pudieron hacerlo por problemas de agenda y remitieron sus respuestas por correo electrónico. Finalmente, por cuestiones metodológicas y por la falta de relevancia de los datos aportados, estos han quedado fuera del análisis.

### Grupo con profesores de Bioética de Facultades de Medicina (GF4)

Tuvo lugar el 1 de septiembre de 2017 en la Sede del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. El equipo moderador estaba compuesto por las investigadoras Pilar Astier y Alba Gallego.

En el grupo participaron 5 varones profesores de Bioética en universidades públicas, un antiguo decano de universidad pública, 3 varones profesores de Bioética en universidades privadas, 2 mujeres profesoras de Bioética en universidades públicas, una mujer profesora de Bioética en universidad privada y otra mujer presidenta de un Colegio Oficial de Médicos.

El guión de este grupo consta en el anexo 7.

#### **4.7.4- Transcripción**

Con ayuda del programa de transcripción F4, se ha realizado la transcripción literal del audio del grupo, para su posterior análisis.

#### **4.7.5- Análisis**

Igual que con las entrevistas individuales, se ha realizado un análisis cualitativo del discurso de los grupos focales, en primer lugar 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.

Para el análisis de los grupos focales se ha seleccionado la técnica denominada “análisis de comparación constante”, que se realiza en las siguientes tres etapas:

- Codificación abierta: los datos son fragmentados en pequeñas unidades, a cada una de las cuales el investigador le asigna un descriptor o código.
- Codificación axial: estos códigos son agrupados en categorías.
- Codificación selectiva: el investigador desarrolla una o más temáticas que expresan el contenido de cada uno de los grupos.<sup>184</sup>

Los datos de grupos focales se pueden analizar por medio del análisis de comparación constante, especialmente cuando hay múltiples grupos dentro de un mismo estudio, lo cual, permite al investigador evaluar tanto la saturación en general, como la saturación a través de los grupos en particular.

Se han incluido, además, matices propios del análisis clásico de contenido, como la identificación y contabilización de los códigos aparecidos en cada grupo y su uso por cada uno de los participantes.<sup>183</sup>

## **4.8- ENCUESTA**

Se puede definir la encuesta como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de 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.<sup>185</sup>

Las características más destacadas de una encuesta serían:

- 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 faculta hacer comparaciones intragrupalas.

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, se elaboró una encuesta cuyo diseño y aplicación se describirá a continuación.

### **4.8.1- Diseño de la encuesta**

La encuesta se diseñó en el seno del grupo de investigación, contando con asesoramiento por parte de profesionales del programa PAIME y de la Organización Médica Colegial. Se tomaron como referencia también algunas preguntas 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.<sup>186</sup>

Durante varios meses se procedió al desarrollo del cuestionario recogiendo propuestas de modificación en la redacción de varias preguntas, anulando parte de las preguntas sobre cuidados de salud y añadiendo un apartado sobre la validación de la colegiación. Este tema se incluyó al considerar que el proceso de validación de la colegiación incorpora la valoración del estado de salud del médico y esto puede suponer un punto de inflexión de cara a mejorar el seguimiento de la salud de los profesionales.

El objetivo de dichos cambios era elegir las preguntas que pudieran aportar información más útil sobre el tema de estudio, controlando la duración de la encuesta para que no excediera un tiempo razonable.

### **4.8.2- Fase piloto**

Antes de distribuirla entre toda la población diana, abajo descrita, tuvo lugar una fase de pilotaje de la encuesta, en que esta se administró 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.

#### **4.8.3- Características de la encuesta definitiva**

La encuesta definitiva se ha distribuido 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”.

Después del título se ha expuesto una breve presentación, que incluye un link dirigido a un vídeo de presentación.

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. La encuesta se ha dividido en las siguientes áreas o apartados:

- Datos sociodemográficos
- Situación laboral y profesional
- Actitud ante la propia salud
- Actividades para el cuidado de su salud
- Consumo de medicamentos y uso de servicios sanitarios
- Médicos de médicos

Por último, se han incluido 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 completa aparece reflejada en el anexo 8.

Por supuesto, la encuesta era anónima y su realización, completamente voluntaria.

#### **4.8.4- Población diana**

La encuesta 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 internos residentes en cualquier hospital universitario del estado español y, posteriormente, su comparación con los resultados obtenidos en otros grupos (médicos especialistas en activo y jubilados).

#### **4.8.5- Distribución y difusión**

La encuesta se ha encontrado 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: [www.cgcom.es/encuesta-el-medico-como-paciente](http://www.cgcom.es/encuesta-el-medico-como-paciente).

Se ha realizado difusión de la existencia de la encuesta a través de la OMC y, en el caso de los residentes, a través de las unidades docentes y comisiones de docencia, mediante correos electrónicos. Para su envío por correo electrónico, se diseñó una carta de presentación específica, que incluía el link para acceder a la página web de la encuesta.

Al tratarse de una encuesta on-line, esta debía ser completada de una sola vez. El tiempo estimado para la cumplimentación era de aproximadamente 10 minutos.

#### **4.8.6- Análisis de los resultados**

Se han obtenido un total de 4308 respuestas, de las cuales 360 proceden de médicos residentes, 3513 de médicos en activo y 435 de médicos jubilados.

El análisis se ha realizado mediante un estudio descriptivo de las variables de la encuesta. Se han diseñado tablas de contingencia en las que la variable independiente se ha considerado ser MIR o No MIR (denominación elegida para el resto de grupos, incluyendo médicos en activo y jubilados). De esta manera, se muestran los resultados del total de la muestra, así como se facilita la realización de comparaciones entre los MIR y el resto de encuestados. Posteriormente, se ha llevado a cabo un análisis multivariante para evaluar la relación entre diferentes variables de interés.

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

#### **4.8.7- Comparativa con la población general (Encuesta Nacional de Salud)**

Con la finalidad de establecer comparaciones entre los médicos, especialmente los MIR, y la población general, se realiza una comparativa entre los resultados de algunas preguntas de nuestra encuesta y los resultados de esas mismas cuestiones pertenecientes a la Encuesta Nacional de Salud.

La Encuesta Nacional de Salud, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, 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.<sup>187</sup> El trabajo de campo tuvo lugar entre octubre de 2016 y octubre de 2017 en todo el territorio nacional. Se realizaron 29.195 entrevistas.

Las características de la ENSE 2017 y su periodo de aplicación la hacen idónea para establecer comparaciones con nuestra encuesta sobre el médico como paciente, realizada en fechas próximas, también en ámbito nacional. Los resultados de la ENSE 2017 se obtendrán de la página web del Instituto Nacional de Estadística, que ofrece estos datos desglosados por categorías.<sup>188</sup>

## **4.9- ASPECTOS ÉTICOS DE LA METODOLOGÍA**

### **4.9.1- Aprobación por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón**

Se realizó una solicitud de revisión y aprobación del proyecto de investigación al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (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 9.

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 CEICA, 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.

Los datos de los participantes y los registros en audio de las entrevistas han estado 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 de los participantes.

### **4.9.2- Documento de Consentimiento Informado (CI)**

En la parte cualitativa, el consentimiento verbal explícito queda registrado en las grabaciones de las entrevistas y grupos focales. Aún así, tras debatir sobre esta cuestión en el seno del grupo de investigación, se decidió realizar también un documento escrito de CI, con el objetivo de que los participantes pudieran contar con la información básica del proyecto 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. El documento de CI se ha entregado a todos los participantes junto con una hoja informativa sobre el proyecto de investigación. Ambos documentos pueden consultarse en los anexos 10 y 11.

### **4.9.3- 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.

### **4.9.4- “Microética”**

Tenemos claro que las implicaciones éticas de la investigación 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 humanos.<sup>189</sup>

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 investigación.<sup>190</sup>

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 riqueza.<sup>191</sup>

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 semi-estructuradas, 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 este modo se daba importancia a su vivencia subjetiva particular y se mostraba interés por su situación. Pero, tras la realización de las entrevistas piloto, se apreció 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 se modificó 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, aunque finalmente en las entrevistas realizadas a médicos residentes no ha sido necesario ya que todos se encontraban en condiciones adecuadas en el momento de la entrevista y no precisaron acompañamiento.
- 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 residentes 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. 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.
- g. 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.

- h. 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.

#### **4.9.5- Aspectos económicos**

La participación en el estudio, tanto en la encuesta como en las entrevistas o grupos focales, es voluntaria y altruista, sin recibir los participantes ningún tipo de compensación económica.

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.

Para el proyecto “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” se ha recibido financiación a través de la concesión de un proyecto FIS (PI18/00968), un total de 25.410 euros en 3 años.

#### **4.9.6- 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.

#### **4.9.7- 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.

## **5- RESULTADOS**

### ➤ **Estudio cualitativo: Entrevistas semi-estructuradas y Grupos Focales**

Entrevistas semi-estructuradas a MIR y grupo focal de responsables de docencia de residentes.  
Otros grupos focales.  
Comparativa de los MIR con entrevistas semi-estructuradas a médicos en activo.

### ➤ **Estudio cuantitativo: Encuesta**

Resultados globales, en MIR y comparativa con médicos en activo y jubilados (No MIR), incluyendo estudio descriptivo de cada variable y análisis multivariante.  
Comparativa entre MIR y población general (Encuesta Nacional de Salud) en aquellas preguntas de similar diseño.

## **5.1- ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A MÉDICOS RESIDENTES ENFERMOS Y GRUPO FOCAL CON RESPONSABLES DE DOCENCIA**

### **5.1.1- Perfiles de los participantes**

Los perfiles de los 10 médicos residentes entrevistados de forma individual han sido los siguientes:

<b>CÓDIGO</b>	<b>SEXO</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE PATOLOGÍA</b>
11-001	Varón	MIR-1	Patología aguda grave que supuso una Incapacidad Laboral Temporal (ILT) prolongada
11-002	Varón	MIR-4	Patología aguda grave y posteriores secuelas, que precisó prórroga de la especialidad y adaptación temporal de las guardias
11-003	Varón	MIR-3	Patología aguda que apareció durante su jornada laboral y requirió intervención quirúrgica urgente
11-004	Mujer	MIR-3	Patología aguda grave que supuso varios meses de ILT y secuelas que perduraron más allá del alta laboral
11-005	Varón	MIR-1	Enfermedad oncológica
11-006	Mujer	MIR-2	Patología subaguda que requirió intervención quirúrgica programada
11-007	Varón	MIR-4	Patología crónica
11-008	Mujer	MIR-2	Patología aguda grave como debut de una condición crónica
11-009	Mujer	MIR-1	Discapacidad por la cual fue declarada no apta y dirigida hacia un cambio de especialidad.
11-010	Mujer	MIR-3	Discapacidad que ha requerido adaptación y prolongación de la residencia

Se ha decidido no facilitar otro tipo de datos en los perfiles de los entrevistados (especialidad, lugar de trabajo, diagnóstico concreto...) para preservar al máximo la confidencialidad, aunque estos datos se han tenido en cuenta en el proceso de selección, con el objetivo de conformar un grupo de entrevistados heterogéneo que pudiera aportar información sobre diferentes aspectos de la enfermedad. Algunos fueron elegidos por la gravedad o duración de su patología, otros por el impacto laboral y formativo de esta, otros por el impacto económico o personal de la misma.

Como datos sociodemográficos de los participantes se han registrado, además del sexo (5 varones y 5 mujeres), la edad (entre 25 y 40 años) y la nacionalidad (8 de nacionalidad española, 2 de otras nacionalidades).

Por otra parte, los perfiles de los entrevistados en el grupo focal de responsables de docencia (GF2) de los residentes han sido:

<b>SEXO</b>	<b>PERFIL PROFESIONAL</b>
Mujer	Jefa de estudios de un hospital de <500 camas.
Mujer	Jefa de estudios de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de un sector de ámbito rural.
Varón	Jefe de estudios y presidente de la Comisión de Docencia de un hospital de >1000 camas.
Mujer	Jefa de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con <500 camas.
Varón	Jefe de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.
Mujer	Técnico de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, con hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.

### **5.1.2- Análisis global de los códigos**

Tal y como se comentó en la sección dedicada a la Metodología, la exposición de los resultados se divide en apartados que se vinculan directamente con los códigos y categorías obtenidos en el análisis cualitativo de las entrevistas y los grupos focales.

Se exponen en un mismo apartado los resultados de las entrevistas semi-estructuradas a residentes y el grupo focal con jefes de docencia, aunque haciendo constar qué datos proceden de cada uno, por compartir gran parte de las categorías en el análisis y para facilitar la lectura y comprensión de los datos, al poder ser de gran interés la comparación entre la percepción sobre las mismas cuestiones aportada por unos y otros.

En el anexo 12 puede observarse el sistema de códigos y los memos creados durante el análisis con MAXQDA.

### **5.1.3- Diferencias percibidas entre pacientes médicos y no médicos**

Todos los entrevistados coinciden en la existencia de diferencias entre los pacientes médicos y los no médicos. Esta distinción surge 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.
- La percepción de verse en su medio habitual (hospital, centro de salud) pero en una posición totalmente opuesta (“en el otro lado”). Esa pérdida del rol de médico para adquirir el de paciente resulta difícil de gestionar.
- La posibilidad de utilizar circuitos alternativos para acceder a la atención sanitaria (consultas informales a colegas...).
- El acceso a medios diagnósticos o terapéuticos, que 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, que puede variar al saber que quien está enfrente es otro médico.

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.

*“En general dicen que los médicos somos malos pacientes” (11-005: 6 - 6)*

*“Siempre se dice que somos los peores pacientes, como médicos” (11-006: 7 - 7)*

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.

*“Vemos (la enfermedad) como algo que no... quizás no tenemos derecho a tener” (11-001: 7 - 7)*

*“El proceso es distinto, porque nosotros estamos acostumbrados a cuidar pero no a que nos cuiden” (11-004: 4 - 4)*

Uno de los MIR da una definición que puede ser muy acertada sobre la atención que reciben los médicos-pacientes, con gran disponibilidad de sus colegas y facilidad de acceso a pruebas y tratamientos, pero en ocasiones con falta de objetividad o con elementos de la atención que se pierden por no seguir los circuitos habituales:

*“La mejor atención, pero de la peor forma. Creo que es así, y a veces se dan los pasos muy rápidos, se sobreentiende que tú conoces algo, que sabes hacer algo, entonces quedan cosas perdidas, deshilachadas... Entonces, te atienden mucho más, pero al final, yo creo que a veces peor, porque si tienes más procesos se van perdiendo algunas cosas en el camino ...” (11-002: 9 - 9)*

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.

### Diferencias en el diagnóstico

Cuando la patología debuta de forma brusca y requiere atención urgente, el camino seguido por los MIR es acudir a Urgencias. En los casos que no requieren una atención tan urgente, el diagnóstico no suele realizarse por las vías que seguiría un paciente normal. Hay varias formas de llegar al diagnóstico cuando el paciente es un MIR en casos de situaciones no urgentes:

- Consulta al médico de familia o al Servicio de Salud Laboral: la vía de acceso habitual al sistema sanitario en pacientes no médicos. Muy poco utilizada en los MIR.
- Hallazgo casual por uno mismo o por parte de algún colega, que no podría darse en un paciente no médico por la ausencia de los conocimientos necesarios o por no tener relación estrecha con médicos de múltiples especialidades.
- Autodiagnóstico: petición de pruebas complementarias realizada por el propio MIR-paciente al padecer algún síntoma de enfermedad.
- Consulta informal a un colega, habitualmente otro residente.

6/10 de los entrevistados acudieron directamente a Urgencias al tratarse de un cuadro grave que requería atención urgente, aunque uno de ellos ya había sido derivado a consultas especializadas a través de unos compañeros que valoraron su caso; otro había solicitado antes por su cuenta una prueba diagnóstica; otro solicitó sus propias pruebas al encontrarse realizando una guardia en Urgencias. El resto contactaron con algún colega, conocido personalmente o no, y le plantearon su sintomatología. A partir de ahí accedieron a pruebas diagnósticas o a consultas con médicos especialistas en función de los síntomas o de la sospecha diagnóstica.

*“En una comida de hospital le comenté al neurólogo oye sabes que tengo estos síntomas así, así y así, como... como una consulta de pasillo” (11-007: 27 - 27)*

*“Entré a la urgencia, de la urgencia me fui...coincidió que el que me tenía que ver hacía una consulta por las tardes y estaba esa tarde. Le habían dejado mi historia en la mesa, además, que me acuerdo que... dije “soy... que me han dejado la historia ahí”” (11-002: 15 - 15)*

*“La diferencia es lo que te comentaba, que tienes acceso a ciertas cosas que personas de la calle no tienen. Claro, yo tuve acceso a hacerme una analítica cuando lo creí oportuno, yo tuve acceso a acercarme a un médico...” (11-003: 6 - 6)*

Solo uno de los MIR entrevistados (residente de primer año) acudió en primer lugar a su médico de familia ante la aparición de su problema de salud. Sin embargo, no fue su médico quien realizó el diagnóstico definitivo, ya que ante la persistencia de los síntomas, acabó siendo valorado por la adjunta con la que rotaba, que solicitó más pruebas complementarias y le acompañó a visitar a un especialista, llegando finalmente al diagnóstico por esa vía alternativa. Por lo tanto, solo en 3 de los residentes entrevistados el camino seguido hasta el diagnóstico fue similar al que hubiera tenido un paciente convencional.

En el momento del diagnóstico la mayoría de los MIR recibieron una atención estrecha por parte de diversos compañeros de profesión, siendo atendidos de manera frecuente y realizándose el proceso diagnóstico con gran rapidez. En muchos casos en un solo día se realizó todo el estudio y

se llegó al diagnóstico definitivo. Los residentes opinan que el proceso diagnóstico se aceleró por el hecho de ser médicos, señalando esa rapidez y la accesibilidad como dos de las principales diferencias respecto a los pacientes convencionales.

*“El beneficio es que tienes acceso a todo mucho más cercano, ya no solamente porque te puedas pedir tú las pruebas sino porque yo puedo ir mañana si tengo cualquier problema y preguntarte a ti directamente sin ir a mi médico de cabecera, esperar, que me haga la interconsulta...”* (11-006: 125 - 125)

*“Tuve que valerme obviamente del hecho de ser médico para canalizar un poco el... digamos la atención inmediata del servicio de traumatología”* (11-007: 7 - 7)

*“No sé si siendo un paciente común, si yo hubiera sabido como paciente acceder a las vías necesarias para resolver el problema relativamente pronto”* (11-007: 75 - 75)

Solo en uno de los casos, el residente considera que su diagnóstico pudo demorarse, no la atención inicial, que se llevó a cabo con rapidez, sino la búsqueda del diagnóstico etiológico definitivo, por no querer afrontar la posibilidad de las opciones más graves.

### Diferencias en el tratamiento

En la etapa del tratamiento es donde menos diferencias se aprecian respecto a la población general, según relatan los MIR entrevistados. Una vez se alcanza el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento no suelen variar respecto a las que se darían a un paciente no-médico, aunque sí puedan observarse diferencias en el trato (lo cual se explicará en el apartado dedicado al trato recibido).

En una ocasión sí se comentan diferencias en cuanto a la duración del ingreso de una residente, que se acortó a pesar de no haberse ajustado completamente la medicación, como se hubiera hecho con otro paciente en su situación. Por el hecho de ser médico, se consideró que estaba capacitada para realizar los controles de manera ambulatoria, haciendo uso de sus propios contactos en el hospital de la ciudad donde iba a estar.

*“Me dijo que si yo no fuera médico, que posiblemente me hubiera quedado la navidad allí, pero como era médico y sabía que me iba a hacer los controles bien, que sabía dónde tenía que acudir, tenía amigos que estaban de guardia los días de navidad que yo me tenía que hacer control...”* (11-009: 50 - 50)

En el relato de los residentes no es infrecuente que aparezca el incumplimiento de algunas pautas de tratamiento, aunque hay diversidad de opiniones sobre si esto tiene relación con el hecho de ser médico o es una tasa de incumplimiento similar a la de la población general. A veces, el incumplimiento deriva de una falta de confianza en el profesional que le ha atendido; otras veces, tiene relación con los efectos secundarios o inconvenientes asociados al tratamiento. En un caso la falta de cumplimiento estuvo directamente relacionada con la negación, la falta de aceptación de la verdadera gravedad del problema.

También es frecuente la automedicación, aunque los MIR entrevistados refieren realizarla mucho más en procesos banales que en problemas serios de salud. Esta cuestión se desarrollará en el subapartado correspondiente referente a la influencia de los conocimientos.

En dos ocasiones se comenta el llamado síndrome del recomendado. Una residente opina sobre ello como algo que ha escuchado y otro lo comenta por experiencia propia.

*“Hay gente que habla sobre el síndrome del recomendado, que yo personalmente no lo he visto pero tengo compañeros a los que les ha pasado. Puede ser por mala suerte o puede ser porque intentamos igual hacer las cosas de una manera distinta en la que los harías*

*con un paciente que no tiene nada que ver contigo, te sales de la norma y entonces, al salirte de esa norma, las cosas en vez de ir bien vayan mal” (11-006: 125 - 125)*

*“Salió el típico síndrome recomendado de todo complicado... Una alergia [...] Luego se me hinchó la cara por los corticoides, luego... todas las complicaciones” (11-002: 13 - 13)*

### Diferencias en el seguimiento

Cuando el paciente es un MIR, es relativamente habitual que el seguimiento no sea reglado y mediante el sistema normal de citas, sino que este se flexibilice, dejando al paciente la decisión de acudir y de elegir el momento en que lo hace. Este gesto, aunque sea ofrecido por el profesional con la intención de facilitar el seguimiento por tratarse de un colega, con frecuencia acaba derivando en un peor control del proceso. Uno de los entrevistados lo explica así:

*“Se rompe un poco el círculo del seguimiento normal, que no es... tan estricto. Cuando son 3 meses, pueden ser 4 o pueden ser 5. Y ya depende de cuándo te va bien, como no te dan una hoja con la fecha...” (11-002: 15 - 15)*

*““Te pasas cuando quieras”. Pues, o puedes ser un hipocondríaco que se pase siempre, o uno que le da igual o no se pasa nunca, con lo cual ya al final tienes un mal seguimiento al dar esa confianza, porque no sigues una pauta a veces” (11-002: 13 - 13)*

Otro MIR entrevistado comenta que no tiene citas de revisión previstas y desconoce qué procedimiento seguir para solicitarlas si fuera necesario. Reconoce que hasta que esa cuestión ha aparecido en la entrevista, ni siquiera se lo había planteado.

*“Puedo en cualquier momento retomar... no sé cómo lo haría, supongo que sería hablando con él y citándome a través del hospital, eso nunca lo pregunté... pero yo supongo que vuelvo en cualquier momento a pedir cita y me la darán, la verdad es que no lo sé... pero él me dijo “o pásate aquí sin cita”” (11-007: 63 - 63)*

En otros casos, los residentes comentan que han hecho el seguimiento normal que hubiera recibido cualquier paciente, algunos con ciertas facilidades (elección de fecha u hora o atención fuera del horario habitual, elección del especialista que les atiende...) y otros siguiendo estrictamente el circuito habitual.

### **5.1.4- Información recibida**

Por el hecho de ser médico, todos los MIR perciben que la información que han recibido puede variar respecto a la que se proporcionaría a un paciente no médico con el mismo problema de salud. Las características diferenciales que detectan son las siguientes:

#### Información más técnica

Todos coinciden en que la información recibida fue más técnica de lo habitual, lo que suele ser percibido de manera positiva o neutra, entendiéndolo como normal y considerando que puede aportar mayor claridad a la información. Sin embargo, algunos relacionan el mayor nivel de tecnicismo con una cierta frialdad emocional o brusquedad en la comunicación de la información, incluso alguno lo describe como crudeza.

*“El médico se siente libre de utilizar una terminología médica que siempre es más exacta que cuando intentas simplificarlo para un paciente que no conoce la terminología y eso” (11-005: 10 - 10)*

*“Me hablan de forma más técnica [...] ahí sí que he visto que la medicina es un poco más impersonal” (11-008: 148 - 148)*

*“En ese momento tal vez fue más cruda...” (11-010: 24 - 24)*

### Información suficiente

La mayoría consideran que recibieron suficiente cantidad de información sobre su proceso. Algunos MIR desean obtener información detallada y minuciosa de su proceso y reciben con agrado que les hagan partícipes de todos los datos disponibles (informes, literatura científica...), incluso que les incluyan en la deliberación sobre el diagnóstico.

*“La información me la iban dando, pero también iban contándome que iban buscando un poco las causas y que no lo tenían muy claro, porque lo veían raro [...] Íbamos casi juntos descubriéndolo. Yo creo que eso se agradece, esa confianza” (11-002: 23 - 23)*

*“De información toda. Yo he tenido toda la información que he querido, toda la que he necesitado, incluso alguna extra que me regalaban (ríe) sobre estudios que se están haciendo, futuro a corto-medio plazo [...] yo he visto los informes, he leído todos los informes de pruebas de imagen, de biopsia, de todo” (11-005: 34 - 34)*

### Información insuficiente o sobreentendida

En 3 casos la información recibida se percibió como insuficiente, por sobreentenderse que ya deberían conocerla por el hecho de ser médicos.

*“No sé si esa falta de información se da por el hecho de que yo soy conocedor del proceso” (11-003: 78 - 78)*

*“Yo no puedo decir que los médicos que me trataron no sepan, sino que no saben comunicar, o no me lo comunicaban porque dan por hecho que al ser yo médico también lo sabría [...] aunque seas médico necesitas escuchar lo que tienes [...] Al paciente hay que explicarle independientemente de quién tengas delante” (11-004: 8 - 8)*

*“Cuando hacían una prueba daban por hecho que tú sabías lo que estaban buscando. Yo recuerdo que me tenían que hacer una punción lumbar, me dijeron “bueno, ya sabes que te toca una punción lumbar”. Y en ese momento yo recuerdo que no me encontraba nada bien, estaba tirada en la camilla y “pff, pues lo sabré”” (11-010: 26 - 26)*

Por ese mismo motivo, también puede verse empobrecida la información que reciben los familiares del MIR enfermo, al entenderse que él mismo estará capacitado para proporcionarles la información que necesiten.

### Búsqueda de información o de una segunda opinión

Generalmente, los MIR no realizan una búsqueda adicional de información en internet, al ser conocedores de los riesgos que esto supone (dudas sobre la fiabilidad de los datos, sobreinformación).

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. Solo uno de los entrevistados realizó una consulta oficial (en un centro médico de otra ciudad) en búsqueda de una segunda opinión, pero posteriormente continuó el seguimiento y tratamiento con el primer médico que le había atendido, al recibir una información similar en la otra

consulta y preferir no desplazarse.

En ninguno de los casos la segunda opinión o la información adicional condujeron a un cambio en la atención o tratamientos recibidos, continuando los residentes con las recomendaciones que habían recibido inicialmente.

*“Hablé con amigos míos neurocirujanos [...] les mandé un par de fotos y mira, qué opinas tú. Todos me dijeron lo mismo” (11-007: 59 - 59)*

*“Fui... a por una segunda opinión. Que al final también me ponían caras raras, era un caso curioso y la solución que planteaban era la misma que el de aquí” (11-002: 25 - 25)*

### **5.1.5- Influencia de los conocimientos**

Una de las características diferenciales de los MIR con respecto a los pacientes no médicos es la posesión de conocimientos sobre medicina. Este hecho tiene una serie de connotaciones, que valoran los MIR en las entrevistas. A algunos MIR sus conocimientos sobre la enfermedad les aportan mayor tranquilidad a la hora de afrontarla, mientras que otros presentan un nivel más elevado de ansiedad o miedo por la anticipación de hechos negativos. En base a lo obtenido en las entrevistas, se han creados las siguientes subcategorías:

#### Interpretación de síntomas

Poseer conocimientos médicos puede hacer que el médico-paciente haga una interpretación de sus propios síntomas para generar diagnósticos diferenciales de su caso. También permite que haga una evaluación sobre la gravedad de esos síntomas y tome decisiones en consecuencia (por ejemplo, acudir o no a Urgencias, consultar a un colega, autotratarse...).

*“Tú lo primero que piensas cuando tienes tos y con algo de dolor pleurítico es una neumonía, y ya directamente pues con una fiebre baja por... una febrícula por las tardes y con la hemoptisis que tenía, pues ya te planteas que una neumonía como poco normal no es. Si es una neumonía, será una neumonía atípica, tal...” (11-005: 10 - 10)*

#### Auto-diagnóstico

Como auto-diagnóstico se ha denominado la solicitud por parte del propio médico-paciente de pruebas complementarias con el objetivo de confirmar su sospecha diagnóstica. Este fenómeno, además de por la posesión de conocimientos médicos, es posible gracias a la facilidad de acceso a dichas pruebas complementarias por el hecho de ser médico, especialmente en el ámbito hospitalario.

*“Dije, bueno, pues si me sigo encontrando mal mañana me hago una analítica y en función de la analítica ya decido qué hago” (11-003: 4 - 4)*

*“Tú te auto-diagnosticas y tienes una...una baraja...o sea un diagnóstico diferencial, pues como tienes con cualquier paciente, pero lo tienes contigo mismo, y le das la gravedad que tú consideras oportuna, y en función de eso pues vas actuando” (11-003: 6 - 6)*

*“Pues como trabajo en un centro hospitalario pues me hice una placa simplemente porque yo en principio pensaba que podía ser un neumotórax” (11-009: 8 - 8)*

*“Bueno, es que me trié yo, o sea, yo fui a la enfermera y le dije: ponme un cinco; y me trió en un cinco para estar en el sistema para poderme hacer la analítica, o sea no me pongas gravedad que no quiero...que me lo voy a hacer yo” (11-003: 6 - 6)*

Una de las entrevistadas opina que, además de los conocimientos y el acceso a la petición de pruebas diagnósticas, en este aspecto influye la propia personalidad del médico-paciente, existiendo algunos que prefieren resolverse por sí mismos los problemas de salud y otros que, a pesar de tener el acceso a las pruebas, prefieren consultar antes a algún colega y dejarse guiar por él en el proceso diagnóstico.

*“Más que por ser médico va un poquito por la personalidad ¿no? Si tú tienes acceso a ciertas pruebas y... no quieres molestar a nadie o no quieres hacerle perder el tiempo a nadie y lo haces tú solo” (11-006: 117 - 117)*

### Auto-tratamiento

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, incluidos los residentes. Este fenómeno también se relaciona en ocasiones con la percepción de que por ser médico debe saber solucionar sus propios problemas de salud.

La automedicación es más habitual en procesos banales y con fármacos de uso generalizado, mientras que para otro tipo de procesos o uso de fármacos más específicos es más frecuente que el MIR consulte con un colega.

*“Tengo una infección urinaria, pues no voy al médico de cabecera a que me dé un antibiótico o no hablo con el urólogo porque ya sé las guías lo que dicen y sigo las guías y punto” (11-006: 133 - 133)*

*“Si vas a utilizar... paracetamol o un ibuprofeno pues eso, que son de prescripción libre, lo puede hacer cualquier persona. Nosotros podemos hacerlo pues con por ejemplo algún antibiótico o... yo creo que en general nadie se atreve a recetar antipsicóticos a un familiar porque cree que los necesita, o sea... no, siempre lo consultarás antes con alguien” (11-006: 131 - 131)*

El auto-tratamiento no solo se da en relación con medicaciones, sino también con otro tipo de tratamientos a los que el MIR pueda tener acceso o conocimientos para aplicarlos.

*“Yo estoy haciendo la residencia en rehabilitación y no... ahí sí que no necesité ningún tipo de apoyo... yo me lo gestioné. Me iba al gimnasio, me iba a la piscina del gimnasio... yo me rehabilité a mí mismo” (11-003: 32 - 32)*

En el grupo focal con tutores de residentes aparece como motivo de preocupación el consumo de benzodiazepinas entre los MIR, que se automedican para recuperar el sueño tras las guardias o para disminuir la ansiedad previa a estas.

*“Sale de guardia, no duermo, me tomo el Orfidal, ya dormiré. El consumo de benzodiazepinas, los Orfidales en los residentes es algo que no lo sabemos, es puntual pero es tremendo, van a la guardia la víspera por la noche, me enteré el otro día que tenía 2 o 3 que se toman un Orfidal para ir a la guardia del miedo que tienen...” (GF2: 126 - 126)*

### Hipocondriasis

En ocasiones, disponer de conocimientos sobre las posibilidades diagnósticas, puede hacer pensar en las opciones más graves o de peor pronóstico, incluso cuando estas sean mucho menos probables.

*“Si es que hablamos con compañeros que a veces están con una diarrea y están pensando*

*que tienen un proceso oncológico” (11-002: 57 - 57)*

Esta tendencia a pensar antes en las opciones diagnósticas más graves también se da cuando quien presenta síntomas es el familiar de un médico.

*“Si le pasa algo a algún familiar o lo que sea pues... no piensas como el resto de la gente. Quizá te preocupas un poco más y te haces un poco más hipocondriaco con respecto a la salud de los tuyos” (11-008: 5 - 5)*

### Anticipación (de aspectos negativos)

Este término se refiere a la mayor preocupación derivada de conocer las potenciales complicaciones que pueden surgir a lo largo del proceso de enfermedad o del tratamiento recibido. Este concepto aparece espontáneamente en 6 de las entrevistas.

*“Como tienes conocimientos, eh... imaginas que te puede pasar lo peor, dentro del abanico de posibilidades que pasa cuando tienes [...] siempre piensas lo peor” (11-004: 8 - 8)*

*“El inconveniente precisamente de que sabes lo que tienes, dependiendo de lo que sea, eh pues... claro, si es un proceso grave, pues sabes que es grave, sabes la gravedad, cuáles son los riesgos, lo cual puede ser malo porque puedes, hablando mal y pronto, comerte más la cabeza” (11-005: 6 - 6)*

### Influencia positiva de los conocimientos

Los MIR también señalan algunas consecuencias positivas del hecho de poseer conocimientos médicos. La comentada con más frecuencia es la mayor capacidad para entender la información recibida y para actuar en consecuencia.

*“Si entiendes las cosas, yo creo que eres capaz de afrontarlas de una mejor manera [...] Para mí como el conocimiento es poder, siempre me ha parecido que cuanto más entiendas las cosas, más tranquilo estás. Pero puede ser distinto para otras personas” (11-006: 57 - 57)*

Una entrevistada con discapacidad por un problema de salud que se produjo antes de ser médico, comenta que la adquisición de conocimientos durante la carrera y la formación especializada le ha ayudado a entender mejor su discapacidad y a disminuir la frustración por no obtener la mejoría que habría deseado.

*“He sabido interpretar mejor mi discapacidad porque se... tenía muchas lagunas de por qué era tan... tan intensa mi hemiparesia... por qué tenía tanta espasticidad, por qué había gente que mejoraba más que... y yo no... y yo hacía la misma rehabilitación y demás. Y claro, ya al entender cómo funciona el sistema nervioso, el lugar donde tuve el... el hematoma y demás, pues te das cuenta de todo” (11-008: 7 - 7)*

Otro entrevistado explica que disponer de conocimientos sobre su enfermedad le ha permitido identificar mejor los síntomas de alarma y diferenciarlos de alteraciones de poca importancia, haciendo un uso más eficiente de los servicios de urgencias.

*“Te ayuda a buscar lo que te digo, esos síntomas de alarma. Mmm... por ejemplo, yo qué sé, con los tratamientos te inmunodeprimes, lógicamente en caso de que tengas fiebre y estando inmunodeprimido tienes que volar corriendo a urgencias, entonces claro aprendes a discernir si lo que tienes realmente es fiebre o no merece la pena ni molestarse en... en levantarte del sillón. Sí que a lo mejor si no tienes conocimientos, te encuentras que tienes 37'1 y la gente ya sabes que en cuanto tiene 37'1 ya está por las nubes, que qué fiebre*

*tengo... [...] O decías pues es que me duele un poco la cabeza y decías pues antes de tomarme nada para quitarme el dolor de cabeza me voy a tomar la fiebre, no sea que luego me... me la enmascare, ¿no? Pues esas cosas. Yo creo que sí, que a mí me ha ayudado” (11-005: 38 - 38)*

### Influencia de los conocimientos según la personalidad

Varios residentes entrevistados señalan que la influencia de los conocimientos médicos puede ser positiva o negativa para el médico enfermo en función de su personalidad.

### El médico como paciente experto

En ocasiones, el médico-paciente utiliza sus conocimientos científico-técnicos para ayudar a otros pacientes, que se encuentran en sus mismas circunstancias. Por ejemplo, un entrevistado explica cómo daba información médica a otros pacientes ingresados con él o retiraba él mismo los goteros o bombas de medicación de sus compañeros de habitación.

### Conocimientos del sistema sanitario

Por otra parte, cuando el paciente es un médico, no solo dispone de conocimientos sobre los aspectos técnicos de la enfermedad sino también sobre el funcionamiento del sistema sanitario, especialmente si es atendido en el mismo hospital en el que ejerce su práctica clínica. Esos conocimientos acerca del sistema (por ejemplo, sobre las listas de espera, las citas...) se relacionan con la búsqueda de circuitos alternativos en la atención. Por el hecho de ser médico, puede existir además un conocimiento sobre los médicos que van a atenderle, buscando en algunos casos a especialistas concretos por tener una imagen positiva sobre los mismos.

*“Yo creo que la ventaja de ser sanitario es conocer sanitarios buenos, sanitarios peores [...] ¿Qué ventaja tengo? Que sé que he elegido un buen profesional ¿La otra ventaja? Que entenderé lo que me están contando.” (11-002: 33 - 33)*

## **5.1.6- Sentimientos y actitudes de los médicos residentes enfermos**

Hay numerosos sentimientos y actitudes que los MIR entrevistados han relatado en las entrevistas, referidos fundamentalmente al momento del diagnóstico, aunque muchos de ellos también pueden aparecer en momentos posteriores del proceso.

### Shock

5 de los entrevistados expresan haber sentido sorpresa por el diagnóstico de gravedad o por el simple hecho de estar enfermo, quedándose bloqueados y con dificultades para procesar la información en un primer momento.

*“En esa consulta te enteras de lo justo, como quien dice, porque estás... es como un jarro de agua fría, te quedas un poco así como... como despistado, como en las nubes” (11-005: 40 - 40)*

### Negación

Es uno de los sentimientos que aparece con más frecuencia (aparece repetidamente en 8 de las

10 entrevistas). Se refiere a la dificultad para aceptar la realidad de la enfermedad, negando incluso las evidencias más llamativas. Esta negación puede referirse directamente al hecho de estar enfermo o a aspectos concretos de la enfermedad (diagnóstico de gravedad, recomendaciones de tratamiento).

*“No, no, que yo puedo con esto”, que a pesar de que tenga que estar, voy a poner el ejemplo, reposando tres meses, ni mucho menos, cuando ha pasado un mes yo tiro pa'lante y me va a ir bien” (11-001: 18 - 18)*

*“Me empecé a encontrar mal. No le di importancia, y la verdad es que tampoco le quise dar importancia...” (11-003: 4 - 4)*

*“No nos permitimos ser cuidados, no nos permitimos sentirnos como pacientes, no nos permitimos estar enfermos” (11-004: 4 - 4)*

*“Es un proceso de duelo igual, primero la negación y el decir esto no va conmigo, se me pasará” (11-010: 8 - 8)*

### Miedo

Temor ante el riesgo de que suceda un hecho no deseado, en este caso complicaciones de la enfermedad, confirmación de un diagnóstico de gravedad o de un pronóstico desfavorable.

Al menos 6 de los residentes entrevistados dicen haber sentido miedo en algún momento del proceso.

*“Tuve un momento de debilidad por así decirlo al verme sola, con ese diagnóstico y que me ingresaban, que tenía que tomar una medicación unos meses, la primera noche sola allí en el hospital... pues sí, el sentimiento que me invadió sobre todo es el de soledad y miedo” (11-009: 20 - 20)*

A veces el miedo del médico-paciente se relaciona directamente con la preocupación que percibe en el médico que lo atiende.

*“Cuando lo vi a él que se asustaba es cuando me asusté yo, dije “si este tío que sabe se asusta...”” (11-002: 23 - 23)*

### Ansiedad/Angustia

Estado de agitación, inquietud o angustia en relación con la enfermedad o con aspectos concretos de la misma. Varios residentes dijeron haberla sentido en algún momento del proceso, sobre todo en el momento del diagnóstico o en relación con la falta de información adecuada.

*“Me lo generó a mí, que conozco el proceso, que soy médico [...] Entonces eso sí que creo que para alguien que es ajeno, sí que le puede generar mucha más inquietud, el no sé saber qué hacer, qué no hacer” (11-003: 78 - 78)*

Para otros dos residentes, la angustia se relacionó directamente con poseer más conocimientos y con la anticipación de aspectos negativos de la enfermedad.

*“Cuando un médico enferma, con un conocimiento, la angustia no solo viene por el diagnóstico sino porque conoces algo más del pronóstico” (11-010: 6 - 6)*

*“Yo al ser médico y saber lo que es ese diagnóstico, sé desde el principio lo que es y la gravedad que supone, pues a lo mejor otra persona que no lo supiera y le dicen*

*simplemente "pues tienes algo que tenemos que..." no... no se lo toma quizá tan mal ¿no?"*  
(11-009: 22 - 22)

### Tristeza

Empeoramiento del estado del ánimo reactivo a la enfermedad. Solo uno de los entrevistados nombra espontáneamente este sentimiento y lo hace en relación con la evolución desfavorable de su proceso y la prolongación del periodo de baja laboral.

*"No te deprimes porque esto no es una depresión, tienes un claro motivo, pero te entristeces mucho y... y no ves el fin, te cuesta ver el final"* (11-001: 30 - 30)

### Vulnerabilidad

Es habitual que el MIR enfermo se sienta débil y desprotegido. Al inicio de la enfermedad descubre la posibilidad de perder su salud e incluso su vida, que hasta ese momento ni se había planteado.

*"Cuando siempre somos nosotros los que estamos en el vital y estamos del otro lado mirando, ahora el estar ahí en esa camilla y sentirte totalmente con una sensación de desnudo ante el otro..."* (11-004: 8 - 8)

*"Esa es la sensación que tengo, de ser vulnerable, de que estás en una sensación de inferioridad"* (11-004: 30 - 30)

*"Has visto muchas, pero no es lo mismo que te toque a ti, que ahora el que te puedes morir eres tú"* (11-005: 40 - 40)

### Confianza

La confianza es otro de los sentimientos y actitudes nombrados con más frecuencia. La mayoría de los MIR entrevistados expresan confianza y seguridad en los médicos que les han atendido durante su proceso de enfermedad.

*"Yo con mi enfermedad, yo creo que...delego, confío en él, y además me lo han confirmado [...] Tengo la confianza con él, sé que sabe"* (11-002: 33 - 33)

*"Es que cuando te encuentras mal, confías plenamente"* (11-001: 70 - 70)

### Desconfianza

Esta categoría se refiere a la falta de confianza del MIR enfermo en los profesionales que le atienden, lo que puede llevar a un peor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas o a la búsqueda de una segunda opinión u otras fuentes de información.

Solo una de las entrevistadas expresó abiertamente su desconfianza hacia parte de los profesionales que la atendieron. Otros, a pesar de manifestar su plena confianza en quienes le atendían, necesitaron consultar otras opiniones para quedarse tranquilos y aceptar la primera valoración. En un caso las dudas se referían a la experiencia del cirujano y del centro hospitalario en ese tipo de intervención, calmándose al encontrar información sobre dicha cuestión.

*"Sentí que yo no confío en algunos profesionales sanitarios, esa es la sensación que tuve"*  
(11-004: 28 - 28)

*“Esa sensación de agobio de decir por favor, por favor, que no me coja, que no me coja el pequeño o el que no sabe...” (11-004: 8 - 8)*

*“Dudé, sí, se me creó una gran... un gran dilema sobre si esta gente aquí de verdad opera esto” (11-007: 57 - 57)*

### Sensación de control

Percepción por parte del MIR-paciente de que tiene el control sobre su proceso de enfermedad, lo que le proporciona seguridad y tranquilidad frente a la incertidumbre y el miedo, aunque también puede demorar la petición de ayuda por intentar abordar la situación de enfermedad por sí mismo. Esta categoría se encuentra relacionada con la categoría “Influencia de los conocimientos” y también con las dificultades para adquirir el rol de paciente.

*“Tenemos ahí una tara mental profesional de base, que es “como yo ya sé, ya me sé cuidar”” (11-002: 57 - 57)*

*“Quizás es una deformación profesional lo que tenemos, que queremos controlar todo o miramos todo lo que nos hacen [...] aunque yo no hablaba, no podía hablar porque tampoco me salían las palabras, pero la mente me trabajaba como si estuviera en activo en una guardia” (11-004: 8 - 8)*

*“Queremos controlar más de lo que creemos saber olvidándonos de que somos un paciente más y eso es un problema creo, a veces, en el momento. No eres tu propio médico, tienes que dejarte cuidar, tienes que dejarte asesorar y tienes que saber pedir ayuda y eso es... eso es complicado” (11-010: 8 - 8)*

### Sentimientos de fracaso como médico

En ocasiones, el médico-paciente interpreta que ha fallado como médico por no haber sido capaz de autodiagnosticarse o autotratarse, viendo la necesidad de ayuda externa como un fracaso como profesional. Este sentimiento, a menudo, está relacionado con la categoría anterior, la sensación y el deseo de control. Ambos pueden contribuir negativamente haciendo que el médico-paciente demore la búsqueda de atención sanitaria o intente aplicar por su cuenta soluciones poco efectivas.

*“La sensación de molestia, y luego, a la vez, la sensación de inutilidad, de decir bueno, pero si yo sé tratar las cosas, ¿para qué voy a ir? Si voy a ir para nada” (11-002: 13 - 13)*

### Sentirse una carga o molestia

Aunque este sentimiento solo ha sido nombrado por una entrevistada, se considera relevante por las potenciales consecuencias que puede tener cuando aparece y por lo llamativo de la situación que comenta. Una de las MIR describe que tras su primera visita a Urgencias seguía teniendo síntomas muy intensos, pero no volvió al día siguiente debido a los sentimientos de vergüenza y a la preocupación por lo que pudieran pensar los médicos que la atendieran. Este sentimiento se fundamenta en los comentarios que sabe que se hacen en ocasiones sobre los pacientes que regresan a Urgencias al poco de haber sido atendidos. Esta MIR resultó tener una patología grave, potencialmente letal, cuya evolución podía haber empeorado por no recibir la atención adecuada.

*“Por vergüenza de no volver, de jo estuve anoche y no volver otra vez por la noche, qué van a decir, la pesada esta que vuelve con el dolor, como muchas veces algunos de nosotros decimos en las guardias, jope esta vuelve otra vez y no ha estado... hace 24 horas, que no ha probado el tratamiento... Pues básicamente por vergüenza no volví a Urgencias, pero no sería por el dolor que tenía que era bastante intenso” (11-009: 8 - 8)*

### Preocupación por el impacto laboral o formativo

En los MIR es muy frecuente que aparezca importante preocupación por cómo afectará su enfermedad al proceso formativo, a veces valorándose este aspecto como más importante que la propia salud. En ocasiones esa preocupación por el impacto sobre la formación puede llevar a tomar decisiones inadecuadas como adelantar la reincorporación laboral más de lo indicado médicamente.

*“En el momento la sensación que yo tenía, en el momento era de pérdida de tiempo total, eh, y que mi formación se iba a reducir claramente” (11-001: 38 - 38)*

*“Ese es mi gran dilema, más allá incluso de mi salud propia, es saber laboralmente cómo va a repercutirme” (11-007: 19 - 19)*

*“Es cierto que cuanto antes quería volver por no perder formación” (11-004: 38 - 38)*

### Aceptación

Toma de contacto con la realidad, asumiendo la enfermedad y sus consecuencias. A menudo se llega a ese sentimiento tras haber experimentado otros como la negación o la tristeza.

*“Primero la negación, luego lo asimilas. Estas cosas pasan, le toca a quien le toca y ya está [...] podría haber sido otro, pero me tocó a mí. Pero...es que hay gente que dice que por qué a mí...Y yo no” (11-002: 21 - 21)*

*“Yo aún hoy tengo síntomas pero yo los minimizo, o sea, yo digo están ahí y yo tengo que vivir con ellos, esto no me puede limitar” (11-004: 68 - 68)*

### Otros sentimientos positivos

En algunos casos pueden aparecer otras emociones positivas, con frecuencia asociadas a la aceptación; por ejemplo, optimismo respecto al pronóstico o satisfacción en relación con el aprendizaje que proporciona la enfermedad. Lo comentado sobre el aprendizaje que los MIR han obtenido de su proceso de enfermar se explicará en el apartado dedicado a ello.

*“Dentro de lo malo es lo menos malo, que tiene cura y que tal, pues oye, adelante, me lo voy a tomar con paciencia y con... con ánimo” (11-005: 26 - 26)*

*“Si eres un poco positivo, al fin y al cabo, con el tiempo vas viendo las cosas buenas” (11-001: 42 - 42)*

*“Yo creo que soy casi el más optimista, fíjate. A ver, toda le gente me dice “ay, qué pena, que no sé qué” [...] o sea, yo estoy feliz. Me he acostumbrado (a las secuelas de la enfermedad)” (11-002: 29 - 29)*

### 5.1.7- Trato recibido

#### Trato preferente

Casi todos los entrevistados consideran que por el hecho de ser médicos reciben un trato preferente cuando acuden como pacientes respecto a algunas cuestiones prácticas como el tiempo de espera, que se ve claramente reducido, o 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 es mejor en cuanto a, por ejemplo, al querer siempre darte la mejor habitación, que estés solo, que te acompañe un familiar en los sitios donde no se debería, no es lo habitual que te acompañe un familiar, sí que yo notaba un trato de preferencia o de nivel VIP a diferencia de otros pacientes” (11-004: 12 - 12)*

*““Es compañera” o “es colega”. Entonces eso es como que te abría una puerta para hacerte quizás estudios que a otro le tardarían más tiempo rápidamente” (11-004: 12 - 12)*

*“El beneficio es tener el acceso y tener compañeros que te puedan agilizar todo el proceso” (11-006: 93 - 93)*

Solo una de las entrevistadas (residente de primer año) piensa que no se ha beneficiado del hecho de ser médico ni ha recibido un trato preferente por ello.

*“A mí no me adelantan las citas antes ni me dan más fisioterapia por ser compañera ni nada [...] Y yo tampoco voy... cuando lo pido, no lo pido con la cosa de que soy médico, dámelo” (11-008: 142 - 142)*

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

*“Es como todo, todas las empresas... si tú trabajas en una empresa o qué sé yo, si tú eres policía pues entre tu grupo de policías tendrás ciertas ayudas para ciertas cosas que nosotros no tenemos ninguna vinculación. Pues de alguna manera nosotros estamos en la parte médica y lo menos que... que necesitamos es tener bien el punto de vista de salud... que los pacientes no es que lo tengan mal, simplemente que nosotros nos ayudamos entre nosotros mismos” (11-007: 65 - 65)*

#### Trato por otros profesionales sanitarios

Respecto al trato del resto del personal sanitario (enfermería, auxiliares, celadores), en general se valora como adecuado, similar al que recibirían otros pacientes.

*“El equipo de enfermería, por ejemplo, se portó genial conmigo, no creo que fuera para nada porque yo fuera médico [...] yo creo que hubiera tratado a cualquier otra persona igual” (11-009: 42 - 42)*

Sin embargo, en dos casos existe la percepción de que el trato por parte de enfermería ha sido 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 o el comportamiento de la clase médica (en este caso por comportamientos considerados negativos) y pueden actuar en consecuencia cuando tienen delante a un médico-paciente.

*“Las enfermeras quizás te trataban con un nivel peor que al resto de los pacientes, como si*

*fuera un hándicap el “ah, ¿eres médico? Ah, mira, pues ahora vas a sentir lo que siente el que está en la camilla” (11-004: 14 - 14)*

### Trato recibido en las distintas etapas (diagnóstico, tratamiento y seguimiento)

Durante el proceso diagnóstico y en los inicios del tratamiento, prácticamente todos se presentan como médicos ante quien los atiende o llevan distintivos que hacen que quien les atiende los identifique (bata, tarjeta identificativa del hospital...) con el objetivo de obtener las ventajas que entienden que esto les proporciona. Sin embargo, durante el seguimiento es mucho más frecuente que utilicen el circuito habitual y no busquen ser identificados como médicos, deseando conscientemente ser atendidos como un paciente “normal”, lo que durante el análisis cualitativo se ha categorizado como Rechazo del trato preferente. En algunos residentes este deseo parte de su propia experiencia cuando son médicos atendiendo a colegas.

*“Yo voy y espero como cualquier cincuenta barra, o sea, me voy y me siento y espero. Yo cuando llego cuando tengo mis citas, entrego la hoja y no digo “soy médico” ni voy con la batita blanca [...] Como yo hago consulta, sé lo que es que te quieran venir a meter a alguien adelantando y sabiendo que tienes pacientes que están esperando, que estaban antes” (11-004: 18 - 18)*

*“Hay mucha gente que va al hospital siendo compañero y se pone la bata. A mí no me gusta eso, porque no me gusta que lo hagan cuando estoy en el otro lado” (11-003: 22 - 22)*

*“Lo quise vivir a propósito [...] a pesar de que me lo ofrecían yo dije no... el médico de cabecera incluso “¿quieres que llame al jefe de tal...?” y yo “no, hombre, dale tiempo...” (11-007: 88 - 88)*

A pesar de que la gran mayoría admiten haberse visto beneficiados en algún momento por ese trato preferente, varios de los entrevistados cuestionan que éticamente sea correcto, por el perjuicio que puede generarse sobre otros pacientes.

*“Hay gente que se aprovecha mucho de eso, pero yo creo que deberíamos respetar a todos los pacientes, para eso somos médicos, y aunque nosotros también seamos pacientes y pensemos que lo nuestro es lo más importante, a lo mejor no es tan importante y hay gente más grave que tú que está esperando...” (11-008: 146 - 146)*

*“Cuando llega pues a lo mejor le quitan un poquito el tiempo de espera, que tampoco me parece que sea algo muy ético, o sea... pero no tienen por qué hacer toda una logística porque viene un familiar de alguien que sea del hospital” (11-007: 148 - 148)*

Los dos únicos residentes que rechazan el trato preferente desde el inicio e intentan seguir en todo momento el circuito normal son las dos MIR con discapacidad, cuyos problemas de salud dieron comienzo años antes y, por tanto, han recibido atención sanitaria antes de empezar a ejercer como médicos.

*“Bajé, esperé mi turno, no dije nada y cuando entré, la... la técnico me preguntó “pero... ¿pero tú eres la de la casa? [se entrecorta] Esta frase tan famosa de “de la casa”, de la casa como si fuese... “¿y por qué no has...?”, mira, prefiero... quiero decir, también es un aprendizaje que tienen los pacientes, estar aquí... como los demás [...] Seguir los circuitos normales porque es mejor para mí y más solidario...” (11-010: 86 - 86)*

También cuando son ellos quienes actúan como “médicos de médicos”, explican que suelen dar ese trato preferente, adaptando el horario de las citas, dedicando más tiempo... Alguno comenta que puede sentirse incómodo cuando el médico-paciente solicita saltarse las vías de atención

convencionales.

*“Al conocerse el propio médico que es paciente que las cosas se pueden hacer muy mal, y no por el circuito normal, no es poca la probabilidad de que te pida hacer el circuito como no corresponde, y entonces entras en una situación éticamente muy polémica. Y yo diría que muchas, muchas veces terminas haciéndolo mal, yo diría que sí. Cuando te lo pide el médico-paciente” (11-001: 68 - 68)*

#### Centro sanitario donde recibe la atención

El lugar donde el MIR-paciente es diagnosticado y/o tratado aporta matices relevantes a la hora de analizar el proceso de enfermedad. En dependencia de esta cuestión, podemos distinguir dos grandes grupos: los residentes atendidos en el mismo hospital donde realizan la residencia y los atendidos en otros centros sanitarios. La diferencia fundamental entre ambos grupos es el grado de conocimiento personal existente entre el entonces paciente y los médicos que le atienden. También juega un papel en la ecuación el tamaño del hospital.

Cuando un MIR es atendido en su propio lugar de trabajo, especialmente si se trata de un hospital de pequeño tamaño, tiende a describir la atención como más cercana. También explican que se sienten más cómodos y con mayor sensación de seguridad y control, al estar en un ambiente conocido. La contrapartida es la pérdida de confidencialidad y de intimidad, percibiéndose como “imposible” que la noticia de su proceso de enfermedad no llegue a un gran número de trabajadores del hospital. La mayor parte de los entrevistados prefirieron ser atendidos en el hospital donde hacen la residencia o, en un caso, en el lugar donde estaba realizando una rotación externa en ese momento. Eligieron ser atendidos allí, incluso cuando les ofrecieron ser derivados a otro centro.

*“Se maneja en un círculo de confianza donde tienes cierta... no llamemos privilegio, sino cierto grado de seguridad [...] una percepción de que estoy en mi casa, así se siente” (11-007: 53 - 53)*

*“Me ofrecieron que fuera al hospital donde yo quisiera, que si tenía conocidos, si tenía algún hematólogo de referencia y tal, que no tenían ningún inconveniente. Como no lo tenía, no tuve ningún problema en quedarme allí” (11-005: 18 - 18)*

Cuando el MIR es atendido en otro centro sanitario diferente a su lugar de trabajo, especialmente si se trata de un hospital de gran tamaño, y sobre todo, si el médico-paciente decide no identificarse como tal, la atención se asemeja más a la de un paciente no médico.

*“Las pocas veces que yo he ido a otro hospital no me siento identificado, no porque tenga nada en contra de ese hospital sino que estoy entrando como cualquier paciente y no tengo ni idea de nada” (11-007: 55 - 55)*

En el grupo focal con jefes docentes también aparece la idea de que pueden existir diferencias según el tamaño del hospital y de la unidad docente.

#### **5.1.8- 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 el investigador, al haberse valorado desde el inicio del estudio como una cuestión de especial interés debido a sus potenciales repercusiones éticas y legales.

## Respeto a la normativa

Todos los médicos residentes 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 viole la confidencialidad. No dudan de que los profesionales que han estado implicados en el proceso clínico hayan guardado correctamente el secreto médico, sino que 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 que se hacen entre compañeros sobre la situación de la persona enferma.

*“Tienes una sensación de pérdida de intimidad, aun confiando en el secreto profesional de la persona que te trata, pero es inevitable” (11-010: 12 - 12)*

Esta conciencia sobre el riesgo de difusión de sus datos médicos cuando son pacientes es similar a la existente en el otro grupo analizado (médicos en activo), como se verá en la posterior comparativa entre ambos. Sin embargo, los residentes parecen mostrar menos preocupación por este hecho. Solo dos entrevistados afirman que esta cuestión les ha preocupado en algún momento del proceso e, incluso estos, le restan importancia a la posible vulneración de la confidencialidad. En algunos casos se interpreta como un gesto de interés o preocupación de los colegas médicos hacia el médico-paciente; en otros casos, como simple curiosidad, sin percibirse generalmente una intención negativa por parte de quien consulta los datos médicos sin permiso.

*“Había gente que me preguntaba cómo me sentía y en ningún momento le comenté que yo tenía un problema, o sea que entonces se enteraron...” (11-007: 104 - 104)*

*“Pero me imagino que muchos entraron para mirar el escáner, que lo puedo entender ¿eh? Que también lo puedo entender porque... porque hay gente que me llamó, muchos, mucha gente me llamó y mucho tiempo y muy preocupada, yo sé que hay gente que al ser compañeros uno quiere saber cómo era la fractura, dónde estaba, qué tenía, cómo fue, qué posibilidades hay de que quede bien, todo eso. Que lo entiendo en cierta forma” (11-004: 22 - 22)*

*“Es un claro ejemplo esto de que la confidencialidad [...] siempre termina fallando en algún caso, en algún caso o en muchos” (11-001: 53 - 53)*

También se asume que la pérdida de confidencialidad es mayor si el MIR-paciente es atendido en el mismo hospital en el que hace la residencia.

*“Si eres residente y estás en tu propio hospital pues te conoce todo el mundo, y en ese aspecto pues todo el mundo...pues por el box de cirugía no sé cuánta gente pudo pasar, pues todo el mundo que estaba de guardia prácticamente, tanto enfermeras como médicos y tal, todo el mundo que conoció el caso se acercó a preguntarme qué tal estaba. Eso a una persona anónima no le pasa” (11-003: 8 - 8)*

*“Es lo malo de trabajar, de tratarte en el hospital en el que trabajas, que intimidad no tienes ninguna (ríe), que te conocen y bueno te preguntan, lógicamente se interesan por ti, te preguntan, y bueno, entre ellos también pues supongo que se preguntarán” (11-005: 44 - 44)*

## Tipo de patología

La mayoría argumentan que la confidencialidad sería una cuestión relevante para ellos solo si tuvieran alguna enfermedad que les resultara vergonzosa o de un ámbito más privado (se repite

en muchas entrevistas el ejemplo de las enfermedades de transmisión sexual). Sin embargo, cuando presentan patologías que no consideran dentro de ese ámbito, no les supone preocupación que muchos de sus colegas puedan enterarse de su problema de salud.

*“También por el tipo de proceso, si es algo más íntimo, supongo que...o sea, algo más íntimo, algo más... eh, algo que pueda dar algo más de pudor, supongo que sí” (11-003: 10 - 10)*

*“No me preocupó, no, porque a lo mejor no me puse malito de ninguna enfermedad que pudiera preocuparme que se divulgara” (11-001: 53 - 53)*

*“Me preocupó en el sentido de jo, cuánta historia, cuánta gente estará entrando, pero tampoco... porque no tengo ni VIH, ni sífilis, ni TBC, ni gonococo” (11-004: 22 - 22)*

*“La verdad que al ser una patología que no me daba vergüenza, de hecho yo lo comenté en el servicio en cuanto lo supe o a mis compañeros, y no lo he ocultado nunca” (11-006: 89 - 89)*

*“Imagínate que yo hubiera estado ingresada, qué sé yo, porque... qué sé yo, me violaron. No me gustaría que entren a la historia clínica y lean...” (11-004: 24 - 24)*

#### Pérdida como beneficio o como perjuicio

Existe una tendencia entre los MIR a asumir la pérdida de confidencialidad como un perjuicio menor frente a otros beneficios obtenidos por el hecho de presentarse como médico o de ser conocido personalmente por los profesionales que le atienden (rapidez en la atención, un trato más cercano, facilidad de acceso a consultas o pruebas diagnósticas, más muestras de interés por parte de los compañeros...). Este argumento tiene especial peso en los residentes que eligen recibir tratamiento en el mismo hospital en el que realizan su formación especializada.

*“Quizás al haber tenido un poquito menos de confidencialidad por haber sido resi y que más gente de refilón se entere de algo, hace que esa gente que te conoce se preocupe más y tenga detalles de echarte una mano, de estar pendiente, de decirte cosas... que termina siendo súper agradable al fin y al cabo” (11-001: 53 - 53)*

*“No me preocupó porque no era un problema que yo tuviera que... que esconder ¿ok?, todo lo contrario o sea... más bien sepan mi situación, sepan que en un momento puedo hacer una incidencia...” (11-007: 104 - 104)*

*“En el departamento me lo vieron todos. Casi mejor, cuantos más me lo solucionen, mejor, ¿no?” (11-002: 17 - 17)*

El posible sesgo en la selección de entrevistados respecto al tema de la confidencialidad será desarrollado en la discusión.

#### **5.1.9- Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral y formativo**

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

Si hablamos sobre el impacto de la enfermedad en la formación especializada, es fundamental el papel de los tutores de residentes, que en muchos casos tienen una doble función, gestionar los cambios y adaptaciones necesarios y tranquilizar o apoyar al MIR asegurando que recibirá la formación pertinente una vez que se recupere o se establezca su enfermedad.

Existe el riesgo de que debido a esa preocupación o miedo a perder formación, el MIR descuide su salud o altere el curso del proceso una vez que está enfermo.

### Año de residencia

Desde el principio del diseño del estudio, al escoger los perfiles iniciales, se tuvo en cuenta el momento de la residencia en que apareció o se agudizó la enfermedad (distinguiendo si era más cerca del inicio o en la parte intermedia y final) como un factor que puede influir en el proceso de enfermar.

Efectivamente, de los resultados obtenidos se deduce que existen algunas diferencias sustanciales entre los MIR de primer o segundo año y los MIR que se encuentran en la segunda mitad de la residencia.

Se ha observado que cuando la enfermedad aparece al inicio de la residencia, el médico residente tiende a dirigirse a los circuitos de atención habituales, quizá por desconocimiento de los circuitos alternativos o por disponer de menos contactos a los que consultar de manera no reglada. Sin embargo, cuando se da esa circunstancia, suele aparecer la figura del médico con más experiencia, habitualmente el tutor del residente o el adjunto con el que rotaba en ese momento, que guía al residente por los circuitos de atención informales o alternativos, de tal manera que lo inicia en una manera de actuar común entre los profesionales médicos. Esta cuestión ha aparecido reflejada tanto en las entrevistas individuales a residentes como en el grupo focal con tutores. Se ha denominado “aprendizaje de conductas de grupo” en el análisis cualitativo.

Los tutores y responsables de unidades docentes reconocen que en ocasiones asumen el papel de médico en lugar del de tutor o asesor.

*“Conforme me hice el TAC mi adjunta de Medicina Interna ya me tenía medio apalabradas otras, eh... el resto de pruebas según lo que saliera” (11-005: 14 - 14)*

*“El adjunto con el que estaba rotando en ese momento, con el que tengo muy buena relación, llamó él mismo, aún no me habían adjudicado neumólogo y llamó él mismo a una neumóloga de confianza, que es la que me atendió, pidiéndole por favor que si me podía ella llevar y así fue” (11-009: 90 - 90)*

Este mismo fenómeno aparece en el caso de una residente cuya enfermedad se diagnosticó por primera vez siendo estudiante de medicina. En ese caso fue su tutor de prácticas quien actuó saltándose los circuitos habituales y dirigiéndola directamente al especialista.

*“Estaba rotando en otorrino, curiosamente, y se lo comenté a él, y el otorrino sí que me hizo directamente una hoja de colaboración de interconsulta para los endocrinos” (11-006: 33 - 33)*

También se ha observado en las entrevistas que los médicos residentes de primer y segundo año muestran una mayor confianza en los médicos que les atienden. Esos MIR en ninguno de los casos solicitaron una segunda opinión o buscaron información por otros cauces.

Los MIR en la segunda mitad de la residencia parecen mostrar más similitudes con los médicos con más años de experiencia, en cuanto a la búsqueda de circuitos de atención no convencionales y el uso de sus contactos personales para acceder a pruebas o consultas. A pesar de que lo habitual es expresar confianza en sus médicos y evitar buscar información u opiniones externas, los casos en los que esto sucede corresponden siempre a MIR a partir del tercer año de formación especializada.

## Tratamiento condicionado por el trabajo

Uno de los entrevistados refiere que decidió el momento de una intervención quirúrgica programada en función de cómo interferiría en su formación. También se planteó como un factor importante el impacto que la baja laboral podía tener sobre el resto del Servicio.

*“Me recomendaron operarme y no demorarlo demasiado, sobre todo para que me pillara lo más joven posible para no perder las rotaciones más importantes de R mayor [...] Consulté cuándo creía que iba a ser el mejor momento, tanto para mi formación como para el Servicio...”* (11-006: 13 - 13)

Otro de los entrevistados expresa sus dudas sobre la conveniencia de operarse en un momento u otro, teniendo en cuenta como factor fundamental la situación de estabilidad laboral.

*“No sé si me conviene operarme en este momento que tengo estabilidad laboral como residente o dejarlo para después, cuando no sé cómo va a estar mi situación laboral”* (11-007: 19 - 19)

## Pérdida económica

El hecho de padecer una enfermedad importante habitualmente tiene un impacto económico en la persona que la sufre. En el caso de los MIR, estar en situación de Incapacidad Laboral Temporal puede suponer una pérdida de más del 50% del sueldo.

Esta cuestión no estaba incluida de inicio en el guión de las entrevistas, pero se decidió añadirla al observar que aparecía espontáneamente en casi todas las entrevistas y que suponía un gran motivo de preocupación para algunos residentes, condicionando incluso la decisión de evitar la baja laboral o finalizarla antes de tiempo.

*“Termina siendo al fin y al cabo para el residente un 50% fácil, fácil y todavía menos porque tenemos... porque te pagan un porcentaje del salario que corresponde mensual y sin guardias”* (11-001: 60 - 60)

Al menos dos de los residentes consideran que los Colegios de Médicos deberían implicarse en este tema y facilitar el acceso a ayudas o complementos salariales para los médicos que están en situación de ILT. Hasta el momento de caer enfermos muchos no se habían planteado la necesidad de contratar un seguro a esos efectos.

Uno de los MIR entrevistados explica que evitó solicitar la baja, a pesar de estar médicamente indicada, por no poder permitirse las pérdidas económicas que conllevaba debido a sus circunstancias familiares.

*“Tienes un salario base y un salario que la mitad prácticamente es de las guardias [...] no puedo darme el lujo de irme de baja un mes o dos meses...”* (11-007: 11 - 11)

## Actitud de los colegas

La idea principal que emerge de esta categoría en el análisis de las entrevistas es que los MIR que padecen alguna enfermedad se sienten apoyados por sus colegas MIR. Todos los entrevistados lo expresan así, con frecuencia de manera espontánea y otras veces al preguntarles directamente por la actitud de sus colegas.

*“En ningún momento hubo ningún problema con ellos, siempre se hicieron cargo de todo lo que les correspondía y si hace falta, de lo mío. Y animándome, por supuestísimo, siempre”* (11-001: 46 - 46)

En el grupo focal con jefes de docencia, estos dicen sobre los residentes como colectivo:

*“hay un doble corporativismo, el corporativismo de médico y el corporativismo de compañeros residentes... de autoprotección entre ellos”* (GF2: 135 - 135)

*“incluso suplen lo que no está pudiendo hacer esa persona”* (GF2: 138 - 138)

Esta opinión la comparten cinco de los participantes en dicho grupo focal; sin embargo, hay una opinión discrepante sobre este tema por parte del jefe de docencia de un gran hospital. Este comenta alguna experiencia negativa, de cómo otros residentes pueden llegar a agravar el problema de salud de un compañero y desear que no finalice la residencia. Se enuncia la hipótesis de que el compañerismo entre los MIR sea mayor en unidades pequeñas, mientras que en los grandes hospitales puede existir un clima de mayor competitividad. Esto puede condicionar la reacción de los colegas MIR cuando un residente se pone enfermo.

Los MIR entrevistados también han percibido apoyo por parte de otros médicos del Servicio donde ejercen y de sus jefes.

*“Mi servicio, mi jefe, yo no tengo más que palabras de agradecimiento [...] cómo se implicaron, cómo me acompañaron en todo lo que es el proceso”* (11-004: 48 - 48)

*“No me pusieron ningún problema en ningún momento, al contrario. De hecho, mi jefe de servicio vino a verme (desde otra ciudad) mientras estaba ingresada”* (11-009: 60 - 60)

### Sobrecarga de trabajo a colegas

La cuestión más conflictiva respecto a los compañeros residentes aparece en relación con las guardias. Cuando un MIR coge la baja laboral o recibe una adaptación por parte de salud laboral, las guardias que le correspondía realizar son asumidas por otros compañeros, que suman esas guardias a las que ya tenían programadas como propias.

En las entrevistas individuales se muestra que, aunque en la mayoría de los casos los residentes se organizan para cubrir dichas guardias e intentan no presionar a su compañero, eso no evita que se genere un sentimiento de culpabilidad en el MIR enfermo por la sobrecarga de trabajo a la que se ven sometidos sus colegas en su ausencia.

*“A mí nunca me dijeron directamente [...] yo era consciente de que eso estaba perjudicando a mis compañeros, entonces sí que me ha generado un poquito de malestar el... el fastidiarles a ellos”* (11-003: 36 - 36)

*“Bien, quitando la tensión esta de las guardias, ¿no? Porque cuando te pillas la baja sabes que son más guardias para otros”* (11-002: 43 - 43)

En el grupo focal de tutores y jefes de docencia aparece esta cuestión de manera espontánea al nombrarlo uno de los participantes y genera intenso debate.

*“Un residente se pone enfermo, ¿eso qué supone? Supone una sobrecarga para el resto de compañeros al tema de las guardias, para cubrir puestos...”* (GF2: 78 - 78)

*“Y cuando alguien se pone malo poco menos que lo miran mal, pero no porque esté malo sino por la sobrecarga de guardias que hay”* (GF2: 100 - 100)

Una tutora y una jefa de estudios del mismo hospital explican que, ante el problema de la sobrecarga de guardias para otros residentes en urgencias debido a la ausencia por enfermedad

de uno, han elaborado un protocolo por el que solo se cubre mediante la lista de incidencias el primer día, mientras que en los siguientes días el puesto queda sin cubrir y la guardia se desarrolla con un residente menos. Los miembros de comisiones y unidades docentes de hospitales grandes, sin embargo, están de acuerdo en que eso sería lo ideal pero lo consideran inviable en sus centros de trabajo, donde una parte importante del trabajo de las guardias recae sobre los médicos residentes.

*“Alguien se lo tendrá que replantear un día [...] Porque la salud de un residente que esté de baja no puede repercutir en que el otro tenga que hacer más guardias y más guardias y se sientan culpables por una cosa o por otra” (GF2: 95 - 95)*

*“Eso sería lo ideal y es lo que en teoría, en teoría, en las instrucciones es lo que debería de ser, el servicio de urgencias tendría que funcionar como si no hubiera residentes [...] Eso actualmente es inviable” (GF2: 85 - 85)*

## **Papel de los tutores de residentes, unidades docentes y comisiones de docencia**

### Distinción entre patología física y psiquiátrica

Para los participantes en el grupo de jefes docentes existen dos grupos fundamentales de patologías que pueden padecer los residentes, las físicas y las psiquiátricas, cuyas características y abordaje son muy diferentes, además de un tercer grupo que constituye una situación de salud sin ser una enfermedad, el embarazo.

La enfermedad física se percibe como mucho más fácil de abordar, con mayor implicación por parte de los profesionales que rodean al residente. Existe algún caso de residentes con enfermedades físicas crónicas que se reagudizan durante la residencia, pero lo que los tutores han visto con más frecuencia es un residente previamente sano que desarrolla una enfermedad durante su etapa de formación especializada. Por otra parte, los problemas psicológicos o psiquiátricos son percibidos como más complejos, difíciles de abordar, a veces con falta de conciencia del problema por parte del propio residente y con menor implicación por parte de otros médicos (ej.: tutores de rotación, compañeros de servicio...). La percepción de los tutores es que la mayoría de problemas psiquiátricos están presentes antes de empezar la residencia, aunque en ocasiones pueden pasar desapercibidos, y tienden a agudizarse y agravarse en relación con el estrés y las elevadas exigencias de la residencia, siendo especialmente relevante el estrés que suponen las guardias.

*“Cuando son enfermedades físicas, ahí como que todo el mundo se vuelca, que vemos que todo el mundo podemos hacer algo... Pues mira, te voy a enviar al especialista de tal... hay que hacer esto o lo otro, tómate no sé el que... todo el mundo se involucra mucho. Sin embargo, si son problemas psíquicos o psiquiátricos, es más complejo. Nadie le quiere poner el cascabel al gato...” (GF2: 18 - 18)*

En el caso de las patologías psiquiátricas graves puede generarse un conflicto entre las necesidades del residente enfermo y la seguridad del paciente. Los tutores comentan lo complicado que les resulta encontrar el equilibrio entre apoyar y favorecer la recuperación del residente, que a veces pasa por la reincorporación laboral, e impedir que ejerza como médico alguien que no está en condiciones para ello y que podría suponer un riesgo para sus pacientes.

*“El psiquiatra decía, lo mejor para él es trabajar... yo lo entiendo, ¿pero lo mejor para los pacientes? ¿Qué prima ahí, la recuperación del residente o lo que puede pasar con los pacientes... el impacto en los pacientes?” (GF2: 35 - 35)*

Por otra parte, la percepción de los jefes docentes sobre la problemática de salud de los MIR varía en función del tamaño del hospital y del número de residentes que compongan la unidad o

comisión de docencia. Quienes trabajan en hospitales con un gran número de residentes comentan que disponen de poca información sobre los MIR enfermos, al llegar hasta ellos únicamente los casos de enfermedad grave, que requieren adaptación del plan de residencia o toma de decisiones sobre la continuidad de la misma. Sin embargo, los tutores o jefes de unidades de pequeño tamaño suelen tener un mayor conocimiento sobre sus residentes y son conocedores de cualquier problema de salud que suponga una baja laboral, habitualmente siendo el propio residente quien les comunica el diagnóstico y la evolución de su proceso. También consideran que en las unidades pequeñas se establece una relación más cercana con el residente, de forma que este comparte con ellos no solo sus problemas de salud sino también problemas de índole personal. El presidente de la comisión de docencia de un hospital grande comenta:

*“Estáis contando de unidades más pequeñas casos muy llamativos, que yo sospecho que hay una falta de información y que las cosas no trascienden en un hospital grande” (GF2: 118 - 118)*

### Funciones del tutor y de la Unidad o Comisión de Docencia

Desde el punto de vista de los residentes con una enfermedad importante entrevistados, los tutores tienen como función fundamental durante la enfermedad de un MIR minimizar el impacto de la enfermedad sobre la formación y planificar los cambios en el plan de rotaciones, en caso de que sean necesarios. Además, los tutores son percibidos por los residentes como un buen apoyo durante su proceso, en ocasiones yendo más allá del papel meramente profesional. El establecimiento de una relación más personal y cercana, que es visto por varios jefes docentes como una sobreimplicación que puede acabar siendo perjudicial, es por el contrario muy apreciado por los MIR como algo positivo en el momento en que se encuentran enfermos.

Por otra parte, según los residentes, las comisiones de docencia solo intervienen cuando es preciso realizar adaptaciones importantes del plan de rotaciones, por ejemplo ante bajas laborales de larga duración o necesidad de suspensión o adaptación de las guardias.

*“Cuando se vive esta situación hay tres-cuatro personas más o menos de alguna manera responsables de gestionar esta situación y darte ciertas pautas o indicaciones para que se termine este periodo y sigas adelante con tu periodo de residencia. Creo que más tranquilizándote y explicándote cómo se funciona, el recálculo de residencia si hace falta...” (11-001: 42 - 42)*

En algún caso el residente comenta que desconoce si ha intervenido o no la comisión de docencia en su caso, ya que son los tutores los que han gestionado cualquier adaptación o cambio necesario.

Para los tutores y jefes de estudios, sus principales funciones son:

- Gestionar el plan de formación del residente y las adaptaciones necesarias por motivos de salud, en caso de que existan.
- Facilitar la conciencia de enfermedad cuando el residente no percibe su propio problema de salud, especialmente en cuestiones psicológicas/psiquiátricas.
- Encargarse de la coordinación con otros profesionales: con los médicos con quienes rotan los residentes, con los médicos de Salud Laboral o de programas específicos como PAIME...
- Proporcionar información a los residentes sobre su situación.
- Acompañar al residente en el proceso de la enfermedad. Algunos tutores resaltaron especialmente la soledad que pueden percibir los residentes procedentes de otros países, para los que el tutor puede ser su principal apoyo al no tener cerca a familiares o amigos íntimos.

*“Te ven como ayuda o como confesor [...] Entran con cuadros psicológicos no*

*graves y se apoyan mucho en ti...” (GF2: 41 - 41)*

Casi todos consideran que esa búsqueda de apoyo en el tutor es más frecuente en las unidades pequeñas que cuentan con un número bajo de residentes. Tres participantes también valoran como posibilidad que influya el sexo del tutor, siendo más habitual cuando la tutora es mujer, y otra nombra la accesibilidad y capacidad de escucha del tutor como un factor determinante.

### Información sobre aspectos laborales

Los tutores perciben que existe gran desinformación sobre cuestiones como la baja laboral o las adaptaciones del plan formativo, generándose miedos infundados que a veces interfieren en la petición de ayuda por parte del residente enfermo.

*“Cuando vienen y les dices “mira que no pasa nada, que si estás enfermo incluso si es una baja larga, vamos a retener el tiempo de residencia”, entonces te miran y te dicen “ah, ¿pero esto se podía hacer? Es que claro, yo pensaba que me quedaba sin residencia” (GF2: 26 - 26)*

Esta cuestión de la desinformación no es relatada en primera persona por los residentes que han estado enfermos. Sin embargo, sí puede deducirse de algunas descripciones realizadas por estos, en las que queda patente el desconocimiento o la confusión sobre las funciones de la Comisión de Docencia, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales o el Colegio de Médicos.

Alguno también piensa que existe desinformación entre los docentes. Por ejemplo, sobre la información de la Fundación Galatea sobre salud de los MIR, que se les envió a los participantes junto con el guión del grupo focal, solo dos comentan que lo conocían, incluso una dice que algunos años lo ha entregado a los MIR que comenzaban la residencia. Por el contrario, los otros cuatro expresan que desconocían su existencia.

### Evaluación de los MIR

Los tutores y jefes docentes consideran que tienen una responsabilidad social de evitar que lleguen a ejercer como especialistas quienes no estén capacitados para ello. Sin embargo, consideran que su papel en estos casos es difícil, puesto que no cuentan con el respaldo de otros médicos que evalúan al residente.

*“No hay un compromiso con la evaluación y que muchas veces estos temas se dejan pasar, se dejan pasar y cuando acabe así me quito el problema” (GF2: 29 - 29)*

*“Pasan por los servicios en las rotaciones y les van dando el aprobado para que no vuelvan” (GF2: 21 - 21)*

*“Hemos tenido otros problemas, en los cuales la evaluación es 3 sobre 3 y es un residente excelente, y luego no me lo pongas solo de guardia” (GF2: 33 - 33)*

Piensan que este problema no sucede únicamente con los residentes, sino con cualquier médico cuyos colegas detectan que padece algún problema de salud o presenta un comportamiento alterado que pueda afectar a su práctica clínica. Consideran que es frecuente la negación del problema y la evitación en la toma de decisiones al respecto. Esta opinión la defienden cuatro de los integrantes del grupo, los otros dos no comentan nada sobre esta cuestión.

*“Yo creo que es más un tema de corporativismo, de que un médico es un semidiós y nadie va a asumir que ha hecho ciertos comportamientos y aparte ya sabe lo que tiene que hacer [...] es un corporativismo mal entendido [...] todos tenemos experiencias de servicios con gente conflictiva que habitualmente no se hace absolutamente nada...” (GF2: 128 - 128)*

*“Recuerdo un caso [...] todo el servicio se quejaba de cómo trabajaba esa persona pero cuando llegó el momento de incapacitarlo aquello fue horroroso [...] Sí que hay un corporativismo muy mal entendido ¿eh? De pobrecito, cómo lo vamos a dejar sin trabajar o cómo vamos a decir que está loco...” (GF2: 131 - 131)*

### Presentismo laboral

Este fenómeno, consistente en acudir a trabajar a pesar de estar enfermo, es visto como muy común entre los médicos residentes y como tal aparece en las entrevistas:

*“Todos hemos hecho, por ejemplo, una guardia en la que el compañero que teníamos al lado trabajando estaba fatal [...] contamos nosotros mismos “me he sentado delante de un paciente a historiarlo y demás y me ha dicho que estaba yo peor que él”. Esa frase no es poco conocida por el residente” (11-001: 72 - 72)*

*“La percepción que tengo es que muchas veces, aunque nos encontremos mal, seguimos trabajando, no queremos parar” (11-006: 7 - 7)*

El presentismo también puede incluir el regresar a trabajar antes de estar completamente recuperado, aspecto que se ampliará en los siguientes apartados.

En el grupo focal no se habla explícitamente sobre presentismo, pero sí se apuntan posibles causas de que los MIR eviten coger la baja laboral o dejar de hacer parte de su trabajo, por ejemplo las guardias. Entre esos motivos se nombra el tema económico y la falta de conciencia de enfermedad o el no querer reconocer la existencia de la misma ante su entorno laboral.

*“Te dicen es que sin guardias no llego... sin guardias no llego... [...] un residente a veces no coge baja porque no le descuenten las guardias... eso también he tenido casos de... y te va a veces como pueden... sobre todo los residentes con niños pequeños que tengo” (GF2: 170 - 170)*

### Baja laboral

Todos los entrevistados estuvieron en situación de baja laboral durante al menos un mes, excepto uno, ya comentado, que evitó solicitar la baja por motivos económicos y familiares y solo se ausentó del trabajo algún día suelto, aunque habría existido indicación médica para justificar la ILT. La duración máxima de una baja entre los entrevistados fue de 9 meses y otro de los residentes permanecía aún de baja en el momento en que se realizó la entrevista.

La ILT suele darla el médico de familia, en eso los MIR suelen seguir el protocolo habitual, excepto en un caso en que al inicio fue otro médico cercano al MIR-paciente quien la proporcionó.

*“Estuve cuatro meses de baja... iba todas las semanas al centro de salud a que te renueven la baja, todo tal cual, iba a todas mis consultas, exactamente el mismo sistema” (11-004: 38 - 38)*

*“La baja inicialmente me la dio mi adjunta porque fue el día de la... que me hicieron la biopsia. Yo ese día fui a trabajar...” (11-005: 58 - 58)*

Aunque no aparecía como categoría en el guión, dos de las entrevistadas comentaron espontáneamente que habían tenido que acudir al INSS durante su ILT para una inspección médica. Una de ellas lo relata como un hecho normal. Por el contrario, la otra residente lo ha vivido con gran malestar, por sentirse juzgada y evaluada a pesar de presentar una patología grave que sin duda requería continuar con la ILT, dictamen que coincidió con lo valorado por

Inspección. Aún así, piensa que se le exigió más por el hecho de ser médico, como si por ello debiera recuperarse con más rapidez.

### Reincorporación laboral

El momento de la reincorporación a la residencia tras una ausencia por enfermedad puede ser delicado, sobre todo si el MIR ha decidido solicitar el alta laboral cuando aún no se encontraba recuperado. Esa decisión se puede ver influida por distintos factores: miedo a perder formación, minimización de la gravedad de la enfermedad o sus secuelas, preocupación por la sobrecarga de trabajo de sus compañeros en su ausencia...

En uno de los entrevistados solicitar el alta laboral de forma prematura dio lugar a una recaída en su enfermedad, que acabó generando más tiempo de incapacidad laboral. Otra sufrió más las secuelas de su enfermedad por haber regresado al trabajo antes de estar más recuperada. Otra entrevistada comenta que su deseo de alta se relacionó con el deseo de no perder una rotación externa que estaba prevista para las fechas en las que cayó enferma.

*“Yo quería incorporarme lo antes posible porque sentía que si me incorporaba no estaba enferma [...] hoy lo pienso y lo mío fue prematuro, yo me incorporé muy muy rápido y no tenía que haberlo hecho...”* (11-004: 38 - 38)

*“Yo forcé un montón... hasta el punto de que terminé estando en total 9 meses de baja a lo mejor pudiendo haber estado... pff yo que te digo, ¿la mitad?”* (11-001: 11 - 11)

*“Yo misma me di de alta porque ya... la verdad es que me aburría un poco, yo me encontraba perfectamente y quería volver un poco a mi vida habitual [...] Además, claro, yo tenía pendiente una rotación externa, no era de mi hospital, era una rotación externa que yo misma había pedido y... pues no quería perder esos meses”* (11-009: 26 - 26)

### Adaptación del plan de rotaciones o prórroga de la residencia

De lo relatado por los MIR en las entrevistas se deduce que las actuaciones por parte de las unidades docentes o comisiones de docencia son muy heterogéneas. En algunos casos se ofrecen al residente facilidades para que su vuelta al trabajo sea más cómoda o se adapte a su estado de salud. Fundamentalmente se adaptan los horarios o se suspenden de manera temporal las guardias, que son la parte del trabajo que genera mayor preocupación en los MIR que se reincorporan tras una ausencia por enfermedad.

*“Me cuadraron con guardias hasta las diez de la noche [...] y las que me redujeron fueron las de 24 horas”* (11-002: 41 - 41)

*“Merece la pena o alejar bien las guardias para que no coincidan con los días malos o dejarlas un poco aparcadas una pequeña temporada hasta ver cómo funciona la cosa, cómo se aguanta. Yo creo que no habrá ningún problema”* (11-005: 80 - 80)

*“Me dieron como...eh...10 días más hasta que pude empezar a hacer guardias, hasta que me incorporé al tema de las guardias”* (11-003: 28 - 28)

Sin embargo, en otros casos por parte de los responsables docentes se comunica al residente que si decide volver a trabajar, debe asumir toda su actividad formativa y laboral habitual, sin ningún tipo de transición.

*“Comisión de docencia lo que te dice es que si estás de baja, estás de baja para todo, si estás de alta, estás de alta para todo [...] Mi jefe de servicio preguntó y le dijo que si no estoy en condiciones de hacer guardias, pues que siga de baja y listo. Pero no te*

*adaptan...*" (11-004: 44 - 44)

En estas circunstancias suelen ser los compañeros residentes o los tutores quienes, dentro de sus posibilidades, facilitan el regreso del residente que ha estado enfermo, por ejemplo, asumiendo parte de su trabajo. Con frecuencia, todas las guardias o al menos una parte de ellas son asumidas por otros compañeros MIR, lo que no siempre es visto como una situación ideal, ya que genera en el residente que se reincorpora sentimientos de culpa porque la sobrecarga de trabajo de sus colegas, que ya ha existido durante su ausencia, se prolonga también en sus primeras semanas de trabajo tras la baja laboral.

*"En un momento yo no estaba en condiciones de hacer guardias [...] Yo me reincorporé a todo, yo figuraba pero varios compañeros me hicieron guardias"* (11-004: 42 - 42)

En la mayoría de los entrevistados se adaptaron algunas rotaciones del plan de residencia y no fue necesaria una prórroga, salvo en tres casos.

*"Lo que hicieron fue alargarme un poco la residencia en el centro de salud, pero no perdí rotatorios por ningún sitio"* (11-002: 39 - 39)

*"Ahora la residencia está parada, lógicamente, y me comentaron que como llevaba tan poco tiempo hecho de la residencia, que posiblemente solicitaríamos volver a empezarla desde el principio"* (11-005: 68 - 68)

Una de las MIR con discapacidad hace una aclaración sobre el significado de las adaptaciones de las guardias o los planes de rotaciones.

*"Que sí tú necesitas algo para hacer el mismo 100% que el resto, es simplemente adaptarlo, no rebajar el nivel [...] es que es complicado porque en España se confunde la adaptación con la rebaja, con... con un trato diferencial"* (11-010: 74 - 74)

Si nos fijamos en los datos obtenidos en el grupo focal con responsables de docencia, la percepción de estos sobre las posibilidades de adaptación cuando un MIR se reincorpora es algo distinta a la de los residentes, considerando que lo habitual es dar facilidades a quienes padecen alguna enfermedad y adaptar en lo posible la actividad laboral y formativa. Sí consideran que existe variabilidad, pero la atribuyen a las decisiones del propio residente.

*"Unos prefieren recuperar los cinco meses de formación perdidos. Otros prefieren no recuperarlo. Hemos tenido de todo, no hay criterio uniforme"* (GF2: 38 - 38)

Parece que pueden existir impedimentos a la hora de hacer una adaptación. Dos de los participantes nombran la pérdida económica como una barrera a la hora de suspender o reducir las guardias de un residente. Una de las participantes también explica que a veces esa adaptación puede ser un motivo de preocupación para el residente porque provoca que se haga pública su enfermedad o su limitación, es decir, da visibilidad a un problema de salud que quizá quería mantener en secreto.

*"El residente es resistente por el tema económico... quiere hacer las guardias, pues a lo mejor le tienes que prolongar la residencia..."* (GF2: 52 - 52)

*"El no hacer las guardias es una manera de que se entere todo el mundo que está enfermo... incluidos los jefes de servicio..."* (GF2: 25 - 25)

Esa misma jefa de estudios señala que otra dificultad viene dada por la rigidez de los programas formativos, que en ocasiones puede complicar la adaptación que un MIR necesitaría.

*"Luego el programa formativo es un corsé... que si no haces guardias... pues está la parte formativa... que si no las haces, no apruebas la residencia"* (GF2: 25 - 25)

## Servicios de Salud Laboral

De los MIR entrevistados, solo las dos que padecían una enfermedad/discapacidad al elegir plaza e iniciar la formación especializada comentan haber tenido relación con los Servicios de Salud Laboral, por su función en el reconocimiento médico inicial de los residentes que se incorporan. Este aspecto se desarrolla con más detalle en el apartado sobre MIR y discapacidad.

Ninguno de los demás residentes entrevistados refiere haber tenido contacto con el servicio de Salud Laboral en relación con su proceso de enfermedad.

Los tutores y jefes de estudios sí nombraron el papel de este servicio, sobre todo en los casos en que se requiere una adaptación del plan de formación por motivos de salud. En esos casos es necesaria una valoración por parte de los médicos de dicho Servicio y un informe donde reflejen si recomiendan o no algún tipo de adaptación. En general consideran que existe una adecuada coordinación y que se resuelven sin dificultad la mayoría de situaciones. Sin embargo, en un caso concreto el tutor se queja de la falta de respuesta de Salud Laboral.

*“Es importante que Salud Laboral te respalde... porque si Salud Laboral se convierte en un obstáculo, no porque vaya a decir algo opuesto a lo que tú tengas que decir, sino porque lo dejan en un limbo sin resolver meses y meses [...] Si apto o no apto, se tienen que comprometer... si detectan algún problema al inicio, se tienen que pronunciar” (GF2: 53 - 53)*

### **5.1.10- Impacto sobre la calidad asistencial**

En ninguna de las entrevistas a residentes enfermos se comenta el tema de cómo puede influir la enfermedad sobre la asistencia que el MIR-paciente presta a sus propios pacientes.

Sin embargo, sí es una cuestión que preocupa a los responsables de la docencia de los residentes, una de las cuales expresa que siente que tiene una responsabilidad social de detectar si un residente no está capacitado para llevar a cabo su labor asistencial. El resto de participantes del grupo focal la respaldan, aunque tal y como se ha comentado en el apartado sobre evaluación, consideran que otros profesionales que evalúan a los residentes no ejercen de forma adecuada dicha responsabilidad.

*“Por eso hemos suspendido a alguno [...], porque yo creo que tenemos la responsabilidad social de que luego ese medico va a salir con un título para ejercer... libremente y sin que lo controle nadie” (GF2: 261 - 261)*

*“No tenemos responsabilidad social, es decir, que acabe y me quito el problema” (GF2: 258 - 258)*

### **5.1.11- Impacto familiar**

#### Compartir o no la enfermedad con la familia

Entre los entrevistados existen dos posturas opuestas respecto al impacto que la enfermedad del residente tiene sobre sus familiares. Lo más habitual es que el residente comunique desde el inicio su problema de salud a su familia y que esta le acompañe a lo largo de todo el proceso. Sin embargo, en algunos casos (en concreto en dos de los entrevistados) el MIR decide mantener a su familia al margen por sentir que van a influir negativamente en el proceso, por ejemplo transmitiéndole su ansiedad y preocupación, o por no considerar tan grave su problema de salud como para precisar ayuda de sus allegados.

## Rol del médico-paciente en la familia

Según los datos obtenidos en las entrevistas, el MIR en muchos casos es percibido por su familia como “el que sabe”, lo que hace que su reacción ante la enfermedad se tome como referencia para interpretar cuál es el pronóstico. Si el MIR-paciente es consciente del impacto que su actitud ante la enfermedad puede tener sobre sus familiares, puede intentar aparentar ante ellos menor preocupación de la que en realidad siente.

*“Para los que tienes alrededor eres un poco el pilar de referencia porque tú eres el enfermo pero además eres médico. Entonces si ellos ven que estás bien, les cuesta digerirlo pero les cuesta menos...” (11-005: 26 - 26)*

Además, el rol que el médico-paciente desempeña dentro de su grupo familiar es importante en algunos casos en la toma de decisiones respecto a su enfermedad. Como ya se ha comentado en otros apartados, si su sueldo es el principal sustento económico de su familia, el MIR puede ser más reacio a solicitar la baja laboral.

## Estar separado de la familia

No es infrecuente que un médico haga su residencia fuera de su lugar de origen, ya sea por su propio deseo o condicionado por el número de orden obtenido en el examen MIR. Por otra parte, a veces no lleva el suficiente tiempo en su nuevo destino como para haber establecido una red social al margen de sus compañeros MIR y sus tutores. En cualquier caso, esta situación hace que muchos residentes se encuentren alejados de su familia y amigos más cercanos en el momento en que enferman, lo que genera sentimientos de soledad para el paciente. Por otra parte, la familia suele vivir la enfermedad con mayor preocupación al no encontrarse junto al paciente y a menudo se trasladan con él en cuanto es posible. Esta situación de soledad y cierto aislamiento ha de ser tenida en cuenta como un factor que puede empeorar los problemas de salud o dificultar su tratamiento.

En el grupo focal con tutores MIR también se abordó esta cuestión. Una de las participantes comenta que los residentes originarios de otros países suelen establecer con ellos una relación más cercana, confiando en los tutores para hablar no solo de cuestiones relativas a la residencia sino también de otros problemas personales. Otros dos miembros del grupo corroboran esa misma opinión. El resto no expresan nada sobre esta cuestión en concreto.

### **5.1.12- El papel de los Colegios de Médicos**

Ningún médico residente entrevistado había tenido contacto con su Colegio de Médicos en relación con su enfermedad, salvo una de las entrevistadas que contactó para informarse sobre la cobertura de un seguro que había contratado a través de su Colegio.

Al pedirles propuestas del papel que podría tener el Colegio con los médicos que enferman, dos sugieren que proporcione cobertura económica para el médico-paciente. Otros tres creen que quizá el Colegio pudiera actuar en casos especiales, como accidentes en el extranjero o enfermedades muy graves que comprometieran el ejercicio profesional. El resto no tienen ninguna opinión al respecto o no se plantean que el Colegio pueda tener ninguna función en estos casos, incluso uno de los residentes expresa que eso podría poner en riesgo la confidencialidad.

### **5.1.13- Aprendizaje obtenido de la enfermedad**

Todos los entrevistados son capaces de detectar aspectos positivos de padecer o haber padecido una enfermedad importante, mejoras beneficiosas tanto para ellos como para el sistema de salud. El más nombrado, en muchos casos de forma espontánea, es el aprendizaje obtenido de la

vivencia como paciente, que se traduce en mejoras en su práctica clínica una vez que se reincorporan a su actividad como médicos residentes.

Esta cuestión no se nombra en ningún momento en el grupo focal con responsables de docencia.

### Empatía con los pacientes

El aspecto que más destacan es un aumento de la empatía con los pacientes, resultándoles más fácil ponerse en el lugar de estos, incluso cuando atienden pacientes complejos o difíciles en el trato.

*“Te cambia la forma de ver, de actuar... Que lo encuentro hasta interesante, digo casi cada uno se tendría que poner malo alguna vez, no en plan crónico, pero vivirlo desde ese lado y acordarte de cómo has estado [...] Eso humaniza un poco más” (11-002: 27 - 27)*

*“Hasta cierto punto le saco provecho (a las secuelas de la enfermedad) porque me recuerda que yo también estuve al otro lado y que a veces puedes estar así” (11-002: 29 - 29)*

*“Sentirse paciente no es fácil [...] Los médicos a veces no tenemos ni idea de lo que puede sentir un paciente cuando se te sienta delante a contarte un problema” (11-007: 69 - 69)*

### Cambios en su práctica clínica

El haberse visto “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).

*“Les doy un poco más de flexibilidad a los pacientes cuando me piden algo [...] Antes sí que era un poco más paternalista y ahora no” (11-009: 42 - 42)*

A pesar de que la mayoría describen como adecuada y suficiente la información recibida durante su enfermedad, la mitad de los entrevistados comentan que el modo en que se les informó les ha ayudado a darse cuenta de los fallos que se cometen en la comunicación con los pacientes, e intentan aplicar lo aprendido a su práctica clínica.

*“Si yo mismo siendo médico no me he enterado, ¿qué le voy a pedir a él? [...] Si antes explicaba la medicación, ahora procuro explicársela dos o tres veces, escribírsela cuatro o cinco veces, que me la lea él y que le quede claro” (11-002: 25 - 25)*

*“Uno de los grandes errores que yo percibí estando ingresada, que me ayudó a mejorar mi práctica clínica habitual, es el tema de la comunicación” (11-004: 8 - 8)*

*“Al vivirlo como paciente te das cuenta de que hay cosas que preocupan a los pacientes que muchas veces no te das cuenta o se te olvidan detalles que son una tontería [...] el paciente cuando no las sabe se puede asustar” (11-005: 85 - 85)*

*“Y también aprendí a hablarle al paciente creo [...] a dirigirme al paciente primero y luego al entorno por muy... por muy poco capaz que veas a una persona” (11-010: 60 - 60)*

Una residente, además, dice haber aprendido a respetar más la intimidad y el espacio de los pacientes, en base a su propia experiencia cuando estaba ingresada.

*“Lo que más intensamente recuerdo del principio es que no me he vuelto a sentar en una cama de un paciente sin pedirle permiso, me sentía invadida, que alguien se sentase en mi cama, al principio, sobre todo cuando el primer ingreso...” (11-010: 60 - 60)*

Además, en algunos casos perciben la importancia de algunos síntomas a los que a veces como médicos les restaban importancia, por ejemplo el dolor.

A nivel más práctico, algunos MIR se muestran satisfechos de haber adquirido más conocimientos respecto a su enfermedad, que pueden aplicar luego al tratar a sus pacientes, ya que aprovechan su proceso de enfermedad para estudiar sobre ella.

### Autorrevelación

Tres de los MIR entrevistados relatan lo que les supone atender a un paciente con el mismo trastorno que ellos han padecido y cómo la autorrevelación de su propia experiencia les ayuda a establecer una mejor alianza terapéutica. Sienten que de esta manera sus recomendaciones son más tenidas en cuenta.

*“A mí me ha tocado, te toca ver pacientes que tienen esa misma patología [...] eres capaz de sentarte al lado, cogerle del brazo y decirle escucha, esto suele funcionar así, a mí me pasó hace dos años y aquí estoy y fue así [...] yo creo que para una persona joven que se encuentre mal, agobiada con estas cosas... pues como que debe significar bastante” (11-001: 40 - 40)*

### Cambios en su escala de valores

Por otra parte, a nivel personal, la enfermedad puede variar el orden de prioridades de quien la padece. En el caso de los MIR, sienten que les ha ayudado a 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 y valorar más sus propios logros.

*“Yo no me podía frenar, yo siempre estuve haciendo cosas, cosas, cosas, trabajo allá, publicación aquí, allá... [...] Este fue un freno que me puso la vida, de tal forma que empecé a disfrutar lo que yo antes no disfrutaba...” (11-004: 74 - 74)*

### Aprender a ser paciente

A lo largo de la enfermedad se produce un proceso de aprendizaje sobre el propio proceso de enfermar. Esta categoría no se refiere a los aspectos técnicos o científicos de la patología que se padece, sino a aprender a situarse en el rol de paciente y a comportarse como tal.

#### **5.1.14- Médicos de médicos**

La actitud que los MIR entrevistados percibieron por parte del médico que les atendía varía de unos a otros. Algunos sintieron que por el hecho de ser médicos, su compañero se mostraba más cercano y accesible, mientras que otros percibieron que se sentía incómodo y eso les generaba a ellos dudas o desconfianza.

Aunque las entrevistas individuales versaban fundamentalmente sobre el propio proceso de enfermar de los entrevistados y las impresiones obtenidas a partir de su experiencia, también se les preguntaba sobre su papel como médico de otros médicos. Siete entrevistados se habían encontrado en esa situación en al menos una ocasión. 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.

*“Si sabes que la persona a la que estás atendiendo es médico, ser neutro es complicado. A*

*no ser que la persona que tengas enfrente también sea muy neutra: se deje hacer y se deje llevar, no comente nada, no haga ningún comentario de nada... En ese caso, pues sería como una persona normal. Pero es difícil ser neutro, yo creo” (11-003: 84 - 84)*

### Identificarse como médico

Esta cuestión surgió de manera espontánea en los discursos capturados en las entrevistas, con opiniones y experiencias diversas.

La mayoría de los entrevistados se identifican como médicos cuando reciben asistencia sanitaria, o bien son reconocidos por los colegas que les atienden. Nos referimos en este caso a quienes solicitan atención siguiendo el circuito habitual. Por supuesto, quienes realizan consultas directamente a sus colegas saltándose los trámites habituales, deben irremediablemente identificarse como médicos para tener acceso a esa atención. Solo una residente dice que prefiere no comunicar que es médico cuando acude a ser atendida como paciente porque entonces es probable que le proporcionen un trato preferente que no desea.

Además, varios residentes comentan haber acudido en algún momento a una consulta o a un servicio de urgencias como un paciente no-médico, describiendo esta actuación como una “prueba” intencionada, con el objetivo de poder valorar la calidad de la atención o con la finalidad de no interferir en el proceso de atención, al entender que identificarse como médico lo modifica y no siempre de forma positiva.

Por otra parte, surgen discrepancias sobre la preferencia de que el médico-paciente al que ellos atienden se identifique como tal. Parece que lo más problemático es que este oculte su profesión y lo comente una vez finalizada la atención, sobre todo si lo hace para cuestionar la misma.

*“El problema se me ha presentado cuando el médico no dice que es médico y después te exige y termina la consulta diciendo “yo también soy médico” [...] cuestionando lo que tú has hecho” (11-007: 138 - 138)*

*“O entras y te identificas o asumes el rol de paciente [...] si voy y quiero que sepa que soy médico, de alguna manera le hago sentir “hola, sí, es que soy residente”, le suelto el comentario...” (11-007: 140 - 140)*

### El papel del médico de familia

Como se ha comentado previamente, solo uno de los MIR entrevistados acudió en primer lugar a su médico de familia en el momento en que aparecieron los síntomas. Cabe destacar que se trataba de un residente en los primeros meses de su formación.

El resto tuvieron contacto con su médico de familia solo cuando necesitaron que les diera la Incapacidad Laboral Temporal y posteriormente el alta laboral. A este respecto, se observa con relativa frecuencia que o bien el médico de familia deja en manos del MIR-paciente la decisión sobre el alta, o bien este desatiende las recomendaciones de su médico para adelantar la reincorporación laboral.

*“Él me dijo que si por él fuera que yo estaría dos meses de baja, pero que bueno, lo que yo le fuera pidiendo...” (11-009: 32 - 32)*

Uno de los entrevistados, residente de Medicina de Familia y Comunitaria, explica que su médico de cabecera es al mismo tiempo su tutor. Cree que esto no ha generado ningún conflicto en su caso.

### Sensación de incomodidad o tensión

Uno de los aspectos más comentados es la sensación de incomodidad o tensión, que suele ir en relación con el siguiente punto, el hecho de sentirse evaluado.

*“No me gusta atender a médicos, pero hay de todo, hay gente que es muy agradable, que te facilita todo... y gente que te pone muchas trabas” (11-003: 82 - 82)*

### Sentirse cuestionado o evaluado

Percepción de que el médico-paciente puede evaluar sus conocimientos o juzgar su actuación. Aparece miedo a “quedar mal”, a cometer algún error que pueda ser detectado por el médico-paciente. Esto puede llevar a pensar opciones diagnósticas más improbables o a ser más agresivo en el diagnóstico o tratamiento.

*“Puede ser un reto... porque tiene conocimientos, puede hacer preguntas que te pillen... preguntas muy lógicas pero más difíciles que un paciente estándar y al mismo tiempo a lo mejor es más exigente con esas respuestas...” (11-005: 89 - 89)*

*“O de estos pacientes que te medio atacan y lo tienen todo preparado porque se lo saben todo perfectamente mucho más que tú...” (11-001: 66 - 66)*

### Mayor empatía

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 valorada como excesiva y por tanto como un inconveniente, al considerar que puede mermar la objetividad.

*“Empatizas mucho, que muchas veces empatizar demasiado está hasta mal porque pierdes la relación médico-paciente” (11-001: 66 - 66)*

### Pérdida de la relación médico-paciente

Al menos tres de los MIR entrevistados comentan espontáneamente que 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.

### Influencia de la relación personal previa

Varios de los entrevistados señalan que la actitud del médico de médico puede verse influida por la relación personal previa existente entre el médico y su colega, ahora paciente. Este conocimiento previo puede relacionarse con proporcionar un trato de mayor preferencia. A veces también se relaciona con una pérdida de objetividad. Una de las residentes explica que al atender a compañeros con quienes tiene una relación de amistad es más directa y clara en la información que proporciona. Otra comenta que con las personas cercanas es más precavida y actúa de forma más similar a como lo haría consigo misma.

*“Buscas más soluciones, las buscas con gente cercana y la gente cercana tampoco es objetiva” (11-002: 9 - 9)*

*“Si no los conozco, al final la diferencia es cómo les puedes explicar las cosas, pues porque te entienden mejor e intentas explicar las cosas de una manera pues igual un poco*

*más técnica. Si son compañeros tuyos, pues con más confianza [...] a mis amigos se lo digo sin ningún tipo de pelos en la lengua y a otras personas pues con un poco más de delicadeza” (11-006: 107 - 107)*

*“Creo que tiendes a ser más... más precavido. Por ejemplo, en Urgencias a lo mejor ponemos alguna medicación [...] sí que está indicada en ese momento pero si piensas ¿yo a mí me lo pondría? Con los efectos secundarios que conlleva, el tiempo que tienes que estar... pues a lo mejor no. Entonces con mis amigos soy más como sería yo conmigo misma” (11-009: 78 - 78)*

### Trato preferente

De la misma forma que cuando ellos son pacientes perciben que se les da un trato preferente, al menos en algunas cuestiones como el tiempo de espera o la dedicación, también intentan ofrecer un mejor trato y dedicar más tiempo cuando atienden a un colega. Varios refieren que cuando tienen delante otro médico, tienden a proporcionar más información o hacen un esfuerzo mayor por explicarse.

*“El conocimiento es el mismo, el trato es distinto” (11-004: 62 - 62)*

Los entrevistados comentan como algo frecuente el hecho de saltarse el circuito habitual cuando atienden a colegas médicos. En unos casos lo proponen ellos para facilitar o agilizar la atención, pero en otros se sienten forzados a ello porque el médico-paciente lo pide y no son capaces de negarse.

*“Pues ven tal día que me viene bien y te veo si te viene bien a ti a tal hora... saltándonos las vías administrativas, sí” (11-006: 105 - 105)*

*“No es poca la probabilidad de que te pida hacer el circuito como no corresponde y entonces entras en una situación éticamente muy polémica. Y yo diría que muchas, muchas veces terminas haciéndolo mal” (11-001: 68 - 68)*

### Atención a médicos adjuntos por parte de los MIR

Esta cuestión no se había planteado en el guión inicial de las entrevistas, sin embargo apareció de manera espontánea y tiene interés por tratarse de una situación que se da fácilmente en la práctica, sobre todo en los servicios de Urgencias.

El MIR puede sentirse especialmente presionado o evaluado cuando atiende a un médico adjunto. Está presente la idea de que a un adjunto debería atenderlo un médico de su misma “categoría” para no generar situaciones incómodas por parte del MIR ni del médico que en ese momento es paciente.

*“El médico que tiene más experiencia y es paciente y delante se le pone un médico nuestro, de los jóvenes residentes... lo veo un poco frío, esa situación [...] te piden que sea una persona del mismo rango quien le asista... o tienen ciertas dudas del médico residente” (11-001: 70 - 70)*

Por otra parte, los MIR en muchos casos buscan en primer lugar el consejo de otros residentes, que con frecuencia son quienes los conducen hasta el médico especialista cuando la situación lo requiere.

## Atención a médicos jubilados por parte de los MIR

Ninguno de los MIR entrevistados habló de la posibilidad de atender a médicos jubilados. Es probable que esto se deba a que los médicos jubilados tienden a buscar ayuda en médicos de más experiencia, con los que sienten que existe menos distancia generacional.

## Atención a familiares de médicos

Al preguntarles por su papel como médicos de otros médicos, en varias entrevistas aparece espontáneamente la situación del médico residente atendiendo a familiares de otros médicos, siendo habitual que el médico-familiar acuda como acompañante de su allegado y participe en el proceso de atención, distinguiéndose dos tipos de actitudes:

- Respeto hacia los colegas médicos que atienden a su familiar y colaboración en el proceso, bien informando de forma más técnica y específica sobre los antecedentes o la enfermedad actual o bien facilitando la colaboración de su familiar.
- Desconfianza hacia los colegas, advertencias sobre su estatus y elevada exigencia respecto a la atención que recibe su familiar. Estas actitudes con frecuencia generan incomodidad y rechazo por parte del médico que les atiende, especialmente si es un MIR y tiene que enfrentarse a un médico más experimentado.

Los MIR entrevistados también opinan sobre cómo se han sentido acudiendo ellos como familiares o acompañantes de pacientes. En al menos dos casos se comenta que a menudo el médico deja de centrar la atención en su familiar, es decir, en el paciente, para prestarles más atención a ellos por ser médicos. La información proporcionada pasa a ser mucho más técnica, impidiendo que el paciente la comprenda adecuadamente. Durante el análisis hemos denominado esta situación como crisis de interlocutor.

*“Cuando he ido con mi padre se dirigían más a mí o me lo contaban todo de forma más técnica, en lugar de dirigirse a mi padre y contarle las cosas pues con un lenguaje más coloquial y que él lo entendiera [...] Si vas como acompañante del enfermo, si saben que tú eres médico, la relación médico-paciente se rompe” (11-008: 148 - 148)*

## Conflictos de roles

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, consistente en omitir información relevante por asumir que el médico-paciente ya la conoce. 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.

Por otra parte, los conflictos de roles también afectan a los tutores y jefes de estudios en el desempeño de sus funciones, puesto que son al mismo tiempo profesionales médicos y supervisores de la formación. En el grupo focal estos manifiestan que, cuando uno de sus residentes tiene problemas de salud, con frecuencia tienen dificultad para asumir exclusivamente el papel que les corresponde como responsable docente y no otros. Cinco de los seis participantes del grupo focal consideran que se han visto en al menos una de las situaciones siguientes. Los conflictos de rol que se describen son:

- Tutor-Médico: El tutor puede actuar como médico, solicitando pruebas, dando recomendaciones de tratamiento o acompañando al residente por circuitos de atención alternativos. Cuatro de los responsables docentes exponen este conflicto de rol y las

potenciales desventajas, los otros dos no dan una opinión clara sobre este punto, quizá por tener un puesto en el que no se da con frecuencia esa circunstancia.

*“Yo creo que como somos todos médicos, que probablemente es un error, pues a lo mejor lo asumimos como yo tengo que dirigir y te tengo que tratar...”* (GF2: 18 - 18)

*“Puede pasar eso... que nos volvamos cuidadores sin necesidad de serlo”* (GF2: 21 - 21)

- Tutor-Amigo: En ocasiones los tutores establecen una relación personal con sus residentes, actuando como amigo más que como responsable de la formación. Consideran que una relación cordial y cercana puede servir de apoyo al residente, pero en algunas ocasiones puede dificultar otras funciones del tutor, como la toma de decisiones sobre su formación o la realización de evaluaciones negativas si procede. Tres de los participantes del grupo parecen opinar que este doble rol puede traer consecuencias negativas, mientras que una lo señala como algo positivo. Los otros dos participantes no opinaron sobre esta cuestión en concreto.

En las entrevistas a residentes, uno de ellos comenta que su tutor es también su médico de cabecera y además lo considera su amigo. Para él esta coexistencia de roles es favorable por la relación de confianza entre ellos y no considera que genere ninguna consecuencia negativa.

### Contacto con el PAIME

En el GF2 se pregunta a los jefes de estudios si han tenido contacto con el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Solo dos de los participantes del grupo habían contactado con el PAIME en alguna ocasión y otro recordaba un caso de un residente que era atendido allí, aunque no fue derivado desde la unidad docente. Dos consideran que no tienen suficiente información sobre dicho programa de atención ni creen que los tutores de sus hospitales la tengan. Los que sí conocen el programa (3), lo relacionan sobre todo con el mantenimiento de la confidencialidad, aunque en la mayoría de los casos es el propio residente atendido en el PAIME quien les lleva los informes sobre su proceso. Una participante expresa que sí existe información pero hay gente que evita intervenir al detectar a un residente con problemas de esa índole.

*“Yo sé que pregunto ahora a los tutores y yo creo que nadie sabe lo que es el PAIME”* (GF2: 120 - 120)

*“Yo la verdad es que me enteré de lo que era porque intentaba buscar una solución para ese chico y empecé a buscar, a preguntar [...] pero a mí nadie me había contado nunca que eso existía”* (GF2: 121 - 121)

*“El colegio de médicos informa puntualmente, pero en general yo creo que se mira para otro lado, pero en general hablo, ya no de los tutores... los compañeros médicos en general... lo desconocen o no sé, o no confían que el PAIME pueda hacer algo...”* (GF2: 124 - 124)

El poco uso que creen que se hace del PAIME, uno de los participantes lo relaciona con la desconfianza hacia el mantenimiento de la confidencialidad, mientras que otros dos piensan que se debe al corporativismo existente entre los médicos, que hace que se encubran los síntomas de enfermedad en vez de abordarlos.

### **5.1.15- Médicos residentes con discapacidad**

También se ha analizado en el grupo focal con tutores y encargados de docencia y en dos de las entrevistas la situación de los MIR con discapacidad, situación que conlleva una serie de aspectos

a tener en cuenta ya desde antes de la elección de plaza MIR, en la incorporación laboral y durante la residencia. Se trata de un tema de suma importancia que por su amplitud sobrepasa los objetivos de esta tesis, pero sí se han podido obtener algunos datos preliminares que podrían ampliarse en futuras investigaciones.

### Elección de especialidad

Las dos residentes relatan que, cuando un médico tiene una discapacidad, le surgen muchas dudas a la hora de elegir especialidad. Además de la información que tiene en cuenta cualquier futuro residente (intereses personales, futuro laboral, lugar de residencia...), debe valorar si su discapacidad puede ser un impedimento para el desempeño de determinadas especialidades y estar informado sobre la legislación y normativa correspondiente, que ha variado notablemente en los últimos años.

*“Tenía cierto miedo a... a que mi carrera no dependiese de mí [...] yo recuerdo sobre todo el momento de antes de... pues en sexto, hubo un cambio en la legislación en cuanto a discapacidad...” (11-010: 52 - 52)*

Por parte del Ministerio de Sanidad o de los hospitales que ofrecen plazas para residentes, no se ofrece ningún tipo de orientación o evaluación médica previa.

*“No hay información, yo toda la información que sé es porque la he buscado. Tú llamas al ministerio y el ministerio no sabe nada... tú buscas información en internet y no encuentras nada...” (11-008: 110 - 110)*

*“Todo lo que encuentras son opiniones y nunca completas...” (11-008: 112 - 112)*

*“Creo que debería existir un gabinete de orientación en el primero [...] para antes de la elección, que se hiciera la valoración antes...” (11-008: 114 - 114)*

En la entrevista también sale a relucir la posibilidad de que en personas con discapacidad o con alguna enfermedad crónica importante, la elección de plaza se vea influida no solo por la especialidad en sí, sino por el lugar donde realizarla o que para esas personas el traslado a otra ciudad suponga un esfuerzo mayor que en los que no tienen ninguna patología.

*“Habrá gente con enfermedades que están siendo tratadas en una ciudad, esas personas no sacan el número para poder quedarse en esa ciudad para hacer la especialidad que quieren y elija otra especialidad por quedarse [...] Es que no puedes irte porque si te están tratando un cáncer... si están en seguimiento en un sitio, es que no te puedes ir a otra ciudad, hay enfermedades que no pueden empezar de cero” (11-008: 136 - 136)*

En el GF2, también se aborda la cuestión sobre la elección de especialidad, señalando la ausencia de orientación o de valoración previa a la elección de plaza, quedando la decisión sobre la elección de especialidad a criterio del propio residente.

*“Tampoco hay un mecanismo para decir...oye hemos detectado que esta persona con una falta de motilidad...no puede ser neurocirujano” (GF2: 220 - 220)*

*“Me suena que los pilotos no pueden ser pilotos si no tienen una agudeza visual del 100% o si... no pueden ser militares si no miden más de 1'60... o los bomberos...o mil profesiones...pues esto es lo mismo...a lo mejor una persona discapacitada no puede hacer determinadas especialidades...” “Pero otras sí...” (GF2: 238 - 238)*

Los jefes de docencia entrevistados desconocen en gran medida el procedimiento relativo al turno de discapacitados. Expresan dudas sobre en qué consiste exactamente. Alguno pensaba que los médicos con discapacidad reconocida elegían solo entre determinadas plazas y no entre todas las

especialidades disponibles para su número de orden.

Los participantes del grupo van más allá y hablan sobre la elección de la carrera de Medicina, considerando que en la actualidad es menos vocacional y con mayor influencia de la presión social sobre alumnos con nota alta en Bachillerato.

### Evaluación por parte de Salud Laboral y Comisión de Docencia

En base al reconocimiento médico y al programa de la especialidad correspondiente, se realiza una evaluación del residente que puede tener tres posibles resultados: apto, no apto o apto con restricciones.

Una de las entrevistadas ejerció durante mes y medio como médico residente de medicina de familia hasta que le comunicaron que el resultado de la evaluación era “no apto”. Sin embargo, le permitieron seguir trabajando varios meses más hasta que el Ministerio le concediera un cambio de especialidad. Según la normativa actual, los evaluadores pueden tomar la decisión de cesar el contrato en ese mismo momento o permitir que siga en vigor hasta la resolución del Ministerio.

*“Es una incongruencia, no me consideran apta pero me dejaron trabajando allí y yo estuve cubriendo puertas (de Urgencias)...” (11-008: 57 - 57)*

*“5 meses, sí, sí, 5 meses donde seguí haciendo mi residencia como médico de familia, que era muy agrisulce porque estaba haciendo lo que siempre había querido hacer, pero con la cosa de que no sabía cuándo me iba a ir...” (11-008: 89 - 89)*

*“Me llamó la responsable de Urgencias diciéndome que no me cogiera las vacaciones esa semana [...] porque ese día hacía falta yo en la puerta. Si yo no era apta, cómo hacía falta en la puerta...” (11-008: 105 - 105)*

Una de las quejas expresadas por dicha residente es que para tomar la decisión sobre su falta de aptitud para la especialidad no se realizó ninguna evaluación de sus capacidades.

*“No hicieron por enseñarme a... a hacer todas las técnicas que ellos decían que yo no podía hacer [...] y no me evaluaron para ver si yo era capaz o no de hacerlo” (11-008: 23 - 23)*

*“Cuando me dieron el informe con todas las técnicas que se suponía que yo no podía hacer, había técnicas que yo había hecho” (11-008: 53 - 53)*

*“Si tú no ves a una persona trabajar, la objetividad no está, la valoración que hicieron ellos fue subjetiva totalmente” (11-008: 29 - 29)*

La otra MIR con discapacidad entrevistada, aunque sí pudo superar el reconocimiento médico y continuar con la especialidad que había elegido, tampoco comprende que el reconocimiento no se realice antes del examen MIR sino tras la elección de especialidad. Comenta que, teniendo en cuenta las experiencias que conocía de algún otro residente con discapacidad, el miedo a no superar el reconocimiento médico pudo llevarla a descartar especialidades que en otras circunstancias se habría podido plantear hacer.

*“Es algo que sigo sin entender bien, que no puedas tener acceso a pasar el examen de... de discapacidad física o como quieras llamarlo, previo a la elección del MIR, si te lo van a hacer después y te van a echar para atrás” (11-010: 68 - 68)*

*“Sí que me marcó un poco porque este chico eligió medicina de familia, quiero decir, que no es un cirujano cardiotorácico, no sé, o sea, no es... No sé exactamente, yo no recuerdo, no conozco la discapacidad que él tenía, pero en mi caso sí que tuve una sensación un*

*poco de no querer vivir esa situación” (11-010: 70 - 70)*

*“Eso sí que me parece un poco difícil, la sensación de... ¿tal vez hubiera hecho otra cosa? Tal vez sí, me encanta mi especialidad [...] pero sí que... no sé, yo sí que hubiese preferido tener un examen, o sea, que me hubiesen dicho "puedes hacer interna" por ejemplo, ¿sabes? Otra cosa es que lo quieras hacer o no pero...” (11-010: 68 - 68)*

Las dos residentes expresan su disconformidad con que se examine de forma específica a las personas con discapacidad y, por el contrario, no se evalúen con el mismo detalle otros aspectos que también pueden ser relevantes en el rendimiento profesional.

*“Hay médicos que no deberían ver pacientes y eso no se adapta, es decir, si no eres capaz de hablar con un paciente, igual deberías trabajar dentro del sistema con tus conocimientos pero hacia dentro, no hacia el paciente, y otro que tenga más capacidad... proyectar al paciente lo que tú sabes, no sé, en ese sentido creo que deberían hacer también uno previo a la carrera (reconocimiento o evaluación)” (11-010: 74 - 74)*

*“Una persona que no tiene ninguna enfermedad, que no tiene ninguna discapacidad, que no tiene nada, lo va... lo va a ver el médico y va a decir "sí, tú eres apto, a trabajar" y a lo mejor esa persona es la menos apta del mundo” (11-008: 99 - 99)*

Cuando un residente recibe la calificación de “no apto” tiene dos opciones: solicitar un cambio de especialidad (en base a las condiciones que se explican en el apartado siguiente) o hacer una reclamación al Ministerio de Sanidad. Esta reclamación puede tardar varios meses en ser respondida, lo que puede dejar al residente fuera de plazo para solicitar posteriormente un cambio de especialidad si su reclamación no es aceptada.

*“Que mis opciones son o cambiar de especialidad [...] o que reclame al Ministerio y que según el Ministerio... Podía decirme que sí era apta y seguir en la especialidad o que no lo era y me quedaba en la calle, después de tantos años...” (11-008: 41 - 41)*

*“Si el Ministerio tarda más de 6 meses, que va a tardar más, te quedas fuera. Entonces te obligan al cambio, ¿sabes? Te ponen entre la espada y la pared” (11-008: 43 - 43)*

### Cambio de especialidad

Cuando el residente es calificado como “no apto” para una especialidad concreta, una de las posibilidades es solicitar un cambio de especialidad. Para que este se haga efectivo debe tratarse de una especialidad que se encontrara disponible dentro de la misma comunidad autónoma en el momento en que eligió plaza, es decir, el residente solo puede optar a las especialidades a las que hubiera podido acceder en un primer momento con su número de orden del examen MIR. De esas especialidades, solo puede solicitar las que tengan plazas disponibles, las llamadas vacantes libres acreditadas (es decir, plazas acreditadas pero que no se han ofertado). Además, el residente debe contar con el beneplácito del jefe del Servicio al que corresponde la plaza que solicita. Tampoco en esta ocasión se realiza una evaluación previa, la elección entre las plazas disponibles vuelve a quedar a criterio del MIR, por lo que podría suceder que el residente vuelva a elegir una especialidad para la que posteriormente sea declarado “no apto”.

Además de las dificultades asociadas a los trámites burocráticos, la residente entrevistada explica los problemas que surgen a la hora de solicitar el cambio de especialidad debido a lo restrictivo que es el acceso a otras plazas.

*“El cambio de especialidad es muy restrictivo [...] tuve la suerte de que cuando elegí todavía quedaban otras especialidades libres, pero si no quedan...” (11-008: 69 - 69)*

*“Yo creo que el ministerio debería abrir ese abanico y no restringir al número de orden... que te dejen elegir una plaza de una especialidad en la que puedas ejercer y que no se limite a tu número de orden, que tengas más opciones” (11-008: 71 - 71)*

### Ausencia de criterios homogéneos

La entrevistada que tuvo que cambiar de especialidad comenta casos de otros residentes en situaciones similares a la suya y la heterogeneidad de las situaciones generadas. Propone la opción de que exista una valoración de las personas con discapacidad por parte del Ministerio y con unos criterios homogéneos. La información que se ha podido obtener por otras vías sobre otros casos de residentes con discapacidad confirman esa heterogeneidad en la evaluación y en las propuestas que se realizan en base a esta.

*“Otra chica que eligió medicina del trabajo, le dieron un no apto y le cambiaron de especialidad directamente” (11-008: 79 - 79)*

*“Conocía casos anteriores de compañeros en otras ciudades que habían elegido esa especialidad con discapacidades similares a la mía y que les habían dado un no apto en el reconocimiento médico [...] no sabes lo que te va a tocar...” (11-008: 23 - 23)*

*“Yo creo que debería haber un comité del ministerio que fuese quien hace el reconocimiento a esas personas con discapacidad... que sean los mismos, que tengan unos objetivos y que tengan un patrón para evaluar” (11-008: 97 - 97)*

En el GF realizado con tutores también se comenta que, en las evaluaciones realizadas a los residentes (con o sin discapacidad), no se valoran bien las capacidades y aprendizaje adquiridos y que esto puede generar situaciones injustas, ya que tanto quienes se esfuerzan mucho como quienes no, acaban obteniendo calificaciones muy similares.

### **5.1.16- Diferencias percibidas entre los médicos residentes y otros médicos enfermos**

La etapa de la formación especializada condiciona unas características diferenciales respecto a los médicos en otras etapas de su vida profesional. En primer lugar, se trata de un periodo que es al mismo tiempo formativo y laboral. Como se desarrolla en otros apartados, la etapa de la vida en la que se encuentra el MIR también suele ser diferente, por tratarse en su mayoría de médicos jóvenes que, coincidiendo con la formación MIR, también sufren en su vida personal numerosos cambios (traslado del domicilio, separación de la familia de origen, matrimonio, maternidad o paternidad...).

Algunos de los MIR entrevistados no observan diferencias entre los médicos en las distintas etapas de la carrera profesional en cuanto al proceso de enfermar. Otros sí consideran que pueden existir diferencias en el trato recibido por parte de quienes les atienden, percibiendo un trato más preferente si el paciente es un médico adjunto, lo que se atribuye a que tienen una posición “superior” en la jerarquía del sistema sanitario y también una mayor red de contactos, por lo que con más frecuencia son atendidos por médicos con quienes tienen una relación personal. Además, los médicos que llevan años de ejercicio profesional suelen tener un mayor conocimiento de cómo funciona el sistema sanitario. De ese mismo modo, es frecuente que los residentes acudan en primer lugar a consultar a otros colegas residentes cuando aparecen los primeros signos de enfermedad.

*“A mí en ese momento no me pusieron habitación para mí sola, ni la pedí ni... vamos, ni mucho menos, pasé como normal y... perfecto. Pero a lo mejor pues si hubiera sido adjunta, a lo mejor... pues sí, posiblemente” (11-009: 84 - 84)*

*“Sí que he visto que... pero no, no tanto porque sea adjunto sino porque quizá se*

*conocen... entonces hay un vínculo más de confianza” (11-007: 142 - 142)*

*“Sí, el médico que no es residente tiene notablemente mucha más experiencia en el funcionamiento convencional y en el alternativo” (11-001: 70 - 70)*

#### **5.1.17- Propuestas de mejora**

Los entrevistados consideran necesario que exista mayor cobertura a nivel económico cuando un residente enferma.

Por otro lado, los participantes en el GF2 sugirieron la importancia de que tanto los tutores como los residentes dispongan de mayor cantidad de información sobre la salud de los MIR. Tal y como se ha comentado, consideran que existe una falta de información sobre el tema en cuestión y el manejo de las situaciones que se generan cuando un residente enferma. Proponen elaborar un protocolo de actuación que pueda difundirse entre las unidades docentes y los residentes. Consideran que tendría aún más sentido si el mismo protocolo se distribuyera a nivel nacional.

Tanto en el grupo de responsables de docencia como en la entrevista a una MIR con discapacidad se habla de la necesidad de que exista un asesoramiento u orientación previa a la elección de especialidad. También se plantea la posibilidad de que el reconocimiento médico se realice antes de la elección, facilitando que los MIR con discapacidad puedan elegir las especialidades que sí van a poder desarrollar posteriormente.

## **5.2- COMPARATIVA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES Y MÉDICOS EN ACTIVO**

En este apartado se exponen los datos más relevantes obtenidos en el análisis cualitativo preliminar de las entrevistas al subgrupo que hemos denominado “médicos en activo”, y se establecen comparaciones respecto a la información cualitativa obtenida sobre los médicos residentes.

Los perfiles de los médicos en activo entrevistados han sido:

<b>CÓDIGO</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>TIPO DE PATOLOGÍA</b>
20-001	Mujer	52	Enfermedad oncológica.
20-002	Mujer	58	Antecedente de enfermedad oncológica (y experiencia como médico de otros médicos).
20-003	Varón	65	Enfermedad grave en estado terminal.
20-004	Mujer	35	Enfermedad oncológica.
20-005	Varón	56	Trastorno mental.
20-007	Varón	52	Enfermedad aguda que requirió intervención quirúrgica.
20-008	Mujer	No consta	Enfermedad oncológica.
20-009	Varón	30	Trastorno mental.
20-010	Mujer	64	Enfermedad crónica que ha precisado tratamiento quirúrgico.
20-011	Varón	45	Enfermedad crónica

### **Diagnóstico**

Coinciden en la rapidez con la que se realiza el diagnóstico y en el uso de circuitos alternativos de atención. Solo uno de los MIR y ninguno de los médicos en activo ha acudido a su médico de familia ante el debut de su enfermedad.

*"Se hizo muy rápido y llevó mucha voluntad y mucho interés por parte de eh...compañeros que ni tan siquiera yo conocía personalmente, pero simplemente por ser médico del hospital" (20-001: 16 - 16)*

*"No, desde luego, no fue a través del médico de cabecera que me manda... a un especialista [...] porque si eso hubiera sido así pues muy posiblemente aún no estaría diagnosticada" (20-001: 28 - 28)*

En el caso de los médicos con más años de ejercicio, aparecen de manera más habitual que en los MIR el auto-diagnóstico, la sensación de control sobre los propios síntomas y el auto-tratamiento, siendo más reacios que los MIR a consultar con sus colegas. Aunque el auto-diagnóstico también es habitual entre los médicos residentes, suele limitarse al inicio del cuadro clínico, consultando rápidamente a algún compañero cuando los síntomas persisten o los resultados de las pruebas solicitadas están alterados. En cuanto al autotratamiento, los MIR entrevistados solo lo han utilizado en procesos banales, mientras que los médicos con más experiencia lo utilizan también en enfermedades potencialmente graves. Esto puede tener que ver con una mayor percepción de control y negación de la necesidad de ayuda externa.

*"Como buen médico me automediqué, me autotraté y me autodiagnostiqué [...] entonces como yo creía que podía asumir el tema y además yo solo, nadie más que yo solo y como tienes acceso a automedicarte, a hacer lo que te da la gana, pues lo haces." (20-005: 12 - 12)*

## **Tratamiento**

Del análisis de las entrevistas puede deducirse que los médicos en activo cuestionan más las indicaciones de tratamiento que reciben que los médicos residentes y probablemente las incumplen con mayor frecuencia. Esta tendencia es comentada en primera persona por algunos entrevistados y también por dos de los médicos, que además de como pacientes tienen amplia experiencia atendiendo a otros médicos enfermos.

*“cuestionamos bastante...al compañero al que has preguntado. Preguntas un poco por saber su opinión, pero si la suya a lo mejor difiere de la tuya eh... o buscas una que coincida con la tuya... o haces lo que tú crees conveniente” (20-002: 18 - 18)*

*“El médico enfermo muchas veces no es obediente... la tentación de “va, no será tanto, que dirá este, que va...” ¿no?” (20-003: 77 - 77)*

## **Seguimiento**

Los médicos en activo centran el discurso en el proceso diagnóstico y el tratamiento, comentando mucho menos que los MIR la etapa del seguimiento de su enfermedad.

## **Información recibida**

Coinciden en la escasa necesidad de realizar una búsqueda adicional de información, especialmente rechazan la búsqueda en internet de datos sobre su enfermedad.

Cuatro de los entrevistados consideran que la información recibida fue insuficiente, dándose por sobreentendida una parte importante por el hecho de ser médicos.

## **Influencia de los conocimientos**

En ambos grupos destaca la influencia de los conocimientos como una de las categorías más comentadas.

La anticipación es una categoría con mucho peso en las entrevistas con médicos adjuntos, que asocian a menudo con sentimientos negativos.

*“El conocimiento de esa misma evolución, de las complicaciones que puede llevar un tratamiento, de los efectos secundarios [...] puede hacer que, quedas en un estado de tristeza y a veces incluso de depresión porque anticipas cosas que pueden ocurrir [...] pero tú conoces todo el abanico de las posibilidades” (20-002: 46 - 46)*

*“Sí que es verdad que 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: 18 - 18)*

## **Sentimientos y actitudes del médico-paciente**

No se aprecian diferencias reseñables en los sentimientos expresados ante la situación de enfermedad, siendo similares entre los MIR y los médicos en activo.

Es una preocupación casi constante en los MIR la posibilidad de ver mermada su formación debido a la baja laboral, algo que no aparece relatado en las entrevistas con médicos en activo.

## **Trato recibido**

Prácticamente todos médicos en activo reconocen haber recibido cierto trato de favor por parte de los médicos y otros profesionales sanitarios que les han atendido durante su enfermedad. Lo perciben como algo normal, comparándolo con las ventajas que pueden disfrutar los trabajadores de otros sectores laborales.

*“Como si me preguntaras si me parece bien que los pilotos de Iberia vuelen gratis [...] es una deferencia, como tantas empresas tienen con sus trabajadores, qué menos que en el sistema sanitario también haya una deferencia con sus propios profesionales. Pero eso no tiene que alterar lo que es el funcionamiento normal del sistema...”* (20-008: 137 - 137)

Los MIR consideran que los adjuntos suelen recibir un trato aún más preferente, mayor deferencia por parte de sus compañeros.

## **Confidencialidad**

Esta es una de las categorías en la que se hallan más diferencias entre los MIR y los médicos en activo. En estos últimos la confidencialidad tiene un peso mucho mayor en el análisis, hasta el punto de que la subcategoría “Confidencialidad: pérdida como perjuicio” es la que aparece con más frecuencia en el análisis global de los códigos.

Los médicos en activo entrevistados parecen dar más importancia a la posible pérdida de confidencialidad de sus datos clínicos, mostrando gran preocupación por ella, frente a la despreocupación existente en muchos de los MIR.

*“No me parece bien que estén las historias clínicas abiertas como están ahora y que todo el mundo pueda entrar en ellas y consultar y hacer lo que bien te venga. A mí eso no me parece bien en ninguna patología. Pero bueno, en patologías psiquiátricas mucho menos”* (20-005: 144 - 144)

*“Que haya indiscreciones, comentarios y tal digo bueno, ¿por qué tiene la gente que comentar nada? Quizá porque a mí no me gusta mucho comentar cosas de los demás, y a veces hay... no sé, los centros, 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, y el sentimiento así más primario que me produce es rabia”* (20-010: 61 - 61)

## **Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral**

La sobrecarga laboral de los colegas es, en ambos grupos, una preocupación importante y, en ocasiones, una causa para evitar coger la baja laboral o para reincorporarse de manera prematura. En los médicos en activo existe además preocupación por los pacientes que quedan desatendidos por su ausencia, hecho que no aparece como un motivo de preocupación tan relevante para los médicos residentes.

*“Entonces más que por ti, lo haces por ellos, dices bueno yo no puedo ser una sobrecarga, y por los pacientes”* (20-002: 86 - 86)

En el análisis global, el impacto laboral y formativo tiene mucho más peso para los residentes que para los médicos que ya son especialistas. Muchas categorías contempladas en el análisis de este apartado son exclusivas de los MIR y no aplicables a médicos en otras etapas: año de

residencia, funciones del tutor, comisión/unidad docente, evaluación, cambio de especialidad, elección de especialidad. Sin embargo, existen otras categorías perfectamente aplicables a los médicos en activo pero que no emergen en sus entrevistas. Por ejemplo, la pérdida económica que supone la baja laboral aparece de forma reiterada cuando el entrevistado es un residente y en muy contadas ocasiones entre los médicos en activo.

### **Impacto sobre la calidad asistencial**

Este código se refiere al impacto que la enfermedad del médico puede tener sobre su desempeño profesional, especialmente en cuanto a la atención que proporciona a sus pacientes. Esta cuestión aparece en al menos seis entrevistas a médicos en activo, a diferencia de las realizadas a MIR, donde no se comenta en ninguna ocasión.

*“Entonces si estás enfermo no estás al 100%, no tienes la cabeza en donde la tienes que tener, si te acaban de decir que tienes un cáncer de pulmón, como vas a pasar la consulta, zombi... [...] eso no es ninguna heroicidad, lo haces fatal” (20-007: 154 - 154)*

*“Sin consecuencias importantes pero yo creo que sí que lo tuvo. Hay días que llegaba a casa y sentía que no había hecho algo bien o que me dejaba más cosas de las que nos dejamos normalmente por hacer...” (20-005: 132 - 132)*

### **Impacto familiar**

Como se ha reflejado anteriormente, los MIR, por encontrarse en una etapa diferente de su vida tanto personal como profesional, pueden experimentar situaciones diferentes a las de los médicos con más años de experiencia y, en la mayoría de los casos, con edades más avanzadas. La categoría “separación de la familia” aparece en alguna entrevista a MIR y también en el grupo focal con responsables de docencia, pero en ninguna de las entrevistas a especialistas en activo.

### **El papel de los Colegios de Médicos**

Respecto a las Organizaciones Colegiales, los médicos en activo (a diferencia de los MIR) parecen dar más valor a dichas instituciones y, quizá por ello, se muestran más críticos con la labor que estas ejercen en el manejo y el soporte de las enfermedades de los médicos, a excepción de los trastornos mentales y las adicciones. Si bien es cierto que la mayoría de los entrevistados no ha recurrido a los Colegios de Médicos por falta de conocimiento de sus funciones en cuanto a la enfermedad de los profesionales.

*“Entonces ya que estamos tantos años colegiados pues yo creo que también los colegios se tienen que preocupar un poco de los médicos enfermos” (20-002: 126 - 126)*

*“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” (20-007: 250 - 250)*

*“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.” (20-002: 120 - 120)*

En el desconocimiento sobre el papel de los Colegios de Médicos, sí coinciden con lo dicho por los residentes; sin embargo, los médicos en activo sugieren muchas más propuestas de mejora en este ámbito.

*“Yo creo que el Colegio tiene servicios, otra cosa es que los profesionales los conozcamos o que recurramos a ellos... es muy difícil, es algo que se conoce poco” (20-008: 113 - 113)*

*“Se debería de publicitar más lo que ya existe, que sé que existe, para que se pudiera, para que los médicos pudiéramos acceder a esos servicios” (20-011: 291 - 291)*

Mientras que muchos MIR no ven la necesidad de implicación por parte de los Colegios, todos los médicos en activo consideran que la labor desde estas instituciones podría ser más eficaz, por un lado fomentando actividades para la educación y concienciación respecto a las resistencias que el médico tiene ante la enfermedad y, sobre todo, a sus reticencias de abandonar temporalmente su rol de profesional para asumir completamente el de paciente. Así mismo, también consideran necesaria una labor de control más allá de la que realizan los servicios de Inspección, así como un asesoramiento de todo tipo para sobrellevar una situación estresante que sin duda es vivida de una forma particular por los médicos.

*“Vamos a trabajar a lo mejor en momentos que quizás no deberíamos estar trabajando... entonces quizá... sí que se debería de hacer una labor de... concienciación y de educación de todo ese tipo de cosas desde los Colegios Oficiales de Médicos. Incluso, a lo mejor hasta... ¡no sé! Hasta un cierto control (risa) de nuestras bajas. Que no solamente fuera inspección, sino que también fueran ellos ya que... los médicos sí que tenemos estas peculiaridades cuando enfermamos.” (20-001: 81 - 81)*

*“Esa sería una buena misión, una buena inversión del dinero de las cuotas [...] un asesoramiento de todo tipo, médico, laboral, fiscal...pues mira tienes derecho a esto, te puedes pedir esto al Gobierno de Aragón, pues un asesoramiento de todo” (20-007: 262 - 262)*

*“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” (20-003: 63 - 63)*

### **Aprendizaje obtenido de la enfermedad**

Aunque es una cuestión que también aparece reflejada en las entrevistas a médicos en activo, tiene mucho menos peso en el análisis que en el grupo de los residentes.

### **Médicos de médicos**

Al tener más años de experiencia, estos médicos relatan con más frecuencia haber atendido a colegas enfermos y tienden a explayarse más en sus percepciones sobre esa situación.

Todos los médicos en activo han acudido directamente a consultar a un médico de su mismo nivel profesional, ninguno de los entrevistados comenta haber sido atendido por un residente, lo que confirma la impresión transmitida por los MIR en sus entrevistas de que los adjuntos prefieren ser atendidos por otros adjuntos y no por residentes.

Los médicos en activo opinan más sobre si sería conveniente identificarse o no como médico al acudir como paciente, mostrando opiniones contrapuestas. Algunos creen que comentar su profesión aporta una información relevante para quien les atiende, mientras que otros prefieren no desvelarlo por percibir que la atención recibida puede cambiar.

*“Yo creo que es una cosa que no se debe de ocultar... es más, que facilita la comunicación” (20-008: 127 - 127)*

*“A mí me parece que conviene presentarse porque facilita en cierto modo el que se dirijan a ti de otra... no digo mejor ni peor, sino pues con otros términos” (20-010: 29 - 29)*

*“Cuando voy al médico nunca digo que soy médico. Yo quiero ver cómo es esa persona que tengo delante, y cómo trata a todos sus paciente, y no a mí en particular por ser...” (20-009: 22 - 22)*

*“Sacando sangre, pues una enfermera no encontraba la vena, le dije “no, no te preocupes que yo soy médico” y es que aún 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” (20-004: 8 - 8)*

### **5.3- OTROS GRUPOS FOCALES**

De los otros grupos focales realizados en el proyecto de investigación “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico” se ha puesto el foco fundamentalmente en las partes referidas a los médicos residentes, aunque también se comenta algún dato general de especial interés o que sirve para corroborar la información obtenida mediante otros métodos.

#### **5.3.1- Grupo focal con profesionales de Salud Laboral (GF1)**

Sobre los médicos-pacientes en general, se comenta que la mayoría no acuden a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales ante las patologías comunes. Solo lo hacen 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 numerosos profesionales.

Las médicas del trabajo confirman la información obtenida por otras fuentes respecto a las siguientes cuestiones:

- 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 médico ante 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”* (GF1: 234 - 234)

*“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”* (GF1: 30 - 30)

- Tendencia de los médicos a seguir vías no convencionales de atención, por ejemplo mediante consultas informales a colegas o solicitando ellos 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”* (GF1: 219 - 219)

*“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...”* (GF1: 26 - 26)

- 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...). Sin embargo, comentan que en su experiencia con algún MIR con patología psiquiátrica, los tutores incluso han acompañado al residente a recibir asistencia y han hecho un seguimiento estrecho de su evolución, ayudando en la gestión de la baja laboral y en la reincorporación laboral con adaptaciones si ha sido preciso.
- 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” (GF1: 287 - 287)*

*“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” (GF1: 289 - 289)*

- Tendencia de los compañeros del médico enfermo a ocultar los problemas 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” (GF1: 52 - 52)*

*“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” (GF1: 54 - 54)*

- Menores tasas de absentismo laboral en médicos.

*“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...” (GF1: 67 - 67)*

- 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. Esto coincidiría con lo relatado por los médicos en ejercicio en las entrevistas, pero difiere con la postura mostrada por los MIR en sus entrevistas.

*“Me he encontrado médicos que no quieren aparecer en el sistema y se van a la privada” (GF1: 257 - 257)*

*“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” (GF1: 259 - 259)*

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.

*“De entrada, yo creo que la disposición del residente que es el que vemos, es buena, o sea, porque realmente todo lo de estos años ha calado, la gente viene y hace deporte, intenta cuidarse...” (GF1: 241 - 241)*

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” (GF1: 241 - 241)*

*“El MIR cuando viene, tiene experiencia cero, no tiene ni idea casi, o sea, sabe mucha teoría pero no tiene ni idea de tratar a nadie. Entonces, claro, lógicamente, es prácticamente un usuario normal y corriente. A medida que vas avanzando, haces un montón de guardias, aprendes a tratar a la gente y entonces, pues digamos que bueno, que desarrollas una serie de... [...] habilidades que te permiten también eso, tomar también otro control de las cosas que te pasan” (GF1: 242 - 244)*

Sin embargo, después comentan que suelen conocer a todos los residentes al inicio de su periodo formativo con motivo del reconocimiento médico obligatorio, pero que, a partir de ese momento, la mayoría no vuelven a acudir durante los 4 o 5 años que dura su residencia.

*“Vemos a todos los R1 y a ningún R4” (GF1: 247 - 247)*

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. Sí se les suele consultar cuando es necesario realizar una adaptación de la residencia, ya que es necesario su dictamen para llevarla a cabo. La adaptación más frecuente en el caso de los residentes consiste en reducir o suprimir las guardias. En esos casos en que es precisa la intervención de Prevención de Riesgos Laborales, estas profesionales comentan que la coordinación con los tutores de residentes ha sido adecuada, valorando la preocupación y el interés por parte de estos, en contraposición a las mayores dificultades que observan cuando el enfermo es un médico con más años de ejercicio.

Entre sus funciones, los médicos de salud laboral también forman e informan a otros médicos y a los equipos directivos en el manejo de situaciones con médicos enfermos. Con los residentes, realizan alguna actividad formativa al comienzo de la residencia.

### **5.3.2- Grupo focal con profesores de Bioética de Facultades de Medicina (GF4)**

En la etapa universitaria puede situarse el origen de algunos comportamientos sobre la propia salud que podrían perpetuarse más adelante durante el ejercicio profesional. Por otra parte, en esta etapa también puede tener lugar el debut de algunas patologías, tanto físicas como mentales. Por todo ello, consideramos relevante, de cara al análisis de la enfermedad en los médicos residentes, valorar algunos condicionantes que provienen ya de su formación universitaria, para lo cual puede ser útil conocer la visión del tema que poseen los profesores de las facultades de medicina.

Dentro del análisis del discurso de este grupo focal, aparecen temas de gran importancia sobre el estudiante de medicina como enfermo, algunos de los cuales pueden relacionarse específicamente con los MIR. No podemos dejar de valorar que un estudiante es un futuro médico y que su etapa universitaria es de gran importancia, ya que además de su desarrollo estudiantil también se desarrolla su personalidad y pueden salir a la luz patologías no descubiertas hasta la fecha.

Un tema principal son los criterios de admisión de las facultades de medicina, presentando grandes diferencias entre universidades privadas y públicas; y siendo a su vez el elemento esencial de la aparición de propuestas para mejorar la admisión y conocer el perfil del estudiante que entra y por lo tanto del que saldrá de la facultad para iniciar su andadura como médico.

Enlazando este tema, los profesores muestran su preocupación sobre que algunos alumnos pasen de curso aunque se hayan detectado problemas. La falta de comunicación entre profesores sobre estos alumnos hace que cada uno de ellos tome las decisiones de manera individual y se sientan poco respaldados para tomar medidas en caso de considerar que un alumno no cumple las condiciones básicas para titularse como graduado en Medicina. Consideran que si durante la carrera es difícil actuar, aún lo será más una vez que el estudiante ya haya obtenido el título.

*“A estas alturas todavía te llega alguno... cómo ha podido este alumno llegar hasta 6º... cómo es posible...” (GF4: 48 - 48)*

*“No voy a ser yo, profesor de alergología, quien no le vaya a dar el título...” (GF4: 48 - 48)*

*“Narices ahí hacen falta muchas, pero narices cuando un tío tiene el título de medicina hacen falta muchos más millones...” (GF: 87 - 87)*

A pesar de existir servicios de apoyo psicológico en las universidades, no existen servicios específicos dentro de las Facultades de Medicina y, además, son pocos los profesores (y se cree que tampoco los alumnos) que conocen cuál es su funcionamiento. Esto lleva a que los alumnos con problemas vayan a profesores que muestran más cercanía con los alumnos y/o se haga todo de una manera extraoficial y con solicitud de consultas informales a profesionales hospitalarios (a modo de “favor”, al margen del sistema de atención convencional). Algunos profesores sugieren la importancia de las tutorías, más establecidas en universidades privadas, como posible vínculo con el alumno con dificultades, para enlazar con los sistemas de apoyo de la universidad.

En contraposición, se abre el debate sobre los límites de implicación del profesorado en el proceso de enfermar de los alumnos, apareciendo conflictos de roles y posibilidad de sobreimplicación (tal y como se comentaba también en el grupo focal realizado con responsables de docencia de residentes).

Surgen en el grupo focal otras cuestiones, como la posible vacunación previa al inicio de las prácticas asistenciales o la “enfermedad profesional” del alumno durante sus prácticas, estando ambos problemas pendientes de solución de manera genérica. Algunas universidades están iniciando convenios con los servicios de salud laboral de los hospitales, pero de una manera extraoficial y parece que no existe ningún criterio común entre facultades.

Se pregunta específicamente durante este grupo focal sobre la discapacidad y su visión desde dentro de la universidad. Muchos de los profesores desconocen las normativas y las adaptaciones por parte de su universidad, aunque la mayoría mencionan la existencia de unidades específicas de adaptación de la formación. Se abre el debate con la unión de los criterios de admisión y la selección preferente de alumnos con discapacidad sin tener en cuenta el tipo de discapacidad y lo que puede implicar en el futuro para su ejercicio profesional, pudiendo no adquirir las competencias necesarias de un médico tras las adaptaciones necesarias durante su formación.

Las reagudizaciones de patología crónica o la aparición de una enfermedad aguda durante el periodo de exámenes ponen de manifiesto la heterogeneidad existente, siendo elección individual de cada profesor posibles cambios en el modo de evaluación o la necesidad de posponer la evaluación a la siguiente convocatoria, reconociendo que en muchos casos es elegida la primera opción con el fin de evitar reclamaciones.

Específicamente sobre el periodo MIR, se comenta su alta presencia en el programa PAIME, destacando los trastornos de conducta alimentaria, que se consideran frecuentes ya durante la carrera universitaria, y se muestran preocupados por la necesidad de prevención.

*“Que no es solo tratar, sino digamos prevenir...” (GF4: 118 - 118)*

## 5.4- RESULTADOS DE LA ENCUESTA

A continuación se exponen los resultados de la encuesta obtenidos mediante análisis estadístico. En primer lugar se realiza una exposición de tipo descriptivo, con las respuestas obtenidas en el total de la muestra, así como en el grupo de los MIR, comparando con los demás grupos (denominados como No MIR) para comprobar si existen o no diferencias estadísticamente significativas. Posteriormente, se ha llevado a cabo un análisis multivariante de las cuestiones valoradas como más relevantes para el estudio.

### 5.4.1- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE VARIABLES DE LA ENCUESTA

Los resultados obtenidos mediante el estudio estadístico descriptivo se presentan distribuidos según los apartados principales de la encuesta, que son los siguientes:

- Datos sociodemográficos
- Situación laboral y profesional
- Actitud ante la propia salud
- Actividades para el cuidado de su salud
- Consumo de medicamentos y uso de servicios sanitarios
- Médicos de médicos

Se establece una comparación entre MIR y No MIR. En caso de existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se incluye entre paréntesis el nivel de significación.

#### 5.4.1.1- Datos sociodemográficos

Se obtuvieron un total de 4308 respuestas, de las cuales 360 (8,4%) corresponden a médicos residentes, 3513 a médicos en activo y 435 a médicos jubilados (3948 No MIR).

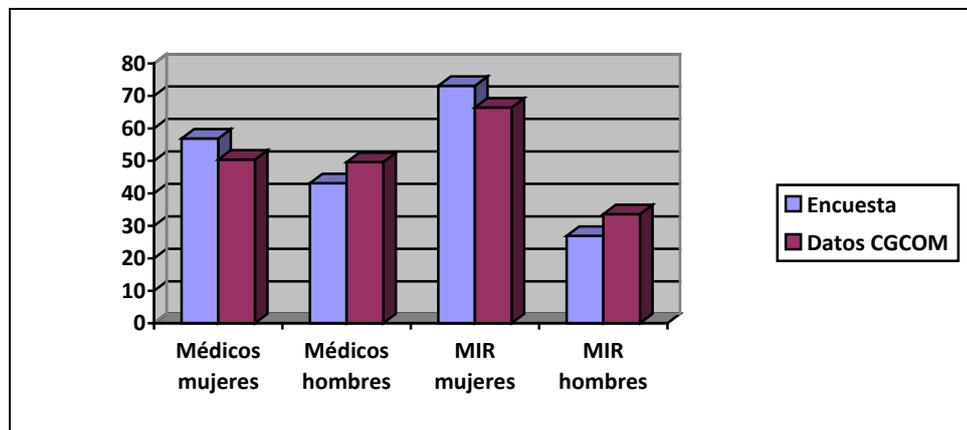
El número de respuestas obtenidas de médicos residentes supone un 8,4% del total, cercano al porcentaje de MIR existente sobre el total de médicos colegiados en España (10,09%), según el informe de la OMC sobre demografía de la profesión.<sup>192</sup> Las cifras son estimativas, ya que no existe un único registro de médicos en España y hay discrepancias entre las cifras que proporciona el INE, a partir de los datos facilitados por los Colegios profesionales, frente a la estimación de médicos en activo publicada por el Observatorio de la OMC.

#### Pregunta 1: Sexo

La encuesta fue respondida por 1858 hombres (43,1%) y 2450 mujeres (56,9%). Dentro del grupo de los MIR había 97 hombres (26,9%) y 263 mujeres (73,1%).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Sexo	Hombre	Recuento	1761 <sub>a</sub>	97 <sub>b</sub>	1858
		% dentro de MIR	44,6%	26,9%	43,1%
	Mujer	Recuento	2187 <sub>a</sub>	263 <sub>b</sub>	2450
		% dentro de MIR	55,4%	73,1%	56,9%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

Dichos porcentajes están próximos a la proporción actual de hombres y mujeres en la profesión médica. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres suponen el 50,4% de profesionales médicos colegiados en España.<sup>193</sup> En cuanto a los médicos residentes, el porcentaje de mujeres ha aumentado en los últimos años, llegando a suponer dos tercios del total (66,4%), según el informe de la OMC sobre demografía de la profesión. En nuestra encuesta existe una participación ligeramente superior por parte de las mujeres, tanto entre los residentes como en el total de la muestra.



## Pregunta 2: Edad

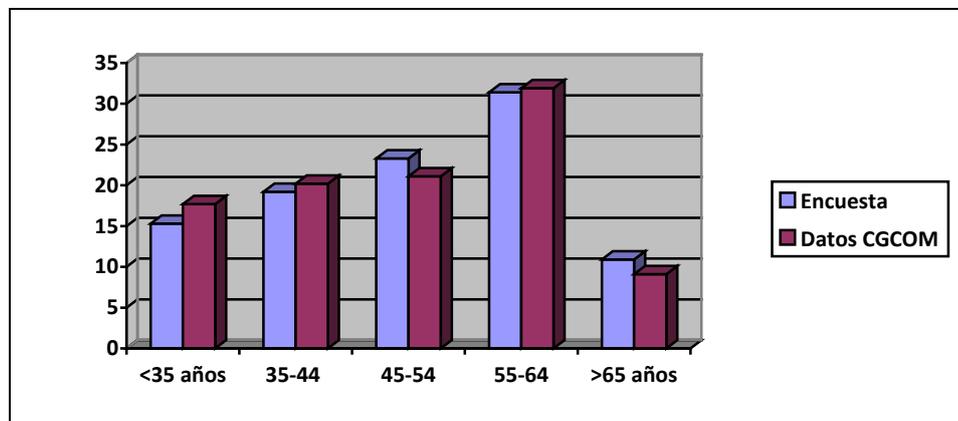
La distribución de los encuestados según grupos de edad es la siguiente:

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Grupedad	24 - 34 años	Recuento	343 <sub>a</sub>	316 <sub>b</sub>	659
		% dentro de MIR	8,7%	87,8%	15,3%
	35 - 44 años	Recuento	797 <sub>a</sub>	28 <sub>b</sub>	825
		% dentro de MIR	20,2%	7,8%	19,2%
	45 - 54 años	Recuento	998 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>	1002
		% dentro de MIR	25,3%	1,1%	23,3%
	55 - 64 años	Recuento	1341 <sub>a</sub>	10 <sub>b</sub>	1351
		% dentro de MIR	34,0%	2,8%	31,4%
	65 - 74 años	Recuento	424 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	426
		% dentro de MIR	10,7%	0,6%	9,9%
	75 - 84 años	Recuento	41 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	41
		% dentro de MIR	1,0%	0,0%	1,0%
	>= 85 años	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
		% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,0%
Total	Recuento		3946	360	4306
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

Como se observa en la tabla, la mayor parte de los MIR (87,8%) tienen entre 24 y 34 años, lo que los convierte en un colectivo mucho más joven que la profesión médica en general, con lo que ello

condiciona diferentes aspectos que serán tratados más adelante (estado de salud, estilo de vida...). Tampoco es conveniente ignorar que, aunque sea en un porcentaje mucho menor, existen médicos residentes de mayor edad.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, los porcentajes de médicos por tramos de edad son muy similares a los del total de médicos en activo, según los datos del CGCOM correspondientes al año 2017.



### Pregunta 3: ¿En qué provincia reside?

Las provincias en las que se han obtenido mayor número de respuestas son Madrid (1008), Alicante (373), Vizcaya (334), Zaragoza (288), Navarra (239), A Coruña (208) y Valladolid (201). En el caso de los médicos residentes, se han recibido más respuestas desde Madrid (79), Zaragoza (65), Valladolid (36), Alicante (30), Navarra (19) y Pontevedra (15).

Las tablas completas con el número de encuestados por provincia se pueden consultar en el anexo 13.

### Pregunta 4: ¿Cuántos habitantes tiene aproximadamente el municipio en que reside?

La mayoría de los médicos encuestados (61,2%), especialmente los MIR (75%), residen en municipios con más de 100.000 habitantes. Un 15,9% (13,3% en MIR) vive en municipios con entre 50.000 y 100.000 habitantes. Solo un 10,4% reside en municipios de menos de 10.000 habitantes, siendo este porcentaje aún más bajo en los MIR (4,4%). Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000). Es esperable que los MIR residan en municipios con mayor número de habitantes, puesto que en ellos es donde están situados la mayoría de hospitales que ofrecen formación especializada.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Habitantes del municipio donde reside	Menos de 2000	Recuento	105 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	108
		% dentro de MIR	2,7%	0,8%	2,5%
	De 2000 a 10000	Recuento	327 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>	340
		% dentro de MIR	8,3%	3,6%	7,9%
	De 10000 a 50000	Recuento	515 <sub>a</sub>	26 <sub>b</sub>	541
		% dentro de MIR	13,0%	7,2%	12,6%
	De 50000 a 100000	Recuento	636 <sub>a</sub>	48 <sub>a</sub>	684
		% dentro de MIR	16,1%	13,3%	15,9%
	Más de 100000	Recuento	2365 <sub>a</sub>	270 <sub>b</sub>	2635
		% dentro de MIR	59,9%	75,0%	61,2%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

#### Pregunta 5: ¿Cuál es su estado civil?

La siguiente tabla refleja el estado civil de los 4308 médicos, desglosando los datos del colectivo MIR, el resto de encuestados (No MIR) y el total. Poco más de la mitad de los residentes están solteros, frente al 47,5% que están casados. En el caso de los No MIR, más de un 77% están casados.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Estado civil	Casado/a	Recuento	3056 <sub>a</sub>	171 <sub>b</sub>	3227
		% dentro de MIR	77,4%	47,5%	74,9%
	Separado/a o /Divorciado/a	Recuento	279 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	284
		% dentro de MIR	7,1%	1,4%	6,6%
	Soltero/a	Recuento	544 <sub>a</sub>	184 <sub>b</sub>	728
		% dentro de MIR	13,8%	51,1%	16,9%
	Viudo/a	Recuento	69 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>	69
		% dentro de MIR	1,7%	0,0%	1,6%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

#### Pregunta 6: ¿Es su pareja un/a profesional sanitario/a?

El 21,3% (23,9% en el caso de los MIR) de los encuestados tiene como pareja otro médico, el 6,7% (3,1% de MIR) un enfermero/a y el 5,6% (3,9% de MIR) otro profesional sanitario, frente al 51,3% (46,1% de MIR) cuya pareja no es profesional sanitario y el 15,1% (23,1% de MIR) que no tiene pareja.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Es la pareja profesional sanitario	No es profesional	Recuento	2046 <sub>a</sub>	166 <sub>b</sub>	2212
		% dentro de MIR	51,8%	46,1%	51,3%
	Médico/a	Recuento	831 <sub>a</sub>	86 <sub>a</sub>	917
		% dentro de MIR	21,0%	23,9%	21,3%
	Enfermero/a	Recuento	278 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>	289
		% dentro de MIR	7,0%	3,1%	6,7%
	Otro	Recuento	227 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	241
		% dentro de MIR	5,7%	3,9%	5,6%
	Sin pareja	Recuento	566 <sub>a</sub>	83 <sub>b</sub>	649
		% dentro de MIR	14,3%	23,1%	15,1%
	Total	Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

#### 5.4.1.2- Situación laboral y profesional

##### Pregunta 7: ¿Cuál es su situación laboral actual?

			MIR	
			No MIR	MIR
Situación laboral actual	Médico en formación cualquier especialidad	Recuento	0 <sub>a</sub>	360 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	0,0%	100,0%
	Médico en ejercicio por cuenta ajena	Recuento	2709 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	68,6%	0,0%
	Médico en ejercicio por cuenta propia	Recuento	218 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	5,5%	0,0%
	Médico en ejercicio mixto	Recuento	468 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	11,9%	0,0%
	Médico jubilado	Recuento	365 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	9,2%	0,0%
	Médico jubilado pero ejerciendo por cuenta propia	Recuento	118 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	3,0%	0,0%
	Médico en desempleo	Recuento	70 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>
		% dentro de MIR	1,8%	0,0%
	Total	Recuento	3948	360
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%

Respecto a la situación laboral en el momento de realización de la encuesta, 360 (8,4%) eran médicos en formación especializada (MIR), 2709 (62,9%) eran médicos en ejercicio por cuenta

ajena, 218 (5,1%) médicos en ejercicio por cuenta propia, 468 (10,9%) ejercían tanto por cuenta propia como ajena, 365 (8,5%) eran médicos jubilados, 118 (2,7%) eran jubilados que aún ejercían por cuenta propia y 70 (1,6%) estaban en situación de desempleo.

### Pregunta 8: Especialidad que ejerce o ha ejercido

La pregunta se refiere a la especialidad que ejerce, la que ha ejercido en el caso de los jubilados o la especialidad en la que se está formando en el caso de los médicos residentes, a seleccionar en un desplegable que contiene el listado completo de especialidades existentes en España.

Las especialidades con mayor número de respuestas fueron: Medicina Familiar y Comunitaria (1667), Pediatría (249), Psiquiatría (188), Medicina del Trabajo (179), Medicina Interna (139), Anestesiología y Reanimación (124) y Obstetricia y Ginecología (120). Las tablas completas con el número de encuestados por especialidad se pueden consultar en el anexo 14.

		Especialidades			Total
		Médicas	Quirúrgicas	Servicios Centrales	
No MIR	Recuento	2876	675	397	3948
	%	72,8%	17,1%	10,1%	100,0%
MIR	Recuento	268	68	24	360
	%	74,4%	18,9%	6,7%	100,0%
Total	Recuento	3144	743	421	4308
	%	73,0%	17,2%	9,8%	100,0%

El número de respuestas fue notablemente superior entre los profesionales de especialidades médicas que entre los de especialidades quirúrgicas.

### Pregunta 8.bis: ¿Ha ejercido o ejerce una segunda especialidad?

Un total de 652 médicos en activo o jubilados tenían una segunda especialidad, junto con 38 médicos residentes que se encontraban cursándola.

Las especialidades más habituales entre los ya especialistas eran: Medicina Familiar y Comunitaria (184), Medicina del Trabajo (49), Pediatría (44), Medicina Interna (38), Microbiología (31). Entre los MIR, la segunda especialidad más habitual era Medicina Familiar y Comunitaria (14).

Las tablas completas con el número de encuestados por segunda especialidad se pueden consultar en el anexo 15.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Tiene una segunda especialidad	No	Recuento	3296 <sub>a</sub>	322 <sub>b</sub>	3618
		% dentro de MIR	83,5%	89,4%	84,0%
	SI	Recuento	652 <sub>a</sub>	38 <sub>b</sub>	690
		% dentro de MIR	16,5%	10,6%	16,0%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

La mayoría de los encuestados (70,7%) trabaja en el sector público, porcentaje que asciende hasta el 93,1% en el caso de los médicos residentes.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Sector sanitario donde trabaja	Sector público	Recuento	2710 <sub>a</sub>	335 <sub>b</sub>	3045
		% dentro de MIR	68,6%	93,1%	70,7%
	Sector Privado	Recuento	574 <sub>a</sub>	18 <sub>b</sub>	592
		% dentro de MIR	14,5%	5,0%	13,7%
	Sector privado concertado	Recuento	164 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	169
		% dentro de MIR	4,2%	1,4%	3,9%
	Ambos	Recuento	500 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	502
		% dentro de MIR	12,7%	0,6%	11,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 10: ¿Cuántos años lleva de ejercicio profesional (incluyendo el periodo de la residencia)?**

La mayoría de los MIR, como era esperable, llevan entre 0 y 5 años de ejercicio profesional. Quienes llevan más tiempo pueden tratarse de MIR en su segunda residencia o de residentes que ejercieron la medicina antes de iniciar la formación especializada, algo relativamente habitual en quienes proceden de otros países como los de Latinoamérica.

		MIR		Total
		No MIR	MIR	
tramos_años_profesional	0-5 años	123	303	426
		3,1%	84,2%	9,9%
	6-10 años	398	22	420
		10,1%	6,1%	9,7%
	11-20 años	955	13	968
		24,2%	3,6%	22,5%
	21-30 años	1160	7	1167
	29,4%	1,9%	27,1%	
31-40 años	998	5	1003	
	25,3%	1,4%	23,3%	
>40 años	314	10	324	
	7,9 %	2,8%	7,5%	
Total		3948	360	4308
		100,0%	100,0%	100,0%

### Pregunta 11: ¿Cuántas horas trabajó durante la última semana?

Los encuestados indican el número de horas trabajadas en la semana previa, incluyendo cualquier actividad laboral (jornada ordinaria, guardias...). Se han agrupado las respuestas en tres tramos: menos de 40 horas, entre 40 y 80 horas y más de 80 horas trabajadas.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR, con mayor cantidad de horas trabajadas por los médicos residentes. Menos del 20% ha trabajado la semana previa un número de horas inferior a 40, es decir, lo que constituiría una jornada laboral normal para un trabajador de otro sector. Tampoco es desdeñable que el 6,3% de los No MIR y 7,8% de los MIR han trabajado más de 80 horas en la semana anterior a la realización de la encuesta.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Tramos horas de trabajo	<40 h.	Recuento	2182 <sub>a</sub>	66 <sub>b</sub>	2248
		% dentro de MIR	55,3%	18,3%	52,2%
	40-80 h.	Recuento	1519 <sub>a</sub>	266 <sub>b</sub>	1785
		% dentro de MIR	38,5%	73,9%	41,4%
	>80 h.	Recuento	247 <sub>a</sub>	28 <sub>a</sub>	275
		% dentro de MIR	6,3%	7,8%	6,4%
Total	Recuento		3948	360	4308
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

### Pregunta 12: ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña?

Se pregunta el grado de satisfacción con el trabajo que desempeña o con el último trabajo desempeñado si actualmente no trabaja (desempleados o jubilados), con respuestas que van de 1 a 5 según una escala Likert en la que 1 es "nada satisfecho" y 5 es "muy satisfecho".

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P12 ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)	Nada satisfecho	Recuento	94 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	96
		% dentro de MIR	2,4%	0,6%	2,2%
	2	Recuento	286 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>	301
		% dentro de MIR	7,2%	4,2%	7,0%
	3	Recuento	983 <sub>a</sub>	77 <sub>a</sub>	1060
		% dentro de MIR	24,9%	21,4%	24,6%
	4	Recuento	1880 <sub>a</sub>	174 <sub>a</sub>	2054
		% dentro de MIR	47,6%	48,3%	47,7%
	Muy satisfecho	Recuento	705 <sub>a</sub>	92 <sub>b</sub>	797
		% dentro de MIR	17,9%	25,6%	18,5%
Total	Recuento		3948	360	4308
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

Entre los MIR, la mayoría se declara satisfecho (48,3%) o muy satisfecho (25,6%) con su trabajo; menos del 5% se declara poco o nada satisfecho. Existen diferencias significativas respecto a los No MIR (0,000), cuyo grado de satisfacción es alto pero menor: el 17,9% se declara muy satisfecho y el 47,6% satisfecho, alcanzando las respuestas 1 y 2 casi un 10%.

#### 5.4.1.3- Actitud ante la propia salud

##### Pregunta 13: ¿Cómo describiría su estado de salud en general?

Del total de la muestra, el 46% describe su estado de salud como bueno, el 28,5% como normal, el 17,8% como muy bueno, el 7,4% como malo y el 0,3% como muy malo.

Los MIR describen un mejor estado de salud que el resto de grupos: bueno en el 45,8% y muy bueno en el 29,7%. Solo un 3,1% describe su estado de salud como malo y ninguno lo describe como muy malo. Las diferencias son estadísticamente significativas respecto a los No MIR (0,000) y esperables debido a la menor edad media de los MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P13 ¿Cómo describiría su estado de salud en general?	Muy malo	Recuento	12 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	12
		% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
	Malo	Recuento	308 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>	319
		% dentro de MIR	7,8%	3,1%	7,4%
	Regular	Recuento	1149 <sub>a</sub>	77 <sub>b</sub>	1226
		% dentro de MIR	29,1%	21,4%	28,5%
	Bueno	Recuento	1818 <sub>a</sub>	165 <sub>a</sub>	1983
		% dentro de MIR	46,0%	45,8%	46,0%
	Muy bueno	Recuento	661 <sub>a</sub>	107 <sub>b</sub>	768
		% dentro de MIR	16,7%	29,7%	17,8%
	Total	Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

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

La mayoría de los encuestados (73,2%) está de acuerdo o completamente de acuerdo con dicha afirmación, frente al 26,8% que está en desacuerdo o completamente en desacuerdo. No existen diferencias significativas entre los MIR y los No MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P14 ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: "A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos"?	Completamente en desacuerdo	Recuento	87 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	92
		% dentro de MIR	2,2%	1,4%	2,1%
	En desacuerdo	Recuento	980 <sub>a</sub>	85 <sub>a</sub>	1065
		% dentro de MIR	24,8%	23,6%	24,7%
	De acuerdo	Recuento	2093 <sub>a</sub>	185 <sub>a</sub>	2278
		% dentro de MIR	53,0%	51,4%	52,9%
	Completamente de acuerdo	Recuento	788 <sub>a</sub>	85 <sub>a</sub>	873
		% dentro de MIR	20,0%	23,6%	20,3%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 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.

Se pregunta específicamente por algunos trastornos o problemas de salud habituales:

- Enfermedades cardiovasculares: afirma padecerla el 6,3% de los No MIR y el 0,8% de los MIR, siendo las diferencias significativas entre ambos grupos (0,000).
- Hipertensión: tiene una prevalencia del 18% entre los No MIR y 1,7% entre los MIR, siendo significativas las diferencias entre ambos grupos (0,000).
- Diabetes: refieren padecerla el 4,8% de los No MIR y el 1,7% de los MIR, también con diferencias estadísticamente significativas (0,006).
- Trastorno depresivo: es el único de los trastornos preguntados, junto con los de ansiedad, con mayor porcentaje entre los MIR (7,5%) que entre los No MIR (6,6%), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.
- Trastornos de ansiedad: también ligeramente más frecuente entre los MIR (15,8%) que entre No MIR (13,4%), aunque las diferencias no son significativas a nivel estadístico.
- Otros problemas de salud: el 39,1% de los No MIR y el 23,9% de los MIR afirman padecer algún otro problema de salud o enfermedad, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre ambos (0,000).

**Pregunta 16: En qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida.**

La mayoría de los encuestados afirma que sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional pocas veces (58,8%) o nunca (31,8%), aunque no es desdeñable el 9,4% que considera que le han condicionado bastantes veces o siempre. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los MIR y el resto, existiendo más residentes que responden que nunca sus problemas de salud han condicionado su trabajo (0,009).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:	Nunca	Recuento	1229 <sub>a</sub>	142 <sub>b</sub>	1371
		% dentro de MIR	31,1%	39,4%	31,8%
	Pocas veces	Recuento	2347 <sub>a</sub>	185 <sub>b</sub>	2532
		% dentro de MIR	59,4%	51,4%	58,8%
	Bastantes veces	Recuento	305 <sub>a</sub>	29 <sub>a</sub>	334
		% dentro de MIR	7,7%	8,1%	7,8%
	Siempre	Recuento	67 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	71
		% dentro de MIR	1,7%	1,1%	1,6%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

La mitad de la muestra respondió que nunca, el 41,4% pocas veces, el 6,4% bastantes veces y el 2,2% siempre. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los MIR y el resto (0,005).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P17 Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional?	Nunca	Recuento	1988 <sub>a</sub>	167 <sub>a</sub>	2155
		% dentro de MIR	50,4%	46,4%	50,0%
	Pocas veces	Recuento	1618 <sub>a</sub>	164 <sub>a</sub>	1782
		% dentro de MIR	41,0%	45,6%	41,4%
	Bastantes veces	Recuento	247 <sub>a</sub>	29 <sub>a</sub>	276
		% dentro de MIR	6,3%	8,1%	6,4%
	Siempre	Recuento	95 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>	95
		% dentro de MIR	2,4%	0,0%	2,2%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

La mayoría de los encuestados (89,6%) están de acuerdo o completamente de acuerdo con esta afirmación, siendo el grado de acuerdo superior en los MIR (97,2%). Entre los MIR, solo el 2,8% muestra su desacuerdo, frente al 11,2% de los No MIR. Según esta pregunta, los médicos residentes parecen percibir con mayor claridad que el resto de médicos que su propio estado de salud puede afectar a la atención que prestan a sus pacientes. Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P18 ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario?	Completamente en desacuerdo	Recuento	49 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	50
		% dentro de MIR	1,2%	0,3%	1,2%
	En desacuerdo	Recuento	394 <sub>a</sub>	9 <sub>b</sub>	403
		% dentro de MIR	10,0%	2,5%	9,4%
	De acuerdo	Recuento	2059 <sub>a</sub>	167 <sub>b</sub>	2226
		% dentro de MIR	52,2%	46,4%	51,7%
	Completamente de acuerdo	Recuento	1446 <sub>a</sub>	183 <sub>b</sub>	1629
		% dentro de MIR	36,6%	50,8%	37,8%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 19: ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación “Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional”?**

Ante esta afirmación, la visión de los MIR y la del resto de profesionales médicos es discrepante (0,000). Por un lado, la mayoría de los MIR están en desacuerdo (53,3%) o completamente en desacuerdo (12,5%), es decir, más del 65% considera que los problemas somáticos no tienen menos impacto que los mentales. En contraposición, más de la mitad del grupo No MIR se muestra de acuerdo (44,3%) o completamente de acuerdo (11,3%) con que los problemas somáticos afectan menos a la competencia profesional del médico que los trastornos mentales.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P19 ¿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	Recuento	248 <sub>a</sub>	45 <sub>b</sub>	293
		% dentro de MIR	6,3%	12,5%	6,8%
	En desacuerdo	Recuento	1504 <sub>a</sub>	192 <sub>b</sub>	1696
		% dentro de MIR	38,1%	53,3%	39,4%
	De acuerdo	Recuento	1749 <sub>a</sub>	109 <sub>b</sub>	1858
		% dentro de MIR	44,3%	30,3%	43,1%
	Completamente de acuerdo	Recuento	447 <sub>a</sub>	14 <sub>b</sub>	461
		% dentro de MIR	11,3%	3,9%	10,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 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?**

En toda la muestra, sin diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR, existe más de un 45% de médicos que consideran haber tenido problemas de salud a consecuencia de su actividad laboral o que han empeorado debido a esta.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P20 ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional?	NO	Recuento	2169 <sub>a</sub>	187 <sub>a</sub>	2356
		% dentro de MIR	54,9%	51,9%	54,7%
	SI	Recuento	1779 <sub>a</sub>	173 <sub>a</sub>	1952
		% dentro de MIR	45,1%	48,1%	45,3%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

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

Esta pregunta fue respondida únicamente por quienes respondieron “sí” en la pregunta anterior, es decir, quienes afirmaron que alguno de sus problemas de salud fue consecuencia o empeoró debido a su actividad como médicos, debiendo responder “sí” o “no” a la existencia de los motivos propuestos:

- Por el nivel de responsabilidad de mi profesión: este motivo fue afirmado por el 69% de la muestra, con cifras mayores en No MIR (70,2%) que en MIR (57,2%), siendo las diferencias estadísticamente significativas (0,001). Parece lógico que este sea considerado un motivo de afectación de la salud en mayor medida entre los médicos en activo y jubilados, puesto que ostentan o han ostentado un nivel de responsabilidad superior al de los residentes.
- Por la sobrecarga asistencial y horarios de trabajo: sin duda es el motivo que recibe más acuerdo por parte de todos los grupos de encuestados, con un 89,7% de respuestas afirmativas, sin hallar diferencias entre MIR y No MIR.
- Por el impacto de un error/errores médicos que he vivido con mis pacientes: este motivo que hace referencia a las consecuencias que pueden tener para la salud de los médicos los errores médicos con los pacientes (segundas víctimas) es nombrado como existente por un 20,3% de la muestra. El porcentaje es ligeramente mayor entre los MIR (24,3%) pero sin significación estadística.

**Pregunta 22: ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida?**

En el enunciado de esta pregunta se aclara que se excluyen como problemas de salud los periodos de descanso maternal/paternal o riesgo para el embarazo.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P22 ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida?	NO	Recuento	1057 <sub>a</sub>	262 <sub>b</sub>	1319
		% dentro de MIR	26,8%	72,8%	30,6%
	SI	Recuento	2891 <sub>a</sub>	98 <sub>b</sub>	2989
		% dentro de MIR	73,2%	27,2%	69,4%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

Como era esperable, teniendo en cuenta la edad media más baja, el menor número de años trabajados y la menor prevalencia de la mayoría de problemas de salud entre los MIR, solo un 27,2% afirmó haber estado alguna vez de baja laboral, frente al 73,2% de los No MIR. Estas diferencias son estadísticamente significativas (0,000).

**Pregunta 23: ¿Podría indicarnos aproximadamente cuántas semanas ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja laboral) a lo largo de su vida profesional?**

Se divide el número de semanas de absentismo laboral debido a problemas de salud en 5 tramos: entre 0 y 9 semanas, entre 10 y 20 semanas, entre 20 y 52 semanas (hasta un año), entre 53 y 159 semanas (que supondría aproximadamente entre 1 y 3 años de ausencia, y más de 160 semanas (más de 3 años).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR, habiendo tenido los primeros menor número de semanas de baja, lo que es lógico ya que su vida profesional ha sido en general más corta que la de los médicos de otros grupos.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Semanas de baja	0-9	Recuento	2675 <sub>a</sub>	331 <sub>b</sub>	3006
		% dentro de MIR	67,8%	91,9%	69,8%
	10-20	Recuento	478 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>	489
		% dentro de MIR	12,1%	3,1%	11,4%
	20-52	Recuento	558 <sub>a</sub>	9 <sub>b</sub>	567
		% dentro de MIR	14,1%	2,5%	13,2%
	53-159	Recuento	198 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	201
		% dentro de MIR	5,0%	0,8%	4,7%
	>160	Recuento	39 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	45
		% dentro de MIR	1,0%	1,7%	1,0%
Total	Recuento		3948	360	4308
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 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?**

Esta pregunta hace referencia al presentismo laboral, es decir, a acudir a trabajar sin estar en condiciones óptimas debido a un problema de salud. Además, incluimos el matiz de que se trate de un problema de suficiente importancia como para que quien responde hubiera dado la baja laboral a un paciente que lo padeciera.

Solo un 10,6% de la muestra afirma no haber acudido nunca a trabajar estando enfermo, es decir, cerca del 90% ha trabajado con un problema de salud que habría justificado una baja laboral. Entre los MIR la tasa de presentismo es más baja, como es de esperar por su edad, menor incidencia y prevalencia de patologías y menos años de tiempo trabajado, pero aún así se acerca al 70% (68,3%). Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P24 ¿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	Recuento	344 <sub>a</sub>	114 <sub>b</sub>	458
		% dentro de MIR	8,7%	31,7%	10,6%
	Pocas veces	Recuento	1390 <sub>a</sub>	131 <sub>a</sub>	1521
		% dentro de MIR	35,2%	36,4%	35,3%
	Bastantes veces	Recuento	1730 <sub>a</sub>	94 <sub>b</sub>	1824
		% dentro de MIR	43,8%	26,1%	42,3%
	Siempre	Recuento	484 <sub>a</sub>	21 <sub>b</sub>	505
		% dentro de MIR	12,3%	5,8%	11,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pregunta 25: La razón principal por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es...

Esta pregunta solo era respondida por quienes marcaron en la pregunta 24 las respuestas “Pocas veces”, “Bastantes veces” o “Siempre”. El motivo más repetido fue evitar sobrecargar a los compañeros, siendo alegado con mayor frecuencia por los MIR que por los demás encuestados. La segunda razón más elegida es la responsabilidad hacia los pacientes, con mayor porcentaje en No MIR que en MIR. Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas (0,001).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P25 La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:	Mantener mi nivel de ingresos	Recuento	151 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	163
		% dentro de MIR	4,2%	4,9%	4,2%
	Para no sobrecargar a mis compañeros	Recuento	1918 <sub>a</sub>	160 <sub>b</sub>	2078
		% dentro de MIR	53,2%	65,0%	54,0%
	Por miedo a perder el trabajo	Recuento	134 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	145
		% dentro de MIR	3,7%	4,5%	3,8%
	Por responsabilidad hacia mis pacientes	Recuento	1401 <sub>a</sub>	63 <sub>b</sub>	1464
		% dentro de MIR	38,9%	25,6%	38,0%
Total	Recuento	3604	246	3850	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

El presentismo, siendo un fenómeno habitual entre los médicos y con importantes repercusiones, se analizará con más detalle en la siguiente sección (Análisis multivariante).

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

La gran mayoría de los médicos encuestados afirma que, ante un problema de salud leve, se automedica, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P26 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	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% dentro de MIR	0,0%	0,0%	0,0%
	Acudo a mi médico de familia	Recuento	49 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	55
		% dentro de MIR	1,2%	1,7%	1,3%
	Acudo a mutua o seguro médico	Recuento	13 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	13
		% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
	Acudo formalmente a médico especialista	Recuento	22 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	25
		% dentro de MIR	0,6%	0,8%	0,6%
	Busco consejo informal de un colega	Recuento	119 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	134
		% dentro de MIR	3,0%	4,2%	3,1%
	Me automedico	Recuento	3744 <sub>a</sub>	336 <sub>a</sub>	4080
		% dentro de MIR	94,8%	93,3%	94,7%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 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, ¿cómo actúa?**

Cuando el problema de salud se prevé más grave o se prolonga en el tiempo, la actitud a tomar es diversa:

- El 32,8% acude directamente a un especialista diferente del médico de familia, siendo este porcentaje mucho menor en MIR (menos del 20%).
- El 30,7% busca consejo de manera informal en algún colega, siendo esta la opción preferida por los MIR, elegida por más del 40% de este colectivo.
- El 24% acude a su médico de familia, siendo la 2ª opción más elegida por los MIR y la 3ª entre los No MIR. Por lo tanto, la actitud que sería recomendada a un paciente perteneciente a la población general, solo es la primera opción para una cuarta parte de los médicos encuestados.
- El 6,5% elige automedicarse.
- El 5,9% utiliza un seguro médico o mutua privados.
- Solo el 0,2% acude a mutua laboral.

Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P27 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 laboral	Recuento	5 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	7
		% dentro de MIR	0,1%	0,6%	0,2%
	Acudo a médico de familia	Recuento	934 <sub>a</sub>	102 <sub>b</sub>	1036
		% dentro de MIR	23,7%	28,3%	24,0%
	Acudo a mutua o seguro médico	Recuento	241 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	254
		% dentro de MIR	6,1%	3,6%	5,9%
	Acudo formalmente a médico especialista	Recuento	1340 <sub>a</sub>	71 <sub>b</sub>	1411
		% dentro de MIR	33,9%	19,7%	32,8%
	Busco consejo informal en un colega	Recuento	1175 <sub>a</sub>	146 <sub>b</sub>	1321
		% dentro de MIR	29,8%	40,6%	30,7%
	Me automedico	Recuento	253 <sub>a</sub>	26 <sub>a</sub>	279
		% dentro de MIR	6,4%	7,2%	6,5%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

#### 5.4.1.4- Actividades para el cuidado de su salud

##### Pregunta 28: ¿Se vacuna contra la gripe?

Existen diferencias significativas entre MIR y No MIR en cuanto a la vacunación contra la gripe (0,005), siendo esta más frecuente entre los No MIR (54,1% se vacuna siempre o bastantes veces) que en el grupo de residentes (55,5% no se vacuna nunca o lo hace pocas veces).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P28 ¿Se vacuna contra la gripe?	Nunca	Recuento	1081 <sub>a</sub>	124 <sub>b</sub>	1205
		% dentro de MIR	27,4%	34,4%	28,0%
	Pocas veces	Recuento	732 <sub>a</sub>	76 <sub>a</sub>	808
		% dentro de MIR	18,5%	21,1%	18,8%
	Bastantes veces	Recuento	496 <sub>a</sub>	39 <sub>a</sub>	535
		% dentro de MIR	12,6%	10,8%	12,4%
	Siempre	Recuento	1639 <sub>a</sub>	121 <sub>b</sub>	1760
		% dentro de MIR	41,5%	33,6%	40,9%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

##### Pregunta 29: ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?

Menos de la mitad de la muestra acude de manera habitual a los reconocimientos de salud laboral, siendo este porcentaje estadísticamente superior en los MIR (66,7% afirma acudir bastantes veces o siempre) (0,000). Es posible que en el caso de los MIR el reconocimiento médico inicial al que están obligados a acudir todos los residentes haya sido tomado como referencia a la hora de responder a esta pregunta.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P29 ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?	Nunca	Recuento	1146 <sub>a</sub>	33 <sub>b</sub>	1179
		% dentro de MIR	29,0%	9,2%	27,4%
	Pocas veces	Recuento	1125 <sub>a</sub>	87 <sub>a</sub>	1212
		% dentro de MIR	28,5%	24,2%	28,1%
	Bastantes veces	Recuento	491 <sub>a</sub>	47 <sub>a</sub>	538
		% dentro de MIR	12,4%	13,1%	12,5%
	Siempre	Recuento	1186 <sub>a</sub>	193 <sub>b</sub>	1379
		% dentro de MIR	30,0%	53,6%	32,0%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 30: ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)?**

Se agrupan los resultados en tres tramos, para hacerlos coincidir con la división en nivel bajo/inactivo, moderado o alto de actividad física que distingue el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) utilizado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), con la cual luego se va a realizar comparación.

- Nivel bajo o inactivo: 0-2 horas/semana.
- Nivel moderado: 3-6 horas/semana.
- Nivel alto: a partir de 7 horas/semana.

La mayoría de los encuestados pertenecería al nivel moderado de ejercicio físico, sin encontrarse diferencias significativas entre MIR y No MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Ejercicio físico	Bajo	Recuento	886 <sub>a</sub>	88 <sub>a</sub>	974
		% dentro de MIR	22,4%	24,4%	22,6%
	Moderado	Recuento	1970 <sub>a</sub>	180 <sub>a</sub>	2150
		% dentro de MIR	49,9%	50,0%	49,9%
	Alto	Recuento	1092 <sub>a</sub>	92 <sub>a</sub>	1184
		% dentro de MIR	27,7%	25,6%	27,5%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pregunta 31: ¿Fuma usted actualmente?

El porcentaje de fumadores habituales es menor del 4%, junto con otro 8% que afirma fumar aunque no de manera habitual. La mayoría de encuestados no fuma ni ha fumado previamente, siendo esta respuesta abrumadoramente superior entre los MIR (más del 80%). Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P31 ¿Fuma usted actualmente?	No fumo ni he fumado	Recuento	1964 <sub>a</sub>	291 <sub>b</sub>	2255
		% dentro de MIR	49,7%	80,8%	52,3%
	No fumo actualmente, pero he fumado	Recuento	1500 <sub>a</sub>	42 <sub>b</sub>	1542
		% dentro de MIR	38,0%	11,7%	35,8%
	Si fumo habitualmente	Recuento	151 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	165
		% dentro de MIR	3,8%	3,9%	3,8%
	Si fumo, pero no habitualmente	Recuento	333 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>	346
		% dentro de MIR	8,4%	3,6%	8,0%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

Se evalúa el consumo de las siguientes sustancias en el último año:

**Psicoestimulantes: cocaína, anfetaminas, éxtasis...:** Muy pocos encuestados declaran haber consumido alguna de estas sustancias psicoactivas, aunque sí hay un 3,1% de MIR que afirma consumirlas de manera ocasional, siendo las diferencias estadísticamente significativas respecto a los No MIR (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P32.1 Cocaína, anfetaminas, éxtasis...	No, nunca	Recuento	3938 <sub>a</sub>	349 <sub>b</sub>	4287
		% dentro de MIR	99,7%	96,9%	99,5%
	De manera ocasional	Recuento	7 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>	18
		% dentro de MIR	0,2%	3,1%	0,4%
	De manera habitual	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
		% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Bebidas alcohólicas:** la pregunta hacía referencia al consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso. Aunque la mayor parte de la muestra (más del 70%) niega realizar consumos abusivos de alcohol, este porcentaje disminuye hasta poco más del 50% en el grupo de los MIR, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (0,000). También cabe destacar

la existencia de un 2,2% de encuestados, tanto MIR como No MIR, que refieren un consumo excesivo de alcohol de manera habitual.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P32.2 Bebidas alcohólicas en exceso	No, nunca	Recuento	2918 <sub>a</sub>	187 <sub>b</sub>	3105
		% dentro de MIR	73,9%	51,9%	72,1%
	De manera ocasional	Recuento	945 <sub>a</sub>	165 <sub>b</sub>	1110
		% dentro de MIR	23,9%	45,8%	25,8%
	De manera habitual	Recuento	85 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	93
		% dentro de MIR	2,2%	2,2%	2,2%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Cannabis:** la gran mayoría de los encuestados niegan consumir cannabis y un porcentaje mínimo admite un consumo habitual. Donde se hallan las mayores diferencias es en el consumo ocasional, que afirma realizar un 1,4% de los No MIR frente al 7,5% de los MIR, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P32.3 Cannabis	No, nunca	Recuento	3882 <sub>a</sub>	331 <sub>b</sub>	4213
		% dentro de MIR	98,3%	91,9%	97,8%
	De manera ocasional	Recuento	54 <sub>a</sub>	27 <sub>b</sub>	81
		% dentro de MIR	1,4%	7,5%	1,9%
	De manera habitual	Recuento	12 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	14
		% dentro de MIR	0,3%	0,6%	0,3%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

#### 5.4.1.5- Consumo de medicamentos y uso de servicios sanitarios

##### Pregunta 33: ¿Con qué frecuencia se autoprescribe...?

Se pregunta con qué frecuencia se autoprescribe los siguientes grupos farmacológicos: ansiolíticos/hipnóticos, otros psicofármacos, antibióticos, analgésicos básicos y analgésicos opioides. Entendemos por autoprescripción el hecho de que sea el propio médico quien se prescriba un fármaco en base a su propio criterio, sin haber consultado con ningún colega de manera formal ni informal.

**Hipnóticos y/o ansiolíticos:** las respuestas recibidas indican una tasa elevada de automedicación con fármacos ansiolíticos o hipnóticos, con un 26,7% que se los autoprescribe algunas veces y un 4,7% que lo hace muy frecuentemente. Estos porcentajes son menores entre los MIR, existiendo diferencias estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P33.1 Autoprescribe: Hipnóticos/ansiolíticos	Nunca	Recuento	2673 <sub>a</sub>	284 <sub>b</sub>	2957
		% dentro de MIR	67,7%	78,9%	68,6%
	Algunas veces	Recuento	1084 <sub>a</sub>	66 <sub>b</sub>	1150
		% dentro de MIR	27,5%	18,3%	26,7%
	Muy frecuentemente	Recuento	191 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	201
		% dentro de MIR	4,8%	2,8%	4,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Otros psicofármacos:** El 7,6% declara haberse automedicado con otro tipo de psicofármacos (incluyendo antidepresivos, antipsicóticos...), haciéndolo muy frecuentemente el 2,3%. La auto-prescripción muy frecuente es más habitual entre los No MIR, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P33.3 Autoprescribe: Otros psicofármacos	Nunca	Recuento	3644 <sub>a</sub>	338 <sub>a</sub>	3982
		% dentro de MIR	92,3%	93,9%	92,4%
	Algunas veces	Recuento	208 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	227
		% dentro de MIR	5,3%	5,3%	5,3%
	Muy frecuentemente	Recuento	96 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	99
		% dentro de MIR	2,4%	0,8%	2,3%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Antibióticos:** Entre los No MIR, más del 70% se autoprescribe antibióticos algunas veces y el 2,2% lo hace muy frecuentemente. Estos porcentajes descienden hasta el 44,2% y el 1,9% en el colectivo MIR, siendo las diferencias estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P33.2 Autoprescribe: Antibióticos	Nunca	Recuento	1066 <sub>a</sub>	194 <sub>b</sub>	1260
		% dentro de MIR	27,0%	53,9%	29,2%
	Algunas veces	Recuento	2794 <sub>a</sub>	159 <sub>b</sub>	2953
		% dentro de MIR	70,8%	44,2%	68,5%
	Muy frecuentemente	Recuento	88 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	95
		% dentro de MIR	2,2%	1,9%	2,2%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Analgésicos básicos:** Cerca del 95% de los encuestados se automedica con analgésicos básicos. Existen diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR (0,000) en cuanto a la frecuencia con que se autoprescriben dichos fármacos, siendo mayor en los MIR el porcentaje de quienes lo hacen muy frecuentemente.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P33.5 Autoprescribe: A Básicos	Nunca	Recuento	202 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>	229
		% dentro de MIR	5,1%	7,5%	5,3%
	Algunas veces	Recuento	2887 <sub>a</sub>	210 <sub>b</sub>	3097
		% dentro de MIR	73,1%	58,3%	71,9%
	Muy frecuentemente	Recuento	859 <sub>a</sub>	123 <sub>b</sub>	982
		% dentro de MIR	21,8%	34,2%	22,8%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Analgésicos opioides:** El 3,6% declara autoprescribirse analgésicos opioides algunas veces, junto con el 1,7% que lo hace muy frecuentemente. Estos porcentajes son más bajos entre los MIR (diferencias estadísticamente significativas) (0,029).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P33.4 Autoprescribe: A Opioides	Nunca	Recuento	3729 <sub>a</sub>	351 <sub>b</sub>	4080
		% dentro de MIR	94,5%	97,5%	94,7%
	Algunas veces	Recuento	146 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	154
		% dentro de MIR	3,7%	2,2%	3,6%
	Muy frecuentemente	Recuento	73 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	74
		% dentro de MIR	1,8%	0,3%	1,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

Alrededor del 10% ha estado ingresado en el hospital durante al menos una noche en los últimos 12 meses. El porcentaje es un poco menor entre los MIR, pero sin significación estadística.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P34 Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (excluyendo parto no complicado)?	NO	Recuento	3532 <sub>a</sub>	333 <sub>a</sub>	3865
		% dentro de MIR	89,5%	92,5%	89,7%
	SI	Recuento	416 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>	443
		% dentro de MIR	10,5%	7,5%	10,3%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

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

Existe un 2,8% (4,7% entre los MIR) que no tiene médico de familia y un 32,8% que, aunque lo tiene, no ha acudido nunca. Esta cifra es bastante más baja entre los MIR (20,3%), quienes en general acuden más a su médico de familia que los No MIR. Las diferencias son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P35 ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años?	No tengo médico de familia	Recuento	105 <sub>a</sub>	17 <sub>b</sub>	122
		% dentro de MIR	2,7%	4,7%	2,8%
	Tengo médico de familia, pero no he ido nunca	Recuento	1341 <sub>a</sub>	73 <sub>b</sub>	1414
		% dentro de MIR	34,0%	20,3%	32,8%
	He acudido entre 1 y 3 ocasiones	Recuento	1615 <sub>a</sub>	180 <sub>b</sub>	1795
		% dentro de MIR	40,9%	50,0%	41,7%
	Entre 3-10 ocasiones	Recuento	704 <sub>a</sub>	78 <sub>a</sub>	782
		% dentro de MIR	17,8%	21,7%	18,2%
	Más de 10 ocasiones	Recuento	183 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	195
		% dentro de MIR	4,6%	3,3%	4,5%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 36: ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?**

El 7% de los MIR y el 13,6% de No MIR tienen como médico de familia a su pareja, un familiar cercano o un amigo íntimo. Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas (0,001).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P36 ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo?	NO	Recuento	3321 <sub>a</sub>	319 <sub>b</sub>	3640
		% dentro de MIR	86,4%	93,0%	87,0%
	Si	Recuento	522 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>	546
		% dentro de MIR	13,6%	7,0%	13,0%
Total		Recuento	3843	343	4186
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

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

En cuanto a las posibles diferencias en la atención recibida por el hecho de ser médico, poco más del 40% cree que la atención no se ha visto afectada positiva ni negativamente, frente al casi 60% que piensa que sí existen diferencias frente a los pacientes no médicos. El 48,6% opina que la mayoría de las veces esa atención diferencial le ha beneficiado. Por otra parte, hay un 10,1% que cree que le ha perjudicado. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los MIR y el resto.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P37 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	Recuento	1634 <sub>a</sub>	145 <sub>a</sub>	1779
		% dentro de MIR	41,4%	40,3%	41,3%
	Sí, la mayoría de las veces, me ha beneficiado	Recuento	1916 <sub>a</sub>	177 <sub>a</sub>	2093
		% dentro de MIR	48,5%	49,2%	48,6%
	Sí, la mayoría de las veces, me ha supuesto un perjuicio	Recuento	398 <sub>a</sub>	38 <sub>a</sub>	436
		% dentro de MIR	10,1%	10,6%	10,1%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

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

Poco más de la mitad de la muestra considera que la confidencialidad de sus datos se respeta siempre. Este porcentaje desciende al 42,5% al preguntar al grupo de MIR. Alrededor del 20% de la muestra considera que la confidencialidad de sus datos clínicos solo se respeta algunas veces o no se respeta nunca. Existen diferencias significativas entre MIR y No MIR (0,003).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P38 Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?	Nunca	Recuento	143 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	156
		% dentro de MIR	3,6%	3,6%	3,6%
	Algunas veces	Recuento	665 <sub>a</sub>	74 <sub>a</sub>	739
		% dentro de MIR	16,8%	20,6%	17,2%
	A menudo	Recuento	1065 <sub>a</sub>	120 <sub>b</sub>	1185
		% dentro de MIR	27,0%	33,3%	27,5%
	Siempre	Recuento	2075 <sub>a</sub>	153 <sub>b</sub>	2228
		% dentro de MIR	52,6%	42,5%	51,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

Tres de cada cuatro encuestados aceptarían la pérdida de confidencialidad a cambio de lograr agilizar su diagnóstico y/o su tratamiento. El 61% lo haría de forma excepcional, frente al 14,9% que lo aceptaría siempre.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P39 Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?	No lo aceptaría	Recuento	951 <sub>a</sub>	86 <sub>a</sub>	1037
		% dentro de MIR	24,1%	23,9%	24,1%
	Sí, excepcionalmente	Recuento	2396 <sub>a</sub>	234 <sub>a</sub>	2630
		% dentro de MIR	60,7%	65,0%	61,0%
	Siempre	Recuento	601 <sub>a</sub>	40 <sub>a</sub>	641
		% dentro de MIR	15,2%	11,1%	14,9%
	Total	Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 40: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser sus médicos?**

Solo el 12,4% de la muestra opina que los médicos nunca comentan entre ellos los problemas de salud de sus compañeros, es decir, la gran mayoría considera que los problemas de salud de los colegas son comentados por médicos que no les atienden. Los MIR perciben que esto sucede con mayor frecuencia, siendo estadísticamente significativas las diferencias con los No MIR (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P40 En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?	Nunca	Recuento	503 <sub>a</sub>	32 <sub>b</sub>	535
		% dentro de MIR	12,7%	8,9%	12,4%
	A veces	Recuento	2373 <sub>a</sub>	203 <sub>a</sub>	2576
		% dentro de MIR	60,1%	56,4%	59,8%
	A menudo	Recuento	983 <sub>a</sub>	106 <sub>a</sub>	1089
		% dentro de MIR	24,9%	29,4%	25,3%
	Siempre	Recuento	89 <sub>a</sub>	19 <sub>b</sub>	108
		% dentro de MIR	2,3%	5,3%	2,5%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

Las opciones preferidas por los encuestados en cuanto a la actitud a tomar ante un compañero que les plantea una consulta informal son invitarlo a su consulta para hablarlo con tiempo (33,1%), sugerirle una propuesta y volver a hablar otro día (31%) e indicarle un médico especialista al que podría acudir (26,3%). Entre los MIR, es más habitual sugerir una propuesta en el primer momento que demorar la decisión citándolo en consulta. También es más frecuente entre los MIR indicar al compañero que acuda a su médico de familia (14,2% frente al 8,6% de No MIR). Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P41 Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud...	Le indicaría ir a Salud laboral	Recuento	17 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	22
		% dentro de MIR	0,4%	1,4%	0,5%
	Le indicaría ir a su Médico de Familia	Recuento	340 <sub>a</sub>	51 <sub>b</sub>	391
		% dentro de MIR	8,6%	14,2%	9,1%
	Le indicaría ir a un Médico Especialista en el problema	Recuento	1054 <sub>a</sub>	79 <sub>b</sub>	1133
		% dentro de MIR	26,7%	21,9%	26,3%
	Le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo	Recuento	1336 <sub>a</sub>	92 <sub>b</sub>	1428
		% dentro de MIR	33,8%	25,6%	33,1%
	Le sugeriría una propuesta y volvería a hablarlo otro día	Recuento	1201 <sub>a</sub>	133 <sub>b</sub>	1334
		% dentro de MIR	30,4%	36,9%	31,0%
	Total	Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

### 5.4.1.6- Médicos de médicos

#### Pregunta 42: ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico?

Existen claras diferencias entre MIR y No MIR cuando se trata de atender a un colega médico. Aparte de la diferencia, esperable por la menor experiencia laboral, de que hay mayor porcentaje de MIR que nunca han atendido a un colega, los MIR tienden con más frecuencia a sentirse incómodos o examinados y solo el 30% cree que ha atendido a su compañero como a un paciente más. Por el contrario, más del 60% de los No MIR considera que lo ha atendido como a cualquier otro paciente. Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P42 ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico? Elija una opción:	No he atendido a nadie	Recuento	318 <sub>a</sub>	90 <sub>b</sub>	408
		% dentro de MIR	8,1%	25,0%	9,5%
	Me he sentido incomodo	Recuento	686 <sub>a</sub>	82 <sub>b</sub>	768
		% dentro de MIR	17,4%	22,8%	17,8%
	He sentido como si fuera un examen	Recuento	510 <sub>a</sub>	80 <sub>b</sub>	590
		% dentro de MIR	12,9%	22,2%	13,7%
	Lo he atendido como un paciente más	Recuento	2434 <sub>a</sub>	108 <sub>b</sub>	2542
		% dentro de MIR	61,7%	30,0%	59,0%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

#### Pregunta 43: Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P43 ¿Hasta qué punto se siente preparado/a para ayudar a un compañero/a con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?	1	Recuento	175 <sub>a</sub>	27 <sub>b</sub>	202
		% dentro de MIR	4,4%	7,5%	4,7%
	2	Recuento	404 <sub>a</sub>	72 <sub>b</sub>	476
		% dentro de MIR	10,2%	20,0%	11,0%
	3	Recuento	1264 <sub>a</sub>	144 <sub>b</sub>	1408
		% dentro de MIR	32,0%	40,0%	32,7%
	4	Recuento	1360 <sub>a</sub>	93 <sub>b</sub>	1453
		% dentro de MIR	34,4%	25,8%	33,7%
	5	Recuento	745 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>	769
		% dentro de MIR	18,9%	6,7%	17,9%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

Mediante una escala tipo Likert, los médicos encuestados señalan hasta qué punto se ven preparados para atender a un compañero con un problema de salud suficientemente importante como para comprometer su ejercicio profesional.

Los MIR tienden a sentirse menos preparados para afrontar esa situación que los No MIR, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (0,000).

**Pregunta 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.”**

Existe un alto grado de acuerdo sobre esta afirmación, siendo las respuestas 4 y 5 marcadas por cerca del 90% de los encuestados. Los MIR están algo más de acuerdo, pero sin diferencias estadísticamente significativas.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P44.1 Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.	1	Recuento	36 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	37
		% dentro de MIR	0,9%	0,3%	0,9%
	2	Recuento	79 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	83
		% dentro de MIR	2,0%	1,1%	1,9%
	3	Recuento	318 <sub>a</sub>	20 <sub>a</sub>	338
		% dentro de MIR	8,1%	5,6%	7,8%
	4	Recuento	1157 <sub>a</sub>	101 <sub>a</sub>	1258
		% dentro de MIR	29,3%	28,1%	29,2%
	5	Recuento	2358 <sub>a</sub>	234 <sub>a</sub>	2592
		% dentro de MIR	59,7%	65,0%	60,2%
	Total	Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**“Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello”**

Aunque las opiniones están más divididas, existe cierto grado de acuerdo sobre la necesidad de que existan profesionales formados específicamente para atender a médicos enfermos.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P44.2 Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello.	1	Recuento	530 <sub>a</sub>	48 <sub>a</sub>	578
		% dentro de MIR	13,4%	13,3%	13,4%
	2	Recuento	506 <sub>a</sub>	68 <sub>b</sub>	574
		% dentro de MIR	12,8%	18,9%	13,3%
	3	Recuento	1001 <sub>a</sub>	70 <sub>b</sub>	1071
		% dentro de MIR	25,4%	19,4%	24,9%
	4	Recuento	790 <sub>a</sub>	74 <sub>a</sub>	864
		% dentro de MIR	20,0%	20,6%	20,1%
	5	Recuento	1121 <sub>a</sub>	100 <sub>a</sub>	1221
		% dentro de MIR	28,4%	27,8%	28,3%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**“Los médicos con problemas de salud que comprometen su ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada”**

Más del 75% responde las opciones 4 o 5, es decir, existe un alto grado de acuerdo sobre la conveniencia de que existan unidades especializadas para atender a los médicos con problemas de salud que puedan comprometer su ejercicio profesional. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos MIR y No MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P44.3 Médicos con problemas de salud que comprometen su ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada.	1	Recuento	154 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	168
		% dentro de MIR	3,9%	3,9%	3,9%
	2	Recuento	218 <sub>a</sub>	26 <sub>a</sub>	244
		% dentro de MIR	5,5%	7,2%	5,7%
	3	Recuento	521 <sub>a</sub>	50 <sub>a</sub>	571
		% dentro de MIR	13,2%	13,9%	13,3%
	4	Recuento	1047 <sub>a</sub>	113 <sub>b</sub>	1160
		% dentro de MIR	26,5%	31,4%	26,9%
	5	Recuento	2008 <sub>a</sub>	157 <sub>b</sub>	2165
		% dentro de MIR	50,9%	43,6%	50,3%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

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

La mayoría de los encuestados muestra sus dudas sobre cómo debería actuar si advirtiera que un compañero tiene un problema de salud que compromete sus facultades para ejercer como

médico. Este porcentaje es mayor en los MIR (68,9%) que en los No MIR (56,4%). Un 42,2% de los No MIR y 30,3% de los MIR afirma que se lo diría directamente a su compañero. Un porcentaje mínimo, cercano al 1%, no le diría nada. Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P45 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	Recuento	53 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	56
		% dentro de MIR	1,3%	0,8%	1,3%
	Tengo dudas sobre cómo debería actuar	Recuento	2228 <sub>a</sub>	248 <sub>b</sub>	2476
		% dentro de MIR	56,4%	68,9%	57,5%
	Se lo diría con toda seguridad	Recuento	1667 <sub>a</sub>	109 <sub>b</sub>	1776
		% dentro de MIR	42,2%	30,3%	41,2%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 46: ¿Cree usted que la responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio?**

La mayoría opina que, cuando existe un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional, es responsabilidad de los directores o jefes abordar la situación. Sin embargo, entre los MIR existe menor grado de acuerdo con esta afirmación (con diferencias estadísticamente significativas) (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P46 ¿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?	1	Recuento	217 <sub>a</sub>	28 <sub>a</sub>	245
		% dentro de MIR	5,5%	7,8%	5,7%
	2	Recuento	237 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>	267
		% dentro de MIR	6,0%	8,3%	6,2%
	3	Recuento	933 <sub>a</sub>	119 <sub>b</sub>	1052
		% dentro de MIR	23,6%	33,1%	24,4%
	4	Recuento	1299 <sub>a</sub>	104 <sub>a</sub>	1403
		% dentro de MIR	32,9%	28,9%	32,6%
	5	Recuento	1262 <sub>a</sub>	79 <sub>b</sub>	1341
		% dentro de MIR	32,0%	21,9%	31,1%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 47: Si tiene que atender a un médico enfermo...**

Cuando los encuestados tienen que atender a un médico enfermo, la mayoría prefieren que este se identifique como médico, aunque el porcentaje es mucho mayor en No MIR (62,5%) que en

MIR (42,8%). El 27,2% de los MIR prefieren que no se identifique como médico para que no afecte a la manera de atenderle. Por otra parte, el 28,1% de los encuestados considera que no le influye en nada que el paciente sea médico y que presta a todos la misma atención. Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P47 Si tiene que atender a un médico enfermo...	No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención	Recuento % dentro de MIR	1104 <sub>a</sub> 28,0%	108 <sub>a</sub> 30,0%	1212 28,1%
	Prefiero no saberlo para que no afecta a mi manera de atenderle	Recuento % dentro de MIR	378 <sub>a</sub> 9,6%	98 <sub>b</sub> 27,2%	476 11,0%
	Prefiero que el médico se identifique como tal	Recuento % dentro de MIR	2466 <sub>a</sub> 62,5%	154 <sub>b</sub> 42,8%	2620 60,8%
Total		Recuento % dentro de MIR	3948 100,0%	360 100,0%	4308 100,0%

**Pregunta 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?**

La mayoría de los encuestados, sin diferencias entre MIR y No MIR, muestra su acuerdo con recomendar a un médico enfermo acudir a los servicios de salud laboral o prevención de riesgos laborales.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P48 ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de salud laboral o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa?	1	Recuento % dentro de MIR	283 <sub>a</sub> 7,2%	22 <sub>a</sub> 6,1%	305 7,1%
	2	Recuento % dentro de MIR	390 <sub>a</sub> 9,9%	30 <sub>a</sub> 8,3%	420 9,7%
	3	Recuento % dentro de MIR	1038 <sub>a</sub> 26,3%	96 <sub>a</sub> 26,7%	1134 26,3%
	4	Recuento % dentro de MIR	1157 <sub>a</sub> 29,3%	115 <sub>a</sub> 31,9%	1272 29,5%
	5	Recuento % dentro de MIR	1080 <sub>a</sub> 27,4%	97 <sub>a</sub> 26,9%	1177 27,3%
Total		Recuento % dentro de MIR	3948 100,0%	360 100,0%	4308 100,0%

**Pregunta 49: ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médico/as jubilado/as?**

En cuanto a la valoración sobre la atención que reciben los médicos jubilados, las puntuaciones más frecuentes son 3-4 sobre 5. El grupo de MIR valora mejor dicha atención que los No MIR (grupo que incluye a los propios médicos jubilados). Las diferencias son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P49 ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médico/as jubilado/as?	1	Recuento	199 <sub>a</sub>	7 <sub>b</sub>	206
		% dentro de MIR	5,0%	1,9%	4,8%
	2	Recuento	412 <sub>a</sub>	18 <sub>b</sub>	430
		% dentro de MIR	10,4%	5,0%	10,0%
	3	Recuento	1737 <sub>a</sub>	140 <sub>a</sub>	1877
		% dentro de MIR	44,0%	38,9%	43,6%
	4	Recuento	1359 <sub>a</sub>	145 <sub>b</sub>	1504
		% dentro de MIR	34,4%	40,3%	34,9%
	5	Recuento	241 <sub>a</sub>	50 <sub>b</sub>	291
		% dentro de MIR	6,1%	13,9%	6,8%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 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?**

En cuanto a la capacidad de prescripción de fármacos por parte de los médicos jubilados, hay claras discrepancias entre los MIR y los No MIR (grupo que, recordemos, incluye a los médicos jubilados). Más de la mitad de los MIR opina que los jubilados deberían renunciar a la prescripción tras varios años sin ejercer y solo un 23,9% piensa que deberían conservar esa capacidad de por vida. Por el contrario, casi la mitad de los No MIR optan por la conservación de por vida de la capacidad de prescripción, frente a la renuncia tras varios años apoyada por un 38,2%, y solo el 14,7% ve adecuado que renuncien a la capacidad de prescribir nada más jubilarse. Las diferencias entre MIR y No MIR son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P50 ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?	Debería renunciar nada más jubilarse	Recuento	580 <sub>a</sub>	82 <sub>b</sub>	662
		% dentro de MIR	14,7%	22,8%	15,4%
	Debería renunciar tras varios años sin ejercicio	Recuento	1507 <sub>a</sub>	192 <sub>b</sub>	1699
		% dentro de MIR	38,2%	53,3%	39,4%
	Debería conservar esa capacidad de por vida	Recuento	1861 <sub>a</sub>	86 <sub>b</sub>	1947
		% dentro de MIR	47,1%	23,9%	45,2%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 51: ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?**

Existe una opinión mayoritariamente favorable sobre la conveniencia de que el Código de Deontología Médica incluya recomendaciones sobre cómo abordar la salud del médico, sin diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR.

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P51 ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?	1	Recuento	103 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	107
		% dentro de MIR	2,6%	1,1%	2,5%
	2	Recuento	139 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	144
		% dentro de MIR	3,5%	1,4%	3,3%
	3	Recuento	948 <sub>a</sub>	88 <sub>a</sub>	1036
		% dentro de MIR	24,0%	24,4%	24,0%
	4	Recuento	1393 <sub>a</sub>	132 <sub>a</sub>	1525
		% dentro de MIR	35,3%	36,7%	35,4%
	5	Recuento	1365 <sub>a</sub>	131 <sub>a</sub>	1496
		% dentro de MIR	34,6%	36,4%	34,7%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pregunta 52: ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos?**

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P52 ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos?	1	Recuento	816 <sub>a</sub>	44 <sub>b</sub>	860
		% dentro de MIR	20,7%	12,2%	20,0%
	2	Recuento	988 <sub>a</sub>	99 <sub>a</sub>	1087
		% dentro de MIR	25,0%	27,5%	25,2%
	3	Recuento	1465 <sub>a</sub>	146 <sub>a</sub>	1611
		% dentro de MIR	37,1%	40,6%	37,4%
	4	Recuento	545 <sub>a</sub>	57 <sub>a</sub>	602
		% dentro de MIR	13,8%	15,8%	14,0%
	5	Recuento	134 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	148
		% dentro de MIR	3,4%	3,9%	3,4%
Total	Recuento	3948	360	4308	
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%	

Se aprecia una tendencia a considerar que los Colegios de Médicos no se implican lo suficiente en la atención de los colegiados enfermos, siendo esta tendencia estadísticamente mayor en los No MIR que en los MIR (0,005).

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

Casi la mitad de los No MIR y más de tres cuartas partes de los MIR desconocen en qué consiste la VPC, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P53 ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años?	NO	Recuento	1958 <sub>a</sub>	280 <sub>b</sub>	2238
		% dentro de MIR	49,6%	77,8%	51,9%
	SI	Recuento	1990 <sub>a</sub>	80 <sub>b</sub>	2070
		% dentro de MIR	50,4%	22,2%	48,1%
Total	Recuento		3948	360	4308
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 54: "La validación periódica de la colegiación (VPC) es la certificación que emiten los colegios de médicos tras evaluar y reconocer la buena praxis profesional, la actividad laboral y la valoración de la salud de los médicos para el ejercicio de la profesión" ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio?**

Existen diferencias estadísticamente significativas entre MIR y No MIR (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P54 ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio?	1	Recuento	361 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>	374
		% dentro de MIR	9,1%	3,6%	8,7%
	2	Recuento	442 <sub>a</sub>	22 <sub>b</sub>	464
		% dentro de MIR	11,2%	6,1%	10,8%
	3	Recuento	1480 <sub>a</sub>	153 <sub>a</sub>	1633
		% dentro de MIR	37,5%	42,5%	37,9%
	4	Recuento	940 <sub>a</sub>	105 <sub>b</sub>	1045
		% dentro de MIR	23,8%	29,2%	24,3%
	5	Recuento	725 <sub>a</sub>	67 <sub>a</sub>	792
		% dentro de MIR	18,4%	18,6%	18,4%
Total	Recuento		3948	360	4308
	% dentro de MIR		100,0%	100,0%	100,0%

**Pregunta 55: ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?**

La mayoría de los encuestados, con un porcentaje muy superior entre los MIR, consideran que la VPC puede contribuir a que los médicos sean más conscientes de la necesidad de cuidar su salud. Las diferencias entre MIR y No MIR respecto a esta cuestión son estadísticamente significativas (0,000).

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
P55 ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?	NO	Recuento	1408 <sub>a</sub>	66 <sub>b</sub>	1474
		% dentro de MIR	35,7%	18,3%	34,2%
	SI	Recuento	2540 <sub>a</sub>	294 <sub>b</sub>	2834
		% dentro de MIR	64,3%	81,7%	65,8%
Total		Recuento	3948	360	4308
		% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

**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?**

Los médicos residentes emiten diferentes sugerencias, entre las que destacan:

- Mejora de las condiciones laborales: aumentar las plantillas, proporcionar tiempo suficiente para las tareas asignadas, no utilizar a los MIR como “mano de obra barata”, asegurar los descansos tras las guardias, fomentar la comunicación entre los equipos y con la dirección. Varios sugieren la supresión de las guardias de 24 horas.
- Creación de programas de atención específicos para los médicos enfermos.
- Fomento de hábitos saludables entre los médicos.
- Reconocimientos médicos obligatorios o seguimiento por parte de salud laboral.
- Mayor implicación de los Colegios de Médicos en la defensa de los derechos de sus colegiados.
- Actuaciones para asegurar la confidencialidad de los datos; por ejemplo, restringiendo el acceso a las historias clínicas.
- Acceso a apoyo psicológico (individual o grupal).

#### **5.4.2- ANÁLISIS MULTIVARIANTE**

A continuación, se presentan los resultados del análisis estadístico multivariante, en el cual se estudia la relación entre distintas variables, centrado en aspectos concretos que hemos considerado de especial interés por su frecuencia, por lo inesperado de los resultados o por su relevancia en el terreno ético, laboral o formativo.

##### **Presentismo laboral**

A pesar de que, en general, las cifras de médicos que acuden a trabajar estando enfermos son elevadas, existen diferencias entre grupos en función variables como estado civil, el sexo, la edad, el sector en el que ejercen, el ámbito sanitario, la satisfacción laboral y la autoprescripción de determinados medicamentos.

En cuanto al estado civil, entre los médicos solteros la respuesta más habitual es que van a trabajar pocas veces estando enfermos (38,3%) mientras que los casados, separados y viudos responden con mayor frecuencia que van bastantes veces a trabajar estando enfermos. (43,4% 47,2% 44,9%) (0,001)

Por otra parte, cuanto mayor es la edad de los médicos, más veces acuden a trabajar estando enfermos (la edad media de los que siempre van a trabajar es de 52 años, mientras que la edad de quienes nunca van a trabajar enfermos es de 43'9 años). De igual modo, el número de años trabajados también tiene relación con acudir en mayor medida a su puesto de trabajo estando enfermos (quienes van siempre a trabajar tienen 24,9 años trabajados de media, mientras que los que nunca van a trabajar enfermos tienen una media de tiempo trabajado de 17,9 años). (0,001)

Respecto al ámbito laboral, aunque tanto los médicos en ejercicio público como en el sector privado van bastantes veces a trabajar estando enfermos (42,5% y 37,8%), este porcentaje aumenta en gran medida en el sector privado concertado. (0,019)

Los MIR responden con más frecuencia que van pocas veces a trabajar estando enfermos (36,4%) o nunca (31,7%) mientras que aquellos en activo, jubilados o en desempleo (43,9% 43,7% 42,9%) van bastantes veces a trabajar. En el caso de los médicos activos, solo un 8,6% afirma que nunca acude a trabajar estando enfermo. (0,001) Esto es esperable, ya que los MIR cuentan en su mayoría con menor tiempo de experiencia profesional y con mejor estado de salud general, por lo que han tenido menos posibilidades de coger la baja por enfermedad. Aún así, cerca del 70% de los MIR han acudido a trabajar estando enfermos, al menos en alguna ocasión. Si bien ese porcentaje supera el 90% entre los No MIR, las tasas de presentismo en médicos residentes no son nada desdeñables, como se comentará con más detalle en la discusión.

Si comparamos a los médicos de familia con el resto de especialidades, los primeros tienden a acudir a su puesto de trabajo a pesar de estar enfermo bastantes veces o incluso siempre, en mayor porcentaje que el resto de especialidades (47% frente a 39,4% en bastantes, 14,3% frente a 10,1% en siempre) (0,001)

Un hallazgo destacable es la relación entre presentismo y satisfacción laboral. Aquellos médicos que están muy satisfechos con su trabajo constituyen la población que nunca va a trabajar estando enfermo en mayor porcentaje (19,2%). Los que se declaran nada satisfechos o poco satisfechos, son quienes tienen el mayor porcentaje de respuestas afirmando que van siempre o bastantes veces a trabajar estando enfermos. (0,001)

Respecto a la relación entre presentismo laboral y autoprescripción farmacológica, aquellos médicos que no se autoprescriben nunca analgésicos básicos, tienen el mayor porcentaje de los que nunca van a trabajar estando enfermos. Por el contrario, aquellos que se autoprescriben con mayor frecuencia analgésicos básicos, van más frecuentemente a trabajar estando enfermos. (0,001) Casi un 60% (58,9%) de quienes alguna vez se han automedicado con analgésicos opioides van bastantes veces a trabajar estando enfermos.

En referencia a los motivos que los médicos alegan para acudir a trabajar con un problema de salud por el que hubiesen dado la ILT a un paciente, un 54% declaran hacerlo por no sobrecargar a sus compañeros, seguidos de un 38% que lo hace por responsabilidad hacia sus pacientes.

Aquellos con mayor edad y con mayor número de años trabajados, señalan más como causa la responsabilidad hacia sus pacientes, mientras que aquellos con menos edad y/o menos tiempo trabajado lo relacionan con el miedo a perder el trabajo. (0,001).

Las mujeres mayoritariamente acuden al trabajo por no sobrecargar a los compañeros (58,1%) mientras que entre los hombres un 48,4% optan por la misma opción y un 44,6% afirman que es por responsabilidad hacia sus pacientes (0,001)

En relación con la situación laboral, aquellos que se encuentran en desempleo o están jubilados, optan por la responsabilidad hacia sus pacientes como la opción mayoritaria (42,2%, 55,7%) mientras que los MIR y los médicos activos optan más por no sobrecargar a sus compañeros (65%, 55,4%) (0,001)

En cuanto a los MIR, si van a trabajar con un problema de salud, casi 2/3 lo hacen por no sobrecargar a sus compañeros (65% en comparación con 55% en médicos activos y 40,6% en jubilados). Por otra parte, la responsabilidad hacia sus pacientes es la causa principal alegada por los médicos jubilados.

Destaca dentro de los médicos en activo, que aquellos que trabajan por cuenta propia van más al trabajo estando enfermos por responsabilidad hacia sus pacientes (62%), pero aquellos que trabajan por cuenta ajena lo hacen más por no sobrecargar a sus compañeros (60%). (0,001) Esto concuerda con los datos de que aquellos médicos que trabajan en el sector privado van al trabajo por la responsabilidad hacia sus pacientes (58,5%) pero aquellos que trabajan en el sector público mayoritariamente lo hacen por no sobrecargar a sus compañeros (60,5%).

En lo concerniente a satisfacción laboral, los médicos que están muy satisfechos con el trabajo que desempeñan van a trabajar estando enfermos por la responsabilidad hacia sus pacientes (53,1%) mientras que el resto de médicos, con un nivel de satisfacción menor, eligen más como motivo evitar sobrecargar a sus compañeros (52,1-58,2%). Destaca por encima del resto del grupo que los profesionales nada satisfechos con su trabajo, eligen en un 12,8% (un porcentaje mucho más alto que en el resto de grupos, que está en torno a un 3-4 %) el mantener su nivel de ingresos como razón para no dejar de trabajar durante la enfermedad.

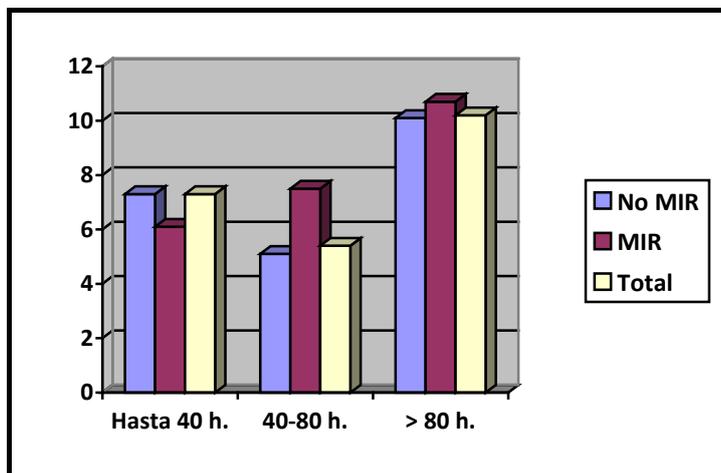
### **Relación entre el estado de salud y otras variables**

Mediante regresión logística, se estudia la relación entre el estado de salud percibido (variable dependiente) y las siguientes variables: horas de trabajo semanales, satisfacción laboral, presencia de problemas de salud crónicos, consumo excesivo de alcohol y autoprescripción de ansiolíticos/hipnóticos.

No tener un buen estado de salud percibido se relaciona de manera estadísticamente significativa con trabajar más de 40 horas semanales (0,024) y con la presencia de patologías crónicas (0,001), pero no con el consumo excesivo de alcohol ni con la autoprescripción de ansiolíticos/hipnóticos. También se encuentra que la satisfacción laboral actúa como factor protector, es decir, a mayor satisfacción laboral, mejor estado de salud percibido (0,001).

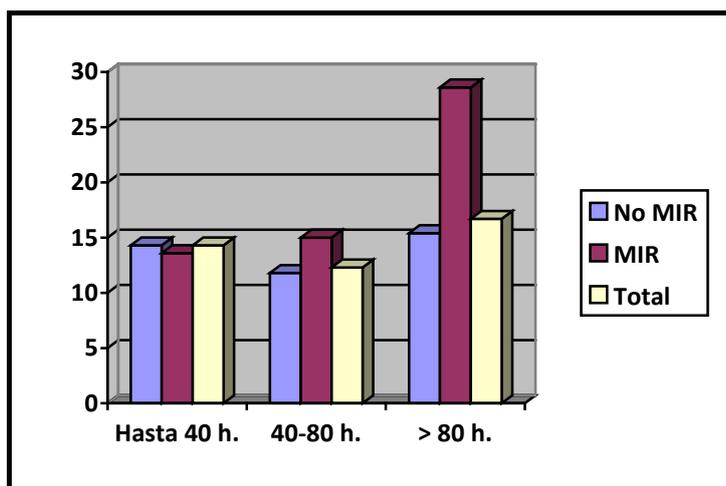
### Relación entre trastornos depresivos o de ansiedad y horas de trabajo semanales

En primer lugar, se estudia si existe relación entre la prevalencia de trastorno depresivo y el número de horas de trabajo semanales. Se aprecia una mayor prevalencia de depresión en quienes declararon haber trabajado más de 80 horas la semana previa (10,2% frente al 7,3% y 5,4% de los otros tramos). Estas diferencias son estadísticamente significativas en el total de la muestra y en los No MIR (0,002), pero no en los MIR, probablemente por el menor tamaño de la muestra, aunque la tendencia es clara: 6,1% de trastornos depresivos en quienes trabajan hasta 40 h./semana, 7,5% entre 40 y 80 horas y 10,7% entre quienes trabajan más de 80 horas.



Prevalencia de trastornos depresivos, según las horas de trabajo semanales.

A continuación, se expone la relación entre la prevalencia de trastorno de ansiedad y el número de horas semanales trabajadas. Se observa mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en los médicos que trabajan más de 80 horas semanales, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa (0,053). En los MIR, a pesar de no alcanzarse significación estadística, lo que se atribuye al menor tamaño muestral, la prevalencia de trastorno de ansiedad es mucho mayor en quienes trabajan más de 80 horas a la semana (28,6%, frente al 13,6% y 15% de los que trabajan hasta 40 horas o entre 40 y 80, respectivamente).

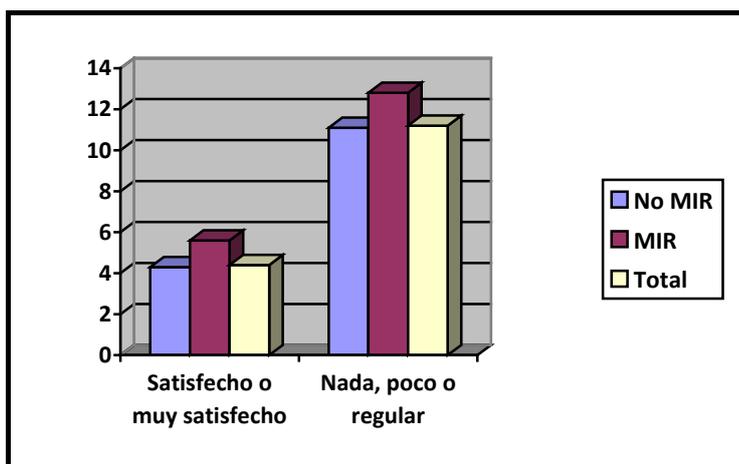


Prevalencia de trastornos de ansiedad, según las horas de trabajo semanales.

### Relación entre trastornos depresivos o de ansiedad y satisfacción laboral

En el siguiente gráfico puede observarse la relación existente entre la prevalencia de trastorno depresivo y la satisfacción laboral. Quienes están satisfechos o muy satisfechos con su trabajo

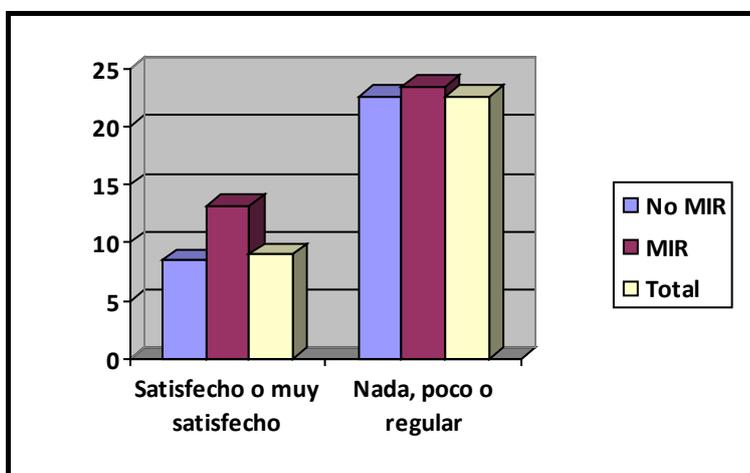
actual, muestran porcentajes mucho menores de depresión. Estas diferencias son estadísticamente significativas tanto en MIR (0,024) como en No MIR (0,000).



Prevalencia de trastornos depresivos, según la satisfacción laboral.

Similares resultados se hallan al estudiar la relación entre trastornos de ansiedad y satisfacción laboral. A mayor satisfacción con el trabajo actual, menor prevalencia de trastorno ansioso, tal y como muestra el gráfico a continuación. Estas diferencias son estadísticamente significativas tanto en MIR (0,019) como en No MIR (0,000).

Otro dato llamativo es que apenas hay diferencias entre MIR y No MIR que no expresan menos satisfacción con su trabajo, todos muestran elevada prevalencia de ansiedad. Sin embargo, entre los más satisfechos, los MIR presentan una prevalencia mucho mayor que los No MIR (13,2% frente a 8,5%).



Prevalencia de trastornos de ansiedad, según la satisfacción laboral.

### **Preferencias sobre la identificación del médico-paciente en función del padecimiento o no de patologías crónicas**

La conveniencia o no de que cuando un médico acude a recibir asistencia sanitaria, se identifique como tal, es de gran relevancia en esta investigación. En este caso, se ha valorado si existe relación entre padecer o no patologías crónicas (pregunta 15) y la preferencia sobre la identificación del paciente cuando se ejerce como médico de otro médico (pregunta 47), es decir, si influye la experiencia previa como paciente a la hora de atender a otro médico enfermo y de preferir que este se identifique como tal.

En los No MIR, no se hallan diferencias entre quienes padecen patologías crónicas y quienes no, en cuanto a si prefieren que el médico-paciente se identifique como tal. En los MIR, aunque no se alcanza suficiente nivel de significación estadística, sí se observa cierta tendencia digna de ser reseñada: los residentes que padecen problemas de salud crónicos eligen con más frecuencia que el médico no se identifique para que no afecte a la atención (33,6%) que quienes no sufren patologías crónicas (23,2%).

		Ningún problema de salud crónico	Algún problema de salud crónico	Total
No MIR	No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención	490 29,2%	614 27,0%	1104 28,0%
	Prefiero no saberlo para que no afecte a mi manera de atenderle	170 10,1%	208 9,2%	378 9,6%
	Prefiero que el médico se identifique como tal	1017 60,6%	1449 63,8%	2466 62,5%
	Total	1677 100%	2271 100%	3948 100%
MIR	No me influye la condición del paciente. Presto a todos los pacientes la misma atención	70 31,8%	38 27,1%	108 30,0%
	Prefiero no saberlo para que no afecte a mi manera de atenderle	51 23,2%	47 33,6%	98 27,2%
	Prefiero que el médico se identifique como tal	99 45,0%	55 39,3%	154 42,8%
	Total	220 100%	140 100%	360 100%

### 5.4.3- COMPARATIVA CON LA POBLACIÓN GENERAL (ENCUESTA NACIONAL DE SALUD)

Con la finalidad de establecer comparaciones entre los MIR y la población general, se realiza una comparativa entre los resultados de algunas preguntas de nuestra encuesta y los resultados de esas mismas cuestiones pertenecientes a la Encuesta Nacional de Salud.

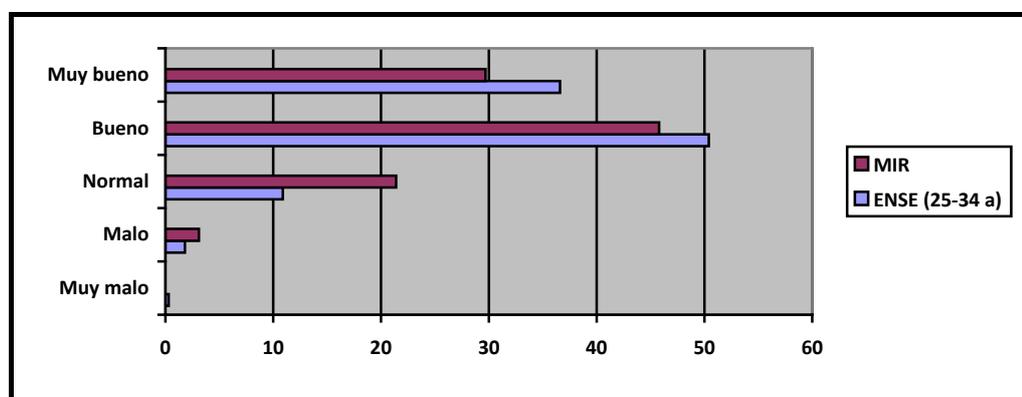
Se utilizará la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017), que recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 23.860 hogares. Incluye una muestra de 29.195 personas, entre adultos (23.089) y menores de 15 años (6.106). Los resultados de dicha encuesta se han obtenido a través de la web del Instituto Nacional de Estadística.

Ya que la encuesta nacional de salud divide a los encuestados por grupos de edad, en el caso de los MIR se van a establecer comparaciones con el grupo de 25-34 años, que representa a casi el 90% de nuestra muestra de residentes, aún siendo conscientes del sesgo de dejar fuera a los médicos residentes con edades superiores a 35 años.

#### Valoración del estado de salud

A pesar de que los MIR han referido en nuestra encuesta un buen estado general de salud, los resultados entre la población general de 25 a 34 años son aún mejores, con mayor porcentaje de respuestas definiendo el estado de salud como bueno o muy bueno. Por lo tanto, los MIR muestran una peor valoración de su estado de salud que la población general de edad similar. Las diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.0000001$ ).

		MIR	ENSE (25-34 años)
<b>Estado de salud percibido</b>	Muy bueno	107 29,7%	1974 36,6%
	Bueno	165 45,8%	2720 50,4%
	Normal	77 21,4%	586 10,9%
	Malo	11 3,1%	97 1,8%
	Muy malo	0 0,0%	17 0,3%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%



Estado de salud percibido.

### Problemas de salud crónicos

Existe una prevalencia de problemas de salud crónicos ligeramente inferior en los MIR, pero las diferencias con la población de 25 a 34 años de la ENSE no son estadísticamente significativas.

		MIR	ENSE (25-34 años)
¿Tiene algún problema de salud crónico?	SÍ	140 38,9%	2335 43,3%
	NO	220 61,1%	3059 56,7%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%

### Trastornos depresivos

En la ENSE 2017 no se incluyeron preguntas específicas sobre la existencia de cuadros depresivos. Para una comparación aproximada, se toman los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España 2014<sup>194</sup>, que sí incluyó preguntas sobre prevalencia de depresión.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con una mayor prevalencia de depresión entre los MIR que en la población general entre 25 y 34 años.

		MIR	Encuesta Europea de Salud 2014 (25-34 años)
Trastorno depresivo	SÍ	27 7,5%	304 5,1%
	NO	333 92,5%	5680 94,9%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5984 100,0%

### Hospitalizaciones

En lo concerniente a haber sido hospitalizados en los 12 meses previos, el porcentaje es muy similar entre los MIR y la población general entre 25 y 34 años, no hallándose diferencias estadísticamente significativas.

		MIR	ENSE (25-34 años)
Hospitalización	SÍ	27 7,5%	419 7,8%
	NO	333 92,5%	4975 92,2%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%

### Consultas al médico de familia

En la ENSE, se pregunta por el tiempo transcurrido desde la última consulta con el médico de familia y estas son las respuestas en el grupo de 25-34 años: 1187 (22,0%) responden que hace 4

semanas o menos, 2771 (50,3%) hace más de 4 semanas y menos de un año, 1414 (26,2%) hace más de un año y 23 (0,4%) no han ido nunca al médico de familia.

Respecto a esta cuestión, no es posible establecer una comparación de todas las opciones de respuesta al no incluir nuestra encuesta una pregunta igual a la de la ENSE. Sin embargo, sí disponemos de los porcentajes de los médicos residentes que no han acudido nunca a su médico de familia o quienes incluso declaran no tener médico de familia, que suponen un total de 90 (25% de los MIR). Por tanto, en cuanto al porcentaje de personas que no acuden nunca al médico de familia, hay claras diferencias entre MIR (25%) y población general entre 25 y 34 años (0,4%).

### Actividad física

Como ya se comentó en la pregunta número 30 de la encuesta sobre el médico como paciente, los resultados se han agrupado en tres tramos, para hacerlos coincidir con la división usada en el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), utilizado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), y permitir así la comparación. Se subdivide la actividad física en nivel bajo/inactivo, moderado y alto.

En la tabla puede observarse que entre la población general existe mayor porcentaje de personas con nivel bajo de actividad física que entre los MIR, aunque también existe mayor proporción de quienes desarrollan un nivel alto de ejercicio físico que entre los MIR.

		MIR	ENSE (25-34 años)
<b>Nivel de actividad física</b>	Bajo/inactivo	88 24,4%	1713 31,8%
	Moderado	180 50,0%	1981 36,7%
	Alto	92 25,6%	1700 31,5%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%

### Consumo de tabaco

En lo relativo al consumo de tabaco, existen diferencias estadísticamente significativas entre los MIR y la población general. El porcentaje de personas que nunca ha fumado es mucho mayor en los MIR, mientras que la proporción de fumadores habituales se acerca al 30% en la población general pero es menor del 4% entre los médicos residentes.

		MIR	ENSE (25-34 años)
<b>Consumo de tabaco</b>	Nunca ha fumado	291 80,8%	2833 52,5%
	Ex fumador	42 11,7%	822 15,2%
	Fumador ocasional	13 3,6%	192 3,6%
	Fumador diario o habitual	14 3,9%	1539 28,5%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%

## Consumo de alcohol

Se toma como referencia la pregunta de la ENSE 2017 sobre frecuencia de consumo intensivo de alcohol, que es la más similar a la pregunta de nuestra encuesta (consumo de bebidas alcohólicas en exceso). Para hacer equivalentes las respuestas de ambas, al ofrecer la ENSE opciones temporales más concretas, se considerará consumo habitual el realizado al menos una vez por semana y se fusionarán las respuestas de quienes contestaron “no en el último año” con las de la opción “nunca”, puesto que en nuestra encuesta se preguntaba el consumo en los últimos 12 meses.

Según estos datos, el consumo habitual de cantidades excesivas de alcohol es escaso, tanto entre los MIR como en población general de 25 a 34 años. Sin embargo, entre los MIR hay mayor porcentaje de consumo intensivo ocasional de alcohol que en la población general de dicho tramo de edad.

		MIR	ENSE (25-34 años)
<b>Consumo intensivo de alcohol en 12 meses previos</b>	Nunca	187 51,9%	3621 67,1%
	Ocasional	165 45,8%	1610 29,8%
	Habitual	8 2,2%	157 2,9%
<b>TOTAL</b>		360 100,0%	5394 100,0%

## Consumo de otras sustancias

La ENSE no incluye ninguna pregunta sobre el consumo de cannabis o psicoestimulantes, por lo que para establecer comparaciones sobre esta cuestión se ha tomado como referencia el informe elaborado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2017.<sup>195</sup>

Según los datos de dicho informe, en la población española de entre 25 y 34 años, un 15% ha consumido cannabis en los 12 meses previos. Estas cifras son muy superiores al consumo de cannabis en el año previo declarado por los MIR en nuestra encuesta (7,5% admiten consumo ocasional y solo 0,6% consumo habitual).

En cuanto al consumo de psicoestimulantes, el informe del Observatorio Europeo desglosa las frecuencias de consumo de cocaína (3,3%), anfetaminas (1%) y MDMA (1%) entre españoles de 25 a 34 años. En nuestra encuesta, el 3,1% de los MIR refiere consumir ocasionalmente alguna de esas sustancias.

## 6- DISCUSIÓN

### 6.1- SESGOS Y LIMITACIONES

#### Limitaciones de la búsqueda bibliográfica

A pesar de ser un tema de creciente interés, apenas existen términos MeSH para designar la salud de los médicos o la situación del médico enfermo. Esto dificulta la realización de una revisión bibliográfica sistematizada, especialmente en el caso de los médicos residentes. Aún así, ha podido encontrarse la mayor parte de la literatura disponible sobre el tema mediante localización de los artículos básicos y ampliación de la búsqueda hacia las referencias bibliográficas derivadas de estos.

#### Diversidad de sistemas de formación médica especializada a nivel internacional

Aunque en la mayoría de los países existen programas estructurados de especialidades, los sistemas de formación a los que hace referencia la literatura internacional presentan diferencias en cuanto a la duración y organización de los planes formativos, lo que puede no hacer comparables algunas circunstancias concernientes a los médicos residentes.

Sin embargo, consideramos que existe una elevada concordancia entre estudios en cuanto a las características generales del periodo de formación médica postgraduada o especializada en las que nos basamos a la hora de plantear y elaborar el proyecto de investigación (estrés, sobrecarga de trabajo, falta de tiempo libre, cambios vitales significativos...), que son comunes en los distintos países, sin por ello olvidar los matices propios de cada país, que hemos tratado de señalar y tener en cuenta.

#### La fiabilidad de la información

Uno de los principales puntos de controversia relativos a la obtención de datos a través de métodos cualitativos, son las dudas sobre la credibilidad de la información. Esta puede variar mucho: los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las situaciones que relatan. Para evitar en lo posible este sesgo, se ha intentado contrastar la información o cruzarla 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 represente 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 es real y válido para ellos, que son los protagonistas de sus propias vivencias. 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 conscientemente la información que proporciona, aunque sí es posible que se omita o modifique la información de manera no intencionada o por el deseo legítimo de no compartir determinados detalles de índole personal. También es necesario señalar que los participantes son todos profesionales de la medicina, conscientes por su profesión e incluso por sus propias experiencias como investigadores de la importancia de la rigurosidad en los proyectos de investigación, lo que reduce las dudas sobre su colaboración, también en cuanto a la información facilitada.

También en la encuesta, la información obtenida proviene directamente de los encuestados y no es posible contrastarla empíricamente, por lo que existe la posibilidad de que las respuestas no reflejen fielmente la realidad. Sin embargo, el gran tamaño de la muestra minimiza esa posibilidad

de distorsión.

No consideramos que esta limitación reste valor a los resultados del proyecto, ya que, tanto las entrevistas y grupos focales como la encuesta, se han realizado con el propósito de conocer las impresiones y experiencias de los encuestados, que por definición son algo subjetivo. Además, se han utilizado métodos de triangulación, combinando información obtenida por distintas fuentes, lo que mejora la fiabilidad de los datos.

### Limitaciones en el reclutamiento de los entrevistados

En el subgrupo de los médicos residentes, ha sido dificultoso encontrar los perfiles requeridos para las entrevistas, en primer lugar, por una simple cuestión estadística, existe un número limitado de médicos residentes, mucho menor que de médicos especialistas en activo. Además, la mayoría son jóvenes y por ello con menor incidencia de patologías graves que otros grupos de edad. Por otra parte, la red de contactos de los residentes, al llevar menos tiempo ejerciendo su profesión, no es tan extensa como en médicos más experimentados. Otra cuestión nada desdeñable es el elevado número de horas que los residentes están realizando su trabajo o cuestiones relacionadas con este (jornada laboral, guardias, asistencia a cursos, másteres, tesis doctorales...) con la consiguiente falta de tiempo libre, que reduce su disponibilidad para participar como entrevistados.

Las apretadas agendas de los profesionales también han interferido en la selección de participantes para los grupos focales, aunque finalmente han podido realizarse todos ellos con suficiente representación de los perfiles buscados.

### Confidencialidad

En cuanto a las entrevistas, el hecho de que la participación surja espontáneamente o sea buscada a través de terceras personas, facilita la aparición de entrevistados que han dado a conocer más o menos abiertamente la existencia de su problema de salud. Por el contrario, resulta mucho más difícil acceder a las personas que muestran una especial preocupación por la confidencialidad y no han compartido su padecimiento con su entorno; incluso en caso de acceder a estas personas, es más probable que rechacen participar en la investigación, lo que hace más complicado obtener sus reflexiones y percepciones.

Esta limitación podría entenderse como un factor a la hora de explicar la relativamente escasa importancia que los médicos residentes 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 residentes sobre la confidencialidad de los datos médicos se ve influida por otros factores con más peso que la selección de los entrevistados.

### Selección de los encuestados

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.

Por otra parte, al acceder mayoritariamente a los médicos a través de las organizaciones colegiales, así como establecer comparaciones con los datos estadísticos sobre médicos colegiados, se habrían quedado fuera los pertenecientes a las Comunidades Autónomas donde no es obligatoria la colegiación. Sin embargo, en la actualidad Murcia es la única que no mantiene la obligatoriedad de la colegiación universal de sus profesionales médicos y, aún así, 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.

### Profesión de los investigadores

Los investigadores del proyecto somos médicos, por lo que no somos ajenos a la realidad relatada por los sujetos a estudio.

### Lenguaje de género

Para evitar el aumento de extensión del presente texto que hubiera supuesto escribir cada término en masculino y en femenino, se decidió utilizar de forma genérica el masculino por ser el género mayoritariamente utilizado en las publicaciones científicas, sin pretender en ningún caso infravalorar o invisibilizar el sector femenino de la profesión médica (de hecho, muy presente en el grupo de investigación que lleva a cabo el proyecto).

## **6.2- FORTALEZAS**

Se trata de uno de los pocos estudios realizados en nuestro país sobre el médico residente como paciente; el único que utiliza metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. Este estudio ha supuesto una oportunidad única para profundizar en la cuestión de la salud de los médicos residentes, tema de creciente interés a nivel internacional. Poder recoger datos cuantitativos sobre el grupo global de médicos residentes en España, unido a la recogida de información sobre las percepciones de quienes han padecido una enfermedad importante, ha aportado una gran riqueza al trabajo.

Incluir, además, las percepciones de quienes acompañan al médico residente durante su formación especializada (tutores y responsables de docencia) y quienes pueden tener un papel relevante en caso de enfermedad (por ejemplo, los profesionales de salud laboral), amplía las perspectivas de la investigación y permite encontrar otras áreas de mejora.

En cuanto a la parte cuantitativa, el tamaño muestral y la representatividad permiten extraer conclusiones aplicables a la población médica y, en concreto, a los residentes. Las fuentes oficiales apenas cuentan con datos fiables sobre los residentes que actualmente se forman como especialistas en nuestro país. Incluso los datos demográficos más básicos se basan en estimaciones, por lo que la aportación de mayor información sobre este colectivo viene a ampliar y mejorar los datos existentes hasta la fecha.

Los resultados obtenidos en esta tesis abren la puerta a la realización de nuevas investigaciones con el médico residente como protagonista, al demostrarse sus peculiaridades respecto a los médicos en otros momentos de su vida profesional y las potenciales posibilidades de mejora y aprendizaje existentes por encontrarse en una etapa temprana de su práctica clínica.

El conjunto de la información extraída nos lleva a la propuesta de diferentes líneas de futuro que permitirían mejorar el abordaje de los problemas de salud de los médicos residentes y los aspectos éticos y formativos relacionados.

## **6.3- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Se discuten conjuntamente los resultados obtenidos en el proyecto de investigación, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos, así como su concordancia con la bibliografía, destacando los siguientes temas:

- La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con la población general
- La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con el resto de los médicos
- Diferencias en el proceso de enfermar entre MIR y pacientes de la población general
- Impacto laboral de la enfermedad en los MIR
- Aprendizaje para su práctica clínica y para mejorar la atención
- Diferencias en el proceso de enfermar entre MIR y médicos en otras etapas profesionales
- Presentismo laboral
- Confidencialidad

### **6.3.1.- La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con la población general**

Según los resultados de la encuesta, podemos deducir que los residentes mantienen en general un buen estado de salud, tanto objetivo como auto-percibido, con valoraciones similares a las de otros estudios, como el de Cohen et al<sup>38</sup> en Canadá. La prevalencia de patologías comunes como hipertensión arterial o diabetes es baja, algo esperable debido a su edad (recordemos que casi un 90% de los MIR encuestados tienen menos de 35 años). Sin embargo, la auto-valoración de su estado de salud es significativamente inferior que la realizada por la población general entre 25 y 34 años, lo que parece relacionarse, entre otros factores, con la mayor cantidad de horas de trabajo semanales.

En general, los MIR mantienen hábitos de vida saludables, existiendo un porcentaje de fumadores muy inferior al de la población general y muy pocos consumos declarados habituales de sustancias como cocaína o cannabis. Aunque este último sí es consumido de manera ocasional por un nada desdeñable 7,5% de la muestra de residentes, estas cifras son mucho menores que las de la población general entre 25 y 34 años. Solo en el consumo intensivo de alcohol superan los MIR a la población general de referencia, lo que concuerda con los datos existentes en la literatura<sup>89</sup>, aunque en nuestro análisis no se ha podido demostrar que ese consumo excesivo ocasional de alcohol se relacione directamente con un peor estado de salud o con una menor satisfacción laboral. En cuanto al ejercicio físico, la mayoría de los MIR realiza actividad física moderada.

Tal y como aparece también reflejado en la literatura científica<sup>66</sup>, entre los MIR existe una mayor prevalencia de trastornos depresivos que en la población general de edad similar. La autoprescripción de psicofármacos también apunta a la existencia de malestar emocional que algunos intentan paliar automedicándose, en lugar de solicitar valoración y/o tratamiento a otros profesionales.

En lo relativo al uso de los servicios sanitarios, no hay diferencias con la población general en cuanto a las hospitalizaciones, pero sí en la asistencia a las consultas de medicina de familia. La gran mayoría de la población acude, con mayor o menor frecuencia, a su médico de familia. Sin embargo, uno de cada cuatro MIR no ha ido nunca o ni siquiera dispone de médico de familia, lo que confirma la utilización de vías de atención alternativas por parte de los médicos residentes, hecho en el que ahondaremos más adelante. El porcentaje de residentes que no tiene médico de familia o no acude nunca a él es algo menor que en los estudios con residentes de otros países<sup>33,34</sup>, pero aún así es significativo y supone una clara diferencia con la población general.

En resumen, los médicos residentes de nuestro país muestran una prevalencia de patologías

crónicas más baja y unos hábitos de vida más saludables que la población general, exceptuando el consumo intensivo ocasional de alcohol. Sin embargo, la auto-percepción de su estado de salud, aunque en general es buena, es peor que la de la población general de su mismo tramo de edad, lo que también coincide con lo valorado en estudios internacionales<sup>40</sup>. Esto podría relacionarse con las jornadas laborales prolongadas y la carga emocional asociada a la práctica clínica. Además, existe una prevalencia mayor de trastornos depresivos, hecho relevante por las consecuencias negativas que conlleva para los propios MIR y por cómo puede afectar a su práctica clínica y a su formación como especialistas en caso de no recibir la atención necesaria.

### **6.3.2.- La salud y el uso de los servicios sanitarios de los médicos residentes y su comparativa con el resto de los médicos**

La mayoría de los médicos en otras etapas profesionales presentan un buen estado de salud general, aunque no tan bueno como el que describen los MIR. Padecen con mayor frecuencia que los MIR enfermedades crónicas como diabetes o enfermedad cardiovascular. Solo en los trastornos de ansiedad y depresión los MIR muestran una prevalencia más elevada que los No MIR, lo que confirma los datos existentes en la literatura respecto al mayor riesgo de patologías mentales en este colectivo.<sup>66</sup>

Tres de cada cuatro MIR han consultado a su médico de familia en los últimos años, con una frecuencia mayor que los médicos en otras etapas profesionales. Solo uno de cada cuatro MIR ha estado alguna vez en situación de incapacidad laboral transitoria, frente a más del 70% de los No MIR. Los MIR acuden al reconocimiento inicial por parte de salud laboral, pero después, en muchos casos, no vuelven a consultar con dicho servicio salvo en las campañas de vacunación. En ese aspecto, los MIR se vacunan de la gripe con menor frecuencia que los No MIR, con unas tasas de vacunación habitual inferiores al 50%. Igual que en el estudio con residentes australianos de Shadbolt<sup>36</sup> en el que la mayoría se mostraban a favor de que se les hicieran chequeos en el hospital y de que estos fueran obligatorios, los MIR citaron la posibilidad de que se realicen reconocimientos médicos obligatorios como una propuesta de mejora en la encuesta. La validación periódica de la colegiación puede ser una herramienta útil en este sentido, al incluir la valoración del estado de salud de los médicos como una de las condiciones exigidas para obtener la certificación.

Respecto al consumo de sustancias, existen más fumadores y exfumadores de tabaco entre los No MIR. En las demás sustancias preguntadas en la encuesta (alcohol en exceso, cannabis, psicoestimulantes), el consumo es mayor entre los MIR aunque la frecuencia es baja y la mayoría hace un consumo ocasional y no habitual.

En cuanto a la autoprescripción de medicamentos, es más habitual por parte de los No MIR, excepto en los analgésicos básicos, que los MIR se autoprescriben con mayor frecuencia.

Existen factores laborales que pueden influir en el estado de salud. Por ejemplo, el número de horas de trabajo a la semana, superior en los MIR que en No MIR, con jornadas que en algunos casos superan las 80 horas semanales. A pesar de ello, la satisfacción respecto al trabajo que desempeñan los residentes es alta, superior a la expresada por los médicos en otras etapas profesionales.

Llama la atención que, a pesar del buen estado de salud general que describen, casi la mitad de los MIR afirman haber padecido algún problema de salud que ha sido consecuencia de su trabajo o ha empeorado debido a él. En general, los MIR se muestran más conscientes del impacto que el trabajo o las condiciones en que el mismo se realiza tiene para su propia salud.

### **6.3.3.- Diferencias en el proceso de enfermar entre médicos residentes y pacientes de la población general**

La información obtenida tanto a partir de la encuesta como de lo relatado por los entrevistados y el posterior análisis llevado a cabo, corrobora lo descrito en la literatura internacional existente sobre el tema y una de las hipótesis planteada al inicio del estudio: existen diferencias en el proceso de enfermar de los médicos residentes respecto a la población general.

Los médicos residentes, a pesar de llevar un tiempo relativamente corto dentro del sistema sanitario, en el momento en que enferman muestran muchas actitudes y conductas distintas a las que mostraría un paciente de la población general. Estas diferencias van aumentando conforme el residente avanza en su formación especializada, siendo el residente de primer año un paciente más semejante a los no médicos, aunque con ciertas atipicidades por la existencia de conocimientos médicos y por encontrarse imbuido en el sistema sanitario y formar parte de él.

Por otra parte, los residentes en años más avanzados de su formación especializada ya han adquirido mayores conocimientos del sistema y disponen de suficientes contactos como para explorar desde el principio de su enfermedad los caminos de asistencia alternativos. Además, estos residentes cuentan con mayor responsabilidad en el servicio donde desarrollan su labor, por lo que su búsqueda de asistencia médica puede verse condicionada por el impacto laboral en mayor medida que en los residentes de primer o segundo año. Estas diferencias dependiendo del año de formación coinciden con lo descrito en la literatura, por ejemplo sobre el presentismo laboral, mucho más frecuente en residentes en los últimos años de formación que en los de primer año.<sup>109</sup>

Además, a pesar de que un residente de primer año pueda iniciar su proceso de enfermar de una forma más convencional, en muchas ocasiones acaba siendo dirigido hacia circuitos alternativos por sus compañeros de más experiencia o por sus superiores (tutor, adjuntos con los que rota). Durante el análisis cualitativo hemos detectado en los tutores y médicos adjuntos esta transmisión de “aprendizaje de comportamientos de grupo”, ya que actúan en esa situación como un “maestro” pero no de conocimientos médicos sino de los sistemas de atención alternativos. Se trata de un dato emergente de nuestro trabajo. Puede ser relevante para explicar cómo algunas conductas de los médicos-pacientes no parten exclusivamente de estos como individuos sino que son aprendidas socialmente dentro del grupo de profesionales médicos. Podríamos decir que son transmitidas de generación en generación, lo que justificaría que médicos de diferentes especialidades, características demográficas o incluso de distintos países (si tenemos en cuenta la bibliografía internacional) se comporten de manera similar cuando presentan un problema de salud.

Ante un problema de salud leve, la mayoría de los MIR tiende a automedicarse como primera opción. Es habitual entre los residentes el consumo de fármacos ansiolíticos/hipnóticos, antibióticos o analgésicos sin prescripción por parte de otro médico. La automedicación, que puede ser razonable en el caso de patologías banales y autolimitadas que pueden aliviarse con fármacos de uso habitual, puede volverse preocupante cuando afecta al uso de determinados tipos de fármacos con potencial adictivo (psicofármacos, analgésicos opioides) o cuando demora la valoración del problema de salud por parte de otro profesional, retrasando en ocasiones el diagnóstico o el tratamiento adecuado.

Si el residente presenta un problema de salud que percibe como grave o que se prolonga demasiado en el tiempo, la actitud más frecuente es consultar de manera informal con algún colega. Solo uno de cada cuatro se plantea como primera opción acudir a su médico de familia, tal y como haría un paciente de la población general. Estos hallazgos de la encuesta coinciden con lo observado en las entrevistas individuales a MIR enfermos, en las que solo uno de los diez entrevistados consultó en primer lugar a su médico de familia.

Múltiples factores influyen en las diferencias observadas entre los médicos residentes y los pacientes de otras profesiones. Sin duda, es fundamental la existencia de conocimientos sobre su

enfermedad. Dependiendo de la personalidad del médico-paciente, dichos conocimientos pueden generar tranquilidad y sensación de control o, al contrario, intensificar la ansiedad o la preocupación por el hecho de conocer las potenciales complicaciones del proceso. Por otra parte, la existencia de conocimientos médicos puede llevar a que el médico-paciente no solicite ayuda externa, al entender que puede ser él mismo quien solucione sus problemas de salud. Incluso puede sentirse en la obligación de hacerlo, valorando la petición de ayuda como un fracaso profesional por no haber sido capaz de diagnosticarse o tratarse él mismo.

Como se ha comentado, un MIR no solo dispone de conocimientos técnicos sobre las enfermedades o su tratamiento, sino también de conocimientos sobre el funcionamiento del sistema sanitario, lo que puede conducir a seguir caminos asistenciales que no estarían al alcance de la población general.

En cuanto a las emociones sentidas por los entrevistados durante su enfermedad, es complicado diferenciar con claridad cuáles son propias de un proceso de enfermar habitual y cuáles se deben al hecho de ser médico. Por una parte, el MIR enfermo experimenta sentimientos similares a los que podrían aparecer en cualquier persona que enferma, como pueden ser el miedo o la tristeza. Sin embargo, hay otros sentimientos y actitudes que parecen mucho más específicos de la profesión médica. Por ejemplo, la sensación de fracaso por no ser capaz de resolverse uno mismo el problema de salud, o la preocupación por el impacto que la enfermedad y la baja laboral pueden tener en la formación como residente. En ocasiones, esta preocupación por el impacto formativo es tan relevante que llega a condicionar la toma de decisiones médicas.

También existen emociones o actitudes que pueden aparecer en la población general, pero que se observan con más frecuencia o con mayor intensidad en los médicos-pacientes, por ejemplo la negación. En el caso de los médicos residentes, la negación puede provenir no solo del shock por la pérdida repentina de la salud, sino también de la formación recibida hasta ese momento, en que siempre se presentó al médico como profesional que se ocupa de las personas enfermas pero nunca como una persona que también tiene la posibilidad de enfermar. Además, del hecho de poseer conocimientos derivan algunas emociones como la sensación de control, que puede actuar de forma positiva contrarrestando el miedo y la incertidumbre, pero que también puede actuar negativamente potenciando la negación o dificultando la petición de ayuda externa. La adquisición del rol de médico en momentos en que le correspondería actuar como paciente, además de con los conocimientos médicos, puede relacionarse con las dificultades para adquirir el rol de paciente. Sentirse útil dentro del sistema sanitario, colaborando con el personal o prestando atención a otros pacientes, puede disminuir los sentimientos de vulnerabilidad y de incapacidad asociados al rol de paciente.

Sobre el trato recibido, casi un 60% de los MIR encuestados creen que es diferente por el hecho de ser médicos, considerando muchos de ellos que ese trato diferencial les beneficia. En las entrevistas semi-estructuradas se han observado importantes diferencias en el trato dado al médico-paciente según la etapa de la enfermedad. En primer lugar, el trato recibido en la fase diagnóstica es muy intenso, por la fascinación o deslumbramiento diagnóstico de la profesión. A menudo, el MIR-paciente es valorado por numerosos profesionales, tanto adjuntos como residentes, que muestran gran interés por alcanzar un diagnóstico, especialmente si la sintomatología es atípica o el trastorno que se sospecha es poco frecuente. Ese interés científico, unido al deseo de ofrecer un trato preferente a su colega, hace que todo el proceso diagnóstico se desarrolle con gran rapidez. Sin embargo, una vez que se ha conocido el diagnóstico, puede perderse la intensidad inicial.

En la fase de seguimiento, a menudo se deja en manos del MIR-paciente la posibilidad de acudir o no a citas de revisión, de manera que la existencia de un seguimiento adecuado depende únicamente del deseo del residente de llevarlo a cabo. A diferencia de lo que se haría con alguien de la población general, es frecuente no proporcionar al MIR-paciente citas de seguimiento de manera reglada. Algunos de los entrevistados se sienten cómodos con formulaciones abiertas

como “vuelve cuando te haga falta”, aunque en ocasiones reconocen que no sabrían qué procedimiento seguir en caso de necesitar una nueva cita. Otros expresan directamente su preocupación por este tipo de seguimiento y deciden seguir el procedimiento convencional que se produciría con cualquier paciente. Es durante esa fase de seguimiento cuando mayor cantidad de residentes prefieren ser atendidos como un paciente más y rechazan el trato preferente, que sí habían aceptado de buen grado durante los primeros momentos de la enfermedad por las ventajas que les proporcionaba.

Conviene destacar que los residentes que han estado enfermos (y por tanto, ejercido el rol de pacientes) antes de iniciar su andadura como médicos, son quienes sí expresan preocupación sobre los problemas éticos que puede conllevar el trato diferencial dado a los médicos frente a otros pacientes.

En lo referente a la información que reciben los MIR-pacientes, todos la perciben como más técnica que la que se daría a un paciente convencional. Esta característica es bien recibida por algunos, pero criticada negativamente por otros que la asocian con mayor frialdad en el trato. La mayoría considera que la información recibida ha sido suficiente, aunque no es infrecuente que al menos una parte de dicha información se omita, quizá por sobreentenderse que el médico-paciente ya la conoce. Esta disparidad de opiniones sobre la información recibida nos lleva a pensar en la necesidad de adaptar la información que se da al médico-paciente, no solo en base a sus conocimientos o capacidad, sino también a su propia forma de ser y de afrontar la enfermedad. Igual que con un paciente convencional, es un arte administrar la cantidad y tipo de información que necesita y puede tolerar en cada momento. No conviene caer en el error de dar por hecho que, por ser médico, un paciente no requiere esa misma adaptación y delicadeza.

Como ya se ha comentado, un hallazgo importante en la investigación es el escaso papel que ejercen los médicos de familia y los servicios de salud laboral con los médicos residentes enfermos, no por falta de disponibilidad de los primeros sino porque no son incluidos por el residente en su proceso de enfermedad. En el caso de los médicos de familia, en la mayoría de las situaciones quedan relegados únicamente a la función de proporcionar los partes de baja y alta laboral. Por otra parte, los médicos de salud laboral, según ellos mismos explican, rara vez son consultados por los residentes al margen del reconocimiento médico inicial o las campañas de vacunación. Dado el riesgo ya comentado de que el seguimiento de un MIR-paciente se deteriore por no seguir las vías y protocolos convencionales, el papel de los profesionales de Atención Primaria y, en determinados casos, de Salud Laboral, podría ser muy valioso para coordinar y mejorar el seguimiento de los MIR con alguna enfermedad.

Otro aspecto que puede resultar llamativo tanto en el análisis de la encuesta como en las entrevistas, es la asunción por parte de los residentes enfermos de que la confidencialidad sobre sus datos clínicos ha sido vulnerada, mostrando escasa preocupación por ello. Este tema, dadas sus importantes repercusiones éticas, se desarrollará en un apartado individual más adelante.

Sobre el impacto que la enfermedad del médico tiene sobre su familia, la mayoría decide compartir la noticia con sus allegados desde el primer momento y perciben apoyo por su parte. No suelen encontrar diferencias en la actitud de su familia por el hecho de ser médicos, salvo en algún caso en que sienten que su propia actitud es tomada como referencia por sus familiares para valorar el pronóstico de la enfermedad. Esto puede hacer que el médico-paciente se vea en la obligación de aparentar encontrarse bien, sea o no verdad, para no inquietar a sus familiares.

### **6.3.4.- Impacto laboral de la enfermedad en los MIR**

En lo que concierne al ámbito laboral, es fundamental el papel de los tutores de residentes para gestionar el impacto que la enfermedad puede tener sobre la formación y la práctica clínica del médico residente. Se ha observado en las entrevistas individuales y, sobre todo, en el grupo focal la importancia de los conflictos de rol en el caso de los tutores. Al ser también médicos, ejercen como tales para sus residentes y acaban asumiendo tareas asistenciales que no les corresponden (solicitar pruebas, aconsejar sobre tratamientos...) y que interfieren en su papel como responsables de docencia.

Se ha constatado que existe escaso conocimiento entre los residentes respecto a los asuntos laborales. Seguramente en relación con la idea de que la enfermedad no era algo que fuera a tocarles a ellos, la mayoría no se había informado sobre los trámites a seguir en caso de tener un problema grave de salud ni sobre las posibilidades de adaptación o prórroga de su residencia. Para evitar la preocupación sobre esos temas, que puede llevar a una peor atención de su propia salud (por ejemplo, evitando solicitar la baja laboral por miedo a suspender la evaluación de la residencia), sería conveniente facilitar información sobre estas cuestiones a todos los residentes.

Otro aspecto que ha surgido como una cuestión emergente, ya que no se había contemplado en el primer guión elaborado para las entrevistas ni es un tema muy comentado en la literatura, es la pérdida económica secundaria al proceso de enfermedad. En nuestro país, todos los médicos residentes disponen de cobertura sanitaria, por tanto la pérdida económica deriva únicamente de la reducción del salario durante la baja laboral. Esta reducción es muy significativa por la reducción del sueldo base y la pérdida de la remuneración por guardias, que supone en muchos casos el 50% del total de la nómina. Esta situación puede poner en aprietos a algunos residentes, especialmente los que tienen familiares a su cargo, así como los que residen fuera de su lugar de origen y/o no cuentan con apoyo familiar, haciendo que eviten solicitar la baja o se reincorporen antes de estar completamente recuperados.

Respecto al apoyo por parte de otros médicos residentes, generalmente suele ser percibido como adecuado y positivo por el MIR-paciente. En el grupo de responsables docentes sí surge por parte de un participante el tema de la competitividad entre residentes y cómo puede generar comportamientos individualistas y falta de apoyo al residente vulnerable. Sin embargo, esa impresión no coincide con lo expuesto por otros jefes de docencia ni tampoco con lo relatado por los residentes preguntados por su propia experiencia de enfermedad. Es posible que esas conductas competitivas sean más prevalentes en hospitales de gran tamaño, mientras que en los hospitales pequeños o medianos parece existir un ambiente más familiar y protector.

En general, los médicos residentes también perciben un apoyo adecuado por parte de otros compañeros y de sus jefes de servicio. Sin embargo, no son infrecuentes las quejas referidas a las comisiones de docencia, que a veces son percibidas como poco receptivas y rígidas en sus planteamientos, aunque lo que más destaca es la gran heterogeneidad en las medidas planteadas ante un residente con problemas de salud. En situaciones similares, pueden observarse decisiones muy diversas en cuanto a la adaptación (o no) de la formación y las guardias. Convendría establecer criterios más uniformes para que la respuesta ofrecida cuando un residente cae enfermo dependiera únicamente de lo que es más conveniente en su situación y no de la unidad docente a la que pertenece.

Las condiciones laborales también son una cuestión muy relevante en relación con la salud de los MIR. Hemos podido corroborar que una baja satisfacción laboral se relaciona con mayor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad, con mayores tasas de presentismo laboral y con un peor estado de salud autopercebido. Por otra parte, cuando el número de horas trabajadas supera los límites de lo razonable, también va asociado a mayor prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos y a un peor estado de salud general. Todos estos datos nos indican la importancia de mejorar en lo posible las condiciones de trabajo de los MIR, como medio para garantizar cuidados

adecuados para su salud.

Como se puede observar en los datos obtenidos, que coinciden con lo recogido en la literatura científica<sup>24</sup>, la mayoría de los MIR que sufren una enfermedad importante pueden continuar su formación y convertirse en especialistas, incluso con algunas mejoras en su práctica clínica derivadas de su propia experiencia como pacientes. Pero para ello pueden requerir apoyo durante el proceso de enfermedad y una adaptación adecuada del plan formativo por parte de los responsables de su docencia. El rol de los tutores y jefes docentes aparece como fundamental también para dirigir a los residentes con problemas hacia la atención necesaria, siendo más habitual la búsqueda de ayuda si es recomendada por parte de aquellos y no una iniciativa única del residente.<sup>196</sup>

Las mayores dificultades aparecen ante un MIR que no está capacitado para ejercer la práctica clínica de una determinada especialidad o, en los casos más graves, de la medicina. En esa situación, que afortunadamente es poco frecuente, los tutores y jefes docentes se pueden ver presionados por otros médicos que trabajan con el residente "problemático", que por un lado exigen que se intervenga pero por otra parte no están dispuestos a colaborar durante el procedimiento. Además, los tutores pueden sentir un conflicto de lealtades, al querer favorecer al MIR que está en una situación comprometida, aún más si han establecido una relación cercana con él, pero al mismo tiempo sentirse responsables de que pueda obtener el título de especialista un médico que no esté capacitado para ello. Especialmente en los casos de enfermedad o limitación grave, es muy importante que exista una buena coordinación entre todos los actores implicados (responsables docentes, médicos del trabajo, jefe y adjuntos del servicio al que pertenece el residente, médicos del programa PAIME cuando intervengan...). La falta de regulación sobre estas cuestiones favorece la heterogeneidad en las respuestas que se dan ante situaciones similares y sitúa a los responsables de docencia en una delicada posición en la que se sienten inseguros y poco respaldados en sus decisiones.

Como nuestro grupo de investigación ha publicado<sup>197</sup>, los tutores y jefes de estudios reclaman que exista una mejor información sobre los problemas de salud de los MIR y las situaciones que pueden generarse, tanto dirigida a los propios residentes como a los profesionales que están implicados en su formación.

Otros asuntos de gran interés son los surgidos en torno a los MIR con discapacidad. El relato que las dos entrevistadas elaboran permite detectar algunas de las dificultades que aparecen durante el proceso de elección de especialidad y, más adelante, cuando comienzan la residencia. Queda patente que existe una importante falta de información respecto a los procedimientos diseñados para los MIR con discapacidad y también que dichos procedimientos son francamente mejorables. Resulta incomprensible que se permita al residente elegir plaza sin ningún tipo de limitación para después someterlo a un reconocimiento médico que, en caso de no ser superado, puede llevarle a un cambio de especialidad o directamente al cese de su puesto de trabajo. Tampoco es sencillo entender cómo a un MIR declarado no apto en el reconocimiento médico se le permite seguir ejerciendo durante meses hasta que se toma la decisión sobre el cambio de especialidad. Establecer protocolos de actuación facilitaría la complicada labor del personal docente y de salud laboral que evalúa a estos residentes y disminuiría las desigualdades generadas por la falta de criterios uniformes.

En cuanto a los métodos de evaluación, existe unanimidad entre los responsables de docencia de los MIR sobre la necesidad de mejorar los sistemas de evaluación durante la residencia, criticando los actuales por no permitir discriminar adecuadamente los méritos y capacidades, y tampoco las limitaciones, de cada residente.

Tal y como se ha expuesto en la introducción, en muchos países existen programas de atención específicos para los médicos residentes. Estos programas permiten abordar diversas cuestiones en torno a la salud de los MIR, desde labores de prevención y grupos de apoyo mutuo, hasta

atención médica y psicológica accesible y confidencial para residentes con problemas. Sin embargo, en nuestro país no existen programas específicos de atención a residentes y la realización de actividades preventivas queda en manos de cada centro sanitario o incluso de cada unidad docente, sin existir recomendaciones concretas al respecto por parte de instituciones como el Ministerio de Sanidad o la Organización Médica Colegial.

### **6.3.5.- Aprendizaje de los MIR enfermos para su práctica clínica y para mejorar la atención**

Ver la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente facilita el análisis de cuestiones que, a veces, a los médicos nos pueden pasar desapercibidas, como los fallos de comunicación o la falta de intimidad que sufren los pacientes. Coincidiendo también con lo recogido en la bibliografía previa<sup>166</sup>, los médicos entrevistados que han atravesado un periodo de enfermedad consideran que han obtenido un aprendizaje que pueden aplicar luego en su práctica clínica. Este fenómeno de aprendizaje puede ser incluso más intenso en los médicos residentes, por encontrarse en una fase muy inicial de su carrera profesional donde quizá sea más fácil modificar las conductas previas o desarrollar nuevos aprendizajes. Todos los entrevistados consideran que su propia experiencia de enfermar les ha generado un incremento en la empatía, al que se añaden también cambios en la relación médico-paciente, hacia una perspectiva menos paternalista y más facilitadora de la autonomía y la toma de decisiones por parte del paciente.

Algunos de los entrevistados comentan que en ocasiones utilizan ante los pacientes el relato de su propia experiencia (autorrevelación), percibiendo que tiene efectos positivos sobre la relación médico-paciente y el cumplimiento terapéutico. Que la narrativa de los médicos sobre su experiencia de enfermar puede ser beneficiosa para los pacientes es un hecho recientemente comentado por Brown y Garden<sup>198</sup>. Nos sumamos a su sugerencia de que esos relatos puedan ser utilizados con los pacientes y también durante la formación académica de los médicos; por supuesto, siempre y cuando el médico que ha estado enfermo sea partidario de compartir su propia experiencia.

Además, los médicos que sufren una enfermedad significativa pueden ver modificada su escala de valores. Este fenómeno no es exclusivo de los médicos, sino común a cualquier ser humano que experimente un problema grave de salud. Sin embargo, puede adquirir especial relevancia cuando hablamos de un grupo que habitualmente obtiene una parte importante de su identidad a través de su profesión, en la que muestran gran dedicación y autoexigencia, a veces priorizándola sobre otros ámbitos de su vida. Partiendo de esa premisa, no es de extrañar que la pérdida de la salud genere a menudo en los médicos sentimientos de soledad o de fracaso. Pero, al mismo tiempo y con un afrontamiento adecuado, puede ayudarles a reordenar sus prioridades vitales, dejando ganar espacio a áreas que quizás tenían infravaloradas (familia, amigos, tiempo de ocio...). Al pasar por este proceso en sus primeros años de ejercicio profesional, los médicos residentes pueden aprender lecciones muy valiosas que podrán utilizar durante toda su carrera.

Un punto positivo de la presente investigación es que prácticamente todos los residentes enfermos entrevistados son capaces de valorar esas "ganancias" obtenidas a partir de una experiencia en principio negativa e indeseada.

### **6.3.6.- Diferencias en el proceso de enfermar entre médicos residentes y médicos en otras etapas profesionales**

Respecto a otra de las hipótesis planteadas, si existen diferencias entre el proceso de enfermar en los MIR en comparación con los médicos en otras etapas de su carrera profesional, podemos decir que globalmente el proceso de enfermar es similar, pero sí existen algunos aspectos diferenciales que deben ser tenidos en cuenta.

Comencemos por lo que es similar, un MIR no deja de ser un médico, que trabaja en el sistema sanitario rodeado de otros médicos, que dispone de una serie de conocimientos (aunque limitados

al inicio) y del acceso a medios diagnósticos y terapéuticos, y que ha recibido una formación académica enfocada a los aspectos técnicos, con un alto grado de exigencia y en la que no se le ha planteado la posibilidad de ser vulnerable, de necesitar ayuda en vez de ofrecerla. Esas fantasías de invulnerabilidad han podido ser potenciadas durante la carrera universitaria, en la que tienden a premiarse características como la elevada auto-exigencia, el perfeccionismo o el sacrificio de otras áreas vitales en aras de alcanzar el éxito académico o profesional. En la encuesta, tanto los MIR como los No MIR reconocen que a los médicos a menudo les cuesta admitir que están enfermos.

Tanto en MIR como en médicos en activo, el proceso diagnóstico se realiza muy rápido y con frecuencia saltándose los circuitos habituales. En el caso de los médicos con más años de ejercicio, aparecen de manera más habitual que en los MIR el auto-diagnóstico, la sensación de control sobre los propios síntomas y el auto-tratamiento, siendo más reacios que los MIR a consultar con sus colegas. En cuanto al auto-tratamiento, los MIR entrevistados solo lo han utilizado en procesos banales, mientras que los médicos con más experiencia lo utilizan también en enfermedades potencialmente graves. Esto puede tener que ver con una mayor negación de la enfermedad y de la necesidad de ayuda externa, con sentimientos de fracaso por no ser capaz de resolver el propio problema de salud a pesar de ser un médico experimentado. Por el contrario, para los MIR puede no ser tan difícil reconocer que no tienen conocimientos o experiencia suficientes para abordar su enfermedad.

En cuanto al tratamiento, hay indicios de que los médicos en activo cuestionan más que los MIR las indicaciones de tratamiento que reciben, ya que las comparan con sus propios conocimientos y suelen rechazar las recomendaciones que no concuerdan con ellos. Los MIR también incumplen a veces las pautas de tratamiento, pero en ellos esta conducta suele tener relación con otros factores (negación de la gravedad, miedo a perder formación) y no tanto con desconfianza o discrepancia con el médico que les atiende.

El seguimiento de la enfermedad, una vez diagnosticada e iniciado el tratamiento, parece tener mucho más peso para los MIR, siendo una etapa poco comentada en las entrevistas a médicos en activo, aunque desconocemos las razones de que esto suceda.

Otro de los aspectos diferenciales es el impacto formativo y laboral que una enfermedad puede tener para un MIR. La preocupación por dicho impacto aparece con mayor intensidad que en los médicos ya especialistas. En un médico con años de ejercicio, la adaptación del puesto laboral en caso de enfermedad puede ser considerada un derecho laboral a ejercer. Sin embargo, en el caso de los MIR, una patología incapacitante puede llevar a la calificación de no apto en una evaluación e incluso a poner fin a su residencia. Esta situación, aunque es poco frecuente, es temida por muchos residentes cuando se ponen enfermos y puede condicionar la búsqueda de ayuda o el proceso de tratamiento. Una información fiable y comprensible sobre los aspectos laborales y formativos difundida entre todos los MIR sería muy útil para que sepan cómo actuar si en algún momento tienen una enfermedad o discapacidad.

También se observan diferencias en cuanto a la preocupación por cómo la enfermedad puede afectar a la calidad de la atención dada a los pacientes (categorizado en el análisis cualitativo como "impacto en la calidad asistencial"). Mientras que este aspecto es comentado en más de la mitad de las entrevistas hechas a médicos en activo, no aparece en ninguna de las entrevistas a médicos residentes. Por el contrario, en la encuesta, los MIR muestran mayor conciencia del impacto que su estado de salud puede tener sobre su práctica clínica. Respecto a dicho impacto, los médicos más experimentados consideran que es mayor en las enfermedades mentales, mientras que los MIR ven el mismo impacto, sea el problema de salud del médico somático o mental. La opinión de que los trastornos mentales del médico causan mayor impacto que los somáticos también la expresan los médicos de salud laboral y los tutores de residentes participantes en los grupos focales, que consideran tener mayores dificultades para manejar la situación cuando uno de sus residentes presenta problemas de índole psiquiátrica. En esos casos nadie parece querer hacerse cargo de la situación y les resulta complicado tomar decisiones sobre

el plan formativo o, incluso, sobre la idoneidad de dicho residente para ejercer determinada especialidad.

Por otra parte, el impacto de la enfermedad sobre la vida personal y familiar puede ser diferente por encontrarse los MIR y los médicos en activo en etapas vitales distintas y debe ser tenido en cuenta a la hora de ofrecer apoyo al médico-paciente. El estar separado de la familia durante el proceso de enfermar afecta más a menudo a los MIR que, con frecuencia, se han trasladado lejos de su lugar de origen para hacer la residencia y pueden experimentar más sentimientos de soledad. En esas situaciones puede ser fundamental el apoyo de los tutores, tal y como ellos mismos comentan en el grupo focal, y podría cobrar especial valor la existencia de grupos de apoyo o de otras actividades grupales de tipo preventivo o terapéutico dirigidas a los residentes.

Respecto a su papel como médicos de otros médicos, los MIR han tenido menos oportunidades de verse en ese rol, por llevar menos tiempo ejerciendo y porque los médicos de otras categorías profesionales buscan asistencia en sus iguales y no en los residentes. Cuando se ven en la situación de atender a otro médico, los MIR pueden sentirse incómodos y percibir que están siendo evaluados con mayor frecuencia que los No MIR, por lo que la relación médico-paciente puede verse afectada. La mayoría de los encuestados declaran que prefieren que el médico-paciente se identifique como tal cuando tienen que atenderlo; sin embargo, entre los MIR esa opinión no es tan mayoritaria, existiendo más de una cuarta parte que preferiría que no se identifique como médico al considerar que esto podría influir negativamente en la atención que le proporcionarían a ese médico-paciente.

Según los resultados de la encuesta, la mayoría de los médicos, incluyendo a los residentes, considera una buena idea la creación de unidades especializadas para atender a médicos con problemas de salud que comprometan su ejercicio profesional. Aunque sin una mayoría tan contundente, también muestran su apoyo a la idea de que los médicos enfermos sean atendidos por facultativos formados específicamente para ello.

Si consideramos, tal y como se está argumentando en esta discusión, que el médico cuando enferma es un paciente atípico y que puede requerir una atención específica, tendría sentido recomendar a los médicos-pacientes identificarse como médicos al recibir atención sanitaria, no como una forma de buscar un trato preferente sino para aportar una información que puede ser relevante en su proceso de atención.

Los datos obtenidos por diferentes fuentes apuntan a que los comportamientos específicos de los médicos sobre el cuidado de su propia salud y sus actitudes ante la enfermedad pueden ser, al menos en parte, conductas aprendidas a partir de los comportamientos “de grupo” observados en los médicos con los que el MIR coincide a lo largo de su desarrollo profesional, o incluso inducidos por médicos de mayor experiencia que conducen al residente por los circuitos de atención alternativos, consolidando estas prácticas en el comportamiento de los MIR hacia su salud.

Los datos disponibles, tanto procedentes de este estudio como los existentes en la literatura científica<sup>144</sup>, hacen pensar que estas actitudes pueden comenzar ya durante la formación universitaria o incluso en la enseñanza secundaria, dado el alto nivel de exigencia necesario para alcanzar las notas de acceso a la carrera de Medicina. Por lo tanto, debería ser mucho antes del periodo de formación especializada cuando se comenzara a instruir a los futuros médicos sobre la importancia del cuidado de su propia salud y las conductas más adecuadas en caso de aparecer la enfermedad, lo que no quiere decir que una vez en la residencia no sea útil seguir fomentando dicho aprendizaje. En otros países existe amplia experiencia sobre el funcionamiento de programas de apoyo o de asistencia a los médicos residentes enfermos o con dificultades, que suelen incidir en cuestiones como el auto-cuidado, la búsqueda de ayuda o el afrontamiento de factores que contribuyen a enfermar.

Sería de gran interés realizar estudios comparativos entre estudiantes de medicina y médicos en formación especializada, que permitirían distinguir los factores personales previos, los comportamientos adquiridos durante la carrera universitaria y los que aparecen durante la residencia, y seleccionar las intervenciones, tanto preventivas como dirigidas a la solución de problemas, más adecuadas en cada caso.

Por otra parte, una vez conocida toda esta información sobre el proceso de enfermar en los médicos residentes, es necesario reflexionar sobre el papel que pueden tener los colegios profesionales. Teniendo en cuenta la colegiación obligatoria (salvo excepciones ya referidas) y la función protectora y asesora de estas instituciones sobre los profesionales médicos, las organizaciones colegiales tienen la oportunidad de ponerse en contacto con los MIR y ofrecerles los recursos necesarios para mejorar su autocuidado y el abordaje de sus problemas de salud. Este apoyo por parte de los Colegios podría desarrollarse mediante difusión de información y recomendaciones en el propio Código Deontológico, cursos de formación u oferta de recursos de atención específicos, entre otras posibilidades.

Además, tanto los Colegios de Médicos como el Ministerio de Sanidad podrían ofrecer o facilitar el acceso a formación específica para los tutores y responsables de docencia de los residentes, algo que ellos mismos solicitan con el objetivo de abordar de manera más adecuada las situaciones generadas cuando un MIR enferma.

Otros de los aspectos que mencionan los residentes es la falta de apoyo en el menoscabo económico que suponen las bajas laborales, solicitando a los Colegios, a los que se abona una cuota mensual, poner en marcha medidas de apoyo como las iniciadas por parte de algunos sindicatos, que ofertan seguros de baja laboral transitoria al personal MIR.

### **6.3.7.- Presentismo laboral en los médicos residentes**

Entre las conductas que diferencian al médico de los pacientes de otras profesiones destaca la elevada tasa de presentismo laboral, actitud que también es muy frecuente entre los MIR y que va haciéndose más habitual conforme ganan experiencia como médicos.

Las repercusiones de que un médico trabaje estando enfermo son múltiples y muy relevantes. Por un lado, están las consecuencias sobre su propia salud por continuar trabajando cuando necesitaría estar de baja laboral, en ocasiones dejando de recibir la atención o el tratamiento necesarios. Por otra parte, es importante cómo los problemas de salud del médico pueden afectar a su rendimiento laboral y a la atención de sus pacientes. A veces esta afectación es directa, por ejemplo mediante el contagio de enfermedades infecciosas. En otras ocasiones, el daño a los pacientes puede derivar de errores en la práctica clínica secundarios a la merma en las capacidades del facultativo enfermo.

Como se ha visto en los resultados de la encuesta, un mayor presentismo puede ir ligado a insatisfacción laboral, lo que hace pensar que pueda estar relacionado con las condiciones del puesto de trabajo, como la sobrecarga o las dificultades para ser sustituido en caso de enfermedad. Ser conscientes de que su ausencia va a repercutir en sus compañeros de trabajo, sobrecargando a estos, es el principal motivo alegado por los médicos (y con más frecuencia aún por los MIR) para evitar coger la baja cuando están enfermos. El segundo motivo más frecuente es la responsabilidad hacia los pacientes. Tanto uno como otro pueden ser abordados, al menos en parte, con medidas en el ámbito laboral, por ejemplo, ampliando las plantillas de manera que la ausencia de un compañero no repercuta significativamente en la carga de trabajo del resto y se facilite la sustitución de los médicos enfermos para que estos puedan coger la baja sabiendo que sus pacientes van a recibir una atención adecuada en su ausencia.

Que los médicos más experimentados mostraran un adecuado cuidado de su salud y cogieran la baja laboral cuando estuviera indicado, supondría un buen ejemplo para los MIR que, en muchas ocasiones, aprenden por imitación de sus superiores. Por el contrario, transmitir valores

relacionados con el sacrificio y el esfuerzo, dejando de lado el propio autocuidado, contribuye a perpetuar comportamientos como el presentismo.

Por parte de las instituciones sanitarias, debería transmitirse a los MIR la necesidad de solicitar la baja laboral cuando sea preciso, desterrando la idea de que sacrificarse hasta el punto de renunciar al propio autocuidado es un valor positivo dentro de la profesión médica.

### **6.3.8.- Confidencialidad**

Uno de los aspectos emergentes de esta tesis es la asunción por parte de los médicos, tanto MIR como ya especialistas, de que la confidencialidad es vulnerada con frecuencia, a pesar de ser de obligado cumplimiento, tal y como marcan la ley y el código deontológico. En las entrevistas a médicos enfermos son frecuentes los comentarios de que les han preguntado por su enfermedad personas a quienes no habían facilitado esa información, o que han sido conocedores de accesos no autorizados a su historia clínica.

Muchos aceptan que la confidencialidad se pierda por darle más valor a los beneficios que obtienen del hecho de que sus colegas tengan conocimiento de su enfermedad; por ejemplo, por recibir un trato preferente siendo pacientes o por resultarles agradables las muestras de interés sobre su estado. Una de las MIR entrevistadas sí expresa cierto malestar al pensar que puedan conocer datos sobre su proceso personas no autorizadas para ello, pero aún así las justifica, entendiendo que lo hacen desde un interés benévolo, sin intenciones negativas. Solo quienes padecen algún trastorno mental se muestran más preocupados por dicha vulneración de la confidencialidad. Los médicos en activo que han estado enfermos expresan mayor preocupación por la pérdida de confidencialidad, aunque muchos también asumen dicha pérdida si les proporciona algún beneficio en la atención.

En la misma línea va la información sobre confidencialidad obtenida en la encuesta. Muy pocos consideran que la confidencialidad sea respetada siempre, valorando como algo habitual su vulneración, pero aceptando la misma a cambio de agilizar el diagnóstico o el tratamiento. Además, la mayoría piensa que es frecuente que los médicos comenten entre ellos los problemas de salud de sus compañeros.

Resulta preocupante la tranquilidad con la que los médicos, y con mayor frecuencia los residentes, definen como habitual el acceso inapropiado a las historias clínicas, realizado sin permiso del propio paciente y sin una finalidad clínica. Debemos recordar que hechos de ese tipo suponen una violación del código deontológico médico y de la legalidad vigente, constituyendo motivo de delito y falta deontológica en caso de denuncia, hecho que no parece causar gran malestar ni preocupación entre los médicos.

También es llamativo que solo consideren necesaria la confidencialidad cuando se tienen patologías que les resultan vergonzosas o de un ámbito más íntimo, como si en otro tipo de patologías la intimidad del paciente y la legalidad no merecieran el mismo respeto.

Estos resultados nos llevan a pensar en la necesidad de prestar más atención a la confidencialidad y reforzar los conocimientos sobre ella en los médicos residentes. Hay que recordar que, según la literatura científica existente, una de las principales barreras para que los médicos accedan a la atención sanitaria que necesitan, especialmente en el caso de las enfermedades mentales, es el miedo a que no se respete la confidencialidad.<sup>199, 200</sup>

## 7- CONCLUSIONES

La salud de los MIR es un tema de creciente interés debido a sus importantes implicaciones, tanto en la vida personal y profesional de los propios residentes, como en el funcionamiento del sistema sanitario y la seguridad de los pacientes. Como se ha podido observar, se trata de un tema amplio y complejo, por lo que la información obtenida en esta tesis podría ampliarse con nuevos estudios sobre aspectos concretos.

Lo más destacado de la información obtenida sería:

- El buen estado general de salud de los MIR, con presencia de hábitos saludables y elevado grado de satisfacción laboral, con valores más altos que los de médicos en otras etapas profesionales. En la parte negativa, mayores tasas de ansiedad y depresión y mayor frecuencia de consumo intensivo de alcohol que en la población general de edad similar, así como cifras nada desdeñables de auto-prescripción de fármacos como los ansiolíticos, si bien no tan elevadas como en otras etapas profesionales.
- El reconocimiento por parte de los MIR del alto número de horas de trabajo semanales y su percepción de cómo el trabajo puede afectar a su salud. La relación entre la satisfacción laboral y la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión muestra mayores tasas de estos trastornos en quienes expresan baja satisfacción con el trabajo. Esta relación se mantiene a lo largo de toda la carrera profesional.
- La tendencia de los MIR a seguir caminos de asistencia alternativos cuando presentan un problema de salud. Son frecuentes el auto-diagnóstico y la auto-medicación, así como las consultas informales a colegas, habitualmente a otros MIR. Destaca el trato preferente que reciben por parte de los compañeros que los atienden. Este trato diferencial es aceptado sin reparos en un primer momento, salvo por quienes tienen experiencia como pacientes iniciada antes de ser médicos, que muestran más dudas respecto a los problemas éticos y de justicia social que pueden derivar de ese trato preferente.
- El riesgo de que se produzca un seguimiento irregular o se pierdan elementos de la atención por el hecho de no seguir los circuitos convencionales. A la hora del seguimiento, son más residentes los que rechazan el trato preferente y tienden a preferir ser atendidos como un paciente más.
- El hecho de ser atendidos en el mismo hospital en el que se forman como especialistas condiciona las características de la atención recibida: en cuanto a la aceptación, e incluso la normalización, de la pérdida de confidencialidad, percibida como un hecho inevitable, y por otro lado, el beneficio de la agilización del proceso diagnóstico.
- El escaso papel que se otorga a los médicos de familia a lo largo del proceso de enfermar de los MIR, quedando a menudo relegados a la función administrativa de gestionar las bajas y altas laborales, cuando podrían ser elementos clave en la coordinación y la racionalización de la atención.
- Las dificultades de los MIR cuando tienen que ejercer como médicos de otros médicos, con tendencia a sentirse incómodos o evaluados, siendo sus propios compañeros enfermos los que recurren a ellos para iniciar el proceso diagnóstico.
- Las vivencias de los MIR cuando enferman, que incluyen sentimientos de fracaso por no ser capaces de solucionar por sí mismos el problema de salud, sentimientos de control y, en ocasiones, negación de la gravedad de la patología.
- El aprendizaje que los MIR son capaces de obtener de su propia vivencia de enfermar y que traducen en cambios en su práctica clínica (mayor empatía, relación médico-paciente menos paternalista, mejora de la comunicación y transmisión de información a los pacientes).
- Las diferencias entre los MIR que acaban de iniciar su residencia y los que ya llevan 3-4

años formándose como especialistas. Los primeros pueden parecerse más a un paciente no-médico, aunque rápidamente son “instruidos” en el uso del sistema sanitario por otros médicos (tutores, adjuntos con quienes rotan).

- Las elevadas tasas de presentismo laboral, con todas las consecuencias que pueden derivar del mismo, justificadas en el caso de los MIR por la preocupación de que su ausencia genere una sobrecarga de trabajo para sus compañeros.
- La preocupación de los MIR por la merma en su formación como consecuencia de la enfermedad y el desconocimiento que habitualmente tienen sobre las posibilidades de adaptación de los rotatorios o las guardias, si bien reconocen una gran variabilidad en las decisiones tomadas por las unidades y comisiones de docencia cuando un MIR enferma.
- La importancia de las funciones desempeñadas por los responsables de docencia de los residentes, cuyo papel es clave para que la enfermedad tenga el menor impacto posible en la formación. También es decisiva la coordinación entre estos y otros profesionales implicados, como los de los servicios de Salud Laboral o, en los casos de trastorno mental, los que participan en el programa PAIME o en otros recursos de Salud Mental.
- La petición por parte de los responsables de la docencia de los residentes de mayor formación para ser capaces de abordar con mayor efectividad los problemas de salud de los MIR. Al mismo tiempo, su solicitud de que existan directrices comunes a nivel de las Comisiones Nacionales de las especialidades, de cara a evaluar y tomar decisiones sobre el plan formativo de los residentes enfermos o con discapacidad.
- El escaso conocimiento e interés sobre los Colegios de Médicos que muestran los MIR y el papel que podrían tener las organizaciones colegiales con respecto a las situaciones de enfermedad de los residentes.
- La aprobación mayoritaria por parte de los MIR ante la posibilidad de que se creen programas o unidades de atención específicas para ellos.

## 8- LÍNEAS FUTURAS DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un folleto informativo que pueda entregarse a los MIR al comienzo de su residencia. Este folleto incluiría información sobre la importancia del cuidado de su propia salud, las recomendaciones de búsqueda de ayuda en caso necesario, los riesgos de la automedicación o el uso de circuitos de asistencia alternativos, así como sobre los aspectos laborales (ILT y reincorporación laboral, posibilidades de adaptación del plan de rotaciones o de las guardias, servicios de salud laboral, PAIME...).
- Creación de un servicio de orientación sobre la elección de especialidad que permita las consultas por parte de los futuros médicos antes de la elección de plaza. Este servicio podría resultar especialmente útil a quienes padecen una enfermedad o una discapacidad que pueda generar limitaciones para la práctica de determinadas especialidades.
- Unido al punto anterior, también podría valorarse la realización del reconocimiento médico obligatorio antes de la elección de plaza MIR y no después, de manera que quienes padezcan limitaciones por cuestión de salud puedan contar con una evaluación previa que les oriente en la elección de especialidad. Al no tener el futuro MIR en ese momento vinculación con ningún hospital ni con los servicios de Salud Laboral, tal vez estas funciones podrían ser coordinadas desde los Colegios de Médicos.
- Creación de un tribunal evaluador externo que sea quien examine los casos en que la existencia de una patología durante la residencia afecte gravemente a la formación especializada, o incluso incapacite al residente para ejercer como médico. La evaluación por parte de personas ajenas al centro donde se forma el residente enfermo evitaría los conflictos de intereses y de lealtades a los que se enfrentan los tutores y jefes docentes, y permitiría acabar con las desigualdades al poder establecerse unos criterios uniformes para realizar dicha evaluación. En este ámbito podrían tener un importante papel el Ministerio de Sanidad y sus Comisiones Nacionales de las Especialidades.
- Puesta en valor del papel de los tutores y responsables docentes y fomento de iniciativas destinadas a ofrecer un mayor apoyo a los MIR con problemas de salud, culminando si fuera posible con la creación de programas de atención específicos para médicos residentes. Dichos programas podrían abordar desde campañas de prevención a consultas individuales, así como intervenciones o actividades grupales.
- Establecimiento de reconocimientos médicos periódicos obligatorios, que podrían ser realizados o coordinados por los médicos de familia o por los servicios de Salud Laboral, ya que los MIR quedan fuera del periodo temporal establecido para la VPC.
- Aseguramiento de unas adecuadas condiciones laborales para los MIR, controlando aspectos como el nivel de responsabilidad asumido, el número de horas trabajadas o el cumplimiento de los periodos de descanso obligatorios, aspectos recogidos en diferentes directivas europeas.
- Fortalecimiento del papel de los Colegios de Médicos en el seguimiento y apoyo de los médicos enfermos, incluyendo sistemas de apoyo económico para quienes sufran importantes pérdidas económicas secundarias a la enfermedad.
- Propuesta para la inclusión en el nuevo Código de Deontología Médica de artículos sobre la salud de los médicos y recomendaciones a seguir cuando un médico enferma, que ya ha sido remitida a la Comisión Nacional de Deontología Médica encargada de la actualización de dicho código.
- Propuesta para la creación de un término MeSH para el médico enfermo, como *sick doctor*, que facilite la búsqueda de información bibliográfica sobre el tema.
- Mejora de los registros existentes sobre los médicos residentes que se forman en nuestro país, ya que incluso el número exacto de los mismos está basado en una estimación.

## 9- ANEXOS

1. Guión inicial de las entrevistas a médicos residentes.
2. Guión definitivo de las entrevistas a médicos residentes.
3. Guión inicial de las entrevistas a médicos en activo.
4. Guión definitivo de las entrevistas a médicos en activo.
5. Guión del grupo focal con médicos de Salud Laboral (GF1)
6. Guión del grupo focal con responsables de docencia de los residentes (GF2)
7. Guión del grupo focal con profesores universitarios de Facultades de Medicina (GF4)
8. Encuesta definitiva.
9. Dictamen favorable del CEICA
10. Documento de Consentimiento Informado de entrevistas y grupos focales
11. Hoja informativa para los participantes en entrevistas y grupos focales
12. Sistema de códigos del análisis en MAXQDA
13. Tabla de encuestados según provincia de residencia
14. Tabla de encuestados según especialidad
15. Tabla de encuestados según segunda especialidad

## **1.- Guión inicial de las entrevistas a médicos residentes**

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. Esta 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 45-60 minutos y, por motivos de metodología, utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal, pero los responsables del proyecto garantizamos la confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores.

Cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna duda, podemos comentar con la entrevista:

### **Pregunta inicial: ¿qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?**

#### 1.Descripción del proceso de enfermar

1.1Diferencias con no-médicos. Ventajas e inconvenientes

1.2Diagnóstico

-Momento del diagnóstico

-Médico que diagnosticó

-Circuito seguido

-Trato recibido

-Segunda opinión

1.3Tratamiento

-Atención recibida

-Lugar de tratamiento (hospital Vs ambulatorio)

-Dificultades encontradas

1.4Sentimientos

-Angustia, dependencia, negación

-Trato/interés/crudeza

-Tolerancia a los síntomas

-Preocupación por la confidencialidad.

1.5 Información recibida

- Tipo de información

- Cantidad de información

- Actitud del médico

- Actitud del enfermo

1.6 Actitud del médico que le atiende

1.7 Conocimientos del médico que enferma.

-Ventaja o inconveniente

1.8 Toma de decisiones: qué le influye.

1.9 Familia del médico

-Sus expectativas

-La información

-Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento.

#### 2.Impacto de la enfermedad en su trabajo

- Baja laboral: cuándo, quién la recomendó
- Cambios en su práctica médica
- Calidad de la atención de sus pacientes

- Cambios respecto al futuro laboral

### 3.Relación con colegas

- Apoyo percibido. No ofertar/aceptar ayuda.
- Cambios en el reparto de trabajo

### 4.Relación con tutores y Comisión de Docencia

- Apoyo percibido
- Medidas tomadas

### 5.Experiencia como médico de otros médicos

- Circuito de asistencia
- Diferencias respecto a otros pacientes
- Diferencias entre especialistas y generalistas. Atención primaria/hospitalaria.
- Diferencias entre activos y jubilados y residentes
- Resistencias y peculiaridades
- Sentimientos experimentados

### 6. Relación con Colegios profesionales

- Apoyo percibido
- Medidas posibles a realizar

## **2.- Guión definitivo de las entrevistas a médicos residentes**

Buenas tardes, mi nombre es ..... En primer lugar, quiero agradecerle su disponibilidad y su colaboración, ya que es muy relevante para nosotros y para el estudio.

Tal y como habíamos comentado con anterioridad, estamos aquí para realizar una entrevista en profundidad que forma parte de un Proyecto promovido por la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad en colaboración con el Grupo de Investigación de Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Su objetivo es analizar los aspectos éticos y las aplicaciones prácticas que suscita la figura del médico como paciente.

El proyecto tiene tres ramas: a) el profesional que ya ha desarrollado actividad; b) el médico en formación especializada; c) el estudiante del Grado de Medicina. En concreto, lo que vamos a tratar hoy es el proceso de enfermar en los médicos en su etapa de residencia.

Las entrevistas son un método de investigación cualitativa mediante el cual se profundiza en la opinión y la experiencia de expertos en el tema que estamos investigando. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente se exploran sus percepciones y reflexiones.

La entrevista va a tener una duración de aproximadamente una hora y, si no tiene inconveniente, se va a grabar la entrevista, únicamente a los efectos de poder transcribir los datos de manera literal y realizar un análisis del contenido con más rigor. No obstante, los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores y/o docentes. En ningún caso se van a identificar las opiniones con ninguno de los participantes, ya que el análisis se realiza sobre todas las entrevistas.

Cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna cuestión, podemos comenzar con la entrevista:

### **Pregunta inicial: ¿qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?**

1. Descripción del proceso de enfermar
  - 1.1 Impresión general. Diferencias con no-médicos: ventajas e inconvenientes
  - 1.2 Diagnóstico
    - Momento del diagnóstico
    - Médico que diagnosticó
    - Circuito seguido
    - Trato recibido
    - Búsqueda de segunda opinión
  - 1.3 Tratamiento
    - Atención recibida
    - Lugar de tratamiento (hospital vs ambulatorio)
    - Dificultades encontradas
  - 1.4 Seguimiento
    - Trato recibido
    - Circuito seguido
    - Continuidad de la asistencia / problemas surgidos
  - 1.5 Sentimientos
    - Negación, angustia, tristeza, vulnerabilidad
    - Sentimientos de fracaso como médico
    - Sentimientos positivos, confianza, aceptación
  - 1.6 Información recibida
    - Tipo de información
    - Cantidad de información: suficiente o insuficiente
    - Búsqueda por otras vías
  - 1.7 Influencia de los propios conocimientos
    - Ventajas e inconvenientes
    - Autodiagnóstico/autotratamiento
  - 1.8 Toma de decisiones: cómo se realiza y qué/quién le influye.
  - 1.9 Actitud de los médicos que le atienden.
  - 1.10 Confidencialidad :
    - Respeto a la normativa
    - Pérdida como beneficio o como perjuicio
  - 1.10 Familia del médico
    - Sus expectativas

- La información que reciben
- Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento.

2. Impacto de la enfermedad en su formación especializada

- Impacto en adquisición de conocimientos y experiencia
- Situaciones generadas:
  - o Presentismo laboral
  - o ILT (duración, quién la dio)
  - o Prórroga de la residencia, adaptación
  - o Abandono/cese
  - o Reincorporación tras la baja
- Cambios respecto al futuro laboral
- En caso de enfermedad existente al elegir plaza MIR: Influencia en su elección de especialidad, dificultades durante la carrera

3. Aprendizaje obtenido de la enfermedad

- Personal
- Profesional: cambios en la práctica clínica

4. Relación con colegas MIR

- Apoyo percibido. Aceptación o rechazo de ayuda.
- Cambios en el reparto de trabajo. Preocupación por sobrecargar a otros.

5. Relación con tutores y Comisión de Docencia

- Apoyo percibido
- Medidas tomadas
- Evaluación. Existieron o no dudas sobre idoneidad

6. Relación con Colegios profesionales

- Apoyo percibido
- Medidas posibles. Necesidad o no de programas de atención específicos.

7. Experiencia como médico de otros médicos

- Circuito de asistencia. Trato preferente.
- Diferencias respecto a otros pacientes
- Diferencias entre médicos activos, jubilados y residentes
- Sentimientos experimentados

### **3.- Guión inicial de las entrevistas a médicos en activo**

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. Esta 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 de aproximadamente una hora y, si no tiene inconveniente, se va a grabar la entrevista, únicamente a los efectos de poder transcribir los datos de manera literal y realizar un análisis del contenido con más rigor. No obstante, los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores y/o docentes. En ningún caso se van a identificar las opiniones con ninguno de los participantes, ya que el análisis se realiza sobre todas las entrevistas.

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?**

#### Descripción del proceso de enfermar

##### 1.1 Diagnóstico

- Momento del diagnóstico
- Médico que diagnosticó
- Circuito seguido
- Trato recibido
- Sentimientos al respecto

##### 1.2 Tratamiento

- Atención recibida
- Lugar de tratamiento (hospital Vs ambulatorio)
- Dificultades encontradas

##### 2. Impacto de la enfermedad en su trabajo

- Baja laboral: cuándo, quién la recomendó
- Cambios en su práctica médica
- Calidad de la atención de sus pacientes

##### 3. Relación con colegas

- Apoyo percibido.
- Cambios en el reparto de trabajo

##### 4. Relación con superiores jerárquicos

- Apoyo percibido
- Medidas tomadas

##### 5. Experiencia como médico de otros médicos

- Circuito de asistencia
- Diferencias respecto a otros pacientes

##### 6. Relación con Colegios profesionales

- Apoyo percibido
- Medidas posibles a realizar

#### **4.- Guión definitivo de las entrevistas a médicos en activo**

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. Esta 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 de aproximadamente una hora y, si no tiene inconveniente, se va a grabar la entrevista, únicamente a los efectos de poder transcribir los datos de manera literal y realizar un análisis del contenido con más rigor. No obstante, los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores y/o docentes. En ningún caso se van a identificar las opiniones con ninguno de los participantes, ya que el análisis se realiza sobre todas las entrevistas.

Cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna duda, podemos comentar con la entrevista:

**Pregunta inicial: ¿qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?**

1. Descripción del proceso de enfermar
  - 1.1 Diferencias con profesionales no médicos: ventajas e inconvenientes
  - 1.2 Diagnóstico
    - Momento del diagnóstico
    - Médico que diagnosticó
    - Círculo seguido
    - Trato recibido
    - Búsqueda de segunda opinión
  - 1.3 Tratamiento
    - Atención recibida
    - Lugar de tratamiento (hospital vs ambulatorio)
    - Dificultades encontradas
    - Síndrome del recomendado: en qué consiste
  - 1.4 Sentimientos
    - Angustia/dependencia/negación
    - Trato/interés/crueldad
    - Tolerancia a los síntomas
    - Preocupación por la confidencialidad
  - 1.5 Información recibida
    - Tipo de información
    - Cantidad de información
    - Actitud del médico
    - Actitud del enfermo
    - Búsqueda de otra información (internet...)
  - 1.6 Actitud del médico que le atiende
  - 1.7 Información y conocimientos del médico que enferma: ventaja o inconveniente
  - 1.8 Toma de decisiones: cómo se realiza y qué/quién le influye.
  - 1.9 Familia del médico
    - Sus expectativas
    - La información
    - Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento.
2. Impacto de la enfermedad en su trabajo
  - Baja laboral: cuándo, quién la recomendó
  - Cambios en su práctica médica

- Calidad de la atención de sus pacientes
3. Relación con colegas
    - Apoyo percibido (No ofertar/aceptar ayuda)
    - Cambios en el reparto de trabajo
  4. Relación con superiores jerárquicos
    - Apoyo percibido
    - Medidas tomadas
  5. Experiencia como médico de otros médicos
    - 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 Colegios profesionales
    - Apoyo percibido
    - Medidas posibles a realizar

## **5.- Guión del grupo focal con médicos de Salud Laboral (GF1)**

Buenos días,

En primer lugar, queremos 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 miras 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, replicas 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.

Muchas gracias por vuestra participación.

## **6.- Guión del grupo focal con responsables de docencia de los residentes (GF2)**

En primer lugar, queremos agradecer vuestro tiempo para participar en este proyecto.

Este proyecto, “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”, tiene por objetivo analizar el proceso de enfermar de los profesionales médicos residentes a través de diferentes metodologías de investigación: entrevistas semi-estructuradas 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. El grupo focal que convocamos forma parte también del trabajo de tesis doctoral de la Dra. Candela Pérez Alvarez, residente de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario.

La sesión consistirá en realizar 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.

Os pasamos las preguntas propuestas y algunas reflexiones sobre algunas de ellas, de tal forma, que podáis aportar vuestras impresiones y vivencias como tutores y jefes de estudio.

### **REFLEXIONES PARA EL DEBATE:**

#### **1. ¿Cuál es vuestra experiencia en relación con el proceso de enfermar de los residentes?**

La prevalencia de la depresión o de síntomas depresivos entre los médicos residentes del mundo varía entre el 20,9% y el 43,2%. En la población en general se calcula un 16%, así que casi duplican el porcentaje. “La profesión médica tiene un problema importante”, reconoce en un editorial la revista de la American Medical Association, JAMA. Los datos proceden de una revisión de diferentes estudios sobre la materia publicada en esa revista, y en sus conclusiones se pone el acento en lo arriesgado de esta situación. También se conoce que manejan inadecuadamente sus problemas de salud físicos igualmente. Tienen miedo a coger baja laboral o bien se incorporan anticipadamente con impacto en su salud y recuperación. Por otro lado, no se analiza la necesidad de adaptación del puesto de trabajo si la baja o enfermedad ha tenido gran impacto en su desarrollo profesional.

El impacto de la enfermedad en los residentes puede aumentar la probabilidad de tener más errores como confusión de datos clínicos, errores médicos, lapsus éticos, cuidados no compasivos con el paciente. Además, el sistema de formación no facilita que baje la presión y reciban el tratamiento adecuado. No se pueden poner enfermos. Está mal visto en cualquier hospital que el residente coja una baja o trate de cuidarse.

#### **2. ¿Son los residentes enfermos ocultos? ¿cómo resuelven sus problemas de salud? ¿cuentan con el apoyo de vosotros los tutores?**

Desde la asociación médica americana se denuncia que una profesión que reconoce la importancia de la salud y el bienestar tenga un sistema de valores distinto para sus médicos en formación: el sistema “deja claro a los residentes lo inaceptable que es quedarse en casa cuando están enfermos, pedir permiso cuando un niño o un padre lo necesitan y mostrarse vulnerable frente a las abrumadoras exigencias emocionales y físicas”.

El Colegio de Médicos de Barcelona ha realizado en colaboración con colegios de otras comunidades un análisis a lo largo de varios años de la salud de los MIR (médicos internos residentes), y los datos obtenidos son muy parecidos a los publicados en JAMA. El malestar mental pasaba del 15,1% al empezar la residencia al 28,6% al terminar el primer año. Los médicos residentes han acudido a pedir ayuda cuando han hecho talleres con los MIR para explicarles que existen los servicios de salud laboral y del programa PAIME. Os adjuntamos en pdf el informe.

#### **3. ¿Por qué pensáis que los médicos no cuidan su salud? ¿existe una presión de grupo? ¿es un aprendizaje transmitido de que los médicos no pueden/no deben estar enfermos?**

La vida de residente supone para el recién licenciado exponerse a la enfermedad en personas reales a las que hay que explorar, interrogar, pedir pruebas, explicar, curar. Pero no es eso lo que les enferma, sino la dificultad de digerir todo eso por no estar preparado, por el propio carácter y por el exceso de carga de trabajo. Además, no todo el mundo sufre igual. En varios estudios se comprueba cómo los profesionales más autocríticos, más exigentes, más rígidos sufren mucho más. Son más vulnerables.

#### **4. ¿Podríamos definir un perfil de residente en riesgo de enfermar? ¿Pensáis que se podría hacer seguimiento o ayudar a esos residentes? ¿Influye el cambio de estilo de vida en la residencia sobre el proceso de enfermar?**

Una propuesta que ha surgido en otras comunidades autónomas es el ahondar con los tutores de los residentes en su papel y atender esos déficits que no computan en la formación de un especialista, pero le permitirán vivir mejor armado. Intentar participar en las soluciones, enseñar a priorizar y organizarse, que los residentes mayores siempre les

acompañen para que nunca se vean solos sin apoyo, que aprendan a comunicar y empatizar y a trabajar en equipo. Aprender a gestionar el buscar apoyo para momentos críticos y gestionar el agotamiento y la falta de horas de descanso y distracción.

Según el estudio longitudinal iniciado por el Colegio de Médicos de Barcelona, y que de momento tiene los datos de los MIR encuestados que superaron el primer año de residencia, el resto de la vida al margen de su formación sanitaria mengua en todos sus aspectos. Reducen el ejercicio físico, se pierden horas de sueño, y la vida social se suspende semana tras semana. El consumo de tóxicos, ya sea alcohol, tabaco o cannabis, no varía en comparación con el inicio de la residencia. Y sí crece el consumo de medicamentos, sobre todo ansiolíticos y antidepresivos. En sólo un año.

**5. ¿Qué problemas identificáis con las bajas laborales en los profesionales médicos enfermos?**

**6. ¿Qué se está haciendo mal en el seguimiento a los MIR enfermos? ¿Tenéis contacto con el PAIME? ¿Qué tipo de contacto o relación?**

**7. ¿Supervisáis la vuelta al trabajo de profesionales médicos tras una baja laboral prolongada?**

**8. ¿Cómo les afecta para la obtención de su título de especialista? ¿Se evalúa el impacto de la enfermedad cuando ésta es severa? ¿Qué acompañamiento se hace a este respecto? ¿Puede condicionar la obtención del título?**

**9. En vuestros hospitales o unidades docentes ¿habéis analizado este tema? ¿qué propuestas se os ocurren? ¿Vosotros habéis llegado a contactar con salud laboral o con el PAIME? ¿cuál ha sido la respuesta?**

**10. ¿Qué os parece la iniciativa de la Fundación Galatea en cuanto a generar un tríptico informativo sobre la salud de los MIR al inicio de la residencia? ¿Podría hacerse algo similar en Aragón?**

**11. ¿Qué papel podría tener el servicio regional de salud, la comisión nacional de las especialidades y los colegios de médicos en este tema?**

**12. Para finalizar, agradecer tu participación y damos un turno de palabra para que cada uno pueda aportar ideas o sugerencias que no hayan surgido hasta el momento.**

**Muchas gracias por vuestra colaboración.**

## **7.- Guión del grupo focal con profesores de Bioética de Facultades de Medicina (GF4)**

1. ¿En algún momento de vuestra actividad profesional como profesores de la Facultad os han solicitado ayuda o consejo sobre cómo actuar ante un estudiante de medicina enfermo?

¿La petición la hizo el propio estudiante? ¿Otro estudiante? ¿Algún amigo, familiar del estudiante enfermo?  
¿Otro profesor?

2. ¿Cuáles son los problemas que se pueden plantear ante un estudiante de medicina con enfermedad?

¿Y si es una enfermedad crónica que comprometerá su capacidad para el ejercicio de la medicina?

3. ¿En vuestra Facultad existe algún servicio de atención u orientación para el estudiante enfermo?

¿Cuál es el circuito que sigue el acceso y atención por ese servicio? 4. En algunas Facultades europeas los estudiantes que van a comenzar sus prácticas clínicas deben cumplimentar un formulario de salud, y realizarse algún test clínico en relación con serologías víricas, despistaje de enfermedad tuberculosa, etc. ¿El estudiante que comienza su periodo de prácticas en vuestra Facultad debe cumplimentar algún formulario sobre su estado de salud o realizarse alguna prueba para iniciar las prácticas clínicas?

5. Actualmente, estudiantes con discapacidad tiene la posibilidad de acceder a realizar estudios universitarios. ¿Conoces alguna situación de conflicto entre acceso a los estudios de medicina y situación de discapacidad?

6. Finalmente, os pedimos compartir propuestas de mejora que pensáis que podrían ponerse en marcha en las Facultades de Medicina española para mejorar la atención a los estudiantes enfermos o que enferman durante su formación de grado.

Muchas gracias por vuestra participación.

## 8.- Encuesta definitiva

### ENCUESTA “EL MÉDICO COMO PACIENTE”

1. Sexo

2. Edad

3. Provincia

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:

8.1. ¿Ha ejercido o ejerce una segunda Especialidad?: 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)?

**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.

**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"

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

- Muy malo
- Malo
- Normal
- Bueno
- 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

**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

**15.1** ¿Tiene otros trastornos crónicos diferentes a los mencionados en la pregunta anterior? Si ha marcado "SÍ", 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

**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? Si ha marcado "SÍ", 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:

**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? Si ha marcado "SÍ", especifíquela:

**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

**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

**28.** ¿Se vacuna contra la gripe?

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

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

- Nunca
- Pocas veces
- Bastantes veces
- Siempre

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

**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...

... 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

**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

**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

**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
- Si, 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

**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

**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? De 1 a 5, siendo 1 "Nada preparado" y 5 "Totalmente preparado"

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.

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

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

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

49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médico/as jubilado/as? De 1 a 5, 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 recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico? De 1 a 5, siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"

**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"

**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? De 1 a 5, 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?

## 9.- Dictamen favorable del CEICA



Informe Dictamen Favorable  
Proyecto Investigación Biomédica

C.P. - C.I. P116/0236

5 de octubre de 2016

Dña. María González Hinjos, 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 Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

10.- **Documento de Consentimiento Informado de entrevistas y grupos focales**

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

**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, 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: .....

## 11.- Hoja informativa para los participantes en entrevistas y grupos focales

### **PROYECTO “ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO”. HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.**

La presente investigación se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón, está financiada 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 consiste en la realización de entrevistas en profundidad 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.

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 de las entrevistas serán utilizados exclusivamente con fines investigadores y docentes, para ésta y para otras líneas de investigación que puedan surgir durante el análisis de los mismos.

Las grabaciones de las entrevistas 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.



Sistema de códigos	Memo	#
Sistema de códigos		1836
DIFERENCIAS MEDICO-NO MEDICO	Expresión del entrevistado acerca de las diferencias que percibe en la atención por el hecho de ser médico.	0
Diferencias.gral		59
Dif.Seguimiento	Diferencias percibidas en la fase de seguimiento.	17
Dif.Tratamiento	Diferencias percibidas en la fase de tratamiento.	25
Dif.Diagnóstico	Diferencias percibidas en la fase de diagnóstico.	74
INFORMACIÓN RECIBIDA	Información recibida por el entrevistado durante su enfermedad y las características de dicha información.	0
Más técnica	La información que recibe el médico-paciente es percibida como más técnica que la que se daría a otros pacientes.	19
Insuficiente o inadecuada	Percepción de haber recibido insuficiente cantidad de información, con omisión de parte de ella, o de que esta ha sido proporcionada de forma inadecuada.	17
Sobreentendida	Por el hecho de ser médico, al paciente se le presuponen conocimientos o información, que por ello no se le explican como a otros pacientes.	20
Suficiente	El médico-paciente considera que ha recibido información suficiente durante su enfermedad.	16
Búsqueda de información	Búsqueda de información relacionada con su enfermedad realizada por el entrevistado, alternativa o adicional a la información recibida a través de los médicos que le atendieron.	30
INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS	Influencia de los propios conocimientos médicos del entrevistado en su proceso de enfermedad.	6
Interpretación de síntomas	Valoración que el médico-paciente realiza de sus propios síntomas.	15
Autodiagnóstico/autotratamiento	Acciones que el médico-paciente lleva a cabo de manera individual para diagnosticar o tratar su problema de salud.	48
Hipocondriasis	Tendencia a preocuparse excesivamente por los síntomas o a imaginar que estos tienen como origen una enfermedad grave, al margen de lo que indican los datos reales.	13
Anticipación	Tendencia a anticipar hechos negativos en relación con la enfermedad o con los tratamientos recibidos.	26
Influencia positiva	Consecuencias positivas de disponer de conocimientos médicos.	26
Según personalidad	Cómo la propia personalidad del médico-paciente condiciona que los conocimientos tengan una influencia positiva o negativa.	9
Conflicto de rol interno	Cuando presenta una enfermedad, actúa como médico y ejerce funciones propias de su profesión, aunque en ese momento le correspondería el rol de paciente	8
SENTIMIENTOS Y ACTITUDES	Emociones y sentimientos que manifiesta el entrevistado acerca de su proceso de enfermar.	0

Sistema de códigos	Memo	#
Distancia emocional	Frialdad emocional o alejamiento respecto a la situación de enfermedad.	7
Shock	Estado de shock propio de los primeros momentos de la enfermedad, sobre todo al recibir el diagnóstico.	9
Negación	Sentimientos de negación de la existencia de la enfermedad o de la gravedad de ésta experimentados por el entrevistado.	39
Miedo	Sentimiento de miedo experimentado por el entrevistado durante su proceso de enfermar.	31
Ansiedad/inquietud	Ansiedad en relación con el proceso de enfermar.	15
Tristeza	Tristeza reactiva a la enfermedad o a las consecuencias de esta.	4
Vulnerabilidad	Sentirse vulnerable, frágil, al adquirir el rol de enfermo.	18
Confianza	Sentimientos de confianza y seguridad en la buena evolución del proceso o en las recomendaciones médicas recibidas.	30
Desconfianza	Actitud de falta de confianza en los profesionales que le atienden o hacia el sistema sanitario.	7
Sensación de control	Sensación del médico-paciente de que puede controlar su enfermedad o algún aspecto de la misma.	23
Fracaso como médico	Sentimientos de fracaso por no ser capaz de diagnosticarse o tratarse uno mismo, a pesar de ser médico.	4
Sentirse una carga/molestia	Sentimientos de vergüenza por el uso reiterado de los servicios sanitarios.	9
Preocupación por impacto laboral/formativo	Preocupación por el impacto que el hecho de estar enfermo puede tener sobre la formación como especialista o sobre la situación laboral.	14
Aceptación	Sentimientos de aceptación de la enfermedad y de sus consecuencias.	27
Sentimientos positivos	Otros sentimientos positivos asociados al proceso de enfermedad.	14
TRATO RECIBIDO	Percepciones sobre los profesionales que le han atendido, haciendo referencia a la relación médico-paciente y a otras características de la atención.	0
Características del trato		5
Trato preferente	Recepción de un trato especial o beneficioso respecto a los pacientes no médicos.	63
Trato por otros profesionales	Trato recibido por parte de otros profesionales sanitarios (no médicos) que intervienen en el proceso de enfermedad.	13
Trato en Diagnóstico	Trato recibido en la fase de diagnóstico.	8
Trato en Tratamiento	Trato recibido en la fase de tratamiento.	11
Trato en Seguimiento	Trato recibido en la fase de seguimiento.	12
Rechazo del trato preferente	Elección por parte del médico-paciente de ser atendido como un paciente normal y no utilizar su condición de médico.	37

Sistema de códigos	Memo	#
Propio hospital	El médico-paciente describe su preferencia o no por ser atendido en el mismo hospital o centro sanitario en el que trabaja, frente a ser tratado en otros centros.	27
CONFIDENCIALIDAD	Impresiones del entrevistado sobre el respeto a la confidencialidad durante su proceso de enfermar.	0
Confidencialidad.General		20
Respeto a la normativa	Opinión sobre si se respetan o no las leyes y normas deontológicas relativas a la confidencialidad.	28
Tipo de patología	Se vincula la importancia dada a la confidencialidad con el tipo de patología presentada	20
Pérdida como beneficio	Pérdida de confidencialidad durante el proceso diagnóstico o terapéutico que el paciente valora como un beneficio, por las consecuencias positivas que ha percibido.	3
Pérdida como perjuicio	Pérdida de la confidencialidad percibida como un perjuicio por el médico-paciente.	28
IMPACTO LABORAL	Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral.	0
Año de residencia	Momento de la residencia en que se inicia el proceso de enfermar.	6
Tratamiento condicionado por el trabajo	El médico-paciente toma decisiones sobre los tratamientos a aplicar ajustados al mejor momento laboral, declara al impacto de su ausencia en sus compañeros o en su formación como residente.	10
Pérdida económica	Merma en los ingresos económicos que se produce debido a un problema de salud y las consecuencias de este (baja laboral, dejar de hacer guardias...).	17
Actitud colegas	Actitud que muestran los compañeros del médico enfermo con respecto a él.	66
Sobrecarga de trabajo a colegas	El médico-paciente considera que su problema de salud genera una sobrecarga de trabajo para sus colegas.	26
Funciones tutor	Funciones que se atribuyen a los tutores de residentes.	22
Información sobre aspectos laborales	Información recibida en relación con los aspectos laborales de la enfermedad: baja laboral, remuneración, guardias...	11
Comisión/Unidad docente	Papel desempeñado por la comisión de docencia o unidad docente durante el tiempo en que el entrevistado está enfermo y el apoyo percibido por parte de dicha comisión.	19
Evaluación	Características de la evaluación que se realiza a los médicos residentes a lo largo de su formación especializada.	18
Presentismo	Comportamiento consistente en acudir a trabajar a pesar de estar enfermo.	25
Baja laboral	Situación de incapacidad laboral temporal que vive el entrevistado a causa de su enfermedad.	51
Reincorporación laboral	Vivencias en relación con la vuelta al trabajo tras un periodo de baja laboral.	44

Sistema de códigos	Memo	#
Adaptación/Prolongación	Adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud o, en el caso de los residentes, cambios en el plan de rotaciones o prolongación del periodo de formación especializada a consecuencia de la enfermedad sufrida por el entrevistado.	34
Salud Laboral	Papel de los médicos de Salud Laboral ante la situación de enfermedad de un médico.	28
Calidad asistencial	Impacto que puede tener la enfermedad del médico sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención.	13
Elección especialidad	Influencia de problemas de salud en la elección de especialidad médica.	20
Cambio especialidad	Situación en que se produce un cambio de especialidad debido al estado de salud de un médico residente.	10
PATOLOGÍA FÍSICA VS MENTAL	Diferencias comentadas sobre las características del proceso de enfermar y de la atención recibida por los médicos-pacientes en función del tipo de patología que presentan.	17
IMPACTO FAMILIAR	Impacto de la enfermedad en el ámbito familiar. Expresión de si comparte o no la información con su familia y del papel que toma ésta a lo largo del proceso.	1
Compartir la enfermedad	Tendencia a compartir la enfermedad con sus seres queridos y el apoyo que recibe de estos.	19
Evitar compartir la enfermedad	Comportamiento consistente en evitar compartir la enfermedad o datos relativos a esta con sus familiares.	17
Rol del médico-paciente en la familia	Impacto que tiene la actitud del médico-paciente en la manera en que su familia afronta la enfermedad.	17
Separación de la familia	Situación de los MIR que se encuentran lejos de su lugar y su familia de origen y cómo dicha situación puede afectar al proceso de enfermar o a la búsqueda de ayuda.	3
PAPEL COLEGIOS PROFESIONALES	Papel de los Colegios profesionales cuando un médico enferma. Situación actual y propuestas por parte de los entrevistados.	39
APRENDIZAJE	Exposición del entrevistado sobre el aprendizaje obtenido durante el proceso de enfermar e impacto en su práctica clínica.	3
Empatía con los pacientes	Percepción de que su empatía con los pacientes se ha incrementado a raíz de su propia experiencia de enfermar.	26
Cambios en su práctica como médico	Cambios que el médico-paciente describe haber realizado en su práctica clínica a raíz de haber padecido una enfermedad.	23
Autorrevelación	Uso de su propia experiencia como enfermo para compartirla con los pacientes	3
Cambios en escala de valores	Modificación de su escala de valores o prioridades en su vida después de padecer una enfermedad importante.	18
Aprender a ser paciente	Proceso que lleva a cabo el médico enfermo hasta situarse de manera más adecuada en el rol de paciente.	5

Sistema de códigos	Memo	#
ETAPAS DE CARRERA PROFESIONAL	Diferencias percibidas entre los médicos en las diferentes etapas profesionales: MIR, en activo, jubilados.	14
MÉDICOS DE MÉDICOS	Experiencia del entrevistado como médico de otros médicos y su opinión sobre los médicos que le han atendido durante su enfermedad.	9
Identificarse como médico	Identificación o no como médico del médico-paciente ante los profesionales que le atienden.	29
Médico de familia	Papel del médico de familia en la atención del médico enfermo. En qué situaciones o por qué motivos acuden.	34
Incomodidad	Sensación de incomodidad al atender a un médico enfermo, que no se experimenta con otros pacientes.	25
Sentirse evaluado o cuestionado	Percepción de que está siendo cuestionado o evaluado durante su atención a un médico enfermo.	26
Mayor empatía	El médico que atiende a un colega puede tener mayor facilidad para sentirse identificado y ponerse en el lugar del otro.	7
Pérdida de la relación med-pte	El entrevistado considera que si el paciente es médico, la relación médico-paciente puede verse afectada negativamente.	8
Influencia de relación personal previa	Cómo la existencia de una relación personal previa entre médico y colega al que atiende como paciente puede influir en la atención prestada.	17
Atención de MIR a adjunto/jubilado	Actitud y percepciones del MIR cuando tiene que atender a un médico adjunto en ejercicio o a un médico jubilado.	4
Conflictos de roles	Conflictos que surgen en la relación entre el médico de médicos (incluyendo aquí a tutores y adjuntos en el caso de los MIR) y el médico-paciente, en los cuales alguno de ellos adquiere un papel diferente del que le corresponde.	20
PAIME	Referencias al Programa de Atención Integral al Médico Enfermo	20
MÉDICO DE FAMILIARES DE MÉDICOS	Experiencia del entrevistado cuando su paciente es familiar de un médico o cuando es él quien acude como acompañante de un familiar enfermo.	11
Crisis de interlocutor	Situaciones en las que la atención se dirige al médico acompañante y no al paciente.	6
PROPUESTAS	Propuestas de mejora que sugieren los entrevistados sobre la atención al médico-paciente.	41

13.- Tabla de encuestados según provincia de residencia

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Provincia colegiado	A Coruña	Recuento	196 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	208
		% dentro de MIR	5,0%	3,3%	4,8%
	Álava	Recuento	10 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	10
		% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,2%
	Albacete	Recuento	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	5
		% dentro de MIR	0,1%	0,3%	0,1%
	Alicante	Recuento	343 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>	373
		% dentro de MIR	8,7%	8,3%	8,7%
	Almería	Recuento	107 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	111
		% dentro de MIR	2,7%	1,1%	2,6%
	Asturias	Recuento	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3
		% dentro de MIR	0,1%	0,3%	0,1%
	Ávila	Recuento	54 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	55
		% dentro de MIR	1,4%	0,3%	1,3%
	Badajoz	Recuento	10 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	11
		% dentro de MIR	0,3%	0,3%	0,3%
	Islas Baleares	Recuento	122 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	125
		% dentro de MIR	3,1%	0,8%	2,9%
	Barcelona	Recuento	21 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>	27
		% dentro de MIR	0,5%	1,7%	0,6%
	Burgos	Recuento	109 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	114
		% dentro de MIR	2,8%	1,4%	2,6%
	Cáceres	Recuento	13 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	14
		% dentro de MIR	0,3%	0,3%	0,3%
	Cádiz	Recuento	25 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	25
		% dentro de MIR	0,6%	0,0%	0,6%
	Cantabria	Recuento	98 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	107
		% dentro de MIR	2,5%	2,5%	2,5%
	Castellón	Recuento	87 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	96
		% dentro de MIR	2,2%	2,5%	2,2%
	Ciudad Real	Recuento	73 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	77
		% dentro de MIR	1,8%	1,1%	1,8%
	Córdoba	Recuento	1 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	2
		% dentro de MIR	0,0%	0,3%	0,0%
	Cuenca	Recuento	58 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	62
		% dentro de MIR	1,5%	1,1%	1,4%

Girona	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,0%	0,0%	0,0%
Granada	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%
Guadalajara	Recuento	42 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	44
	% dentro de MIR	1,1%	0,6%	1,0%
Guipuzcoa	Recuento	10 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	10
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,2%
Huelva	Recuento	7 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,2%
Huesca	Recuento	14 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>	18
	% dentro de MIR	0,4%	1,1%	0,4%
Jaén	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,0%	0,0%	0,0%
La Rioja	Recuento	100 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	106
	% dentro de MIR	2,5%	1,7%	2,5%
Las Palmas	Recuento	8 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	9
	% dentro de MIR	0,2%	0,3%	0,2%
León	Recuento	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,1%	0,3%	0,1%
Lleida	Recuento	98 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	101
	% dentro de MIR	2,5%	0,8%	2,3%
Lugo	Recuento	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,1%	0,3%	0,1%
Madrid	Recuento	929 <sub>a</sub>	79 <sub>a</sub>	1008
	% dentro de MIR	23,5%	21,9%	23,4%
Málaga	Recuento	8 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	8
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,2%
Murcia	Recuento	17 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	17
	% dentro de MIR	0,4%	0,0%	0,4%
Navarra	Recuento	220 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	239
	% dentro de MIR	5,6%	5,3%	5,5%
Ourense	Recuento	74 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	78
	% dentro de MIR	1,9%	1,1%	1,8%
Palencia	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,0%	0,0%	0,0%
Pontevedra	Recuento	128 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	143
	% dentro de MIR	3,2%	4,2%	3,3%
Salamanca	Recuento	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
	% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%

Segovia	Recuento	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
	% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%
Sevilla	Recuento	9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	10
	% dentro de MIR	0,2%	0,3%	0,2%
Soria	Recuento	10 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	11
	% dentro de MIR	0,3%	0,3%	0,3%
Tarragona	Recuento	10 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	10
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,2%
Santa Cruz de Tenerife	Recuento	8 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	8
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,2%
Teruel	Recuento	32 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	36
	% dentro de MIR	0,8%	1,1%	0,8%
Toledo	Recuento	119 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	124
	% dentro de MIR	3,0%	1,4%	2,9%
Valencia	Recuento	22 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	27
	% dentro de MIR	0,6%	1,4%	0,6%
Valladolid	Recuento	165 <sub>a</sub>	36 <sub>b</sub>	201
	% dentro de MIR	4,2%	10,0%	4,7%
Vizcaya	Recuento	321 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>	334
	% dentro de MIR	8,1%	3,6%	7,8%
Zaragoza	Recuento	223 <sub>a</sub>	65 <sub>b</sub>	288
	% dentro de MIR	5,6%	18,1%	6,7%
Ceuta	Recuento	23 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	26
	% dentro de MIR	0,6%	0,8%	0,6%
Total	Recuento	3948	360	4308
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

14.- Tabla de encuestados según especialidad

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Especialidad médica	Alergología	Recuento	28 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	31
		% dentro de MIR	0,7%	0,8%	0,7%
	Anestesiología y reanimación	Recuento	113 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	124
		% dentro de MIR	2,9%	3,1%	2,9%
	Cardiología	Recuento	43 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	47
		% dentro de MIR	1,1%	1,1%	1,1%
	Gastroenterología	Recuento	55 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	59
		% dentro de MIR	1,4%	1,1%	1,4%
	Endocrinología	Recuento	32 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	34
		% dentro de MIR	0,8%	0,6%	0,8%
	Geriatría	Recuento	39 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	46
		% dentro de MIR	1,0%	1,9%	1,1%
	Hematología y Hemoterapia	Recuento	44 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	51
		% dentro de MIR	1,1%	1,9%	1,2%
	Medicina del deporte	Recuento	22 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	22
		% dentro de MIR	0,6%	0,0%	0,5%
	Medicina del trabajo	Recuento	173 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>	179
		% dentro de MIR	4,4%	1,7%	4,2%
	Medicina familiar y Comunitaria	Recuento	1539 <sub>a</sub>	128 <sub>a</sub>	1667
		% dentro de MIR	39,0%	35,6%	38,7%
	Medicina física y rehabilitación	Recuento	34 <sub>a</sub>	7 <sub>b</sub>	41
		% dentro de MIR	0,9%	1,9%	1,0%
	Medicina intensiva	Recuento	63 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	72
		% dentro de MIR	1,6%	2,5%	1,7%
	Medicina interna	Recuento	126 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	139
		% dentro de MIR	3,2%	3,6%	3,2%
	Medicina legal y forense	Recuento	26 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	26
		% dentro de MIR	0,7%	0,0%	0,6%
	Medicina preventiva	Recuento	48 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	53
		% dentro de MIR	1,2%	1,4%	1,2%
Nefrología	Recuento	29 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	33	
	% dentro de MIR	0,7%	1,1%	0,8%	
Neumología	Recuento	33 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	39	
	% dentro de MIR	0,8%	1,7%	0,9%	
Neurología	Recuento	50 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	58	
	% dentro de MIR	1,3%	2,2%	1,3%	

Oftalmología	Recuento	70 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	74
	% dentro de MIR	1,8%	1,1%	1,7%
Oncología médica	Recuento	42 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	47
	% dentro de MIR	1,1%	1,4%	1,1%
Oncología radioterápica	Recuento	17 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	19
	% dentro de MIR	0,4%	0,6%	0,4%
Pediatria	Recuento	229 <sub>a</sub>	20 <sub>a</sub>	249
	% dentro de MIR	5,8%	5,6%	5,8%
Psiquiatría	Recuento	160 <sub>a</sub>	28 <sub>b</sub>	188
	% dentro de MIR	4,1%	7,8%	4,4%
Reumatología	Recuento	40 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	40
	% dentro de MIR	1,0%	0,0%	0,9%
Urología	Recuento	40 <sub>a</sub>	10 <sub>b</sub>	50
	% dentro de MIR	1,0%	2,8%	1,2%
Cirugía cardiovascular	Recuento	7 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,2%
Cirugía general y digestiva	Recuento	88 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	94
	% dentro de MIR	2,2%	1,7%	2,2%
Cirugía oral y maxilofacial	Recuento	9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	10
	% dentro de MIR	0,2%	0,3%	0,2%
Cirugía plástica	Recuento	9 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	11
	% dentro de MIR	0,2%	0,6%	0,3%
Cirugía pediátrica	Recuento	12 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>	16
	% dentro de MIR	0,3%	1,1%	0,4%
Cirugía ortopédica y traumatología	Recuento	78 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	84
	% dentro de MIR	2,0%	1,7%	1,9%
Cirugía torácica	Recuento	10 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	10
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,2%
Neurocirugía	Recuento	19 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	20
	% dentro de MIR	0,5%	0,3%	0,5%
Anatomía patológica	Recuento	17 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	22
	% dentro de MIR	0,4%	1,4%	0,5%
Bioquímica clínica	Recuento	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	5
	% dentro de MIR	0,1%	0,3%	0,1%
Farmacología clínica	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%
Inmunología	Recuento	6 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	7
	% dentro de MIR	0,2%	0,3%	0,2%
Medicina nuclear	Recuento	10 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	11
	% dentro de MIR	0,3%	0,3%	0,3%

Microbiología	Recuento	16 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	17
	% dentro de MIR	0,4%	0,3%	0,4%
Neurofisiología clínica	Recuento	10 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	13
	% dentro de MIR	0,3%	0,8%	0,3%
Radiodiagnóstico	Recuento	64 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	72
	% dentro de MIR	1,6%	2,2%	1,7%
Cirugía vascular	Recuento	16 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	19
	% dentro de MIR	0,4%	0,8%	0,4%
Obstetricia y Ginecología	Recuento	108 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	120
	% dentro de MIR	2,7%	3,3%	2,8%
Dermatología	Recuento	32 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	37
	% dentro de MIR	0,8%	1,4%	0,9%
Otorrinolaringología	Recuento	33 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	35
	% dentro de MIR	0,8%	0,6%	0,8%
Estomatología	Recuento	31 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	32
	% dentro de MIR	0,8%	0,3%	0,7%
Análisis clínicos	Recuento	22 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	24
	% dentro de MIR	0,6%	0,6%	0,6%
Otras	Recuento	245 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	247
	% dentro de MIR	6,2%	0,6%	5,7%
Hidrología	Recuento	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
	% dentro de MIR	0,1%	0,0%	0,1%
Total	Recuento	3948	360	4308
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

15.- Tabla de encuestados según segunda especialidad

			MIR		Total
			No MIR	MIR	
Segunda especialidad	Alergología	Recuento	8 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	9
		% dentro de MIR	1,2%	2,6%	1,3%
	Anestesiología y reanimación	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
		% dentro de MIR	0,5%	0,0%	0,4%
	Cardiología	Recuento	5 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	5
		% dentro de MIR	0,8%	0,0%	0,7%
	Gastroenterología	Recuento	8 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	8
		% dentro de MIR	1,2%	0,0%	1,2%
	Endocrinología	Recuento	7 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7
		% dentro de MIR	1,1%	0,0%	1,0%
	Geriatría	Recuento	11 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	11
		% dentro de MIR	1,7%	0,0%	1,6%
	Hematología y Hemoterapia	Recuento	2 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	3
		% dentro de MIR	0,3%	2,6%	0,4%
	Medicina del deporte	Recuento	22 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	22
		% dentro de MIR	3,4%	0,0%	3,2%
	Medicina del trabajo	Recuento	48 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	49
		% dentro de MIR	7,4%	2,6%	7,1%
	Medicina familiar y Comunitaria	Recuento	170 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	184
		% dentro de MIR	26,1%	36,8%	26,7%
	Medicina física y rehabilitación	Recuento	9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	10
		% dentro de MIR	1,4%	2,6%	1,4%
	Medicina intensiva	Recuento	10 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	10
		% dentro de MIR	1,5%	0,0%	1,4%
	Medicina interna	Recuento	36 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	38
		% dentro de MIR	5,5%	5,3%	5,5%
	Medicina legal y forense	Recuento	11 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	11
		% dentro de MIR	1,7%	0,0%	1,6%
	Medicina preventiva	Recuento	12 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	13
		% dentro de MIR	1,8%	2,6%	1,9%
	Nefrología	Recuento	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
		% dentro de MIR	0,6%	0,0%	0,6%
	Neumología	Recuento	1 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	2
		% dentro de MIR	0,2%	2,6%	0,3%
	Neurología	Recuento	6 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	6
		% dentro de MIR	0,9%	0,0%	0,9%

Oftalmología	Recuento	5 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	5
	% dentro de MIR	0,8%	0,0%	0,7%
Oncología médica	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,1%
Oncología radioterápica	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
Pediatria	Recuento	42 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	44
	% dentro de MIR	6,4%	5,3%	6,4%
Psiquiatria	Recuento	10 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	12
	% dentro de MIR	1,5%	5,3%	1,7%
Reumatología	Recuento	6 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	7
	% dentro de MIR	0,9%	2,6%	1,0%
Urología	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
Cirugía cardiovascular	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,5%	0,0%	0,4%
Cirugía general y digestiva	Recuento	10 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	11
	% dentro de MIR	1,5%	2,6%	1,6%
Cirugía oral y maxilofacial	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,1%
Cirugía plástica	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,5%	0,0%	0,4%
Cirugía pediátrica	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
Cirugía ortopédica y traumatología	Recuento	2 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	4
	% dentro de MIR	0,3%	5,3%	0,6%
Cirugía torácica	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,1%
Anatomía patológica	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,1%
Bioquímica clínica	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
Farmacología clínica	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,5%	0,0%	0,4%
Inmunología	Recuento	6 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	6
	% dentro de MIR	0,9%	0,0%	0,9%
Medicina nuclear	Recuento	1 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	2
	% dentro de MIR	0,2%	2,6%	0,3%
Microbiología	Recuento	31 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	31
	% dentro de MIR	4,8%	0,0%	4,5%

Neurofisiología clínica	Recuento	1 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	2
	% dentro de MIR	0,2%	2,6%	0,3%
Radiodiagnóstico	Recuento	6 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	6
	% dentro de MIR	0,9%	0,0%	0,9%
Cirugía vascular	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% dentro de MIR	0,2%	0,0%	0,1%
Obstetricia y Ginecología	Recuento	7 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	8
	% dentro de MIR	1,1%	2,6%	1,2%
Dermatología	Recuento	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% dentro de MIR	0,5%	0,0%	0,4%
Otorrinolaringología	Recuento	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% dentro de MIR	0,3%	0,0%	0,3%
Estomatología	Recuento	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
	% dentro de MIR	0,6%	0,0%	0,6%
Análisis clínicos	Recuento	6 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	7
	% dentro de MIR	0,9%	2,6%	1,0%
Otras	Recuento	109 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	113
	% dentro de MIR	16,7%	10,5%	16,4%
Hidrología	Recuento	6 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	6
	% dentro de MIR	0,9%	0,0%	0,9%
Total	Recuento	652	38	690
	% dentro de MIR	100,0%	100,0%	100,0%

## 10- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Verghese A. Perspective: physicians and addiction. *N Engl J Med.* 2002;346:1510–1.
- <sup>2</sup> Allen H, Traynor M, Kelly D, Smith P. Becoming a patient. En: *Understanding sociology in nursing.* Sage Publications; 2016. p.7-10.
- <sup>3</sup> Suchman EA. Stages of illness and medical care. *J Health Hum Behav.* 1965;6:114-28.
- <sup>4</sup> Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría.* Madrid: Editorial Revista de Occidente;1964.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> O'Connor M, Kelleher C. Do doctors benefit from their profession? A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices. *Ir Med J.* 1998; 91(6): 206-209.
- <sup>7</sup> Bruguera M, Guri J, Arteman A, et al. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. *Med Clin.* 2001; 117:487-94.
- <sup>8</sup> 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.
- <sup>9</sup> White A et al. Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatric bulletin.* 2006; 30:382-384. doi: 10.1192/pb.30.10.382
- <sup>10</sup> DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, Birnbaum RJ, Iezzoni L, Vogeli C, Campbell EG. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA.* 2010 Jul 14;304(2):187-93. doi: 10.1001/jama.2010.921.
- <sup>11</sup> Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals.* Chichester: John Wiley et Sons; 1999.
- <sup>12</sup> Schneck SA. Doctoring doctors and their families. *JAMA.* 1998;280:2039-2042.
- <sup>13</sup> Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US Physicians. *Am J Prev Med.* 2000; 19(3):155-9.
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> Elin O, Rosvold and Espen Bjertness. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health.* 2002; 30(2):125-132. doi: 10.1080/14034940210133744
- <sup>16</sup> 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(10):1079-85.
- <sup>17</sup> Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. *Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya.* Barcelona: Fundació Galatea; 2007.
- <sup>18</sup> Stanton J, Caan W. How many doctors are sick? *BMJ.* 2003; 326(7391):S97. doi: 10.1136/bmj.326.7391.S97a
- <sup>19</sup> 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.
- <sup>20</sup> Dabrow S, Russell S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad. Med.* 2006; 81:436-439. doi: 10.1097/01.ACM.0000222261.47643.d2
- <sup>21</sup> Ania O, Cuatrecasas G, et al. *La salud del MIR: Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes.* Barcelona: Fundació Galatea; 2008.
- <sup>22</sup> Programa de Atención Integral al Médico Enfermo: datos de evolución 1998-2014. Madrid: OMC; 2015.
- <sup>23</sup> 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 Jan;88(1):111-6. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182764cb6.
- <sup>24</sup> Mahmood T. Dealing with trainees in difficulty. *Facts Views Vis Obgyn.* 2012;4(1):18-23.

- 
- <sup>25</sup> Brenner AM, Mathai S, Satyam J, Mohl PC: Can we predict “problem residents”? *Acad Med.* 2010;85:1147–1151. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181e1a85d.
- <sup>26</sup> Hamdy H, Prasad K, Anderson MB, Scherpier A, Williams R, Zwiestra R, Cuddihy H. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. *Med Teach.* 2006; 28(2):103–116. doi: 10.1080/01421590600622723
- <sup>27</sup> Harfmann KL, Zirwas J: Can performance in medical school predict performance in residency? A compilation and review of correlative studies. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Nov;65(5):1010-1022.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2010.07.034.
- <sup>28</sup> O'Neill LD, Norberg K, et al. Residents in difficulty--just slower learners? A case-control study. *BMC Med Educ.* 2014 Dec 30;14:1047. doi: 10.1186/s12909-014-0276-z.
- <sup>29</sup> Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(1): 81-90.
- <sup>30</sup> Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, et al. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med.* 2006;81:82–85.
- <sup>31</sup> Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff B. Correlates of physicians' prevention-related practices. *Arch Fam Med.* 2000;9:359-367.
- <sup>32</sup> 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.
- <sup>33</sup> Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician.* 2003 Sep;49:1121-7.
- <sup>34</sup> Gupta G, Schleinitz MD, Reinert SE, McGarry KA. Resident physician preventive health behaviors and perspectives on primary care. *R I Med J.* 2013 May;96(5):43-7.
- <sup>35</sup> Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *IrMed J.* 2007;100(6): 489–491.
- <sup>36</sup> Shadbolt NE. Attitudes to healthcare and self-care among junior medical officers: a preliminary report. *Med J Aust.* 2002 Jul 1;177 Suppl:S19-20.
- <sup>37</sup> Roberts LW, Kim JP. Informal health care practices of residents: “Curbside” consultation and self-diagnosis and treatment. *Acad Psychiatry.* 2015 Feb;39(1):22-30. doi: 10.1007/s40596-014-0170-3.
- <sup>38</sup> Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, et al. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes.* 2008 Oct 29;1:105. doi: 10.1186/1756-0500-1-105
- <sup>39</sup> Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Aust.* 2009 Oct 19;191(8):441-4.
- <sup>40</sup> Tong SC, Tin AS, Tan DM, Lim JF. The health-related quality of life of junior doctors. *Ann Acad Med Singapore.* 2012 Oct;41(10):444-50.
- <sup>41</sup> Rye PL, Reeson ME, et al. Comparing health behaviours of internal medicine residents and medical students: an observational study. *Clin Invest Med.* 2012 Feb 1;35(1):E40-4
- <sup>42</sup> Stanford FC, Durkin MW, Blair SN, Powell CK, Poston MB, Stallworth JR. Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA. *Br J Sports Med.* 2012;46:360–364.
- <sup>43</sup> Leventer-Roberts M, Zonfrillo MR, Yu S, Dziura JD, Spiro DM. Overweight physicians during residency: a cross-sectional and longitudinal study. *J Grad Med Educ.* 2013 Sep;5(3):405-11. doi: 10.4300/JGME-D-12-00289.1.
- <sup>44</sup> 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 Oct;82(1):31-8. doi: 10.1007/s00420-008-0303-7.
- <sup>45</sup> Guille C, Speller H, Laff R, Epperson CN, Sen S. Utilization and barriers to mental health services among depressed medical interns: a prospective multisite study. *J Grad Med Educ.* 2010;2(2):210–214.
- <sup>46</sup> Dunn LB, Green Hammond KA, Roberts LW. Delaying care, avoiding stigma: residents' attitudes toward obtaining

---

personal health care. *Acad Med.* 2009 Feb;84(2):242-50. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819397e2.

- <sup>47</sup> Palabindala V, Foster P, Kanduri S, Doppalapudi A, Pamarthy A, Kovvuru K. Personal health care of internal medicine residents. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2012 Jan 26;1(4). doi: 10.3402/jchimp.v1i4.8864.
- <sup>48</sup> Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea;2009.
- <sup>49</sup> Juárez-Jiménez MV, Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Semergen.* 2015;41(6):296–304.
- <sup>50</sup> Hem E, Stokke G, Tyssen R, et al. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:16. doi: 10.1186/1741-7015-3-16
- <sup>51</sup> 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.
- <sup>52</sup> Christie JD, Rosen IM, et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA.* 1998 Oct 14;280(14):1253-5.
- <sup>53</sup> Guille C, Sen S. Prescription drug use and self-prescription among training physicians. *Arch Intern Med.* 2012 February 27; 172(4): 371–372. doi:10.1001/archinternmed.2011.791.
- <sup>54</sup> Dhodi DK, Patil KC, Bhagat SB. A study to evaluate the prevalence and pattern of prescription drug abuse among medical students and resident doctors in a tertiary care hospital in Mumbai: A questionnaire based study. *Int J Med Sci Public Health.* 2014; 3(10): 1254-1257. doi: 10.5455/ijmsph.2014.130720141
- <sup>55</sup> Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med.* 2014 Nov-Dec;46(10):797-801.
- <sup>56</sup> Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292:2880-2889.
- <sup>57</sup> 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 Aug;41(8):788-800.
- <sup>58</sup> Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, Mache S. Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open.* 2016;6:e011369. doi:10.1136/bmjopen-2016-011369
- <sup>59</sup> Arab JP, Díaz LA, Véliz D, Riquelme A, González M. Burnout en residentes de especialidades y subespecialidades: análisis cuantitativo y asociaciones. *Inv Ed Med* 2015;4:112-3. doi: 10.1016/S2007-5057(15)30018-1.
- <sup>60</sup> Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210(5):209–215.
- <sup>61</sup> Ripp J, Fallar R, Babyatsky M, David R, Reich L, Korenstein D. Prevalence of resident burnout at the start of training. *Teach Learn Med.* 2010 Jul;22(3):172-5. doi: 10.1080/10401334.2010.488194
- <sup>62</sup> Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014 Mar;89(3):443-51. doi: 10.1097/ACM.000000000000134.
- <sup>63</sup> Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:673279. doi: 10.1155/2014/673279.
- <sup>64</sup> Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015;20(3):353-62. doi: 10.1080/13548506.2014.936889.
- <sup>65</sup> Holmes EG, Connolly A, Putnam KT, et al. Taking Care of Our Own: A Multispecialty Study of Resident and Program Director Perspectives on Contributors to Burnout and Potential Interventions. *Acad Psychiatry.* 2017 Apr;41(2):159-166. doi: 10.1007/s40596-016-0590-3.
- <sup>66</sup> Mata DA, Ramos MA et al. prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians A systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015 December 8; 314(22): 2373–2383. doi:10.1001/jama.2015.15845.
- <sup>67</sup> Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med.* 1997

---

Jul;45(1):41-4.

- <sup>68</sup> Pereira-Lima K, Loureiro SR, Crippa JA. Mental health in medical residents: relationship with personal, work-related, and sociodemographic variables. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016 Oct-Dec;38(4):318-324. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1882.
- <sup>69</sup> Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *BMJ*. 1987; 295:533-536.
- <sup>70</sup> Girard DE1, Hickam DH, Gordon GH, Robison RO. A prospective study of internal medical residents' emotions and attitudes throughout their training. *Acad Med*. 1991 Feb;66(2):111-4.
- <sup>71</sup> Reuben DB. Psychologic effects of residency. *South Med J*. 1983 Mar;76(3):380-3.
- <sup>72</sup> Kazmi R, Amjad S, Khan D. Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008 Jul-Sep;20(3):135-9.
- <sup>73</sup> Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med*. 2015;4(16):229-235.
- <sup>74</sup> Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med*. 2014 Nov-Dec;46(10):797-801.
- <sup>75</sup> Fogel SP, Sneed JR, Roose SP. Survey of psychiatric treatment among psychiatric residents in Manhattan: evidence of stigma. *J Clin Psychiatry*. 2006 Oct;67(10):1591-8.
- <sup>76</sup> Tyssen R, Røvik JO, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? - A longitudinal and nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Dec;39(12):989-93.
- <sup>77</sup> Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-2302.
- <sup>78</sup> Mingote JC, Crespo D, Hernández M, Navío M, Rodrigo C. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab*. 2013; 59 (231): 176-204.
- <sup>79</sup> Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a national response. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):411-412.
- <sup>80</sup> Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):557-565.
- <sup>81</sup> Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344-6. doi: 10.1080/13811110802325349.
- <sup>82</sup> Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord*. 2001 Apr;64(1):69-79.
- <sup>83</sup> Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *Am J Surg*. 2013 Feb;205(2):141-6. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.08.003.
- <sup>84</sup> Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, Fawcett J. Predictors of depression during the first 6 months of internship. *Am J Psychiatry*. 1984 Sep;141(9):1095-8.
- <sup>85</sup> Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002 May-Jun;10(3):154-65.
- <sup>86</sup> Ey S, Moffit M, Kinzie JM, Brunett PH. Feasibility of a comprehensive wellness and suicide prevention program: A decade of caring for physicians in training and practice. *J Grad Med Educ*. 2016 Dec;8(5):747-753. doi: 10.4300/JGME-D-16-00034.1.
- <sup>87</sup> Romero-Rodríguez E, Pérula de Torres LÁ, Fernández García JÁ, Parras Rejano JM, Roldán Villalobos A, Camaralles Guillén F. Alcohol consumption in Spanish primary health care providers: a national, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Feb 19;9(2):e024211. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024211.
- <sup>88</sup> Carinci AJ, Christo PJ. Physician impairment: is recovery feasible? *Pain Physician*. 2009 May-Jun;12(3):487-91.
- <sup>89</sup> Greene M, Johnson JA, Seale JP, Tindol A, Le KB, Clemow DD, Barham AH, Miller DP Jr. The prevalence of binge drinking among primary care residents. *Subst Abuse*. 2016 Sep 20:1-5.

- 
- <sup>90</sup> D Birch, H Ashton, F Kamali . Alcohol, drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in north-east England. *Lancet*. 1998 Sep 5;352(9130):785-6.
- <sup>91</sup> Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50:678-87.
- <sup>92</sup> Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Herrero JF. Repercussion of adverse events upon the healthcare professionals. A study of the second victims. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24(1):54-60.
- <sup>93</sup> Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
- <sup>94</sup> Milwood S. Developing a platform for learning from mistakes: changing the cultura of patient safety amongst junior doctors. *BMJ Qual Improv Rep*. 2014 Aug 7;3(1). doi: 10.1136/bmjquality.u203658.w2114.
- <sup>95</sup> Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougairede M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf*. 2012 Apr;21(4):279-86. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000359.
- <sup>96</sup> Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013 Jun;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918.
- <sup>97</sup> Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*. 2001. Disponible en: [https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia\\_clasificaciones.pdf](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf) [último acceso 16/2/19]
- <sup>98</sup> Cantero-Santamaría JI, Alonso-Valle H, Cadenas-González N, Sevillano-Marcos A. Evolución normativa de la formación médica especializada en España. *FEM*. 2015; 18 (4): 231-238.
- <sup>99</sup> Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *BOE-A-1978-22162*
- <sup>100</sup> Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *BOE-A-1984-2426*
- <sup>101</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- <sup>102</sup> Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. *BOE N.º 240*, 7 de octubre de 2006.
- <sup>103</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE n.º 45*, 21 de febrero de 2008.
- <sup>104</sup> Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. *BOE Nº 56*, 5 de marzo de 2008.
- <sup>105</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía del residente de formación sanitaria especializada. 2018 Apr 11. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/DocREF/2017GuiaResidenteFSE.pdf> [último acceso 16/2/19]
- <sup>106</sup> 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 Aug 22;143:w13840. doi: 10.4414/smw.2013.13840.
- <sup>107</sup> Tan PC, Robinson G, Jayathissa S, Weatherall M. Coming to work sick: a survey of hospital doctors in New Zealand. *N Z Med J*. 2014 Aug 1;127(1399):23-35.
- <sup>108</sup> Jena AB, Meltzer DO, Press VG, Arora VM. Why physicians work when sick. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 23;172(14):1107-8. doi: 10.1001/archinternmed.2012.
- <sup>109</sup> Jena AB, Baldwin DC, Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM. Presenteeism among resident physicians. *JAMA*. 2010 Sep 15;304(11):1166-8. doi: 10.1001/jama.2010.1315
- <sup>110</sup> Eneroth M, Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. A comparison of risk and protective

- 
- factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *BMC Public Health*. 2014 Mar 22;14:271. doi: 10.1186/1471-2458-14-271.
- <sup>111</sup> Gudgeon P, Wells DA, Baerlocher MO, Detsky AS. Do you come to work with a respiratory tract infection? *Occup Environ Med*. 2009 Jun;66(6):424. doi: 10.1136/oem.2008.043927.
- <sup>112</sup> Landry M, Miller C. Presenteeism: are we hurting the patients we are trying to help. *J Gen Intern Med*. 2010 Nov;25(11):1142-3. doi: 10.1007/s11606-010-1487-6.
- <sup>113</sup> Widera E, Chang A, Chen HL. Presenteeism: a public health hazard. *J Gen Intern Med*. 2010 Nov;25(11):1244-7. doi: 10.1007/s11606-010-1422-x.
- <sup>114</sup> Perkin MR, Higton A, Witcomb M. Do junior doctors take sick leave. *Occup Environ Med*. 2003 Sep;60(9):699-700.
- <sup>115</sup> Firth-Cozens J. Intervention to improve physicians' wellbeing and patient care. *Soc Sci Med*. 2001; 52:215-222.
- <sup>116</sup> Fahrenkopf AM, Sectish TC, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008 Mar 1;336(7642):488-91. doi: 10.1136/bmj.39469.763218.BE.
- <sup>117</sup> West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009 Sep 23;302(12):1294-300. doi: 10.1001/jama.2009.1389.
- <sup>118</sup> De Oliveira GS Jr, Chang R, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013 Jul;117(1):182-93. doi: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9.
- <sup>119</sup> Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, Bakker AB, van de Wiel HB, Jacobs B, Gazendam-Donofrio SM. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med*. 2009 Dec;14(6):654-66. doi: 10.1080/13548500903311554.
- <sup>120</sup> West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006 Sep 6;296(9):1071-8. doi: 10.1001/jama.296.9.1071
- <sup>121</sup> Nendaz M, Perrier A. Diagnostic errors and flaws in clinical reasoning: mechanisms and prevention in practice. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13706.
- <sup>122</sup> American Medical Association's Council on Mental Health: The sick physician: Impairment by psychiatric disorders. *JAMA*. 1973; 223:684-687.
- <sup>123</sup> Federation of state physician health programs, AMA. Disponible en: <http://www.fsphp.org/> [último acceso 21/3/19].
- <sup>124</sup> CMA: Centre for Physician Health and wellbeing. Disponible en: <https://www.cma.ca/En/Pages/physician-health-wellness.aspx> [último acceso 10/1/19]
- <sup>125</sup> Doctors' health advisory service. Disponible en: <https://ama.com.au/resources/doctors-health> [Último acceso 21/3/19].
- <sup>126</sup> General Medical Council. Good medical practice. London: GMC, 1995. United Kingdom: Health. Disponible en: [http://www.gmc-uk.org/guidance/good\\_medical\\_practice/your\\_health.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/your_health.asp) [último acceso 21/3/19]
- <sup>127</sup> British Medical Association. Doctors health and wellbeing. Disponible en: <http://bma.org.uk/support-at-work/doctors-well-being> [último acceso 17/11/18]
- <sup>128</sup> Conseil National de L'Ordre des Médecins. La santé des médecins: un enjeu majeur de santé publique. France: 2018.
- <sup>129</sup> International Conference on Doctors' Health. Disponible en: <http://bma.org.uk/icph2014http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/physician-health/international-conference-physician-health.page>
- <sup>130</sup> 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*. 2001;117:785-9.
- <sup>131</sup> Braquehaisa MD, Bela MJ, Montejo JE, Arteman A, Bruguera E, Casas M. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(3):107-112.
- <sup>132</sup> Garrud P. Counselling needs and experience of junior hospital doctors. *BMJ*. 1990 Feb 17;300(6722):445-7.
- <sup>133</sup> Borenstein DB. Should physician training centers offer formal psychiatric assistance to house officers? A report on the major findings of a prototype program. *Am J Psychiatry*. 1985 Sep;142(9):1053-7.

- 
- <sup>134</sup> Borenstein DB, Cook K. Impairment prevention in the training years. A new mental health program at UCLA. *JAMA*. 1982;247:2700–3.
- <sup>135</sup> Lohr KM, Engbring NH. Institution-wide program for impaired residents at a major teaching hospital. *J Med Educ*. 1988 Mar;63(3):182-8.
- <sup>136</sup> Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME institutional requirements. 2015 (última actualización). Disponible en: [https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/FAQ/InstitutionalRequirements\\_07012015.pdf](https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/FAQ/InstitutionalRequirements_07012015.pdf)
- <sup>137</sup> Dabrow S1, Russell S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad Med*. 2006 May;81(5):436-9.
- <sup>138</sup> Levey RE. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad. Med*. 2001;76:142–150.
- <sup>139</sup> Matthews DA, Classen DC, Willms JL, Cotton JP. A program to help interns cope with stresses in internal medicine residency. *J Med Educ*. 1988;63:539–47.
- <sup>140</sup> Broquet KE, Rockey PH. Teaching residents and program directors about physician impairment. *Acad Psychiatry*. 2004;28(3):221-5.
- <sup>141</sup> Toth EL, Collinson K, Ryder C, Goldsand G, Jewell LD. Committee to prevent and remediate stress among house staff at the University of Alberta. *CMAJ*. 1994;150:1593–7.
- <sup>142</sup> Satterfield JM, Becerra C. Developmental challenges, stressors, and coping in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ*. 2010 September ; 44(9): 908–916. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03736.x.
- <sup>143</sup> Khan R, Lin JS, Mata DA. Addressing depression and suicide among physician trainees. *JAMA Psychiatry*. 2015 Aug;72(8):848. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0643.
- <sup>144</sup> MacDonald NE, Davidson S. The wellness program for medical faculty at the University of Ottawa: a work in progress. *CMAJ*. 2000; 163:735–738.
- <sup>145</sup> Eckleberry-Hunt J, Van Dyke A, Lick D, Tucciarone J. Changing the conversation from burnout to wellness: physician well-being in residency training programs. *J Grad Med Educ*. 2009;1:225–230.
- <sup>146</sup> Konopasek L, Slavin S. Addressing resident and fellow mental health and well-being: what can you do in your department? *J Pediatr*. 2015; 167:1183–4.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.09.037.
- <sup>147</sup> Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: more important than ever. *Acad Med*. 2004 Sep;79(9):840-4.
- <sup>148</sup> Winkel AF, Nguyen AT, Morgan HK, Valantsevich D, Woodland MB. Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. *J Surg Educ*. 2017 May - Jun;74(3):378-383. doi: 10.1016/j.jsurg.2016.10.009.
- <sup>149</sup> Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2005;186(4):297–301.
- <sup>150</sup> Ey S, Moffit M, Kinzie JM, Choi D, Girard DE. “If you build it, they will come”: Attitudes of medical residents and fellows about seeking services in a Resident Wellness Program. *J Grad Med Educ*. 2013 Sep;5(3):486-92. doi: 10.4300/JGME-D-12-00048.1.
- <sup>151</sup> Daskivich TJ, Jardine DA, Tseng J, Correa R, Stagg BC, Jacob KM, Harwood JL. Promotion of wellness and mental health awareness among physicians in training: perspective of a national, multispecialty panel of residents and fellows. *J Grad Med Educ*. 2015;7:143–147.
- <sup>152</sup> Sharp M, Burkart KM. Trainee wellness: why it matters, and how to promote it. *Ann Am Thorac Soc*. 2017 Apr;14(4):505-512. doi: 10.1513/AnnalsATS.201612-1006PS
- <sup>153</sup> Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Guía Laboral – La prevención de riesgos laborales. Disponible en: [http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia\\_10/contenidos/guia\\_10\\_22\\_1.htm](http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm) [último acceso 12/4/19]
- <sup>154</sup> 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 Sep 29;323(7315):728-31.
- <sup>155</sup> McKevitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med*. 1997 Sep;90(9):491-5.

- 
- <sup>156</sup> Stanton J, Randal P. Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ Open*. 2011 Feb 23;1(1):e000017. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000017.
- <sup>157</sup> Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, Madan I, Hatch S. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*. 2012 Oct 15;2(5). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001776.
- <sup>158</sup> Brooks SK, Del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hatch SL, Hotopf M, Madan I, Henderson M. 'You feel you've been bad, not ill': Sick doctors' experiences of interactions with the General Medical Council. *BMJ Open*. 2014 Jul 17;4(7):e005537. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005537.
- <sup>159</sup> Fox FE, Doran NJ, Rodham KJ, Taylor GJ, Harris MF, O'Connor M. Junior doctors' experiences of personal illness: a qualitative study. *Med Educ*. 2011 Dec;45(12):1251-61. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04083.x.
- <sup>160</sup> Costanzo MR. The physician becomes the patient: how my breast cancer journey taught me to be a better doctor. *J Heart Lung Transplant*. 2014 Oct;33(10):1100-2. doi: 10.1016/j.healun.2014.04.013.
- <sup>161</sup> Jenni OG. On the other side of the tracks. *Lancet*. 2000;355:139-140.
- <sup>162</sup> Elias PH. From the Other Side of the Stethoscope. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2016 May;9(3):338-40. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.002687.
- <sup>163</sup> Jovell AJ. *Cáncer, biografía de una supervivencia*. España: Editorial Planeta; 2008.
- <sup>164</sup> Dra. Herraiz médico y paciente [Internet]. España: wordpress.com. [último acceso 24/3/19]. Disponible en: <https://draherraizmedicoypaciente.com/category/medico-y-paciente/>
- <sup>165</sup> Roberts LW, Warner TD, Moutier C, Geppert CM, Green Hammond KA. Are doctors who have been ill more compassionate? Attitudes of resident physicians regarding personal health issues and the expression of compassion in clinical care. *Psychosomatics*. 2011 Jul-Aug;52(4):367-74. doi: 10.1016/j.psych.2011.01.042.
- <sup>166</sup> 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.
- <sup>167</sup> Marco-Gómez B, Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Martínez-Boyero T, Altisent R, Delgado-Marroquín T, Astier-Peña MP. El proceso de enfermar de los médicos y sus consecuencias en el profesionalismo. *Acta Bioethica*. 2018; 24 (2): 199-210.
- <sup>168</sup> Creswell JW, Clark VP. *Designing and conducting mixed methods research*. California: Sage Publications; 2007.
- <sup>169</sup> 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.
- <sup>170</sup> Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 4th ed. California: Sage Publications; 2011.
- <sup>171</sup> 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.
- <sup>172</sup> Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005; 14 (1):61-71.
- <sup>173</sup> Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología UNMSM*. 2006;9(1):123-146.
- <sup>174</sup> Martín-Crespo MC, Salamanca AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación*. 2007. ISSN 1697-218X. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
- <sup>175</sup> 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.
- <sup>176</sup> Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
- <sup>177</sup> Kvale, S. *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage Publications; 1996.
- <sup>178</sup> Boyce C, Neale P. *Conducting in-depth interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*. USA: Pathfinder International; 2006.

- 
- <sup>179</sup> Kitzinger J. Qualitative Research: introducing focus group. *BMJ*. 1995;311:299-302.
- <sup>180</sup> Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med*. 2013;2(1):55-60.
- <sup>181</sup> Krueger RA., Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied researchers. 3rd ed. California: Sage Publications; 2000.
- <sup>182</sup> Morgan DL. The focus group guidebook. 1st ed. California: Sage Publications; 1997.
- <sup>183</sup> Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*. 2011; 3(1): 127-157.
- <sup>184</sup> Strauss A., Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. California: Sage Publications; 1998.
- <sup>185</sup> 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.
- <sup>186</sup> 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.
- <sup>187</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017). Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm> [último acceso 08/03/2019]
- <sup>188</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017). Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175) [último acceso 08/03/2019]
- <sup>189</sup> World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013; 310:2191-4.
- <sup>190</sup> Komesaroff P. From bioethics to microethics: Ethical debate and clinical medicine. Australia: Melbourne University Press. 1995.
- <sup>191</sup> Guillemin M, Gillam L. Ethics, Reflexivity, and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative Inquiry*. 2004; 10; 261-280.
- <sup>192</sup> Organización Médica Colegial. Cuadernos CGCOM. 2018. Estudio sobre demografía médica [monografía en internet]. Madrid: OMC, CESH [Último acceso 6/2/19]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio\\_demografia\\_2017/](https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/)
- <sup>193</sup> Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2017. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175) [último acceso 11/3/19]
- <sup>194</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175) [último acceso 11/3/19]
- <sup>195</sup> Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. España Informe del país sobre drogas 2017. Disponible en: [http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1) [último acceso 8/3/2019]
- <sup>196</sup> Kolarik RC, O'Neal RL, Ewing JA. Resident Preferences for Program Director Role in Wellness Management. *J Gen Intern Med*. 2018 May;33(5):705-709. doi: 10.1007/s11606-018-4367-0.
- <sup>197</sup> Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Marco-Gómez B, Martínez-Boyero T, Altisent R, Delgado-Marroquín MT, Astier-Peña MP. Resident Physicians as Patients: Perceptions of Residents and Their Teaching Physicians. *Acad Psychiatry*. 2019 Feb;43(1):67-70. doi: 10.1007/s40596-018-0981-8. Epub 2018 Sep 27.
- <sup>198</sup> Brown AEC, Garden R. From silence into language: Questioning the power of physician illness narratives. *AMA J Ethics*. 2017 May 1;19(5):501-507. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.5.imh11-1705.
- <sup>199</sup> Aaronson AL, Backes K, Agarwal G, Goldstein JL, Anzia J. Mental Health During Residency Training: Assessing the Barriers to Seeking Care. *Acad Psychiatry*. 2018 Aug;42(4):469-472. doi: 10.1007/s40596-017-0881-3.
- <sup>200</sup> Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA, et al. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking

