

Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico

To get sick is human: when the patient is the doctor

2022

Cuadernos
CGCOM



Editores y directores científicos

Rogelio Altisent Trota
Profesor titular de medicina
Universidad de Zaragoza

María Pilar Astier Peña
Médica de Familia
Asesora técnica de calidad y seguridad
Unidad Territorial de Calidad
Gerencia Territorial de Camp de Tarragona. Instituto Catalán de la Salud

María Teresa Delgado Marroquín
Médica de Familia
Centro de Salud Delicias Norte
Servicio Aragonés de Salud
Profesora Asociada de Medicina. Universidad de Zaragoza

Autores

Bárbara Marco Gómez
Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría
Hospital Royo Villanova
Servicio Aragonés de Salud

Candela Pérez Álvarez
Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría
Hospital Royo Villanova
Servicio Aragonés de Salud

Óscar Urbano Gonzalo
Especialista en Anestesia y Reanimación
Servicio de Anestesia y Reanimación
Hospital Universitario Miguel Servet
Servicio Aragonés de Salud

Alba Gállego Royo
Médica de Familia
Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública
Hospital Universitario Miguel Servet
Servicio Aragonés de Salud

Inés Sebastián Sánchez
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud de Universitat, Zaragoza
Servicio Aragonés de Salud

Los directores científicos y editores y los autores forman parte de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza y del Grupo de Investigación de Bioética H28_20R. IIS Aragón.

Revisores

Manuela García Romero
Vicepresidenta Segunda de la Organización Médica Colegial

M^a Rosa Arroyo Castillo
Vicesecretaria de la Organización Médica Colegial

Juan José Rodríguez Sendín
Vocal Comisión Central de Deontología
Ex presidente de la Organización Médica Colegial

Serafín Romero Agüit
Viceconsejero. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía
Ex presidente de la Organización Médica Colegial

Nina Mielgo Casado
Directora Técnica de la Fundación para la Previsión Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC)

Emilio Sanz Álvarez
Catedrático de Farmacología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna
Director del Máster Interuniversitario de Bioética y Bioderecho

Montserrat Esquerda Arestè
Directora del Instituto Borja de Bioética, Universidad Ramon Llull
Profesora de Medicina, Universidad de Lleida

Diseño gráfico del informe y materiales docentes

Edición y diseño del informe:

Adrián Diz Cid
visualq.

Dirección, producción y edición de vídeos docentes del proyecto:

David Bitrián
Bitrián TV

ISBN: 978-84-09-44049-8

DL: OU 224-2022

 Licencia Creative Commons Reconocimiento No Comercial 4.0 Internacional. (CC BY NC 4.0).

Impresión y encuadernación: GRÁFICAS LASA, S.L.

Impreso en España - Printed in Spain.

Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico

To get sick is human:
when the patient is the doctor

Cátedra de Profesionalismo y Ética Médica • Universidad de Zaragoza.



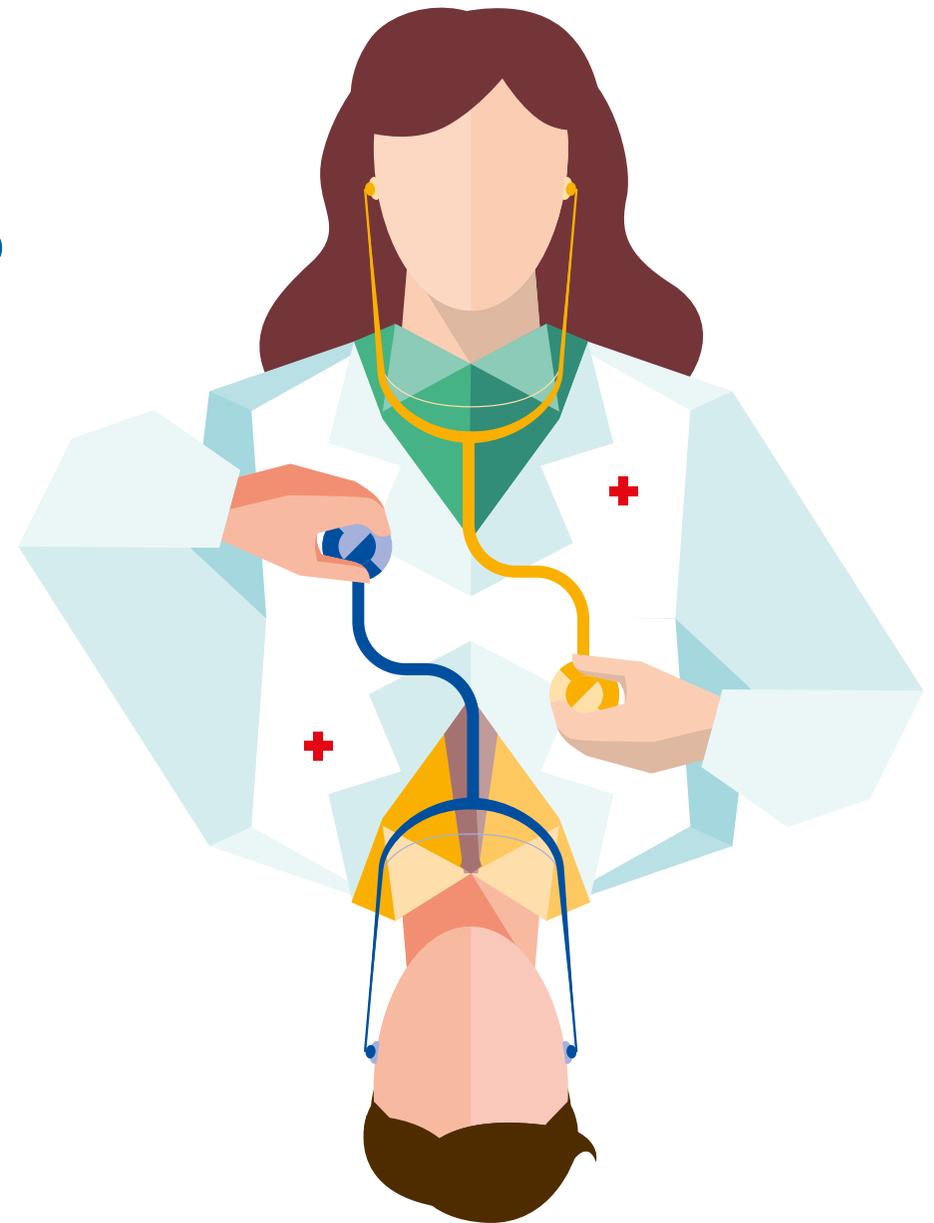
Grupo de Investigación de Bioética H28_20R. IIS Aragón.

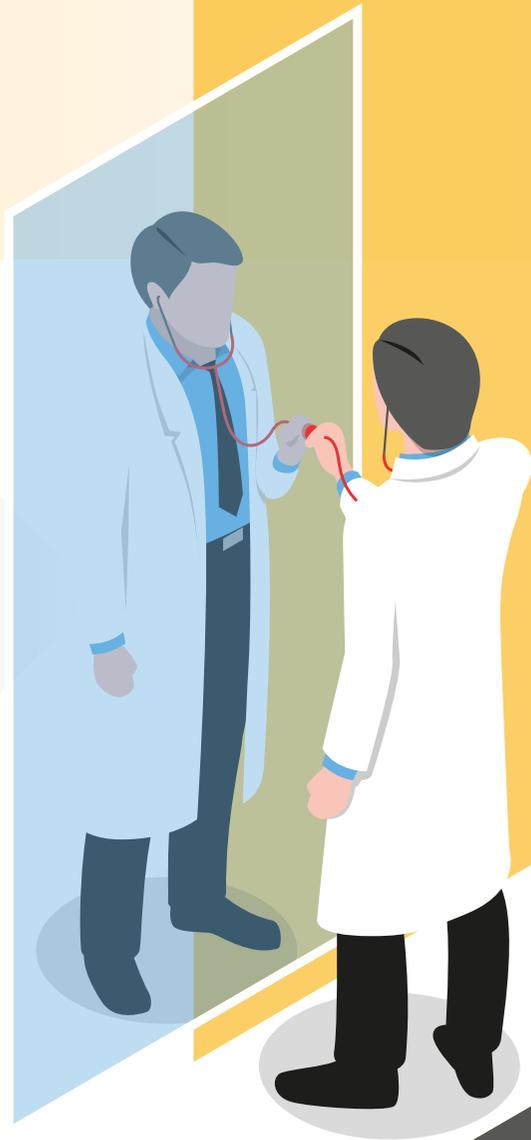


Fundación para la Protección Social de la OMC.



Instituto de Salud Carlos III.





'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.'

(Verghese)

Prólogo

Los médicos son un elemento clave para garantizar una asistencia sanitaria segura y de calidad a los pacientes en cada encuentro clínico.

Sin embargo, los propios profesionales de la Medicina son también personas que enferman. En muchas ocasiones, su compromiso profesional y su orientación hacia la mejor atención al paciente les sitúa en un dilema personal entre su propia salud y continuar prestando asistencia a las personas que precisan de su ayuda y conocimientos.

La condición humana de enfermar está presente en todos y cada uno de nosotros y, cuando ocurre, nos sitúa en un conflicto de roles y valores: de cuidar la salud de los demás a considerar la nuestra propia.

A veces, este equilibrio entre el autocuidado y el cuidado vocacional del médico a su paciente se soslaya, llevando a los profesionales de la Medicina a procesos diagnósticos fuera de los circuitos asistenciales establecidos para garantizar la calidad de los servicios sanitarios; y también a seguimientos erráticos de los procesos de enfermedad al quedar, por buena voluntad, la decisión del seguimiento en el propio profesional.

Desde la etapa de formación en la facultad de Medicina, la vocación del médico se dirige al cuidado de los demás, sin reflexiones en torno a la importancia del autocuidado como elemento decisivo de un proceso asistencial con calidad y con seguridad para el paciente.

Desde hace años, en diferentes congresos y conferencias de la profesión médica, ha surgido la necesidad de abordar la enfermedad de los profesionales.

La FPSOMC, Fundación para la Protección Social a médicos y familiares de la Organización Médica Colegial de España, ofrece una serie de servicios orientados a la atención de los profesionales médicos en situación de quiebra emocional o de cualquier otro tipo. Por ejemplo, el PAIME, Programa para la Atención Integral del Médico, se enfoca a abordar problemas de salud mental y de adicciones en la profesión médica por ser uno de los problemas de salud con gran impacto en la práctica asistencial y con enorme dificultad de abordaje en entornos clínicos convencionales.

Estos problemas pueden afectar a los médicos y, en este caso, precisan de una atención integral y confidencial para garantizar la recuperación y reincorporación al ámbito laboral de los compañeros en la medida de lo posible.

Todos los profesionales colegiados tienen acceso al PAIME a través de la FPSOMC. En los últimos años, se ha impulsado también un programa de atención a la salud del MIR y un plan de atención a la salud del estudiante de Medicina, materializado en un Servicio Telemático de Apoyo Psicológico destinado a este colectivo. Además, para facilitar el intercambio de buenas prácticas, anualmente se celebran las Jornadas PAIME, que permiten avanzar y compartir las experiencias en el seguimiento de los profesionales médicos con problemas de salud mental y adicciones y hacer un seguimiento de la incidencia de estos problemas en el contexto social actual.

El proceso atípico/anómalo de enfermar de la profesión médica no afecta únicamente a la salud mental. Cualquier experiencia de enfermedad en la profesión médica supone un reto personal para el profesional, para los compañeros que lo atienden, para el servicio en el que trabaja y para los colegios profesionales que le acompañan. Esta experiencia personal convierte al profesional en paciente experto al identificar los puntos críticos del sistema de atención y a los demás en identificar las debilidades de los profesionales que enferman de cara a afrontar la enfermedad, a ser acompañados y a generar un aprendizaje para toda la profesión.

Este proyecto de investigación titulado **“Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”** surge como una necesidad sentida de la profesión: necesidad de describir las vivencias de los compañeros; de los profesionales que les atienden; de los au-

tocuidados de la salud; del impacto personal, emocional, laboral y colegial en relación con la enfermedad y con los cuidados de la salud propia.

Este proyecto describe el proceso de enfermar desde la perspectiva de dos miradas: la mirada en primera persona con la vivencia de los médicos que enferman; y la mirada en tercera persona relatada en la vivencia de los profesionales que acompañan a los médicos enfermos desde el prisma formativo, colegial, asistencial, clínico y de salud laboral.

Este proyecto abarca a la profesión médica desde la facultad hasta la retirada del ejercicio activo y presenta los resultados de la investigación desde la etapa de Formación Sanitaria Especializada (MIR) hasta los primeros años de la jubilación. De igual modo, plantea propuestas de mejora para avanzar en la mejora de la atención a la salud de la profesión médica, también con la necesaria mirada de género en una profesión comprometida que sostiene el sistema sanitario del país.

Desde el equipo directivo de la Organización Médica Colegial esperamos que este trabajo abra paso a una sucesión de investigaciones, nuevas estrategias y acciones que contribuyan a la mejora continua de la profesión médica como elemento crítico para una atención a la salud con calidad y seguridad del paciente.

Con esta investigación, la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza ha cumplido con el objetivo encomendado desde la Organización Médica Colegial: aportar conocimiento desde la universidad al ámbito de la deontología y el profesionalismo.

Dr. Tomás Cobo Castro

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Presentación del proyecto

La vida discurre entre situaciones de salud y enfermedad. La enfermedad conlleva en toda persona un proceso de adaptación que se inicia con la auto-autodetección de síntomas o signos que alteran la vida cotidiana y llevan a la persona a consultar a un profesional médico. Ahí comienza entonces una etapa de preguntas, observaciones, exploraciones y pruebas en búsqueda de un probable diagnóstico y el inicio de un tratamiento. Emocionalmente la persona atraviesa diferentes etapas: shock, negación, lucha, aceptación, resolución o cronificación entre otras, y en algunos casos el fallecimiento. Cuando la enfermedad ocurre entre los profesionales médicos, todas estas etapas se vuelven más complejas.

Los profesionales de la medicina estamos formados para diagnosticar, tratar y acompañar a otras personas en su proceso de enfermar. Sin embargo, cuando nos toca colocarnos en el rol de paciente, surgen numerosas resistencias que pueden llevar a que nuestra enfermedad se complique y discurra por circuitos alternativos. Estas circunstancias pueden suponer un diagnóstico tardío, una peor evolución del proceso, una falta de acompañamiento emocional en el proceso de enfermar, una ausencia de seguimiento clínico con consecuencias negativas para la salud, para el trabajo y para la vida.

“Enfermar es humano, cuando el paciente es el médico” es un proyecto de investigación que tiene por objetivo conocer el proceso de enfermar de los médicos para identificar los puntos críticos y proponer mejoras en la atención al médico-paciente y conseguir una vivencia más humana y saludable del proceso de enfermar entre los profesionales de la medicina. Para ello se ha diseñado una investigación desde tres perspectivas: la experiencia del profesional que enferma; la experiencia de los profesionales que le atienden o que participan en su proceso de enfermar de forma más directa; y la opinión de todos los profesionales de la medicina que en algún momento de su vida han estado o podrán estar enfermos o bien, convertirse en médicos de compañeros que enferman, ser médicos de médicos (MdM).

Este informe resume los resultados más relevantes de esta investigación para que al describir la realidad del proceso de enfermar de la profesión médica, surjan iniciativas en diferentes ámbitos de toma de decisiones que permitan mejorar la atención a los profesionales de la medicina que enferman. Iniciativas que abarcan desde el ámbito universitario, para formar a los futuros profesionales en el cuidado de su salud y en la atención a compañero de profesión que enfermen. Iniciativas que surjan desde los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRRLL) de los centros



donde los profesionales médicos trabajan. Iniciativas desde los colegios de médicos para acompañar el proceso de enfermar tanto desde el punto de vista asistencial como emocional y para establecer recomendaciones deontológicas de cómo abordar el proceso de salud-enfermedad de los profesionales de la medicina en todas sus etapas profesionales, desde la formación universitaria hasta la jubilación incluida. Sin olvidar, en ningún caso que, para todo profesional, el proceso de enfermar supone una experiencia de aprendizaje, que redundará en una mejora del propio desempeño profesional.

El Grupo de Investigación de Bioética H28_20R. IIS Aragón, autor del presente proyecto de investigación, desea que la lectura de este informe sea inspiradora y estimulante para todos y cada uno de los profesionales de la medicina; que nos lleve a reflexionar sobre el cuidado de nuestra salud y mejorar el abordaje personal de la vivencia del proceso de enfermar y de la atención a compañeros en su proceso de enfermar y en el cuidado de la propia salud. Este informe es el punto de partida de un camino que busca mejora la salud de los profesionales de la medicina como uno de los principios básicos del profesionalismo médico.

Este documento utiliza el masculino genérico en la descripción global del proceso de enfermar de los médicos como referente extensivo, es decir, para mencionar tanto a quienes pertenecen a ese género, como a todos los profesionales sin distinción de este. Mientras que en las áreas que es necesario precisar por sexo o género se hará la distinción correspondiente.

Grupo de Investigación de Bioética H28_20R. IIS Aragón.

Contenido

Introducción	9	• El papel de los Colegios de Médicos.....	40
¿Cómo viven los profesionales el proceso de enfermar?.....	9	• Diferencias percibidas entre los médicos residentes y otros médicos enfermos.....	40
Los colegios profesionales de médicos y el proceso de salud-enfermedad de los profesionales de la medicina.....	11	Entrevistas a Médicos Especialistas en Activo	41
La perspectiva de género en la profesión médica.....	11	• Diferencias entre pacientes médicos y con otras profesiones.....	41
Objetivos	11	• Influencia de los conocimientos.....	45
Metodología del proyecto de investigación	12	• Sentimientos y emociones del profesional médico enfermo.....	48
Resultados	17	• La Información y el trato recibido.....	50
Resultados de las entrevistas semiestructuradas a médicos enfermos: hablando en primera persona.....	17	• La Confidencialidad.....	53
Entrevistas a Médicos Internos Residentes (MIR).....	17	• Impacto laboral de la enfermedad.....	56
• Diferencias percibidas entre pacientes médicos y no médicos.....	17	• El Aprendizaje de la enfermedad.....	62
• Valoración de la Influencia de los conocimientos.....	19	• Los médicos de médicos.....	64
• Sentimientos y actitudes de los médicos residentes enfermos.....	22	• Los colegios de médicos y la organización médica colegial.....	69
• Información y Trato recibido.....	24	Entrevistas a Médicos Jubilados	70
• Confidencialidad.....	27	• Diferencias entre ser médico y no médico.....	70
• Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral y formativo del MIR.....	28	• Influencia de los conocimientos.....	72
• Funciones del tutor y de la unidad docente o comisión de docencia.....	31	• Sentimientos y actitudes de los médicos jubilados antes su proceso de enfermar.....	73
• Relación con los Servicios de Salud Laboral.....	33	• Información y trato recibido.....	74
• Aprendizaje del proceso de enfermar.....	35	• La Confidencialidad.....	75
• Médicos de médicos: visión de los médicos que les atienden y en su propio rol como médicos de otros compañeros enfermos.....	36	• Impacto laboral de la enfermedad.....	75
• Impacto en la familia.....	39	• Aprendizaje de la experiencia.....	77
		• Impacto familiar.....	77
		• Experiencia como médico de médico.....	77
		• Los colegios de médicos y la Organización Médica Colegial.....	78

Resultados de los grupos focales	80
• Grupo focal de profesionales de servicios de prevención de riesgos laborales	80
• Grupo focal de tutores y jefes de estudio de formación médica especializada	82
• Grupo focal de profesionales representantes de colegios de médicos	89
• Grupo focal de médicos que atienden a médicos enfermos (Médicos de Médicos, MdM)	91
Resultados del análisis del cuestionario CAMAPE	95
• Descripción de las variables de la encuesta según el sexo	95
• Propuestas de mejora a partir de los datos recogidos de los profesionales	145
Líneas de trabajo futuras	152
Propuestas de despliegue	154
Material docente del proyecto de investigación	156
Agradecimientos	156
Bibliografía	157

Anexo 1: Tablas de la sección de metodología cualitativa	162
Anexo 2: Encuesta CAMAPE (versión en español y en inglés)	171
• CAMAPE (Comportamientos y Actitudes de los Médicos ante su Proceso de Enfermar)	172
• BADOI (Behaviours and attitudes of Doctors towards their Own process of getting ill)	178
Anexo 3: Documento de aceptación del CEICA	184
Anexo 4: Materiales formativos del proyecto de investigación	186
• Folletos informativos para el autocuidado de la salud de los médicos internos residentes	187
• Otras infografías disponibles sobre el proceso de enfermar de los médicos	188
• Serie de vídeos docentes para reflexionar sobre el manejo de los médicos como pacientes	191

Glosario de acrónimos

CAMAPE: Comportamiento y Actitudes de los Médicos Ante su Proceso de Enfermar.

MIR: Médico Interno Residente.

MdM: Médico de Médicos.

OMC: Organización Médica Colegial.

PAIME: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo.

FPSOMC: Fundación de Previsión Social de la Organización Médica Colegial.

SPRRL: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.



Introducción

La salud del médico ha sido ampliamente abordada en la literatura y en el cine. En el ámbito de las publicaciones científicas, las primeras referencias se basan en relatos personales de las experiencias como médicos y pacientes. En los años 70 comienzan a publicarse trabajos de tipo cualitativo con entrevistas en profundidad a médicos enfermos que describen su proceso y vivencias. Poco a poco se va describiendo la realidad de los problemas de salud que tienen mayor trascendencia en el trabajo clínico cotidiano, como son las adicciones o los problemas de salud mental que afectan muy directamente a la toma de decisiones clínicas de los médicos y tienen impacto en la atención a los pacientes. Son las compañías de seguros las que detectan el problema y, a través de estudios sobre demandas y litigios en relación con médicos enfermos involucrados, ponen el problema sobre la mesa. Al mismo tiempo, los colegios profesionales de numerosos países comienzan a analizar la situación y lanzan programas de salud para los profesionales de la medicina. Se realizan recomendaciones deontológicas concretas de cómo cuidar la salud y la enfermedad de los médicos. Entre esas recomendaciones destaca la del British Medical Council de 1991 en la que, tras un estudio por medio de encuesta, concluye que un porcentaje muy alto de médicos no cuenta con un médico de familia de referencia. Esta es una de las principales acciones que propone impulsar. Por otro lado, se activan programas específicos para las patologías a priori más complejas de manejar como son las adicciones y los problemas de salud mental. Así surgen en numerosos países los programas para la salud de los médicos orientados al tratamiento de adicciones y trastornos mentales, como en España el PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo).

¿Cómo viven los profesionales el proceso de enfermar?

El comportamiento de los profesionales de la medicina es atípico con independencia del problema de salud que tengan. Así lo pone de manifiesto Bruguera et al. en un estudio que publican en Medicina Clínica. Concluyen que el profesional de la medicina es un paciente atípico. Su primera reacción ante la aparición de síntomas o signos de una posible enfermedad es tratar de resolver el problema por sí mismos: autodiagnóstico, automedicación. Si el proceso no se ha resuelto en un tiempo prudencial, en muchas ocasiones se solicitan pruebas a ellos mismos y buscan consejo informal con otros colegas (consultas de pasillo). Sin embargo, llega un momento en que la enfermedad tiene impacto en sus tareas cotidianas. Este hecho puede conllevar reacciones de equipo anómalas como la ocultación, el

encubrimiento por parte de los compañeros. Otra reacción es el inicio de diagnóstico y seguimiento de manera no reglada o por circuitos alternativos. Normalmente este proceso se desarrolla de manera rápida y eficiente desde el punto de vista técnico. Sin embargo, no aborda la parte afectiva del médico paciente ni garantiza un seguimiento adecuado del efecto del tratamiento, una vez realizado el diagnóstico. No se aborda el cuidado en domicilio, la relación con la familia, el impacto en su sentimiento como profesional, y tampoco se considera el acompañamiento para la vuelta al trabajo clínico tras el proceso de enfermedad. Esta falta de acompañamiento puede hacer perder la oportunidad de aprendizaje médico de la propia vivencia de enfermar.

Existen algunas diferencias en el proceso de enfermar a lo largo de las etapas profesionales del médico. Así, la residencia es un periodo formativo y, al mismo tiempo, supone la incorporación al mundo laboral y la práctica clínica. Se ha documentado que entre un 3 y un 10% de los médicos residentes tienen dificultades para alcanzar los objetivos planteados en los programas de formación especializada. Estas dificultades pueden tener orígenes muy diversos, desde problemas de salud física o mental, o burnout, hasta dificultades de aprendizaje o situaciones estresantes a nivel personal. El alto nivel de estrés parece tener relación con un peor estado de salud y una menor satisfacción vital.

Es complicado conocer datos epidemiológicos sobre los problemas de salud de los residentes. En España los datos obtenidos del PAIME constatan un incremento de atenciones entre los médicos jóvenes.

En los últimos años se ha incrementado el número de estudios sobre salud y calidad de vida en los residentes. Los principales temas estudiados han sido el síndrome de burnout, los trastornos del sueño, el estrés, la fatiga y las estrategias de afrontamiento. También se ha objetivado una prevalencia de depresión e ideación suicida más elevada que en la población general.



Durante este periodo comienzan algunas conductas respecto a la propia salud, como la automedicación, cuya presencia durante la residencia puede predecir su existencia años después de titularse como especialista.

El presentismo laboral, acudir a trabajar estando enfermo, es un fenómeno frecuente entre los médicos re-

sidentes. 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, miedo a no alcanzar la titulación de especialista, además de los sentimientos, comportamientos de sacrificio y compromiso adquiridos desde la universidad, y el miedo a ser considerado débil, siendo significativamente mayor en MIR del sexo femenino.

Por su parte, los médicos jubilados presentan algunas características específicas en su proceso de enfermar; por un lado, el hecho de que ya no son agentes activos del sistema de salud; por otro lado, la falta de actualización de conocimientos técnicos, y finalmente, la ausencia de acceso a los programas de atención integral al médico enfermo. Estas circunstancias los lleva a sentirse desatendidos por su propia profesión a la que han dedicado toda su vida. De ahí que el abordaje de su proceso de salud y enfermedad desde el ámbito de los colegios profesionales sea una demanda sentida por este grupo de profesionales.

La jubilación conlleva un proceso de desvinculación progresiva del sistema sanitario. Conforme pasan los años, los contactos conocidos en el sistema ya no están disponibles o se han jubilado; por otra parte, viven el proceso de ruptura de identidad profesional y personal. Durante los años de trabajo, ellos y ellas eran médicas/médicos no solo para sus pacientes sino también en gran parte de las esferas de su vida. Al jubilarse, esa parte de su personalidad se va desvaneciendo. No obstante, persiste la resistencia a dejarse cuidar y atender por otros/as profesionales cuando ellos/as son los/as pacientes.

Los colegios profesionales de médicos y el proceso de salud-enfermedad de los profesionales de la medicina

En los años 70 se crearon en Estados Unidos los primeros programas de atención específica al médico enfermo, enfocados sobre todo al tratamiento de adicciones y trastornos mentales. Posteriormente se han ido desarrollando programas especiales dedicados a la salud de los profesionales sanitarios en casi todos los países a través de los colegios profesionales de médicos.



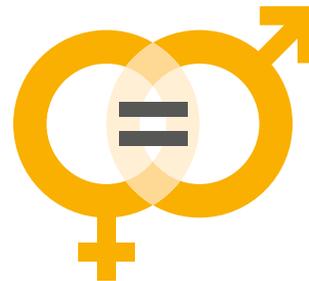
En el año 1998 se creó en España el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) para el tratamiento de los médicos en activo con trastornos

mentales y adictivos. Este programa da gran importancia a la confidencialidad y a la reinserción laboral y está disponible en todos los colegios de médicos de España. Permite acceder a servicios de deshabitación y de tratamiento psiquiátrico y cuenta con varias clínicas para ingreso hospitalario, así como consultas específicas de salud mental para el tratamiento y seguimiento de estos profesionales. Sus servicios no cubren a los estudiantes de medicina y profesionales jubilados.

No obstante, existen carencias en relación con el manejo de otro tipo de trastornos médicos que también suponen una gran pérdida de calidad de vida y tienen impacto laboral y profesional. Estudios de investigación sobre el proceso de enfermar de los médicos en los últimos veinte años ponen de manifiesto que cualquier tipo de proceso de enfermar afecta al desempeño de los profesionales y que algunos problemas de salud pueden verse desencadenados por las condiciones de trabajo de los profesionales.

Los colegios profesionales velan por el profesionalismo de sus colegiados. Un aspecto esencial de este profesionalismo es que los profesionales gocen de una salud que les permita un desempeño óptimo de su profesión. Por ello, se ha trabajado en el proceso de validación periódica de la colegiación (VPM) con la meta de garantizar que todos los profesionales en ejercicio están en buena salud. Los profesionales colegiados activos son los que requieren esta validación para ejercer.

La perspectiva de género en la profesión médica



El género hace referencia a los roles, a las construcciones culturales en torno a “lo masculino” y “lo femenino” y a las relaciones sociales entre unos y otros. El género influye en cómo se comportan las personas, cómo interactúan y en cómo se perciben a sí mismas y entre sí. Asimismo, influye en la salud y el bienestar: afecta a los comportamientos de riesgo y los riesgos ambientales, al acceso, la búsqueda y la utilización de la atención médica, la experiencia percibida de esa atención médica y, por lo tanto, a la prevalencia de la enfermedad y el resultado del tratamiento también entre los profesionales de la medicina. Dar un enfoque de género a una investigación supone beneficios científicos, sanitarios y sociales puesto que incrementa su rigor científico y la validez de los resultados, permitiendo así una mejor generalización a toda la población, particularmente en el caso de la población médica, que está viviendo un proceso de feminización.

Objetivos



OBJETIVO GENERAL

Comprender el proceso de enfermar del profesional médico a lo largo de las etapas profesionales y promover áreas de mejora para una mejor vivencia de la enfermedad y una adecuada atención en el sistema de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Describir el proceso de enfermar desde la perspectiva de los médicos/as enfermos en todas las etapas profesionales desde residentes a jubilados.
- 2 Describir el proceso de enfermar desde la perspectiva de los profesionales que acompañan el proceso (servicios de salud laboral, médicos de médicos enfermos, colegios profesionales, tutores y jefes de estudios de los programas formativos de especialización).
- 3 Describir el impacto de la enfermedad en el conjunto de la profesión médica y su impacto en la competencia profesional.
- 4 Establecer recomendaciones sobre el manejo del médico enfermo para las instituciones sanitarias en las que trabaja, las que atienden como enfermos y las que amparan su profesionalidad y conforman su profesión, los colegios oficiales de médicos.

Metodología del proyecto de investigación

Para poder responder a los objetivos planteados ha sido necesario combinar metodologías diferentes. Por ello el proyecto combina metodologías cualitativas y cuantitativas y se ha organizado en las siguientes etapas:

Etapa 1: Revisión de la literatura científica sobre el tema para definir las categorías de la investigación del proceso de enfermar de los médicos.

Revisión de la bibliografía en relación con el proceso de enfermar de los médicos en sus diferentes etapas profesionales. Se ha realizado la búsqueda en bases de datos científicas como Pub Med, Google Scholar, Scopus y Web of Science, con diferentes descriptores proxy del proceso de enfermar de la profesión médica. La búsqueda se ha completado con la recopilación de documentos de colegios profesionales y programas de salud del médico a nivel nacional e internacional. No existe un término MESH específico para el Médico Enfermo. Sin embargo, el término “Sick doctor” aparece como referencia de búsqueda en numerosas publicaciones.

Etapa 2: Diseño y realización de entrevistas semiestructuradas a médicos enfermos y grupos focales con profesionales que participan en algún momento del proceso de enfermar de los médicos (de médicos que atienden a médicos, de servicios de salud laboral, tutores de residentes y jefes de estudios de programas formativos de especialidades, y miembros de colegios oficiales de médicos). En la siguiente figura se describen las principales categorías temáticas del proceso de enfermar de los médicos que se han utilizado para la metodología cualitativa de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Etapa 3: Diseño, validación, despliegue de la encuesta nacional CAMAPE (Comportamientos y Actitudes de los Médicos Ante su Proceso de Enfermar).

Se diseñó un cuestionario inicial con información de las entrevistas, de los grupos focales y la revisión bibliográfica. A sugerencia de los expertos, se incorporaron preguntas de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE17) para poder comparar con población de mismo nivel de es-

tudios y edad sobre algunos hábitos de vida. También se incorporaron preguntas en relación con aspectos éticos recogidos en la Encuesta de Relaciones entre Niveles Asistenciales (ERNA) del GIBA IIS-Aragón. Se realizó un proceso de validación de la encuesta como indica la **figura 1** (pág. 12).

Las variables del cuestionario final se agruparon en las siguientes secciones: 1) Contenidos sociodemográficos, especialidad, situación laboral, práctica pública/privada/combinada y de satisfacción profesional. 2) Contenidos en relación con el cuidado de la salud (enfermedades crónicas, vacunación gripe, tabaco, alcohol, relación con el médico de familia). 3) Contenidos en relación con el hecho general de enfermar: autodiagnóstico, autotratamiento, vías alternativas de acceso al diagnóstico y tratamiento. 4) Impacto laboral: bajas laborales, presentismo, tiempo de baja laboral. 5) Contenidos en relación con ser médico de otros compañeros enfermos, confidencialidad, consideraciones deontológicas sobre la validación periódica de la colegiación y aspectos que mejoraría en relación con la atención al médico enfermo.

Términos de búsqueda utilizados:

Categorías consideradas

Profesional médico: médico, doctor

Etapas profesionales: residente, activo, jubilado

Médico Enfermo; profesional médico

Proceso Salud-Enfermedad; comportamiento de salud; estilos de vida

Autogestión de la enfermedad: autodiagnóstico, autotratamiento, autoprescripción

Impacto de la salud en el trabajo; presentismo; baja laboral

Salud Laboral; Programas de atención al médico enfermo

Médicos que atienden a médicos enfermos; Médicos de médicos

Colegios profesionales de médicos

Términos en inglés

Doctor; Physician, Medical profession

Medical Resident, Practising doctor; Retired doctor; Junior/Senior Doctor

Ill Doctor/ Sick Doctor/Impaired Doctor

Health behaviour, health habits, lifestyle; health-disease, health-illness

Self-management/Seeking medical care/Self-treatment/Self-prescription

Work-related impact, Sick Leave/Presenteeism

Occupational Medicine/Doctors' Health Programs

Doctors who treat ill doctors; Treating Doctor; Doctor of ill doctors

Medical Associations; Medical Colleges

Principales categorías del proyecto "Enfermar es humano: cuando el médico es el paciente"

Descripción del proceso de enfermar

- Proceso de diagnóstico: Momento, búsqueda de ayuda y acceso a la atención.
- Tratamiento: Autotratamiento y tratamiento recibido, preguntas...
- Sentimientos del paciente: angustia, negación, frustración...
- Preocupación por la confidencialidad.
- Información recibida: Tipo y forma de entrega de la información, búsqueda de uno mismo.
- Seguimiento: proceso programado frente a autogestión
- Actitud percibida sobre los médicos asistentes: falta de empatía, distancia terapéutica, incomodidad, centrada en la atención técnica
- Influencia de la procedencia del médico enfermo: especialidad, hospitalaria o de atención primaria.
- Impacto familiar.
- Dificultades que encuentran los médicos jubilados.

El impacto de la enfermedad en el trabajo

- Presentismo.
- Necesidad de baja laboral: cuándo, quién la recomendó.
- Cambios en su práctica médica durante la enfermedad.
- Impacto en la atención a los pacientes.
- Relación con los colegas y los gestores sanitarios.
- Apoyo percibido.
- Silencio.
- Impacto económico de la enfermedad.
- Vuelta al trabajo: sentimientos.
- Acciones emprendidas para adaptar el puesto de trabajo en reincorporación.
- Apoyo de los servicios de salud laboral.
- Impacto de la enfermedad en la formación de los médicos residentes.
- Contacto con PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) por problemas de salud mental o adicciones.

Médicos de médicos enfermos. El papel de los colegios de médicos

- Vías de contacto para buscar asistencia sanitaria de los médicos que tratan a médicos
- Diferencias percibidas con otros pacientes por los médicos de médicos al tratar a compañeros.
- Diferencias entre los especialistas y la atención primaria y hospitalaria.
- Diferencias entre médicos en activo, jubilados y residentes.
- Comportamientos y actitudes de los médicos que atienden a los médicos enfermos.
- Sentimientos experimentados como médico que atiende a un médico enfermo.
- Necesidad de formación para ser médico de médicos enfermos.
- Necesidad de identificación del médico enfermo como médico al ser atendido.
- Apoyo de los colegios de médicos a los médicos enfermos en todas las etapas.

Proyecto "Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico"

Diseño del cuestionario CAMAPE (Comportamiento y Actitudes del Médico Ante su Proceso de Enfermar)

Construcción de las dimensiones

Revisión bibliográfica:

Bases de datos de literatura científica.
Documentos oficiales de organizaciones
médicas a nivel internacional.

Entrevistas semi-estructuradas a médicos enfermos:

1. Médicos Residentes
2. Médicos Adjuntos
3. Médicos Jubilados

Grupos focales:

1. Médicos de servicios de salud
laboral/prevención de riesgos laborales.
2. Médicos tutores de residentes y jefes de
estudios de hospitales.
3. Médicos de juntas directivas de colegios de
médicos de diferentes provincias españolas.

Preguntas por cada dimensión y escalas de medición

Versión_1:

- 5 dimensiones (26 preguntas).
- Información socio-demográfica y profesional
y situación laboral.
- Comportamientos y actitudes ante la propia
salud e impacto laboral.
- Actividades para el cuidado de la salud.
- Consumo de medicamentos, utilización de
servicios sanitarios y trato recibido.
- Médicos de médicos y colegios profesionales.

Versión_2:

- Ajustes de redacción de preguntas tras
pilotaje y debriefing con expertos.
- Incorporación 11 preguntas ENSE17
(Encuesta Nacional de Salud de España 2017)
sobre estilos de vida, consumo de servicios
sanitarios.
- Incorporación de 7 preguntas de ERNA
(Encuesta de Relaciones entre Niveles
Asistenciales).

Versión Final:

- 5 Dimensiones, 56 Preguntas
- Accesible desde página web de OMC:
www.omc.es (30 junio 2017 al 30 junio 2018)
- <https://goo.gl/forms/ah6zFtx9PSeJtyXN2>

Propiedades Psicométricas:

Validación aparente, de contenido, constructo
y fiabilidad, factibilidad.

Validación aparente y de contenido:

- Pilotaje en la en la IV Convención de la
Profesión Médica (1).
- Debriefing con expertos del IV Congreso
Deontología Médica (2).
- Con expertos del PAIME (3).
- Con comisión permanente OMC
(Organización Médica Colegial) (4).
- Con GIBA (Grupo de Investigación de Bioética
de Aragón): Cuestionario ERNA (5).

Validez de constructo:

- Análisis Factorial Confirmatorio.
- Bondad de Ajuste: test de Barlett.

Fiabilidad:

- Alfa de Cronbach: correlación de los items en
el cuestionario.

Factibilidad:

- Índice de Legibilidad de Flesch-Szigriszt
[IFSZ].
- Accesibilidad plataforma OMC.
- Tiempo cumplimentación cuestionario.

Se consideró una población de médicos colegiados de 270.000 incluyendo a médicos residentes, activos y jubilados. Se realizó un muestreo aleatorio con nivel de confianza o seguridad (1- α):99%; Precisión 3%; proporción $p=0.5$, con una proporción esperada de pérdidas del 50%-. La muestra total necesaria para el estudio era de 3.662 profesionales. El cuestionario se diseñó para su autocumplimentación en formato web en la plataforma de la OMC: <http://www.cgcom.es/>. Se obtuvieron finalmente 4.308 respuestas. Las preguntas que conforman la encuesta están disponibles en español e inglés en el anexo de este informe.

Etapa 4: Resultados y Análisis de las diferentes metodologías utilizadas.

Resultados y análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas y grupos focales:
 Se realizó la transcripción de todas las entrevistas y grupos focales. Tres investigadores del grupo realizaron la lectura de cada una de las transcripciones identificando las categorías de análisis y extrayendo nuevas categorías más específicas siguiendo la metodología de la teoría fundamentada. Se extrajeron los verbatim agrupados en un conjunto común de categorías. Toda la gestión informática de las transcripciones y la agrupación de verbatim por categorías y subcategorías se realizó con el programa MAXQDA 12.0.

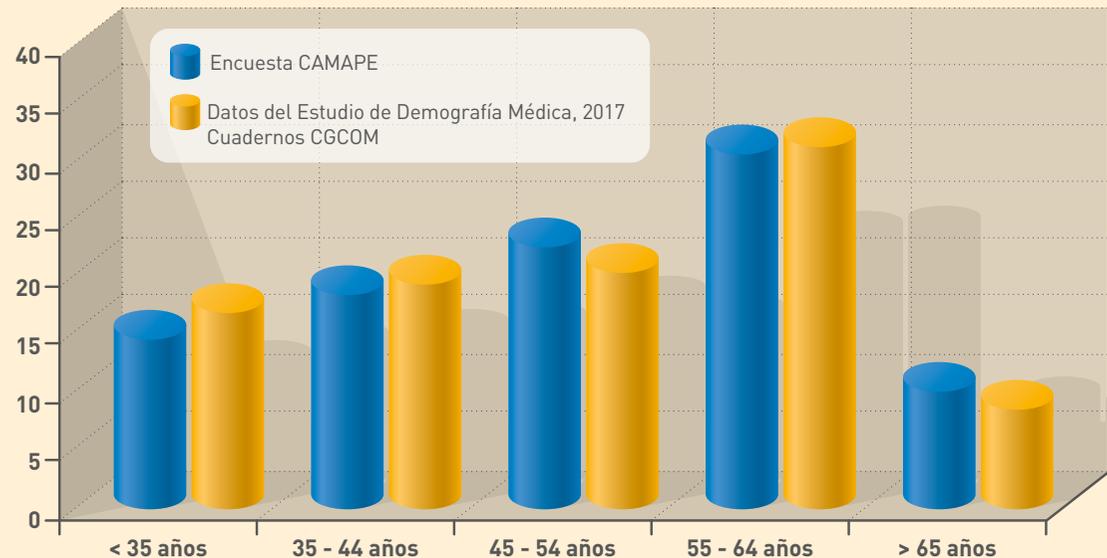
Resultados y análisis de la Encuesta CAMAPE:
 La feminización de la Medicina es una realidad. El cambio progresivo en la proporción de médicas respecto de médicos comenzó en los años 70 y se ha ido intensificando en las últimas décadas. Durante el periodo de la encuesta CAMAPE, según datos del INE del 31 de diciembre de 2017, el número de mujeres superaba al de varones (125.817 varones vs 127.979 mujeres, lo que supone el 49.6% y el 50.4% respectivamente). El % de respuestas en la encuesta de mujeres es superior al de hombres. Por ello, se realizó el análisis descrip-

tivo de todas las variables del cuestionario para cada categoría profesional y por sexo. Se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas y se seleccionó un nivel de significación estadística de $P < 0.05$. Los datos del cuestionario fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. 20.2 y R.

La presentación del análisis de los resultados cualitativos está estructurada en las categorías más relevantes del constructo de la investigación que se detallan en el anexo 1 de metodología cualitativa, tabla-1.

En el análisis se han incluido fragmentos de las transcripciones textuales de las entrevistas semi-estructuradas y de los grupos focales. Estos verbatim están identificados con un número. Dicho número indica lo siguiente: por ejemplo: 11-005: 6-6 (De izquierda a derecha: el primer dígito hacer referencia a la etapa vital del médico (mir, activo o jubilado), el segundo dígito al sexo (1 varon, 2 mujer); los siguientes tres dígitos informan del número de entrevista. Los dígitos incluidos tras los dos puntos informan de las líneas del texto de la transcripción de las entrevistas).

- El proyecto cuenta con la aprobación del comité de ética de la investigación de Aragón (CEICA): Proyecto (Anexo 1).
- Descripción de los perfiles profesionales de los participantes en el estudio: Médicos Enfermos entrevistados y miembros de los grupos focales (Anexo 2).
- Encuesta CAMAPE (Comportamientos y Actitudes de los Médicos Ante su Proceso de Enfermar) versión en español y en inglés. (Anexo 3).





Resultados

A continuación, se presentan los resultados de las diferentes etapas de la investigación:

1. Entrevistas a profesionales médicos enfermos y grupos focales de profesionales médicos que participan en la atención al médico enfermo.
2. Resultados de la encuesta nacional CAMAPE.

Resultados de las entrevistas semiestructuradas a médicos enfermos: hablando en primera persona

Se realizaron un total de 27 entrevistas semiestructuradas a médicos/as enfermos/as de diferentes especialidades y categorías profesionales.



Entrevistas a Médicos Internos Residentes (MIR)

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 refie-

ren 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... Quizá 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 distintas etapas del proceso de enfermedad: diagnóstico, tratamiento y seguimiento, cada una de ellas con sus propias peculiaridades.

Diferencias en el proceso 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 no médico. 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 prevención de riesgos laborales: 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.

De los diez MIR entrevistados, seis 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 soli-

citó 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, llegándose finalmente al diagnóstico por esa vía alternativa. Por lo tanto, solo en tres 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 se realizó todo el estudio en un solo día 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 proceso de 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.

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 clínico de la enfermedad:

Cuando el paciente es un MIR, es relativamente habitual que el seguimiento no sea reglado y mediante el sistema normal de citaciones, 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.

Valoración de la 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, autotratamiento...).

“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)

Autodiagnóstico: Como autodiagnóstico 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 autodiagnosticas 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)

Autotratamiento: 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” (11006: 131 - 131)

El autotratamiento 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)

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 seis 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” (11006: 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 inmunodeprimas, lógicamente en caso de que tengas fiebre y estando inmunodeprimado 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 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 citaciones...) 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 entiendo lo que me están contando.” (11-002: 33 - 33)

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 patolo-

gía 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)



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" (11001: 42 - 42)

"Yo creo que soy casi el más optimista, fijate. 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)

Información y Trato recibido

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)



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 convencional 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 técnica de la unidad me preguntó “pero... ¿Pero tú eres la de la casa? [se entrecorcha] Esta frase tan famosa de ser “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” (11007: 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.

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” (11004: 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 intimidación 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 ‘¡joo, 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)

“Imaginate 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.

Impacto de la enfermedad en el ámbito laboral y formativo del MIR



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.

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.

“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)

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" (11007: 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 guion 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 supuesto, siempre" (11-001: 46 - 46)

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)



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.

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. Aun 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 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)

Funciones del tutor y de la unidad docente 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.

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 guion 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.

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 si 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)

Relación con los Servicios de Salud Laboral



De los MIR entrevistados, solo las dos personas 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. Ninguno de los demás residentes entrevistados refiere haber tenido contacto con el servicio de prevención de riesgos laborales en relación con su proceso de enfermedad.

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)

“Cinco meses, sí, sí, cinco meses donde seguí haciendo mi residencia como médico de familia, que era muy agri dulce 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 cardiorácico, 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.

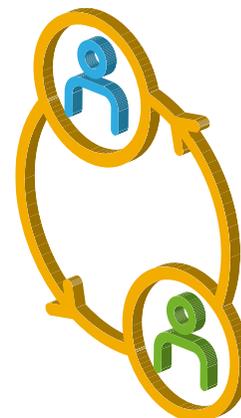
“Que mis opciones son o cambiar de especialidad [...] o que reclame al Ministerio y que según el Ministerio... Podía decirme que sí era apta y seguir en la especialidad o que no lo era y me quedaba en la calle, después de tantos años...” (11-008: 41 - 41)

“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” por los servicios de salud laboral 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)

Discapacidad y 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 la elección de plaza en personas con discapacidad o con alguna enfermedad crónica importante 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)

Aprendizaje del proceso de enfermar

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.

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” (11001: 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.

Médicos de médicos: visión de los médicos que les atienden y en su propio rol como médicos de otros compañeros enfermos

Atención recibida: 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)

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.

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 irremediamente 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.

Atender a un compañero enfermo genera 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 cuando atiende a un compañero médico con un problema de salud.

“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)

Atender a un compañero enfermo genera el 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)

Atender a un compañero enfermo puede generar 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 en la relación clínica:

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 a los compañeros médicos enfermos:

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 guion 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 médi-

cos, 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)

Impacto en 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-pa-

ciente 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.

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 comprometerían 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.

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

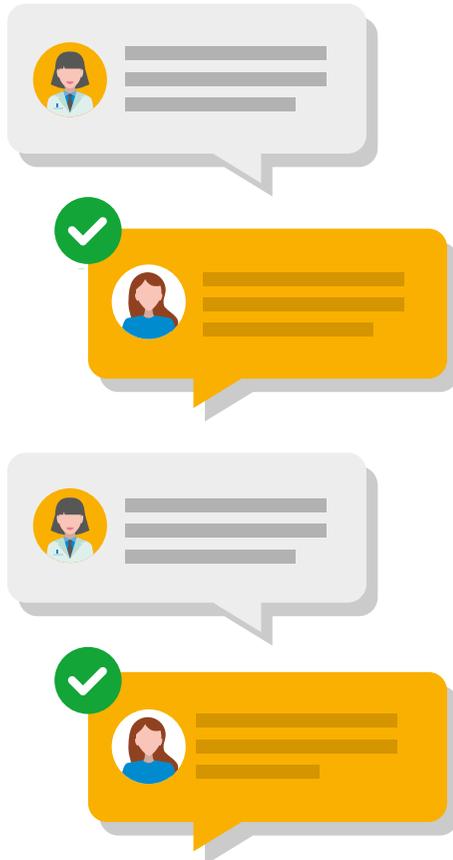
sufren en su vida personal numerosos cambios (traslado del domicilio, separación de la familia de origen, matrimonio, maternidad o paternidad...).

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)



Entrevistas a Médicos Especialistas en Activo

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

Diferencias entre pacientes médicos y con otras profesiones

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

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

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

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

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

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

Diferencias en el Proceso diagnóstico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Porque estoy absolutamente segura de que, si hubiera sido médico, pero yo no hubiera estado trabajando en ese hospital... Posiblemente todo se hubiera... (respiración), ralentizado más... con... eh... Con las repercusiones que eso puede traer en una enfermedad.” 20-001

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

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

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

“Quizás el médico especialista, eh, intenta hacerse mayor cantidad de pruebas, no lo sé. Puede ser. Eh... En mi caso desde luego tampoco me hice tantas, pero a lo mejor sí que el médico especialista tira más de favores de compañe-

ros de trabajo del hospital que los tiene más a mano, mientras que el médico de familia no puede recurrir a tanto porque no tiene... O a no ser que conozca a alguien dentro del hospital no tiene... Esos medios. Pero por lo demás...” 21-011

Recurrir al Servicio de prevención de riesgos laborales es una vía de acceso al parecer excepcional, no nombrada durante las entrevistas.

Diferencias en el proceso de tratamiento del médico enfermo

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

“Yo lo he especificado alguna vez: “Ah, eres médico, no sé qué... Bueno, sí, pero de esto no tengo ni idea” Cuando me han dicho: “Bueno: eres médico, se supone que ya te sabes todo...” 20.010

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

En ocasiones los entrevistados perciben la **ausencia de un médico que se responsabilice de todo el proceso de tratamiento**, sintiendo que recae sobre ellos la doble tarea de padecer la enfermedad y al mismo tiempo tomar decisiones clínicas sin el acompañamiento y consejo profesional habitual:

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

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

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

El **autotratamiento** es una conducta muy frecuente, sobre todo ante procesos leves o iniciales, pero también

en situaciones de mayor complejidad. Tiene que ver con sentirse experto más que enfermo, con dificultades en la relación con los propios médicos, y con otras actitudes:

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

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

“En el fondo, todos tenemos miedo a enfermar y, como mecanismo de defensa, el retrasar, eh...algún tratamiento, parece que va a retrasar la evolución de la enfermedad. Racionalmente, cognitivamente sabemos que no, pero emocionalmente, eh...nos comportamos así. Si tú a un diabético le dices que necesita insulina, pues le gustará más le gustará menos, pero si tú a un médico diabético le dices que se tiene que poner insulina, habitualmente no empieza a ponérsela de entrada, sino que busca: “Ya haré mejor la dieta, ya haré más ejercicio, Ya insistiré con los antidiabéticos orales” Retrasa, como si el retrasar el tratamiento con insulina le supusiera[que] la diabetes tuviera menos complicaciones o avanzara más despacio, no sé si me entendéis.” 20-002

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

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

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

“Hombre: una vez que se inician normalmente sí que hay fidelidad al tratamiento ¿mmm?. Sí, una vez que se inicia, sí [...] Yo creo que somos bastante fieles y disciplinados cuando se acepta ya: “esto es lo que hay y esto es el tratamiento que debo seguir”, yo creo que sí que se hace.” 20-002

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

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

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

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

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

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

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

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

Diferencias en el seguimiento clínico del médico enfermo

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

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

Influencia de los conocimientos



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

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

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

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

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

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

El **acceso a medios diagnósticos o terapéuticos** conlleva la posibilidad de que el propio médico enfermo se solicite pruebas (autodiagnóstico) o tome medicación no prescrita por otro médico (autotratamiento).

La actitud de los profesionales que le atienden puede variar al saber que quien está enfrente es otro médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

“Claro, en mi caso, han sido una ventaja (los conocimientos). Porque me han hecho estar más tranquila. Pero entiendo que pueden ser tam-

bién un inconveniente, porque... porque cuando sabes, cuando tienes información también puedes empezar a prever qué puede pasar, y eso puede ser un arma de doble filo en cuanto a que, si empiezas a verlo muy negro, pues te deprimas antes de que pasen las cosas, ¿no?” 20-004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Quizá, hay como más anticipación, eh...en ese proceso mental cuando uno piensa lo que le está pasando. (...) Cuando conoces...pues eso, el diagnóstico, en qué consiste el tratamiento, cuáles son los posibles efectos secundarios, las posibles secuelas, etc., se te agolpa todo en la cabeza. [...] “En esas ocasiones sí que pienso que el desconocimiento es poder vivir más tranquila.” 20-001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Evidentemente hay una mayor capacidad para comprenderlo, y por lo tanto para ahorrarte un poco esa incertidumbre, lo cual no significa que al final hay muchos factores que están relacionados con la personalidad, ¿no? y los profesionales

sanitarios... Los hay optimistas y los hay pesimistas, y afrontar el proceso de enfermedad siempre se hace mejor desde el optimismo que desde el pesimismo... Eso no se elige." 20-008

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

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

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

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

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

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

Sentimientos y emociones del profesional médico enfermo

A lo largo de todas las fases de su proceso, el médico experimenta numerosas emociones que tienen que ver no solo con la vulnerabilidad universalmente asociada a la enfermedad, si no con su personalidad, identidad y conflicto de rol... Como veremos a continuación, esta categoría del análisis cualitativo está íntimamente **relacionada con la influencia de los conocimientos médicos del paciente**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aislamiento autoimpuesto: Conectando con las dificultades de aceptación, algunos entrevistados explican su tendencia a no dejarse ayudar, a no dejarse acompañar. Esta situación tiene que ver con el orgullo, la vivencia de la enfermedad como algo vergonzante y que debilita el prestigio profesional, y el miedo a ser una molestia o carga. Pero tam-

bién con el encubrimiento de su situación como forma de evitar o posponer el sufrimiento de los demás al respecto. Un intento de proteger a las personas que quieren.

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

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

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

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

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

“Bueno, a mi familia les he dicho todo, igual que a los colegas o compañeros. Mi familia está totalmente informada de todo el proceso que he tenido o dejo de tener...que tengo metástasis...me pre-

guntan y tal, yo les intento tranquilizar. Quizás mi posición es más intentar tranquilizarles ¿no? que a veces los hijos no...no entienden. “No me engañas ¿eh?” no, no te engaño, en este momento...esto está así. Si no va bien...si llega un momento en que la cosa empeore ya os lo diré...” 21-003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando el médico toma finalmente contacto con la realidad, asumiendo la enfermedad y sus consecuencias, a menudo experimenta ansiedad y/o tristeza.

El estado de agitación, inquietud o angustia en relación con la enfermedad o con aspectos concretos de la misma, es muy frecuente en todos los pacientes, pero guarda una relación especial con los conocimientos que tiene el médico enfermo. Como forma de defenderse de dicha ansiedad, muchos entrevistados coinciden en la utilidad de “mantenerse ocupado”, lo cual justifica una parte del presentismo como se desarrollará en otro apartado.

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

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

La Información y el trato recibido

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

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

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

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

“¡Claro, es muy fácil! “Como tú eres médico, lo que tú quieras ¿eh?, si quieres quimio, quimio y radio si quieres radio y quimio...si quieres irte a Pamplona, si quieres quedarte... ¡Hombre! tú no puedes dejar 16 puertas abiertas, y eso con los médicos se hace... Pues para no tomar decisiones, con lo cual eso no vale, hay que mojarse, hay que orientar. Hay decisiones que son sencillísimas pero sencillísimas, tienes un tumor en el riñón y tienes 5 cm y hay que operarlo, pues claro que hay que operarlo, eso no es decir “pues lo que tú quieras, opérate o no.” 21-007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

les, incluso a veces fuera del horario laboral, por el hecho de ser colegas.

“El trato fue exquisito por parte de todo el mundo.” 20-001

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

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

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

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

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



“Entonces, bueno, pues eso o que te den, pues eso, un camisón que se te abre; y entonces, pues bueno, no sé, o sea, determinadas cosas que... que como profesional pues sabes lo que hay y entonces pues, yo en mi caso me lo he tomado de forma positiva y he intentado sacar la parte irónica y reírme de...de las deficiencias del sistema quizá porque el, lo conoces. Pero vamos, que también te puedes pillar unos cabreos de la pera. Porque, pues eso, dos horas y media para ser atendido en una consulta, no sé si es de recibo o no, o sea, quiero decir que... que puede pasar un día, pero siempre ya...” 20-004

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

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

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

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

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

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

“Me sentí mal, como paciente mal (risa) pero mal. No porque me trataran mal desde el punto

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

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

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

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

La Confidencialidad



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

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

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

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

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

"Vamos a ver, el tema de la confidencialidad es un tema...muy importante. Yo tampoco he hecho nada para preservarlo y esconderlo, porque a veces también es bueno que se sepa y muchas veces, parece que no, pero es verdad que evidentemente el nombre y los apellidos llamaban la atención de donde llegaba, y podíamos decir que me he encontrado con alguna sorpresa de alguien que se ha enterado por vía indirecta." 20-008

"Pues es un tema complejo porque... (carraspeo) claro, tú como médico tienes que guardar la confidencialidad, y cuando eres paciente lógicamente tienes que contarle a otro tu problema, y confías en que el médico que te está atendiendo vaya a respetar esa confidencialidad. En mi caso se ha cumplido, pero no siempre se cumple. Hay muchas veces que cuando vas con un problema a alguien ya lo sabe todo el servicio, ya lo saben más personas. O te encuentras con alguien en el pasillo y te preguntan... ¡en fin!" 20-010

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

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

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

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

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

"Pero sensación de incomodidad por eso, (falta de confidencialidad) no tuve en ningún momento, ni me preocupó." 20-004

"Hombre, yo tengo la impresión de que en mi proceso no ha habido mucha confidencialidad (risa). Em...pero...también es verdad que...la gente ha sido lo suficientemente...eh, cuidadosa mm...cuando se ha dirigido a mí en este sentido. Es decir, la gente ha podido hacer referencia a... a lo que me estaba sucediendo de una forma muy educada, ¿no? cuando alguien se te encuentra... por las escaleras y...te da un abrazo que habitualmente no te da...o simplemente te toca más fuertemente y te pregunta qué tal estás. ¿Se lleva mal? (pausa y carraspeo). Yo por ahora no, no lo he llevado mal, por ahora. Más adelante no lo sé. Por ahora no lo he llevado mal." 20-001

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

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

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

"Pero cuando a mí me operaron, yo ingresé y los nefrólogos se enteraron a los 3 días (...) Tampoco estás verbalizándolo a todas horas, te agotas...yo mandé un correo a la gente, electrónico, diciéndoles lo que me esperaba y tal." 21-007

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

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

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

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

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

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

Es de gran relevancia esta impresión, bastante generalizada, de que **la informatización de la información clínica promueve la vulneración del secreto**, y por tanto eleva barreras fomentando el automanejo de la enfermedad del médico, cuyo proceso no quiere que sea de dominio público. **Esta preocupación podría ser más común entre los facultativos más jóvenes**, según la opinión de algún entrevistado, al tener más vida laboral por delante:

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

"Yo creo que los médicos residentes eh...mi impresión es que las generaciones actuales, estoy hablando, que ocultan su situación porque a mí me parece que hay muy poca confidencialidad y que se accede de una forma indiscriminada e indebida al historial clínico (...) Todos los días abres el ordenador para todo y eso eh...es muy bueno pero también tiene una perversión que yo creo que se está haciendo y por eso los residentes y la gente joven, los médicos jóvenes creo que ocultan su situación de salud." 20-002

"Claro, me da igual porque a mis 65 años estoy cercano a...a la jubilación, aunque no me muera del tumor, ¿no? pero me imagino la gente joven, un médico que todavía tiene que... Y tenga una enfermedad y que se sepa, le borra la carrera profesional no? Pedir a una empresa que coja...a un trabajador que sabe que se pondrá de baja en

poco tiempo o que tal y que cual o que sabe que no le rendirá o no sé qué, mmm... Por lo tanto yo creo que hay que insistir mucho en el secreto.” 21-003

“Yo creo que se debería tener mucho más cuidado con el secreto, y normalmente no se tiene mucho, y encima seguro que tenéis informatizadas las historias clínicas ¿verdad? y desde tu ordenador puedes seleccionar el nombre y entrar en la historia clínica de cualquiera “fulanito está enfermo tal, ¿a ver qué tiene?” eso es...queda registrado...bah, pero no vas a denunciar.” 21-003

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

“El que se traspapele... Que se entere alguien porque yo no se lo haya dicho o porque se lo ha dicho a una persona a la cual yo no se lo haya dicho...lo cual si me ha molestado...eh...probablemente haya un...una ruptura de esa confidencialidad.” 21-009

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

“Bueno pues hay cosas que no me importa nada que se enteren, pero hay veces que sí que me ha dado...o sea, lo que me ha surgido es rabia. No una rabia atroz porque no merece la pena a veces enfadarse, pero sí que el que haya in-

discreciones, comentarios y tal digo bueno, ¿por qué tiene la gente que comentar nada? (...) 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, pero vamos, que nunca ha llegado...la sangre al río.” 20-010

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

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

“Desde luego si fuera una consulta...tipo psiquiatría o así, eh...no me gustaría que me vieran esperando, sobre todo sola, porque eso supone que no esté acompañando a nadie, aunque podría ir a hablar sobre algún paciente o tal, pero... por ejemplo yo es de las especialidades que sí que me parece que...bueno, ahí sí que me daría cierto apuro, y quizá también, no lo sé en oncología, pero más por discreción que por...o sea porque no se corriera la voz o cosas así.” 20-010

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

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

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

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

“Hay veces que no te importa decirlo y hay veces que no te apetece, sobre todo a gente con la que tienes muy poco trato y...estar en mí mismo centro como paciente. Que no me ha tocado porque al ser mi centro de salud, he pasado, vamos había quedado ya para pasar directamente a la consulta, pero a veces que he estado esperando para hablar con algún médico y...pues sí que...bueno, pues no me gusta que...me vean.” 20-10

Una entrevistada profundiza en la **falta de confidencialidad**, pero no en su propio proceso, sino en el **de otros pacientes** y la información privada que ella ha po-

dido obtener por falta de cuidado en consultas y pasillos durante su enfermedad:

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

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

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

“Deberían de ser más...pero bueno, deberían de ser en general todos los médicos, se deberían de cumplir mucho más la confidencialidad y más todavía cuando es de un compañero, pienso yo. Yo desde luego creo que en mi caso se ha cumplido bien, no he tenido ningún problema con eso, pero creo que no se cumple.” 20-011

“Yo creo que tendría que mejorar en el sentido de que tendría que cubrirse mucho más el tema de confidencialidad [...] se tendría que cuidar siempre, ¿entiendes? porque...yo siempre digo que el propietario de la enfermedad es el enfermo. Porque encima que la sufre no puede ser que no le dejes que...que sea suya la enfermedad...” 21-003

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

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

“Hay que ser extremadamente cuidadoso. Hay que ser extremadamente cuidadoso con la confidencialidad porque nunca sabes el daño que puedes causar a otra persona.” 20-008

“Sí que he visto, que podemos mejorar mucho. Porque sigue habiendo, pues muchos... fallos, te montas en ascensores y... y sigues oyendo conversaciones que no deberías oír...Por eso digo que cuando estás en el otro lado, pues aprecias... otras cosas, mucho más, que cuando estás viviendo tú.” 20-004

Impacto laboral de la enfermedad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Yo...cuando empecé a sospechar que algo no iba bien, porque me cansaba por encima de lo normal, fue cuando empecé a observarme y dije bueno, esto tiene pinta de ser una anemia. La verdad es que no pensaba que fuera tan importante

como reveló la analítica, pero también tenía claro que...si era una anemia ferropénica, se debía a una pérdida de sangre, muy prolongada en el tiempo, por lo tanto, invisible, porque yo no era consciente de la pérdida de sangre, pero sí que tenía muy claro cuando me sometía a la colonoscopia...lo que nos íbamos a encontrar.” 20-008

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre los motivos más frecuentemente nombrados por los que los médicos y médicas acuden a trabajar es-

tando enfermos, destaca el ya señalado miedo a la **sobrecarga de trabajo de otros colegas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando la enfermedad ya es más importante y previsiblemente prolongada en el tiempo, **algunos profesionales médicos se resisten a asumir la situación de Incapacidad Laboral Transitoria.** Este retraso en las bajas laborales puede suponer una peor o más lenta recuperación, mayores secuelas en dependencia del

tipo de proceso, además de posibles repercusiones en la calidad asistencial que serán comentadas en otro apartado.

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

Regresar al trabajo antes de estar completamente recuperado es otra variante de presentismo. Esta tendencia puede tener que ver con necesidad económica, falta de conciencia de enfermedad o el no querer reconocer la existencia de la misma ante su entorno laboral, miedo a la pérdida de conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar la profesión...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En general los médicos sienten **rechazo ante la idea de la incapacitación permanente**. Algunos alegan cuestiones económicas, pero más frecuentemente vocacionales. Una entrevistada es consciente de la utilidad terapéutica del trabajo y el sentimiento de utilidad como

apoyo para la recuperación y el bienestar de cualquier paciente, y especialmente en los médicos enfermos.

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

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

Durante el análisis cualitativo de las entrevistas surgió como categoría previamente no prevista lo que hemos denominado **Falso proteccionismo/corporativismo mal entendido** entre colegas. Nos referimos a la tendencia

por parte de los compañeros del médico enfermo que acude a trabajar, a ocultar la situación de enfermedad, llegando a asumir parte de su trabajo.

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

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

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

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

Esta situación, relacionada estrechamente con la Confidencialidad, es mucho más frecuente cuando la patología del médico tiene un componente potencialmente estigmatizante, y hace que nos planteemos la división de las enfermedades del médico en dos grupos: las **físicas y las psiquiátricas**. Sus características, abordaje, manejo y conceptualización son muy diferentes. Por una parte, la enfermedad física se percibe como mucho más fácil de abordar, con mayor implicación por parte de los

profesionales que rodean al médico, mientras que los problemas de salud mental son percibidos como más complejos y difíciles de abordar. Es más frecuente la falta de conciencia de los problemas por parte del médico, tienden a agudizarse y agravarse en relación con el estrés y las elevadas exigencias de del trabajo (guardias, etc.) y son percibidas como más incapacitantes y potencialmente peligrosas para la seguridad de los pacientes.

Las Relaciones laborales con colegas y superiores:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Mi experiencia muy positiva, sí. Un jefe nunca te va a poner contra la pared porque es consciente de que te enfrentas con...no te va a decir "uy que pena ahora que has caído enfermo,

que tienes que renovar el contrato, que pena", no, eso es un borde. No te preocupes que cuando vuelvas aquí está tu silla (...) También hay peligro cuando un médico cae enfermo, a veces, llegan más currículums, cuando hay un médico con cáncer de repente llegan currículums porque la gente piensa que se va morir, eso ha ocurrido, eso es tremendo." 21-007

Implicación de los gestores sanitarios en conocer el trabajo de los profesionales: Un entrevistado con experiencia en la gestión reflexiona y aconseja a los cargos de gerencia para realizar una adecuada labor:

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

El Aprendizaje de la enfermedad

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

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

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

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

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

“Pues...a mí me ha servido para afinar un poco ¿no? yo ya estaba a favor del enfermo siempre

¿no? pero siempre afinas un poquito más ¿no? mira a esto no le había dado suficiente importancia, pero visto en mi carne que sí que... pues quizás hay que hilar un poco más fino en este aspecto ¿no? de manera que los pacientes pues el trato un poco más sensible en un puntito que... no le daba importancia porque no lo había descubierto.” 21-003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“O por ejemplo otra situación que era una intervención abdominal, y el protocolo decía que había que tomar la solución evacuante a las 5 de la tarde, con lo cual estabas toda la tarde y toda la noche sentada en el inodoro, sin dormir...y yo les dije, a ver, ¿no sería más lógico dar esta solución a las 11 de la mañana, estás todo el día sentado en el inodoro y por la noche descansas porque al día siguiente te operan?” “toda la vida se ha dado a las 5 con la merienda!” (...) hay cosas que las damos por supuestas y las hacemos por, yo creo que es por rutina y hasta que no las sufres tú... (...) en el hospital estás en terreno hostil y tienes unas normas establecidas, que cuando tú eres profesional, las ves súper normales, pero cuando eres paciente las ves totalmente...y muchas de ellas ilógicas y descabelladas” 20-002

“A mí me daba mucha risa que la celadora me llevara con la cama y, yo, que puedo andar, den-

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

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

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

En algunos casos **toman conciencia de la importancia de algunos síntomas** a los que a veces como médicos les restaban importancia, por ejemplo, el dolor.

La enfermedad puede ayudarte a **conocerte a ti mismo** y como médico:

“Que yo creo que cada uno, y luego la forma de ser, el carácter y todo. Te ayuda a descubrir muchas cosas de ti mismo, también, eh, el estar enfermo (...) depende mucho de cómo tú seas como médico,

como te gusta, o al menos es lo que me ha pasado a mí, como me gustaría ver al paciente, o como me gustaría que fueran los pacientes, y yo he intentado comportarme así. Por ejemplo, pues, eh...he tenido que estar ingresada y... y el día que me operaron pues por la noche, pues tuve dolor, pero por no molestar, por no tocar el timbre, por no llamar a la enfermera, por ser buena y no molestar por la noche, pues ahí aguanté mi dolor (...), tampoco a lo mejor he hecho todas las preguntas que quería (...) yo qué sé, será que a mí como médico me molestan los pacientes, eh... que... que están ahí... repitiendo una y otra vez...” 20-004

A nivel personal, la enfermedad (como cualquier suceso traumático), puede variar el orden de prioridades de quien la padece, ejerciendo **cambios en su escala de valores**. En este contexto algunos entrevistados señalan la utilidad de la enfermedad y la vulnerabilidad que esta conlleva, para apreciar más otras áreas de su vida (familia, pareja, amistades, actividades de ocio...) y replantearse si su dedicación al área laboral es excesiva. También les ha servido para ser menos exigentes consigo mismos, delegar algunas actividades extraprofesionales...

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

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

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

“Yo ahora, en, en la edad en la que me encuentro, o en el momento personal en el que me encuentro, o sea, ah, lo más importante que tengo son mis hijas y el, el educar y el cuidar a mis hijas

(...) Entonces, claro, yo ahora, mi, la prioridad en todo de mi vida son mis hijas... claro, lo primero que dije: “¡por Dios, qué no me muera!” ahora, pues valoro mucho más todo el tiempo que pueda pasar con mis hijas, mientras sean pequeñas, y niñas, y me, me necesiten como madre.”20-004

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

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

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

Los médicos de médicos

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

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

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

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

Sin embargo, esa preferencia por presentarse cambia durante el seguimiento, siendo mucho más frecuente que utilicen el circuito habitual y no busquen ser identificados como médicos, deseando conscientemente ser atendidos como un paciente más, lo que durante

el análisis cualitativo se ha categorizado como **rechazo del trato preferente**. Algunos reconocen “testar” la actuación del médico antes de depositar en él su confianza.

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

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

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

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

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

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

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

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

“Me gusta, me gusta (que se identifiquen como médicos) porque, m... porque la información que doy es directa. Me gusta simplemente por eso. Porque sabe lo que voy a hacer, sabe... me comprende todo y no hace falta... podemos hablar de una manera mucho más directa. Por lo demás no, pero sí que es verdad que me gusta, me gusta que me lo digan (...) Yo creo que es bueno, que el que recibe la información sepa que estás hablando con un compañero yo creo que es bueno...” 21-011

“Vamos a ver, eso puede tener dos interpretaciones: si uno lo hace (identificarse como médico cuando acude como paciente)... como aquel que “es que usted no sabe con quién habla...” es

decir, soy médico como una amenaza para decir que tenga cuidado que... tal, pues mal. Si se hace simplemente como una información para ayudar a... Pues a identificar... bien. Si lo vas a hacer buscando un privilegio o intentando condicionar al profesional que tienes en frente, no me parecería oportuno.” 20-008

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

“Yo no sé si es que eran así, o a lo mejor también podía tener que ver con que yo podía hacer preguntas o podía... hacer sí, sobre todo preguntas

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

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

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

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

“Sí, siempre se pasa mal, eh... El ser médico de otros médicos a veces parece que va a facilitar porque puedes utilizar un lenguaje médico ¿no?, puedes usar, puedes hablar...claro [...]tenemos a un enfermo médico en diálisis y vamos casi me

cuesta más relacionarme con el que con otros, porque cree que saben y no saben, entonces a veces, intentas...a veces me doy cuenta de que conforme estoy hablando con el médico voy vulgarizando mi lenguaje...” 21-007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Tienes que personalizar. En ese sentido con los médicos...pues asumiendo el miedo que puedan tener. Los miedos, las preocupaciones, la información...ay que darlo todo de una manera...especial. Teniendo en cuenta que cada médico es diferente...un médico no querrá saber nada, otro más (...) Sí, claramente, sin duda, mucho más (utilizas más tiempo). Sí porque además haces que la relación sea cordial, se siente a gusto, entonces prolongas todo para que no vea que los despachas de...luego incluso hablando de lo que sea pues ves que se sienta atendido.” 21-007

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

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

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

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

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

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

“O... El médico de cabecera les dice oye, consulta con un cirujano.” 21-003

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

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

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

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

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

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

"Pienso que se debería actuar igual siendo médico que no siendo médico. Quiero decir, que no debería... a la persona a la que le das esa información no debería de importarle lo más mínimo. Quiero decir, eh... lo que me parece mal es el hecho de que... pues eso que se atiende a los compañeros en los huecos, en los pasillos... no sé si me entiendes, ¿no?" 21-011

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

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

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

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

"Normalmente los médicos escogen. Pueden escoger. Decir, "oye tú, mírate esto... ¿qué te parece?" ¿Entiendes? puede ser casualidad que me

haya pasado por ahí... y he sido el primero que me he encontrado y te he preguntado... puede ser que te toque porque te toca y tal... ¿no? pero normalmente vienen más bien dirigidos." 21-003

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

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

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

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

iría yo, creo. Sobre todo, empatía y yo creo que con eso sería suficiente." 21-011

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

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

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

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

"El médico que trata a otro médico, entiende que su paciente en este caso, eh, es más capaz de comprender la enfermedad y por lo tanto de participar en la toma de decisiones. Y por lo tanto si lo considera más capaz es más fácil que asuma las decisiones y respete su autonomía." 20-008

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.

Los colegios de médicos y la organización médica colegial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recurrir al colegio de médicos para consultas laborales: Un entrevistado recurrió al colegio para consultar sobre **su capacidad de conducción bajo el tratamiento con opioides:**

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

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

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

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

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

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

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

"Eh...yo creo que se han dado pasos adelante, pero evidentemente cuando se van dando pasos adelante, van surgiendo nuevas posibilidades, y esos sí que hay que decir que ahí fue...o ha sido capital el papel de las organizaciones colegiales. (...) Muchas veces los propios médicos infravaloramos el papel del colegio en algunos aspectos, y muchas veces ignoramos, ¿no? muchas de las cosas que pueden...aportar. Eh...quizá la deontología profesional o las comisiones deontológicas no se les ha dado todo el valor que tienen...en la resolución de conflictos entre profesionales (...) Pero creo que muchas veces se recurre poco, ¿no? A la ayuda colegial." 20-008

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

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

"Si es un proceso que, que pueda requerir de, de ayuda externa, yo creo que el colegio sí que debería responder ante determinadas cosas, por ejemplo, pues eso, eh... mm (tks) asesoría a nivel laboral, pues por ejemplo, imagínate que la enfermedad conlleva minusvalías; pues que te puedan (tks) asesorar, o... no sé, mmm (tks) en el recibo está el patronato de huérfanos, pues no sé, pues que... que velen un poco pues, por tu familia o... bueno, no sé; de (tks) dependiendo un poco de, de las necesidades; o alguna ayuda que pueda haber... pues." 20-004

"En mi caso. A lo mejor, yo qué sé, si a mí me hubiera tocado, yo qué sé, aguantar un tratamiento de quimioterapia durante un año, o hubiera tenido alguna recaída, o te, o la tengo

en un futuro, y me veo mal, pues a lo mejor, en vez de irme al psicólogo de la Asociación Española Contra el Cáncer, pues igual en el colegio de médicos pueden tener algún profesional que te pueda ayudar. O, pienso también en, yo qué sé, en otras patologías, las adicciones, ¿no?, por ejemplo. Pues no sé, que, que te puedan ayudar otra vez a reinsertarte a tu vida laboral, o... no sé. Yo creo que sí que sería interesante que, que hubiera este, este tipo de servicio. Yo no lo he echado en falta, tampoco lo hubiera necesitado, aunque lo hubiera. Pero yo creo que sí que sería importante, que, que hubiera implicación. Más que nada, para que la relación no solamente sea un recibo. Claro, ahí igual la culpa también la tengo yo, porque, quiero decir, tampoco yo me acerco a mi colegio. 20-003

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

Entrevistas a Médicos Jubilados



Diferencias entre ser médico y no médico

Los médicos jubilados enfermos reflexionan sobre el impacto que también tiene **la idiosincrasia personal** en el proceso de enfermar. Cada persona tiene una manera de enfermar en función de su propia personalidad y de su forma de ser que hace que caractericen la vivencia del proceso. Sin embargo, **el hecho de ser médico influye considerablemente en todos los ámbitos de este aspecto.**

He reflexionado muchas veces sobre la manera de enfermar del médico, la manera de curarse, la manera de comportarse y las consecuencias que eso puede traer sobre su bienestar. En general, la experiencia global sería que, sería que en realidad cada persona enferma de una manera distinta. (30-001)

El médico reacciona ante la enfermedad como es él y como son todas sus circunstancias vitales, todas, todas, pero en el médico las circunstancias vitales pues son que él sabe más. (30-001)

La profesión de médico no es como otra cualquiera, el grado de responsabilidad es muy importante, así como el nivel de carga que se ha de soportar. Todo ello, sumado por supuesto a la influencia de diversos factores externos, convierte al médico en una persona más susceptible de padecer enfermedades en comparación a una persona de a pie.

El médico cuando de verdad se le exige, se olvida de sí mismo, y eso es como debe ser. (30-002)

El ataque que tuve yo fue claramente motivado por una situación de estrés extremo que sufrí ..., pero sí tiene que ver porque si no hubiera sido médico no hubiera pasado esto. (30-001)

Una de las diferencias primordiales que se observa en el análisis, **es el circuito asistencial que sigue un médico cuando enferma**. Tiene unas características especiales desde el mismo momento en que entra hasta que sale, pudiéndose ver favorecido el curso y evolución de la enfermedad en algunos aspectos y entorpecido en otros, ya sea por las peculiaridades intrínsecas al médico como a las extrínsecas que le rodean en el sistema.

Hombre, el acceso en general lo tienen más fácil. (30-001)

Pienso que mi caso es peculiar, es peculiar porque claro yo estaba... Yo había sido el jefe de una unidad, entonces el tratamiento quizás era más... Más... No sé... Especial. (30-002)

Yo enseguida me he adelantado a decirles que no, que el tratamiento igual que un enfermo cualquiera, porque cuando empiezas a ahorrar una prueba o una cosita, a lo mejor tres días después lo echas aquello en falta, hay que reconstruir el proceso y es un mal asunto. (30-003)

Las habitaciones de la seguridad social son de 2, aunque siempre tenemos y siempre nos reservamos las habitaciones de los extremos de una cama o dos para... Para los médicos, para los sanitarios, médicos o enfermeras. (30-002)

"A ver si esto se pasa". Postura completamente irracional, que no responde a lo que yo le hubiera aconsejado a cualquier otro enfermo, que es lo que a mí me aconsejaron enseguida, corriendo, empezar el diagnóstico y el tratamiento. (30-003)

Búsqueda de apoyo de sus colegas: Si deciden recurrir a otros compañeros, es cuando se trata de un proceso serio que no pueden controlar por sí mismos y que se les escapa de las manos. Para ello no suelen visitar a su médico de cabecera.

El médico de familia sí, lo tenemos en la tarjeta, tenemos nuestro médico de familia cada uno en su centro de salud, pero... No lo usas mucho. No lo usas mucho. Por lo menos el médico hospitalario yo creo que vuelve siempre a su madre, la madre es el hospital, su hospital. (30-002)

Acceso a la atención médica: Se deduce que lo habitual en el acceso, es acudir a un compañero, ya sea por teléfono o irrumpiendo sin previo aviso allá donde este, suponiendo una importante diferencia en cuanto al diagnóstico, ya que este mecanismo puede inducir a una mala praxis, tanto porque la relación médico-paciente no es la adecuada, como porque el camino que se sigue no cuenta con las indicaciones pertinentes, las derivaciones necesarias ni el seguimiento correspondiente.

Realmente llamas a un compañero y siempre acude enseguida, y después si lo encuentras... (30-001)

Acudes a quien sea, a un compañero, un colega, a que te ayude. (30-002)

No he tenido más que acudir a los de alrededor que he tenido, dirigirme a ellos y ya está. (30-003)

Yo he parado consultas, de estar en una consulta y decirle "Que ha venido el doctor tal, que está fuera..." Y digo "Que pase" Que pase ya, vamos, aunque estés con la paciente. (30-002)

La jubilación es vivida de manera diferente, porque no solo se vivencia como el abandono del trabajo activo, sino también como una pérdida de la propia persona, de lo que has sido... O de tu esencia. Y todo ello se pone aún más de manifiesto cuando el médico jubilado vuelve a su lugar de "origen", el hospital, y **las nuevas generaciones no le reconocen como miembro de lo que ha sido su "casa"** durante largos años de trayectoria profesional.

He oído a algunos compañeros quejarse de eso, sí, de que cuando nos jubilan ya nos desconocen en los sitios donde hemos trabajado (30-003)

En los hospitales a la gente joven pues si no te conocen, no te han conocido, no saben quién eres, no saben quién has sido aunque hayas estado 40 años trabajando en un hospital, pues la verdad es que... Bueno pues eres uno más que llega. (30-002)

Llegas a un control de la empresa donde has trabajado 40 años, "¿Y usted quién es?", "Pues yo que he trabajado aquí", dices modestamente un poco avergonzado. (30-003)

Además, esta pérdida de reconocimiento hace que **carezcan de los "privilegios" de los que gozaban estando en activo**, haciéndose cada vez más equivalente a cualquier persona externa al sistema.

Eso son cosas que nos pasan y nos pasan incluso siendo todavía, estando todavía en activo... Imagina si eres un médico jubilado... La cosa es bastante peor... (30-002)

La negativa ante esa situación le lleva a tomar las medidas que considera pertinentes para recuperar parte de esa identidad que ha ido perdiendo a la hora de volver a entrar al hospital por el motivo que le ocupe.

Yo cuando voy al hospital ya me llevo la antigua eh... Etiqueta de médico, esa amarilla que nos dan con la foto y el... Eso... Para colgármelo para que no me paren antes de entrar a MI hospital, y así por lo menos ya saben que... No saben si soy médico. (30-002)

Yo tengo un compañero que se pone hasta bata (Ríe) para que así ya no lo paren en absoluto. Y él entra... Claro, a todos los sitios. (30-002)

Influencia de los conocimientos

El saber y el conocer son para el médico un arma de doble filo, por un lado, es una ventaja porque lleva a mayor entendimiento, a la capacidad de anticipación, a una temprana asistencia en algunos casos... Y de manera sistemática a intentar realizar un autodiagnóstico en cuanto los signos y síntomas de la enfermedad empiezan a aflorar.

Hace lo primero que sabe hacer, que es un diagnóstico. O sea, primero dice me está pasando... Tengo fiebre, me duele el hombro, tengo... Pues tendré una artritis... Tendré... ¿Aguada?... Es decir, hace un diagnóstico lo primero. (30-002)

Pues que me encontraba bastante mal, con un dolor abdominal que yo dudé de si era un infarto de cara diafragmática, que a veces dan sintomatología digestiva, o eran simplemente gases, que te distienden y que empecé a sudar. (30-003)

Ventajas... Que quizás si estás iniciando un proceso serio pues lo detectas a tiempo, si no es un proceso serio pues entonces lo único que pasa es que pierdes tu tiempo y haces perderlo a los demás. (30-002)

Creo que la evolución sí que fue mejor, porque yo sabía qué tenía que hacer. (30-002)

Pero por otro le hace más conocedor de las **consecuencias que puede acarrear**, más reticente a según qué intervenciones o tratamientos, abandono de los mismos, a tomar sus propias decisiones, a influenciar al médico que le atiende y en definitiva, a ser un mal paciente. Además, normalmente da lugar a una preocupación y angustia mayores que en el resto de las personas.

Otra característica que es propia del médico es que claro, sabe, sabe lo que le puede pasar. (30-001)

Yo me quedé en casa ahí esperando que se pasara, obviamente en mi caso no creo que hubiera tenido trascendencia por el caso que fue, eso no se debe hacer, yo lo demoré aquello. En mi caso una fibrinólisis no me hubiera dejado hacer. (30-001)

Yo dije que no, que a los 6 meses yo me iba. (30-001)

El tratamiento somos lo que somos... Como enfermos somos los que menos persistentes somos yo creo. (30-002)

El compañero me indicó otras... Algunos cambios. Los seguí, los seguí... Tiempo después me pareció que las tensiones no estaban tan bien controladas y volví al mío de antes. (30-003)

Otra consecuencia de lo comentado es el **autotratamiento**, algo común en la mayoría de los médicos, especialmente en enfermedades banales, o que piensan como banales, y en aquellas que piensan que dominan por su especialidad y hay un sentimiento de control.

Esas otras cosas de cuadros catarrales... Gripe, bueno pues ya está, pues ya me he tomado vitamina C y antidolorosos pues ya está y se me pasará. (30-002)

Me he sentido con tal seguridad tratándome a mí mismo que, bueno sí que he consultado con algún compañero, pero en general he dirigido yo el tratamiento. Salvo esa situación, yo me he puesto en manos de los compañeros, de manera total y absoluta y con fe. (30-003)

De la misma manera, también puede influir en el ejercicio profesional la carencia de estos conocimientos. La medicina evoluciona más y más cada día, tanto en nuevas teorías e hipótesis que nos ayudan a comprender, como en tecnologías que modernizan por completo el proceso asistencial. Esto supone que **los médicos de edad avanzada deben actualizarse y no siempre es del todo posible ya que sus habilidades no son las mismas y su capacidad de entendimiento tampoco**, lo que podría dar lugar además a una limitación de su calidad científica a la hora de asistir a los pacientes, a pesar de mantener unas bases primordiales.

Yo cuando me jubilé, respiré, porque me daba cuenta de que realmente yo ya no debía estar ejerciendo en algunos aspectos, es decir, no podía asumir qué había cosas que yo no podía comprender, pero porque era viejo. (30-001)

Lo que nunca tiene que perder el médico es la capacidad de saber, es decir, de asociar sus conocimientos a la generalidad para que no se le pase alguna y se le cuele alguna cosa por debajo, porque claro es ahí donde puede cometer el error. (30-002)

Esta falta de conocimientos actualizados, que puede ocurrir también en médicos activos, y que puede ser originada por diversos motivos: El problema se escapa de la especialidad a la que están vinculados, se trata de algo que no se presenta con frecuencia, las últimas novedades de cada área de especialización ... Puede dar lugar a equivocaciones en cualquier nivel de la actuación médica y por tanto es importante reconocer esa limitación.

Tú tienes que reconocer tus limitaciones, pero ya digo, incluso a cualquier edad, es decir, uno tiene que saber que no puede hacer... No sé... Que no está capacitado... Que aunque le autorice el título a hacer cirugía general... Es que no tiene nada que ver... (30-002)

En ese caso no tuve un retraso pues ¿Por qué?, pues porque quizás ya no era mi especialidad y por lo tanto yo ya iba al especialista y no estaba confiado en saberme la lección. (30-003)

En general es mejor ponerse en manos de otro compañero. (30-003)

Con intención de mejoría, podría llevar a la **búsqueda de información**, algo que es común con el resto de personas, pero a diferencia de que los médicos saben a qué bases dirigirse para obtener datos de confianza.

En mi caso que soy... Un médico jubilado... Pues investigas a ver qué cosas puedes estar teniendo, qué estoy teniendo, qué me está pasando... Con estos datos que yo tengo. (30-002)

Hasta ahora hemos hablado del conocimiento sobre la enfermedad y todo lo que rodea a la misma, pero no hay que olvidar que el médico también es **concedor del funcionamiento del sistema sanitario**, de todo lo que el usuario no ve desde fuera, ya que él ha tenido o tiene la oportunidad de vivirlo cada día desde dentro en su propio puesto de trabajo, además de las cosas que le hacen llegar sus colegas sanitarios.

Vamos yo sé cómo funcionan las urgencias porque he estado trabajando allí claro. (30-002)

Las cosas pequeñas, en las clínicas privadas es donde mejor te atienden y donde mejor estás desde el punto de vista social... Pero cuando quieras... O sea, cuando estés enfermo seriamente tienes que ir a un gran hospital, es el sitio donde tienes que estar. (30-002)

También implica ver de cerca el trabajo de sus compañeros y saber de buena mano a quien recurrir o a quien recomendar en caso de padecer una enfermedad de cualquier especialidad.

Cuando tú vas al hospital busca al que sabes que te va a tratar, esa es la ventaja que tiene el médico paciente, que busca a quien sabe que es un experto y que funciona muy bien y que tiene pues... Pues eso el conocimiento. (30-002)

Van a fulano de tal y a lo mejor no tanto al jefe, porque como médico están confiando en ese, no en el jefe por más que sea el jefe. (30-003)

La posición que se debería adoptar es la de confianza en todos los compañeros sin tener que llevar a cabo una elección basada en este conocimiento.

¿Se basará eso en que he elegido a los mejores? Quizás se basa más bien en que, para mí, casi todos los médicos son muy buenos. (30-003)

Sentimientos y actitudes de los médicos jubilados antes su proceso de enfermar

Se observa de manera generalizada **miedo y angustia** con respecto a la enfermedad y a las posibles consecuencias de ésta. Además, al tratarse de médicos jubilados que empiezan a adentrarse en las últimas etapas de vida, este sentimiento predomina y está más presente ante cualquier adversidad en el tema de la salud.

El médico pasa mucho más miedo en general ante una enfermedad grave que el que no lo es. (30-001)

La sensación en la enfermedad cuando es un poco seria, de que no vas a salir de aquello, te es imposible imaginarte otra vez en el estado de salud óptimo, en el bienestar, en las ganas de iniciativa y de moverte y de hacer la vida normal. (30-003)

Yo creo que cualquier persona cuando envejece, sabe que las cosas ya no son igual, pierdes facultades y eso. Porque claro, cada vez es más posible que nos pasen cosas. (30-001)

Se caracterizan a sí mismos como **personas hipocondríacas**, seguramente vinculado de manera muy estrecha con el conocimiento que el médico posee. Lo cual con la negación de la enfermedad que prima en otros.

Habitualmente el médico, en mi caso por lo menos, suele ser un poco hipocondríaco, siempre piensa que le está pasando algo que puede ser más malo que en lo que realidad es. (30-002)

Todo eran estas excusas que nos ponemos cuando estamos enfermos. (30-003)

La **pertenencia** también se manifiesta continuamente, los médicos tenemos la tendencia a reunirnos entre nosotros. En los jubilados, que ya no están trabajando en los centros de salud u hospitales, las relaciones con sus colegas sufren un cambio. Ese sentimiento de formar parte de un grupo toma especial significación en esta etapa y se busca.

Los jubilados tendemos a reunirnos generalmente con otros médicos. En general, esa es la tónica, porque siempre estás bien con los médicos. (30-001)

El paso del tiempo y el desarrollo de la tecnología ha dado lugar a unos grandes cambios en la medicina actual, que hace que los médicos jubilados recuerden con **añoranza el ejercicio de años atrás** e incluso se cuestionen la práctica que se da hoy en día.

Muchos compañeros jubilados expresan que antes era mucho mejor; yo eso lo he discutido mucho. Antes no era mejor, antes era distinto. (30-001)

A mí me gustaba ver las radiografías, y ahora vas allí y tienes que mirar la radiografía en el cacharro (ordenador) porque si no te enteras. (30-002)

Sin embargo, creo que la medicina actual está deshumanizada y en el trato también. (30-002)

Aunque también se observa en parte de los casos la **aceptación de que las cosas ya no son como eran antes**, no solo en el ámbito de la medicina, sino en la sociedad de manera general. Las **diferencias generacionales son evidentes**, pero son conscientes de que algunos de los cambios han sido necesarios.

Es que ahora no lo pueden hacer así pues porque ni los médicos piensan igual ni los enfermos piensan igual ni nadie piensa igual porque el cambio que ha habido ha sido tan, tan grande y será cada vez mayor, porque los conocimientos cambian con mucha más rapidez ahora y además la intercomunicación online es inmediata, y claro pues eso condiciona otra forma de vivir. (30-001)

Hoy día con la complejidad que tiene la tecnología y la cirugía, y la medicina, cada vez hay más especialidades y subespecialidades, ¿Por qué? Pues porque lo demanda el conocimiento, el conocimiento es imposible tenerlo de todo. (30-002)

En el hospital cuando las historias eran... físicas, en papel, físicas. Se perdían, no es que se perdiesen, es que es que se traspapelaban. Ahora que está informatizado todo es ya... Prácticamente imposible. (30-002)

Información y trato recibido

En muchas ocasiones la palabra que lo define es **preferencial**, una ventaja de la que cualquier persona no goza y de lo que se ve generalmente beneficiado el médico por parte de sus compañeros.

Si tú vas al Clínico y te presentas como médico y saben que has sido allí médico del Servet, entonces ellos claro, lo saben, la atención exquisita. Exquisita. (30-002)

Sí me ha supuesto una ventaja, claro está, en los cuidados cariñosos de todos los expertos que me han atendido, médicos y enfermeras, y por tanto el que todo haya ido bien. (30-003)

El médico vino y enseguida me dijo que era una isquemia que había podido ser transitoria, vamos al hospital rápidamente, te acompaño para que no tengas que hacer ningún trámite y tal y que te miren en Neurología. (30-001)

Entonces yo llegue un momento en que ya me tocaba dejar aquello (atención rehabilitadora especializada) y me dijeron por supuesto, que podía seguir yendo. (30-001)

Contrasta con la interpretación de que **cuando el médico se jubila, este trato ya no es percibido de la misma manera por todos los sujetos**, incluso se siente como despectivo en algunas circunstancias.

La única desventaja que tiene el médico jubilado es lo que le he dicho de, o lo que os he dicho, de que cada vez encuentras menos gente de tu edad... Conocida. La gente joven pues ya... A veces directamente pasa de ti, ahí está ese viejo que está ahí esperando o... Sin más... Te atiende, pero vamos, tú notas que no es lo que... (30-002)

También se refleja en las entrevistas la confianza depositada en ese trato por parte de los compañeros hacia la enfermedad del médico.

Yo me comporte, pues eso, como un trabajador de aquel hospital al que le empiezan a tratar los compañeros que me inspiraban absoluta confianza. (30-003)

Lo que a priori solo parece tener aspectos positivos, tanto con lo que respecta a trato humano o a la información recibida, a veces hace pecar al médico de médico de **dar por supuestos unos conocimientos acerca de la enfermedad por parte del médico enfermo que puede no tener**.

En cuanto a la información que me dieron como paciente, perfecta. (30-002)

Yo, por ejemplo, soy un hombre muy comunicativo, que me abro muy bien y sé llegar, también cuando tengo que bajar, no en el caso del médico, pero en el caso del paciente normal, o de la calle, sé hablar en el lenguaje llano. (30-002)

Se interpretan dos percepciones claramente diferentes con respecto a la **dificultad de aceptación** manifiesta por parte de los médicos jubilados a la medicina actual. Una de ellas es la aceptación y comprensión de que las cosas han cambiado desde que empezaron a ejercer, y otra el pensamiento de que antes se hacía mejor y actualmente la asistencia es peor, lo que los lleva a pensar que en el momento en que enfermen no van a recibir la atención que desearían.

Claro cuando piensas que te vas a poner enfermo y que no te vas a entender, no vas a encontrar a alguien que te trate como tú crees que te tiene que tratar, que además no tienes razón, porque es que lo que ha cambiado es la sociedad y cambia muy deprisa. (30-001)

Sin embargo, cuando la enfermedad adquiere gravedad, reconsideran la atención y reconocen la calidad científico-técnica.

El mejor médico es el que está más cerca, si estás enfermo, el que está más cerca. (30-001)

Hay que buscarse un médico, aunque parezca mediocre, que luego ese médico sabe más de lo que parece. (30-003)

La Confidencialidad

Es un tema trascendental. Cuando el médico enferma se puede dar lugar a una ruptura de esta, ya que se encuentra inmerso en su propio sistema de salud, pudiendo tener que ser atendido o ingresado en su centro de trabajo e incluso atendido por sus compañeros y conocidos. **Es un hecho que el médico asume siendo consciente de que puede verse seriamente afectada.**

Somos tanta gente allí en el... Y no digamos ya pues si estás en el hospital, y cualquiera a lo mejor no médico asoma por la puerta... Y aquello se... Por radio popular, por la COPE, pues va a toda la provincia en el curso de 3 minutos más menos 15 segundos. (30-003)

Yo no entro en el hospital con lo cotilla que es la gente. (30-001)

Es un riesgo que tienes que correr, es decir, es algo que tienes que asumir, tienes que asumir como posible y... Muy posible. Es decir, la confidencialidad en un hospital es... Difícil. (30-002)

Es fundamental **el respeto y la seriedad** ante un aspecto tan relevante de la práctica clínica.

Yo lo he llevado muy a raya el secreto profesional siempre. Y en casa pues muchas veces han venido a visitarse a veces médicos, a veces no médicos y nadie ha sabido nunca que han venido, ya no solo que enfermedad tiene, sino que... Yo procuro muy cuidadosamente que no se sepa que han estado... (30-003)

Genera un temor que le lleva en ocasiones a ser aún más reticente a acceder de manera habitual al circuito **y a verse "obligado" a hacer uso del sector privado.**

Sí, en la privada piensa que sí que se garantiza un poco más la confidencialidad. (30-002)

Generalmente ellos han querido siempre hacerlo en la privada porque... Si no se enteraba la gente de que se estaba operando. (30-002)

Impacto laboral de la enfermedad

La percepción del médico jubilado sobre trabajar estando enfermo **refleja la actitud que ha tenido en su vida profesional**. Pero reconoce que este "presentismo" puede suponer un riesgo para el paciente y para él mismo.

Cuando el médico está enfermo y tiene que atender, normalmente ocurre cuando son enfermedades que puede tratarlas así mismo perfectamente. (30-001)

El médico tiene muchas responsabilidades y lógicamente le abrumba más que en otras profesiones. (30-001)

El marcapasos, tuve una idea que ahora veo que está muy mal también. Quise ponérmelo aprovechando las vacaciones de Semana Santa, para no perder ni un día. (30-003)

El médico tampoco acepta tan fácilmente que le quites carga a él, ya que eso le convierte en un enfermo y así sufre más. (30-001)

Sin embargo, puede llegar un momento en que se cuestione la profesionalidad, su trabajo se vea seriamente limitado y la enfermedad empiece a dar lugar a esas consecuencias tan temidas por el médico: Cambios en sus rutinas, en sus labores, en sus responsabilidades o perdiendo su puesto en el peor de los casos.

Yo le ponía cosas que no producen ansiedad... Las colecistectomías que fueran breves, que normalmente que no se complicaran, que los enfermos estuvieran claramente diagnosticados, que no pudieran surgir incidencias... (30-001)

En referencia al ámbito público y al privado, si se pregunta por las diferencias que puede haber entre un médico que trabaja en uno u otro cuando éste enferma, no las considera relevantes, ya que para los procesos menores seguiría acudiendo a sus colegas y cuando es algo más serio a los grandes hospitales.

Yo creo que no, que no cambia. Lo que pasa que irá a sus médicos de... A sus amigos de... De la privada. Tienes confianza en los que conoces y los que conoces da la casualidad de que, si solo trabajas en la privada, conoces a los de la privada. (30-002)

La jubilación supone un alivio en el aspecto del estrés laboral porque ya no se es esclavo de un tiempo limitado, pudiendo dedicarse más a uno mismo y a llevar una vida más tranquila y saludable.

Yo soy dueño del horario, no es como el resto de vida profesional, que he ido de cabeza siempre y corriendo. (30-003)

Apoyo de jefes y compañeros: Del análisis del discurso se deduce que suele primar el apoyo entre compañeros ante la enfermedad del médico.

Apoyo moral, como se podría decir: "Colega, no te preocupes, tal, te ayudo con tus enfermos, te voy a quitar una carga..." (30-001)

La enfermedad tiene que estar ya por delante de todas las demás consideraciones y eso... Sí que el médico tiene que dejar a un lado todo

inmediatamente, si uno te dice otra cosa es que te diga el compañero: "No, mañana quedamos para que me veas", pero tú estate dispuesto a verlo ya, en cuanto él ha aparecido y ha contado algo, esa tiene que ser la actitud. (30-003)

El compañerismo también se encuentra muy presente **a la hora del trato al médico enfermo**, ya que en cualquier momento puede dirigirse a un colega en busca de su ayuda, siendo esto recíproco generalmente en todo el sistema de salud.

Y entonces el colega te cogía, te auscultaba, te trataba pues como lo que eres, un compañero y "Ven, vete a rayos, sácate una placa y así lo vemos y ya está" (30-002)

La obligación de atender a todos los compañeros y atenderlos bien. (30-003)

También juega un papel importante **la dirección y el jefe de médicos enfermos**, que tiene que ser capaz de comprender por lo que está pasando y facilitarle la situación en la medida de lo posible, así como favorecer la protección del trabajador por parte del servicio y del sistema.

Te encuentras en un momento en que ya pues ves que realmente tienes que reducirle trabajo, que hay que convencerlo de que puede seguir siendo útil porque no lo acepta con facilidad. (30-001)

Siempre se puede recolocar o lo que sea, y además yo siempre, siempre, siempre he encontrado el apoyo de la autoridad, de la administración, de subdirectores, del área quirúrgica... Siempre ha habido colaboración... Todas las administraciones que ha habido han sido muy generosas... (30-001)

Las direcciones al revés, yo he encontrado que son comprensivas, las diversas que hemos tenido, al menos en el Clínico... Con cualquiera de nosotros en ese sentido. (MJ III)

Cuando el médico deja su ejercicio activo, este apoyo ya no es sentido de la misma manera, principalmente porque el personal sanitario se va renovando con el paso del tiempo y no conocen su identidad, aunque en otras ocasiones en que sí que, con reconocidos, los médicos jubilados se sienten como un estorbo para estos nuevos colegas.

Hay gente que sí que te trata como a un colega y hay gente que no te trata como un colega, eso es así y eso es real como la vida misma. (30-002)

Qué querrá, otra vez por aquí o... Qué le pasará ahora, eh... La gente joven que no te conoce, no te ha conocido. (30-002)

En este contexto, y sobre todo desde **la percepción del médico jubilado, el reconocimiento del trabajo y de la carrera profesional por parte de los compañeros y también de los colegios de médicos, es apercibido como algo muy positivo y como un apoyo clave y especialmente gratificante.**

Es... Un orgullo que te vengán los recomendados porque no hay sitio donde te puedan valorar más y mejor que en el equipo donde trabajas, si ahí te están eligiendo médico, es que hay un buenísimo concepto tuyo. (30-003)

Me dieron un premio, que me lo dieron mis compañeros, es el único homenaje que me han dado, cuando me he jubilado, pero que no pasa nada eh. A propósito de lo del colegio, el colegio me dio un premio que es votado por los compañeros... Y que se acordaran de mí, pues eso me hizo mucha ilusión. (30-001)

Aprendizaje de la experiencia

En el continuo proceso de aprendizaje del médico, también ocupa un lugar importante la enfermedad. Pese a que es mayor la lista de contras que de pros, puede aportar al profesional un punto de vista diferente y ayudar a la comprensión en su totalidad, habiendo vivido lo que cuenta en primera persona y no habiéndolo leído solamente en los libros, y de esta manera darle una utilidad práctica a lo experimentado y ganar en experiencia. Todo ello se acompaña de un sentimiento positivo y constructivo.

Cuando he estado enfermo, he reflexionado casi siempre diciendo: “Qué bien me ha venido esta enfermedad”. Porque ahora cuando el enfermo se expresa, determinados síntomas que son muy difíciles de explicar, los he tenido, y entiendo perfectamente lo que quiere decir. (30-001)

De enfermo comprendes que uno tiene derecho, vamos derecho... Necesidad de su descanso y de su tiempo libre y de su tiempo de estudio y que mientras le estás llamando le estás restando eso. (30-003)

Por otra parte, **la ganancia en empatía** con el enfermo podría ser discutida, ya que es algo que debería tener todo médico independientemente de haber pasado por el mismo proceso o no, así como también se menciona un cambio de valores.

No acabo de creerme mucho eso de que dicen al médico: “Que se ponga enfermo y así sabe lo que es bueno y se vuelve más sensible”. Yo creo que no. Una medicina bien estudiada, vivida y practicada, te hace que vivas los problemas de los enfermos de verdad. (30-03)

Yo he estado en una situación que realmente no se puede explicar, yo tampoco se lo podría explicar, pero a partir de entonces yo entendía muy bien cuando un enfermo estaba ya normotiroideo. (30-001)

Conforme pasa el tiempo y se han ido sucediendo en el médico distintas enfermedades, tanto sus actuaciones adecuadas como las que han repercutido de manera adversa en el proceso, le llevan a **aprender de sus propios aciertos y errores para ocasiones futuras**.

Yo los tratamientos después de mis imprudencias los he seguido al pie de la letra siempre, no he fallado en medicaciones ni en indicaciones, ningún día... Nunca, aunque haya tenido la sensación a veces de decir: “No sé si... La tensión la llevo demasiado baja y si me tendrán que rebajar un poco...”, no. Yo he tomado lo que estaba allí indicado. (30-003)

Yo me juzgo ahora con... Y... Puedo sacar ahora esas conclusiones buenas y malas (30-003)

Impacto familiar

En cuanto a la familia del médico podríamos clasificarla en dos tipos: La que no interfiere, no cuestiona y se encuentra al margen de las decisiones con respecto al área médica.

La familia del médico es siempre muy cooperadora, te dejan muy tranquilo, no te atosigan, nunca salen descontentas con tu actuación, nunca. Lo entienden perfectamente. (30-001)

Y por otro lado la que actúa de igual manera de cómo actuaría cualquier otra familia y es participe en el tema de la salud.

- ¿Pero cree que comportarían así sus familiares si usted no fuera médico? O sea, ¿Tiene algo que ver el hecho de que sea médico con que la relación respecto a la enfermedad...? - No... No. Eso es la familia. Es la familia. (30-002)

Para mi mujer es una preocupación continua. (30-003)

Experiencia como médico de médico

Como consecuencia de que el médico no es un sujeto cualquiera, **su atención también es “especial” por parte del médico colega que le atiende**, y este debe ser capaz de tratarlo como paciente que es olvidándose de su profesión y/o amistad y evitar así dudas y errores.

Con los médicos he procurado también mentalizarme de que era un enfermo y ya está. Como si fuera un paciente cualquiera. (30-003)

Me acuerdo de que un compañero, el profesor X, me dijo: “Tú tienes que tratarlo como un anciano que es lo que es”, el profesor XX (Rie), y aquello me produjo un impacto, digo: “Tienes razón, porque si no empezaré a dudar, a patinar, a pedirle permiso a ver si le hago un análisis de hemoglobina o no se la hago...” (30-003)

Esta tarea no es fácil. En muchas ocasiones la información que da este tipo de paciente está limitada, no es del todo cierta o hay datos que omite debido a la negativa por parte del médico paciente a reconocer su enfermedad. Todo ello da lugar a una serie de obstáculos e inconveniencias en el proceso, además de crearse circuitos atípicos.

En general es muy mal enfermo, primero porque no cuenta todo, en general, no te lo cuenta todo. Otras veces se hace pasar por un tercero. (30-001)

Te presenta una radiografía que si eres un poco sagaz ya te estás dando cuenta que te la pone de una forma que no puedas ver ninguna etiqueta ni nada. (30-001)

Me llevo la sorpresa de que dice: "Bueno... Los radiólogos pueden hacer variando las sombras lo que quieran de las imágenes... Esto no sirve para mucho" (30-003)

Es un mal paciente que dificulta de manera significativa el trabajo del "médico de médico", que "conoce", que cuestiona, que comenta con otros compañeros y da lugar a una creciente desconfianza y a una posición de alerta que está muy lejos de favorecer la relación entre ambos.

Lo que no se puede hacer nunca es estar en una relación falsa con él, con el paciente, y el médico por eso es particularmente difícil, por otra parte, a veces se automedica, y generalmente no te lo dice. El médico es un enfermo muy complicado y hay que estar muy ojo avizor con él. (30-001)

Sí que ocurre a veces, pero esto hay que admitirlo, pues que, claro ese compañero ha entendido, lee, estudia, incluso comenta con otro más especializado que yo en la materia y... (30-003)

Además, esta situación es expresada como incómoda, ya que al "médico de médico" no le han enseñado a tratar con éste y que sea un colega no facilita el diagnóstico y menos la comunicación de noticias difíciles.

Viene, se sienta, en la mesa de la consulta normal, yo estoy sentado en la mesa, tengo el... El informe aquí y dice "Bueno, qué me dices", "Pues..." Claro yo no sabía cómo iba a reaccionar. Está

de pie, él. "Pues... Eh..." "¿Qué tengo?" "Pues hombre... Pues... Tienes..." "Pero... ¿No será un melanoma?" "Pues... Sí... Tienes un melanoma" "Bom" al suelo, se cayó al suelo, o sea tuvo una lipotimia, se cayó... Lo pusimos, lo sentamos, le dije "Oye... Que esto no es... Que hay grados de..." Y ya le explicas un poco. (30-002)

Yo he encontrado el ponerse nervioso por tratar a un médico, casualmente profesor suyo, y que para él fue un trauma momentáneamente. (30-003)

Sin embargo, algunos médicos pacientes, sí que son conscientes del conflicto que esta situación genera y siguen un comportamiento y una actuación ejemplar.

Eso sí que creo que deberíamos hacer los médicos y ya digo, yo lo hago, en cuanto voy al médico, me pongo en manos de él y le dejo completa libertad, no influenciándole para no entorpecerle el ya de por sí difícil proceso del diagnóstico y que sea él el que me vaya dirigiendo todas las pruebas que hay que hacer y los tratamientos que hay que llevar y los controles y el seguimiento, ahí le dejo completamente carta blanca. (30-003)

Cuando elijo al médico, estoy absolutamente tranquilo y confiado en la solución que me dé. (30-003)

La experiencia como jefe de médicos enfermos lleva a concluir que, en determinados momentos, **cuando la enfermedad cobra una importancia significativa, ha de ser capaz de imponerse, de reducir la carga laboral del médico paciente** y de canalizar las soluciones que considere pertinentes, además de brindarle su apoyo.

Estaba en esa situación, que le ponía cosas muy sencillas, porque es muy buen cirujano. (30-001)

El que te ha venido, te ha venido a consultar como médico... Ya la jefatura la dejas colgada en el sillón o en la percha. (30-003)

La atención al médico jubilado es aún más peculiar si cabe, ya que además de ser médico, su ejercicio era casi totalmente diferente a la asistencia que se presta en la actualidad. De manera que el "médico de médico" jubilado se tiene que enfrentar a la dificultad añadida de que sus percepciones sobre el conjunto global de la enfermedad van a ser muy distintas.

Dicen: "Los médicos ahora no son como antes", "¿Cómo no son como antes?", "Pero es que son peores...", "Digo no, son mejores para el momento que hay, porque saben más", "¿Cómo van a saber más?" (30-001)

No creas que no vamos a encontrar médicos como los que nos han atendido hasta ahora, yo miro porque yo soy médico. (30-001)

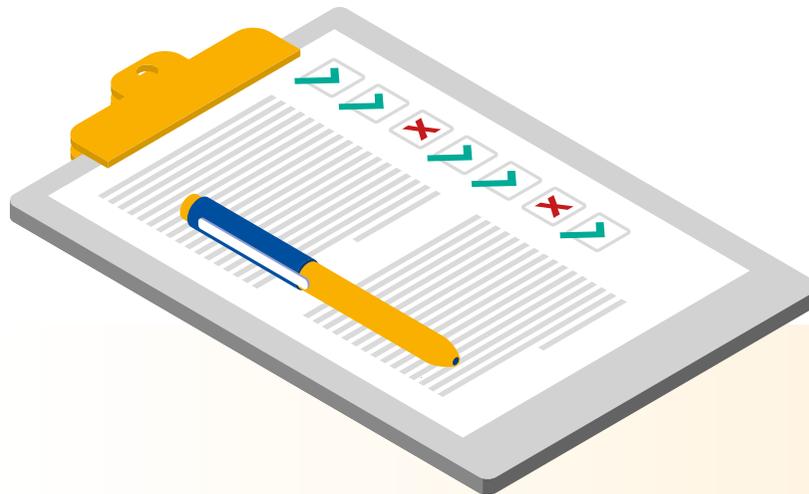
Los colegios de médicos y la Organización Médica Colegial

El papel del Colegio de Médicos en la jubilación es sentido por los entrevistados como un pilar que cada vez cobra más relevancia y como un punto a desarrollar en el tema que nos ocupa, ya que hasta la fecha es bastante desconocida su labor en este ámbito por los usuarios, aunque sí que existe la impresión de que se está empezando a trabajar en ello.

No sé muy bien lo que hacen los colegios porque no he estado muy vinculado a ellos, pero sí hacen cosas por los médicos. Cuando son mayores y cuando están enfermos sí que hacen cosas. (30-001)

Ah si eso ya se hace bastante, toda esta labor del PAIME... De asistencia al médico enfermo, yo creo que ahora se está cuidando mucho y se está propagando mucho, mucha gente no sabe que existe, pero... Yo creo que se está haciendo... (30-003)

Yo pienso que estaría bien unas recomendaciones en relación con el propio autocuidado del médico, como se ha hecho en otros países, no lo sé. Yo creo que el caldo se está haciendo en esto, eh, yo no lo sé. (30-002)





Resultados de los grupos focales

A continuación, se presentan los resultados más relevantes del análisis cualitativo de los grupos focales:

Grupo focal de profesionales de servicios de prevención de riesgos laborales

La mayoría de los médicos no acuden a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) 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.

Los participantes hacen referencia a varios aspectos relevantes del médico como paciente y su relación con los SPRL:

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 que en otras categorías profesionales sanitarias:

“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 1015%, 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 los 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 los 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 SPRL 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 deSPRL 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.

Grupo focal de tutores y jefes de estudio de formación médica especializada

Para los tutores y jefes de estudios, sus principales funciones son en el proceso de enfermar de los MIR 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 laboral
- 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.

Impacto del tipo de patología

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)

Importancia del tamaño del centro: 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)

Autotratamiento: En el grupo focal con tutores de residentes aparece como motivo de preocupación el consumo de benzodiazepinas entre los MIR, que se automeclican 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)

Sobrecarga de trabajo: la cuestión de la sobrecarga de trabajo a los colegas si se coge la baja médica 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 los 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)

Presentismo: 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)

Actitud de los colegas: 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.

Conflicto de rol del tutor: 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.

Adaptación del puesto de trabajo de un MIR por problemas de salud: La percepción de estos sobre las posibilidades de adaptación cuando un MIR se reincorpora de un proceso de enfermedad es algo distinta a la de los residentes, considerando los tutores que lo habitual es dar facilidades a quienes padecen alguna enfermedad y adaptar en lo posible la actividad laboral y formativa. Son conscientes de que existe variabilidad entre centros y profesionales, 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)

Los tutores y jefes de estudios nombraron el **papel de los SPRL 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)

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 los 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)

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 [...] Si 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)

Contacto con el PAIME: 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.

Valoración de la salud del MIR previa a la elección de plaza y discapacidad:

La mejora de la atención a la discapacidad permite acceder a estudios universitarios a muchas personas con minusvalía. Esto también ocurre en el campo de la medicina. Algunas de estas minusvalías pueden afectar al desempeño de una especialidad concreta. En el GF2, también se aborda la cuestión sobre la elección de especialidad y discapacidad, 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 dis-

capacidad 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.

Los tutores también comentan que, en las evaluaciones realizadas a los residentes (con o sin discapacidad), no se valoran bien las capacidades y aprendizajes adquiridos y que esto puede generar situaciones injustas, ya que tanto quienes se esfuerzan mucho como quienes no, acaban obteniendo calificaciones muy similares.

Grupo focal de profesionales representantes de colegios profesionales de médicos

Los profesionales de colegios de médicos reconocen que el **médico es un enfermo atípico** por el hecho de tener conocimientos científicos y tomar decisiones clínicas sobre ellos mismos. Es decir, **autodiagnosticarse, autoprescribirse y autotratarse**. Esa capacidad marca la diferencia con el resto de la población general. Sin embargo, en cuanto al proceso emocional de enfermar, opinan que los médicos experimentan los mismos sentimientos: miedo, vulnerabilidad, incertidumbre...

"La capacidad de diagnosticar es lo que te diferencia de los demás pero la manera de reaccionar es igualito que la población general." (GF-3)

Además, a los médicos **les cuesta reconocer** ante otros compañeros que están enfermos.

"Que por una parte les cuesta abandonar la bata, el traje de médico..." (GF-3)

Cuando acuden a pedir ayuda suelen tener sentimientos de **fracaso o vergüenza**. Sienten que sus compañeros les están juzgando.

"Cuando yo voy a consultar a otros especialistas, también tengo la sensación eh...de que me están juzgando..." (GF-3)

Aunque por parte de los médicos que les atienden no existe esa percepción.

"Los médicos enfermos que sí te consultan sus dudas, su inseguridad, su incertidumbre sobre lo que les puede estar pasando... Como que te van a demostrar que son malos médicos." (GF-3)

En general, tienden a minimizar el impacto de los síntomas. Y no son conscientes de que han **perdido la objetividad** en cuanto a su proceso de enfermar.

"Cuando se trata de nosotros, nuestro saber...profesional, pues hace aguas por todos los lados, porque salen nuestras emociones, y ahí nos perdemos." (GF-3)

No obstante, este proceso cambia ante una situación aguda donde el médico enfermo no suele interferir y un proceso crónico donde interviene como médico más activamente. Además, depende mucho de **la especialidad**. Los profesionales con especialidades médicas tienden a intervenir más en su proceso de enfermar que los profesionales con especialidades quirúrgicas o de diagnóstico que no están tan familiarizados con el uso de tratamientos farmacológicos.

"Si pregunto una tontería...me van a mirar y van a decir "Jo, vaya...los psiquiatras no tienen idea nunca de nada" (GF-3)

Se pretende resolver el problema de la forma más rápida posible y les cuesta aceptar el procedimiento habitual.

“Entonces no nos damos cuenta, ni médicos en activo ni jubilados, que cuando vamos a consulta queremos que nos atiendan ya. Y luego eso de pedir hora es para otra gente no es para mí.” (GF-3)

Aprendizaje del proceso de enfermar: El proceso de enfermar ayuda a los médicos enfermos a **tomar conciencia de la fragilidad y vulnerabilidad.**

“Ahora, esto es un consejo que yo por lo menos cuando he tenido algún problema de salud, eh, lo que si me ha ayudado ha sido a darme cuenta pues de mi vulnerabilidad, ¿no? de mi fragilidad, ¿no?” (GF-3)

Los profesionales que han enfermado expresan con unanimidad que la enfermedad les ha ayudado a **entender mejor a los pacientes**, a ser más empáticos.

“Hay otra cosa que por lo menos a mí me sirvió, de entrar como cirujano para comprender el estrés de quirófano. Me sirvió pasar como paciente por intervenciones banales. Te hace comprender lo que pasa el paciente, te hace sentir... como se siente el paciente. Para empatizar en esa situación y ponerse en su lugar.” (GF-3)

Impacto laboral: Consideran que los **problemas mentales tienen un mayor impacto laboral que los físicos**, siendo estos últimos en general, más sencillos de abordar. En ocasiones los problemas mentales surgen ya en el periodo de la formación como especialista, pero no se realiza una evaluación adecuada.

“Personas enfermas que son médicos, que han hecho su residencia...con un problema muchas veces psiquiátrico...eh...o que...gente especial...o mira que tío más raro...y nadie se ha

responsabilizado de frenar ese ascenso a nivel profesional y derivarle hacia algún lado y al final te encuentras, cuando ya ha acabado su residencia, cuatro años después, surge un problema...y dices tú...pero bueno...quien ha permitido que este muchacho haya llegado hasta donde está.” (GF-3)

La **confidencialidad** es muy importante para los médicos, especialmente para los residentes y particularmente en relación con enfermedades infecciosas o mentales. Los iguales (otros residentes) les comprenden y por ello recurren a ellos para tratarse.

“Los residentes acuden a sus iguales residentes, igual que nosotros médicos en activo acudimos al que está más preparado.” (GF-3)

Los **médicos de médicos** tienen la intención de tratar al médico como a otro enfermo. Sin embargo, **reconocen dar un trato deferente** al médico paciente y para ello **adaptarse** a lo que necesiten.

“Yo creo que como médicos que tratamos pacientes, tratar a un médico enfermo, eh, debe de hacerse de la misma manera que hacemos con los pacientes, es decir, no vale consulta de pasillo, no vale diagnosticarte sin explorarte, eh, no vale pedir un escáner porque me parece que tienes...Tienen que estar citados en la consulta, los tienes que ver, tienes que hacer una buena historia clínica, como con cualquier otro paciente. Em... y no hacer las cosas con carácter preferente sino deferente. O sea, eso me parece que es una idea que tenemos que transmitir, ¿no? No somos los primeros para nada, debemos tener la deferencia con nuestros compañeros de adaptarnos a lo que necesiten.” (GF-3)

“Y yo les he intentado colar por la puerta de atrás, adelantar citas, o hablar con la administrativa para que me dé un toque y me avise cuando haya llegado... yo siempre he tenido en cuenta esta deferencia.” (GF-3)

Reconocen que **los médicos de médicos son elegidos por los médicos enfermos.**

“Los médicos en activo tenemos conocimiento de quienes son los mejores y a quienes acudiríamos.” (GF-3)

“Siempre que he notado algo, he ido a aquel especialista que he conocido más, y vas a aquel que te ofrece mayor confianza y mayor amistad o lo que sea, siempre en ese sentido.” (GF-3)

Cuando la relación entre el médico enfermo y el médico que trata se clarifica, todo el proceso fluye mejor.

“Yo no tengo ningún problema y realmente ha habido compañeros que te han descargado su mochila, dice “bueno, estoy contigo”, incluso a veces perdemos más esa autonomía porque van confiando en... En lo que tú vas a actuar y entonces dejamos, dejamos de... o sea, actuamos realmente como tenemos que actuar como médicos.” (GF-3)

Son todos conscientes de que todo **médico debe tener un médico de familia de referencia** con el que compartir sus problemas de salud y orientarlos en el mejor momento posible para el médico y el médico-paciente.

“Yo estuve autotratándome y dilatando un proceso hasta que fui a mi médico de cabecera. Cuando empecé a ir a ella y empezó ella a dirigir todo, toda mi carga de angustia y ansiedad desapareció, la preocupación de poder tener esto, lo otro...pero es que desapareció la angustia la

de todos los días “uy será esto...” Ir a mi médico de cabecera, ponerme en sus manos...y las cosas empezaron a rodar mucho mejor.” (GF-3)

“Si ese médico de primaria que tiene esa confianza...tengo el honor de ser médico de otros médicos y que te están dando su confianza y demás, eso supone también un cauce importante y claro, utilizando también las herramientas: Oye, llámame antes, busquemos el espacio para tratar con deferencia, que eso es lo que tenemos que hacer...” (GF-3)

Por otro lado, se hace referencia al **deber ético de comunicar a un compañero**, y saber hacerlo bien, que no lo vemos bien y **que debe solicitar ayuda**. En caso de no hacerlo, poder recurrir a la comisión deontológica de los colegios de médicos y al PAIME.

“Si tú sabes o ves que un compañero tuyo, no puede ejercer adecuadamente su profesión tienes la obligación, con la debida discreción, de comunicarlo al PAIME. Porque la atención al paciente siempre es prioritaria” (GF-3)

En cuanto a la jubilación, todos consideran importante haberse preparado previamente. Reconocen que la identidad del médico es muy dependiente de su profesión, lo que acarrea dificultades a la hora de jubilarse. Por ello, las asociaciones de médicos deberían acompañar y facilitar este proceso. Algunos colegios profesionales han creado agrupaciones de médicos jubilados para que se puedan apoyar entre ellos.

“Creo que sí influye eso, que hayamos sido capaces de preparar nuestra jubilación, que tengamos otros intereses aparte solamente de la vida en el hospital o en el centro de salud, que todo... que nuestra identidad como personas no dependa solamente de ser un médico en activo,

que eso también tiene mucho que ver con luego como vayamos a vivir la jubilación y cómo nos podamos acercar a los compañeros.” (GF-3)

Cuando los jubilados enferman, tienden a seguir el mismo procedimiento que cuando estaban trabajando. Sin embargo, se dan cuenta que las **organizaciones sanitarias han cambiado** y ya nadie los conoce. Esa situación les genera **desamparo** y tristeza.

“Te llega esa sensación de sentimiento de tristeza de cuando van al hospital que han vivido como su casa y ya no es su casa.” (GF-3)

“Yo quería aportar desde mi experiencia que describir el proceso de enfermar propio es distinto ejerciendo que de jubilado. El que trabaja en el hospital y enferma pues tiene allí mismo la solución tienes el oculista, tienes...todo y vas a donde quiera. Pero te ves de jubilado y no es lo mismo. Tienes la sensación de que molestas.” (GF-3)

Por su parte los médicos reconocen que es importante **tratar con respeto y deferencia** a los médicos jubilados. Si este trato se generaliza no les dará vergüenza acudir a ellos cuando estén enfermos y jubilados.

“No es corporativismo, esto es sencillamente respeto. Respeto por nuestros mayores, por nuestros maestros. Yo creo que esto habría que incorporarlo ahí los esquemas mentales de todos los médicos. Entonces buscaremos el espacio fuera de la consulta, buscaremos el hueco... buscaremos. Que lo tenemos que vivir como un auténtico honor. Y si todo el mundo pensara así cuando yo sea el médico cuidado no me dará vergüenza ni, no me dará apuro ir a consultar.” (GF-3)

Por otro lado, los médicos jubilados **no recuerdan la presión asistencial** que los profesionales tienen y apare-

cen en consulta o en planta para ser valorados sin haber concertado una cita. Estas situaciones resultan abrumadoras para los compañeros y los jubilados no se dan cuenta.

“Lo que sí me he encontrado situaciones en las que aparecen y por el hecho de que aparecen las tienes que atender... yo lo que intento es que me llamen por teléfono y así te veo por la tarde o lo que sea... muchas veces no se dan cuenta de que pueden molestar... molestar porque tú estás pasando consulta, la mañana la tienes ocupada... tiene un paciente cada tanto tiempo... no tengo tiempo en la mañana y prefiero decirles vente a primera hora de la mañana y yo me acerco a las siete y media y los veo... pero parece que el hecho de ser médico parece como que tienes que dejar las cosas y atenderles... y eso no puedes.” (GF-3)

Por ello buscan **soluciones alternativas** como hacerse un seguro privado para evitar las largas esperas del sistema público de salud. Por otro lado, hay hospitales que han creado una identificación para que el médico jubilado pueda ser atendido con diligencia como cuando estaba en activo. Todos están de acuerdo que los colegios profesionales deben prestar más atención a los médicos jubilados en sus necesidades y particularmente cuando están enfermos.

Grupo focal de profesionales representantes de colegios de médicos

Los profesionales de colegios de médicos reconocen que **el médico es un enfermo atípico** por el hecho de tener conocimientos científicos y tomar decisiones clínicas sobre ellos mismos. Es decir, **autodiagnosticarse, autoprescribirse y autotratarse**. Esa capacidad marca la diferencia con el resto de la población general. Sin embargo, en cuanto al proceso emocional de enfermar, opinan que los médicos experimentan los mismos sentimientos: miedo, vulnerabilidad, incertidumbre...

"La capacidad de diagnosticar es lo que te diferencia de los demás pero la manera de reaccionar es igualito que la población general." (GF-3)

Además, a los médicos **les cuesta reconocer** ante otros compañeros que están enfermos.

"Que por una parte les cuesta abandonar la bata, el traje de médico..." (GF-3)

Cuando acuden a pedir ayuda suelen tener sentimiento de fracaso o vergüenza. Sienten que sus compañeros les están juzgando.

"Cuando yo voy a consultar a otros especialistas, también tengo la sensación eh...de que me están juzgando..." (GF-3)

Aunque por parte de los médicos que les atienden no existe esa percepción.

"Los médicos enfermos que sí te consultan sus dudas, su inseguridad, su incertidumbre sobre lo que les puede estar pasando... Como que te van a demostrar que son malos médicos." (GF-3)

En general, tienden a minimizar el impacto de los síntomas. Y no son conscientes de que han perdido la objetividad en cuanto a su proceso de enfermar.

"Cuando se trata de nosotros, nuestro saber... profesional, pues hace aguas por todos los lados, porque salen nuestras emociones, y ahí nos perdemos." (GF-3)

No obstante, este proceso cambia ante una situación aguda donde el médico enfermo no suele interferir y un proceso crónico donde interviene como médico más activamente. Además, depende mucho de la especialidad. Los profesionales con especialidades médicas tienden a intervenir más en su proceso de enfermar que los profesionales con especialidades quirúrgicas o de diagnóstico que no están tan familiarizados con el uso de tratamientos farmacológicos.

"Si pregunto una tontería...me van a mirar y van a decir "Jo, vaya...los psiquiatras no tienen idea nunca de nada" (GF-3)

Se pretende resolver el problema de la forma más rápida posible y les cuesta aceptar el procedimiento habitual.

"Entonces no nos damos cuenta, ni médicos en activo ni jubilados, que cuando vamos a consulta queremos que nos atiendan ya. Y luego eso de pedir hora es para otra gente no es para mí. (GF-3)

Aprendizaje del proceso de enfermar: El proceso de enfermar ayuda a los médicos enfermos a tomar conciencia de la fragilidad y vulnerabilidad.

"Ahora, esto es un consejo que yo por lo menos cuando he tenido algún problema de salud, eh, lo que si me ha ayudado ha sido a darme cuenta pues de mi vulnerabilidad, ¿no? de mi fragilidad, ¿no?" (GF-3)

Los profesionales que han enfermado expresan con unanimidad que la enfermedad les ha ayudado a entender mejor a los pacientes, a ser más empáticos.

"Hay otra cosa que por lo menos a mí me sirvió, de entrar como cirujano para comprender el estrés de quirófano. Me sirvió pasar como paciente por intervenciones banales. Te hace comprender lo que pasa el paciente, te hace sentir... como se siente el paciente. Para empatizar en esa situación y ponerse en su lugar." (GF-3)

Impacto laboral: Consideran que **los problemas mentales tienen un mayor impacto laboral que los físicos**, siendo estos últimos en general, más sencillos de abordar. En ocasiones los problemas mentales surgen ya en el periodo de la formación como especialista, pero no se realiza una evaluación adecuada.

"Personas enfermas que son médicos, que han hecho su residencia...con un problema muchas veces psiquiátrico...eh...o que...gente especial...o mira que tío más raro...y nadie se ha responsabilizado de frenar ese ascenso a nivel profesional y derivarle hacia algún lado y al final te encuentras, cuando ya ha acabado su residencia, cuatro años después, surge un problema...y dices tú...pero bueno...quien ha permitido que este muchacho haya llegado hasta donde está." (GF-3)

La **confidencialidad** es muy importante para los médicos, especialmente para los residentes y particularmente en relación con enfermedades infecciosas o mentales. Los iguales (otros residentes) les comprenden y por ello recurren a ellos para tratarse.

"Los residentes acuden a sus iguales residentes, igual que nosotros médicos en activo acudimos al que está más preparado." (GF-3)

Los **médicos de médicos** tienen la intención de tratar al médico como a otro enfermo. Sin embargo, **reconocen dar un trato deferente** al médico paciente y para ello **adaptarse** a lo que necesiten.

"Yo creo que como médicos que tratamos pacientes, tratar a un médico enfermo, eh, debe de hacerse de la misma manera que hacemos con los pacientes, es decir, no vale consulta de pasillo, no vale diagnosticarte sin explorarte, eh, no vale pedir un escáner porque me parece que tienes... Tienen que estar citados en la consulta, los tienes que ver, tienes que hacer una buena historia clínica, como con cualquier otro paciente. Em... y no hacer las cosas con carácter preferente sino deferente. O sea, eso me parece que es una idea que tenemos que transmitir, ¿no? No somos los primeros para nada, debemos tener la deferencia con nuestros compañeros de adaptarnos a lo que necesiten." (GF-3)

"Y yo les he intentado colar por la puerta de atrás, adelantar citas, o hablar con la administrativa para que me dé un toque y me avise cuando haya llegado... yo siempre he tenido en cuenta esta deferencia." (GF-3)

Reconocen que **los médicos de médicos son elegidos por los médicos enfermos**.

"Los médicos en activo tenemos conocimiento de quienes son los mejores y a quienes acudiríamos." (GF-3)

"Siempre que he notado algo, he ido a aquel especialista que he conocido más, y vas a aquel que te ofrece mayor confianza y mayor amistad o lo que sea, siempre en ese sentido." (GF-3)

Cuando la relación entre el médico enfermo y el médico que trata se clarifica, todo el proceso fluye mejor.

"Yo no tengo ningún problema y realmente ha habido compañeros que te han descargado su mochila, dice "bueno, estoy contigo", incluso a veces perdemos más esa autonomía porque van confiando en... En lo que tú vas a actuar y entonces dejamos, dejamos de... o sea, actuamos realmente como tenemos que actuar como médicos." (GF-3)

Son todos conscientes de que **todo médico debe tener un médico de familia de referencia** con el que compartir sus problemas de salud y orientarlos en el mejor momento posible para el médico y el médico-paciente.

"Yo estuve autotratándome y dilatando un proceso hasta que fui a mi médico de cabecera. Cuando empecé a ir a ella y empezó ella a dirigir todo, toda mi carga de angustia y ansiedad desapareció, la preocupación de poder tener esto, lo otro...pero es que desapareció la angustia la de todos los días "uy será esto..." Ir a mi médico de cabecera, ponerme en sus manos...y las cosas empezaron a rodar mucho mejor." (GF-3)

"Si ese médico de primaria que tiene esa confianza...tengo el honor de ser médico de otros médicos y que te están dando su confianza y demás, eso supone también un cauce importante y claro, utilizando también las herramientas: Oye, llámame antes, busquemos el espacio para tratar con deferencia, que eso es lo que tenemos que hacer..." (GF-3)

Por otro lado, se hace referencia al **deber ético de comunicar a un compañero**, y saber hacerlo bien, que no lo vemos bien y que **debe solicitar ayuda**. En caso de no hacerlo, poder recurrir a la comisión deontológica de los colegios de médicos y al PAIME.

"Si tú sabes o ves que un compañero tuyo, no puede ejercer adecuadamente su profesión tienes la obligación, con la debida discreción, de comunicarlo al PAIME. Porque la atención al paciente siempre es prioritaria" (GF-3)

En cuanto a la **jubilación**, todos consideran importante haberse preparado previamente. Reconocen que la identidad del médico es muy dependiente de su profesión, lo que acarrea dificultades a la hora de jubilarse. Por ello, las asociaciones de médicos deberían acompañar y facilitar este proceso. Algunos colegios profesionales han creado agrupaciones de médicos jubilados para que se puedan apoyar entre ellos.

"Creo que sí influye eso, que hayamos sido capaces de preparar nuestra jubilación, que tengamos otros intereses aparte solamente de la vida en el hospital o en el centro de salud, que todo... que nuestra identidad como personas no dependa solamente de ser un médico en activo, que eso también tiene mucho que ver con luego como vayamos a vivir la jubilación y cómo nos podamos acercar a los compañeros." (GF-3)

Cuando los jubilados enferman, tienden a seguir el mismo procedimiento que cuando estaban trabajando. Sin embargo, se dan cuenta que **las organizaciones sanitarias han cambiado** y ya nadie los conoce. Esa situación les genera **desamparo** y tristeza.

"Te llega esa sensación de sentimiento de tristeza de cuando van al hospital que han vivido como su casa y ya no es su casa." (GF-3)

"Yo quería aportar desde mi experiencia que describir el proceso de enfermar propio es distinto ejerciendo que de jubilado. El que trabaja en el hospital y enferma pues tiene allí mismo la solución tienes el oculista, tienes... todo y vas a donde

quiera. Pero te ves de jubilado y no es lo mismo. Tienes la sensación de que molesta.” (GF-3)

Por su parte los médicos reconocen que es importante **tratar con respeto y deferencia** a los médicos jubilados. Si este trato se generaliza no les dará vergüenza acudir a ellos cuando estén enfermos y jubilados.

“No es corporativismo, esto es sencillamente respeto. Respeto por nuestros mayores, por nuestros maestros. Yo creo que esto habría que incorporarlo ahí los esquemas mentales de todos los médicos. Entonces buscaremos el espacio fuera de la consulta, buscaremos el hueco... buscaremos. Que lo tenemos que vivir como un auténtico honor. Y si todo el mundo pensara así cuando yo sea el médico cuidado no me dará vergüenza ni, no me dará apuro ir a consultar.” (GF-3)

Por otro lado, los médicos jubilados **no recuerdan la presión asistencial** que los profesionales tienen y aparecen en consulta o en planta para ser valorados sin haber concertado una cita. Estas situaciones resultan abrumadoras para los compañeros y los jubilados no se dan cuenta.

“Lo que si me he encontrado situaciones en las que aparecen y por el hecho de que aparecen les tienes que atender... yo lo que intento es que me llamen por teléfono y así te veo por la tarde o lo que sea... muchas veces no se dan cuenta de que pueden molestar... molestar porque tú estás pasando consulta, la mañana la tienes ocupada... tiene un paciente cada tanto tiempo... no tengo tiempo en la mañana y prefiero decirles vente a primera hora de la mañana y yo me acerco a las siete y media y los veo... pero parece que el hecho de ser médico parece como que tienes que dejar las cosas y atenderles... y eso no puedes.” (GF-3)

Por ello buscan **soluciones alternativas** como hacerse un seguro privado para evitar las largas esperas del sistema público de salud. Por otro lado, hay hospitales que han creado una identificación para que el médico jubilado pueda ser atendido con diligencia como cuando estaba en activo. Todos están de acuerdo que los colegios profesionales deben prestar más atención a los médicos jubilados en sus necesidades y particularmente cuando están enfermos.

Grupo focal de médicos que atienden a médicos enfermos (Médicos de Médicos, MdM)

Todos los participantes comparten que los médicos, en general, realizan un **automanejo de su proceso de enfermar** en procesos leves o banales. Este automanejo lleva a auto-prescribirse y al presentismo, al obviar que el proceso banal pueda tener impacto en su trabajo.

Cuando el problema de salud impresiona de más gravedad, los médicos manifiestan dos comportamientos opuestos, ambos relacionados con sus conocimientos, pero que dependen de las características de su personalidad: Por un lado, aquellos que toman una **actitud proactiva** en su proceso diagnóstico y demandan una atención rápida de su proceso (incluso ante síntomas a priori no preocupantes para la población general). Saltándose los primeros pasos del mismo: la labor de triaje y primeras exploraciones, analíticas, etc. que corresponderían al profesional de atención primaria. Por otro, aquellos que toman una **actitud pasiva**, incluso negadora y no afrontan su problema de salud (aunque los síntomas sean preocupantes para alguien formado) hasta que se hace evidente y se complica. (Son los llamados “Médicos avestruz”).

La etapa del diagnóstico suele ser rápida y, en muchas ocasiones autodirigida. Los médicos buscan a compañeros especialistas en el ámbito de su problema de salud

y les sugieren realizar pruebas rápidas para llegar a un **diagnóstico lo más ágil posible**.

Sin embargo, en muchas ocasiones, la gestión de los riesgos en relación con su salud no es objetiva.

“Algunos no tienen médico general directamente, otros sí, pero incluso pienso que más por tema de bajas, o sea por ejemplo si tienes una baja laboral, eh...y en general sí que tenemos un poco de tendencia (...) a recurrir directamente a especialistas, precisamente por esas vías de conocidos. Sobre todo cuando ya el diagnóstico está hecho. Pero vamos también a veces antes de hacer el diagnóstico. O sea, yo creo que recurrimos menos a nuestro médico de familia, que otros segmentos de población.” (GF-4)

En función de las especialidades también se pueden identificar diferencias. Los médicos más especializados buscan ayuda antes, y se automedican menos. En principio, reconocen que tienen unos conocimientos muy específicos y esto no les permite abordar problemas de salud que no están en su ámbito de competencias y desconocer los fármacos para autotratarse. Así las cosas, acuden a un compañero especializado en su problema lo antes posible. Hay quien opina que son estos los profesionales que más se angustian ante su proceso, puesto que tienen suficientes conocimientos para comprender que algo malo pasa, pero no los suficientes como para vivir el proceso desde un punto de vista experto.

“...Han oído campanas, pero no es lo que ellos ven siempre. Entonces aún tienen más miedo que un médico de familia, un internista, que vemos todo y entonces más o menos...” (GF-4)

Por otro lado, los **médicos que trabajan en hospitales** tienen circuitos rápidos de asistencia. Buscan contac-

tos en diferentes servicios y son capaces de autogestionar una parte importante del proceso diagnóstico.

Sin embargo, los médicos que no trabajan en hospitales, como los **médicos de familia** inician el proceso diagnóstico de una forma más progresiva. Se automedican más y acceden a la atención especializada cuando ya no son capaces de automanejar el problema o bien precisan de pruebas complementarias que no pueden solicitarse.

La situación del proceso diagnóstico es diferente cuando eres **MIR o médico especialista en activo o jubilado**. Los MIR y los médicos especialistas en activo tienen acceso a los recursos hospitalarios. En el hospital todo el proceso diagnóstico se hace más rápido gracias a los contactos y relaciones previas entre distintos profesionales. Entre los médicos jubilados por su parte podemos diferenciar aquellos recién jubilados de los que llevan más años jubilados. Así los recién jubilados se asimilan a los médicos especialistas en activo ya que mantienen contactos en el hospital, mientras que los de más años de jubilación se encuentran perdidos. Aquellos que se han vinculado a un médico de familia, descubren que éste les va a resolver sus problemas de salud con las pruebas y los tratamientos que correspondan de la manera más ágil posible. Sin embargo, muchos médicos jubilados reconocen no conocer a su médico de familia, ya que no han recurrido a él durante su etapa de médico en activo en hospitales.

“Cuando te jubilas estás acostumbrado a no acudir al médico de cabecera y no, si no ir al especialista y saltarte unos pasos y cuando te jubilas haces lo mismo pero la diferencia es que ya no conoces a mucha gente...suelen buscar un contacto para hacer lo que hacían antes.” (GF-4)

Otro tema relevante en cuanto a los médicos jubilados es la **capacidad de prescripción**. En general es bien aceptado que los jubilados recientes mantengan la capacidad de hacer recetas.

“ A mí me parece bien. No pierdes tus capacidades, otra cosa es 20 años después (de jubilarte) porque igual ya no te acuerdas mucho.” (GF-4)

Hay quien propone un plazo de 10 años tras la jubilación, para poder mantener la capacidad de prescripción, y apelan al juicio y sentido común, estableciendo un símil con la capacidad para conducir:

“ Si no te actualizas igual la vas a cagar...ahora cambian mucho los estudios...” (GF-4)

El **seguimiento del proceso de enfermar** de los médicos es menos reglado en general, con más dificultades de cumplimiento. Pasado el diagnóstico inicial o la intervención aguda, el médico enfermo vuelve a tomar las riendas de su proceso estableciendo la frecuencia de sus revisiones supeditada a su propia agenda, y proponiendo él mismo en ocasiones los cambios terapéuticos que considera más oportunos, siendo labor del médico de médicos mostrarse más flexible y permisivo que con los demás enfermos. Por lo general, es el médico enfermo quien decide cuándo volver a revisión, cuándo para un tratamiento, o cuándo coger el alta médica.

“Yo me adapto, me adapto al seguimiento que pide el, el médico enfermo... Yo creo que en general somos poco cumplidores, no seguimos lo que nos marca, hacemos lo que queremos.” (GF-4)

Los **médicos de médicos son seleccionados por los propios médicos enfermos**. En general, son profesionales especialistas hospitalarios de la especialidad relacionada con su problema de salud y que el médico enfermo selecciona por amistad o por su **accesibilidad y amabilidad** en el trato. A la hora de recurrir a un compañero prima el poseer conocimientos no solo técnicos, sino también **recursos sociales y buen estatus** relacional con otros profesionales, lo cual les permite ser ágiles y resolutivos. El objetivo es convertirse en un facilitador del proceso diagnóstico.

Los médicos de médicos reconocen que su mejor cualidad es la de **ser flexibles** a las peticiones de sus compañeros enfermos. Por ejemplo, aceptando solicitar las pruebas diagnósticas que les plantean, facilitando una rápida realización y gestionando con premura otras intervenciones necesarias.

En principio, **no consideran necesaria la formación específica** en el manejo del médico enfermo. Sin embargo, consideran imprescindible tener experiencia clínica y una actitud de acogida empática y adaptabilidad.

Sin embargo, una vez realizado el diagnóstico e instaurado el tratamiento inicial, bien cirugía, fármacos, etc. **el seguimiento se hace más complejo**. El médico de médicos **se adapta a las propuestas de seguimiento del compañero enfermo**. En general, está dispuesto a aceptar cambios en las estrategias de tratamiento que el médico enfermo les sugiera, de tal forma, que consigan una mejor adherencia al mismo. Sin embargo, reconocen que les gustaría poder realizar un seguimiento más organizado y saber cuándo es necesario “ponerse firme” para que las cosas no vayan mal.

Los médicos de médicos están de acuerdo en que **el trato a compañeros debe ser deferente, pero no diferente**. Todos coinciden en que la mejor forma de tratar al ME es normalizar su asistencia respecto al resto de los pacientes. Un trato displicente hacia el ME puede hacer que las cosas vayan mal (Síndrome del recomendado). El exceso de empatía genera menor objetividad y una asistencia a veces menos protocolizada que da lugar a más errores diagnósticos y terapéuticos. Y señalan la necesidad de tratar al médico según nuestros conocimientos, no según nuestros sentimientos.

“Me angustia ¿eh? Tener un compañero enfermo... enfermo de verdad me refiero...emocionalmente no es lo mismo.” (GF-4)

“Ese trato preferencial al final acaba haciéndose las cosas mal...” (GF-4)

Otro sentimiento que experimentan los médicos de médicos es el de **sentirse “inseguro”**, juzgado y de alguna forma más presionado en parte por el hecho de haber sido elegidos por el compañero, y por los conocimientos más amplios que este puede tener respecto al resto de la población. Reconocen en ocasiones asegurarse más de las cosas, repasar, dudar más que con cualquier otro paciente que tenga la misma sintomatología.

“A mí me hace algunas veces estudiar más de la cuenta...o por lo menos pensar en otras cosas de lo que hubiera pensado.” (GF-4)

“Con los médicos enfermos pedimos más pruebas complementarias.” (GF-4)

En cuanto a **la confidencialidad de la atención**, los médicos de médicos tienen claro que es un asunto muy relevante y que les preocupa. Procuran hacer todo lo que está en su mano para respetarla, extremando la discreción, poniendo **especial cuidado en la intimidad**. Por ejemplo, atender a sus compañeros fuera de horas de consulta o incluso sin apoyo de enfermería o programando la cirugía con poco tiempo para que el nombre del paciente no aparezca en los diferentes documentos del hospital, de tal forma que puedan garantizar al máximo la confidencialidad, particularmente en los hospitales pequeños. Sin embargo, reconocen la dificultad para conseguirlo, porque los compañeros se interesan y preguntan sin mala intención.

“Tentación de querer saber más de lo que necesitas...” (GF-4)

Esta dificultad está directamente relacionada con el **tamaño del centro hospitalario** (en un centro pequeño, todos se conocen), la **“relevancia pública” del médico**

que enferma, y sobre todo el **tipo de enfermedad**, existiendo algunas enfermedades peor vistas (fundamentalmente las relacionadas con la salud mental y con infecciosas) y otras mejor vistas (procesos oncológicos como el cáncer de mama) entre las que existe menos estigma y mayor apoyo y compromiso social.

Identificarse o no como médico cuando se acude como enfermo, genera bastante debate así como sentimientos muy variados. Por una parte, hay quienes se sienten agraviados si el médico no se identifica como tal:

“O sea, yo quiero que me digan que son médicos porque puedo usar otra terminología y puedo... tal, porque al final haces el ridículo muchas veces “mire esto póngaselo así” y luego “¡no es que soy médico! “Vale.” (GF-4)

Es cierto que identificarse como médico puede suponer una barrera en la relación terapéutica al ser percibido por parte del MdM **como una forma de buscar privilegio en el trato, o por sentirse más presionados**, teniendo que dar más explicaciones de las decisiones que se toman.

“Pues me parece que es como...pedir unas exigencias por adelantado, ¿eh? Entonces yo... cuando la gente se identifica lo siento...a veces no me gusta del todo, ¿no?” (GF-4)

“Depende de cómo dices: ¿oye, un segundico eh? Que soy médico. Si te viene así dices m... ¡malo! Entonces ya te pones un poco a la defensiva.” (GF-4)

Parecen ponerse de acuerdo en que **existen algunas tácticas para disminuir esa barrera, presentándose no inmediatamente al principio de la entrevista, sino cuando es momento de explicar los pasos a seguir o el tratamiento indicado**, para favorecer una comunicación más fluida, más de “tú a tú”.

“A mí me gusta presentarme, aunque a veces te da un punto de corte decir, porque no...parezca que vas ni prepotente ni pidiendo favores, sino que simplemente lo comunicas bueno por eso porque el trato sea más fluido y más normalizado...” (GF-4)

“Yo también me gusta identificarme, pero yo antes de identificarme hablo un poco, a ver cómo va la cosa ¿no?” (GF-4)

Los estudiantes de medicina, a pesar de que, afortunadamente, son un colectivo bastante sano salvo procesos agudos o traumáticos, no pasan desapercibidos en el trato de los MdM, que encuentran incluso más diferente la asistencia que se les ofrece a estos que a los MIR. Lejos de dar información por sabida, les explican de forma más detallada, y en contraposición con los sentimientos de cuestionamiento por parte de otros especialistas en activo, los estudiantes tienen la capacidad de promover sentimientos de valía y autoestima entre los MdM, renovando la ilusión por la docencia y la profesión.

“Les explicas más, les explicas más para que aprendan, porque aún encima es que ellos...yo creo que te lo piden” “porque les hace ilusión, están entregados.” (GF-4)

Los estudiantes son percibidos como mejores cumplidores que los MA.

“Hacen todo que quieras.” (GF-4)

Un médico apunta que, en ocasiones, el afán docente puede ir demasiado lejos dando más información de su proceso de la que el estudiante puede querer tener.

Todos los médicos de médicos reconocen que los profesionales médicos son los que tienen las **bajas labora-**

les más breves en todas las patologías. Refieren que en algunos casos merecería la pena realizar una valoración por los servicios de salud laboral antes de volver al puesto de trabajo tras una baja laboral prolongada. Podría proponerse un periodo de reincorporación parcial hasta asumir toda la responsabilidad en su trabajo.

Para los especialistas en activo la gestión de la baja laboral la realiza el médico de familia. En general, el proceso de **baja laboral es el primer contacto que el médico activo tiene con su médico de familia**. Los médicos de familia, a pesar de sentirse algo denostados al no recurrir a ellos en forma y momento adecuados, suelen facilitar el trámite de las bajas al máximo y convenir el alta médica de los profesionales en función de sus demandas. Sin embargo, los médicos de familia reconocen que tienen poca capacidad en las recomendaciones de los tiempos de baja laboral.

Queda patente la gran **evolución en la atención que reciben los médicos de los SPRL** y el cambio positivo en la valoración de los mismos. Reconocen la importancia de la gestión que hacen en relación con los accidentes laborales, sus recuerdos para realizar los exámenes de salud periódicos como trabajadores, la promoción de las actividades preventivas como la vacunación antigripal... Incluso algunos proponen la necesidad de un mayor protagonismo a la hora de proponer estrategias más directivas en cuanto al cuidado de salud de los médicos.

"Yo he cambiado –de actitud hacia los servicios de salud laboral– total, radicalmente... y es verdad que hoy en día se les consultan muchísimas cosas que hace unos años no se les consultaban, no por estar mal pero a lo mejor por cosas añadidas ¿no? Pues como os digo... gente con contactos accidentales, con problemas de... de riesgo de infecciones importantes... Yo creo que lo hacen bien ¿eh?" (GF-4)

"Salud laboral. Pero vamos, me parece que para la generalidad de los trabajadores está muy bien, que haya alguien que se encargue de velar por la salud, que diga... sobre todo medidas preventivas y medidas en todos los sentidos, educación..." (GF-4)

En cuanto a la salud mental, que surge a propósito de la confidencialidad y el estigma, todos los MDM parecen estar de acuerdo en que es un tema delicado: el médico con problemas mentales vive un doble duelo al no poder compartir la enfermedad.

"No se cuenta...no se puede comentar." (GF-4)

Se produce además **un círculo vicioso al considerar que la patología psiquiátrica impacta más negativamente en la calidad y seguridad en el trabajo que la enfermedad orgánica**:

"Tienes que tener la cabeza bien amueblada..." (GF-4)

Pero también el impacto laboral en cuanto al estrés y carga de responsabilidad del trabajo de médico repercute en la problemática del ME.

El papel de los colegios de médicos es solicitado para el apoyo a la atención de los médicos jubilados, que al no contar con recursos de los que previamente disponían, se encuentran en unas situaciones de mayor vulnerabilidad sentida respecto de su enfermedad.

El PAIME es un programa no bien conocido por parte de los MDM. Algunos de ellos consideran que su manejo absolutamente estricto en temas de confidencialidad fomenta un ma-

yor estigma promoviendo que la problemática de salud mental y adicciones de los médicos quede más oculta que el resto de patologías.

Si los servicios autonómicos de salud funcionaran con unos tiempos de demoras aceptables para pruebas complementarias y para cirugías los médicos de médicos estiman que no sería preciso crear circuitos alternativos.





Resultados del análisis del cuestionario CAMAPE

Descripción de las variables de la encuesta según el sexo

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

Datos socio-demográficos

Las variables sociodemográficas de la encuesta son sexo, edad, categoría laboral, especialidad médica, tamaño de población de residencia, estado civil, pareja profesional sanitaria, años de vida profesional, horas de trabajo semanal.

Tabla 1: Distribución de la población por sexo, edad y categoría profesional

Población	Sexo	N	Edad media	D, t	P valor
Total	Hombre	1857	54,78	11,87	p < 0,00
	Mujer	2449	45,95	11,76	
	Total	4306	49,76	12,59	
Activos	Hombre	1407	52,93	9,24	p < 0,00
	Mujer	2056	46,84	9,69	
	Total	3463	49,31	9,97	
MIR	Hombre	97	31,67	9,91	p < 0,00
	Mujer	263	28,90	5,95	
	Total	360	29,65	7,32	
Jubilados	Hombre	353	68,48	5,09	p < 0,00
	Mujer	130	66,43	5,58	
	Total	483	67,93	5,30	

*D, t: desviación típica

Pregunta 1. Sexo

En la encuesta han participado un total de 4.308 médicos, de los cuales 1.858 son hombres (un 43,13% de la muestra) y 2.450 mujeres (56,87% de la muestra).

Si comparamos por categorías observamos que en el grupo MIR han participado 263 mujeres (73,06%) y 97 hombres (26,94%). Respecto a los médicos en activo, la representación femenina sigue siendo mayor, con 2.057 mujeres (59,37%) frente a los hombres que participaron, 1.408 (40,63%). Sin embargo, en el subgrupo de médicos jubilados, encontramos una mayoría de hombres, 353 (73,08%), respecto de mujeres, 130 (26,92%).

Esta distribución por sexo se corresponde con la explicada por la CGCOM en 2017 en su informe demografía médica, en la que se describe la feminización de la Medicina: ha habido un aumento de la proporción de las mujeres médico en los grupos más jóvenes (MIR y Activos)

respecto a grupos de edades más avanzadas (Jubilados), en los que predominan los hombres.

Pregunta 2. Edad

La edad media de los hombres (54,78 ± 11,87 años) es mayor que la de las mujeres (45.95 ± 11.76) con significación estadística. Los hombres están más representados en las edades más avanzadas (jubilados) y las mujeres en las edades más jóvenes (MIR).

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

cativa, siendo la edad media de los hombres de 68.48 ± 5.09 años, frente a las mujeres 66.43±5.58 años.

Pregunta 3. Provincia

Han participado colegiados de 49 provincias del total de 51 que conforman la Organización Médica Colegial (mapa pág. 92).

Pregunta 4. Población aproximada del municipio en el que reside

La mayoría de los médicos, el 77,04% (75,89% de hombres y 77,92% de mujeres) residen en poblaciones de más de 50.000 habitantes. Sólo un 12,56% (12,81% de hombres y 12,37% de mujeres) vive en una población mediana, de 10.000 a 50.000 habitantes, quedando en áreas rurales, de menos de 10.000 habitantes, el 10,40% (11,30% de hombres y 9,71% de mujeres).

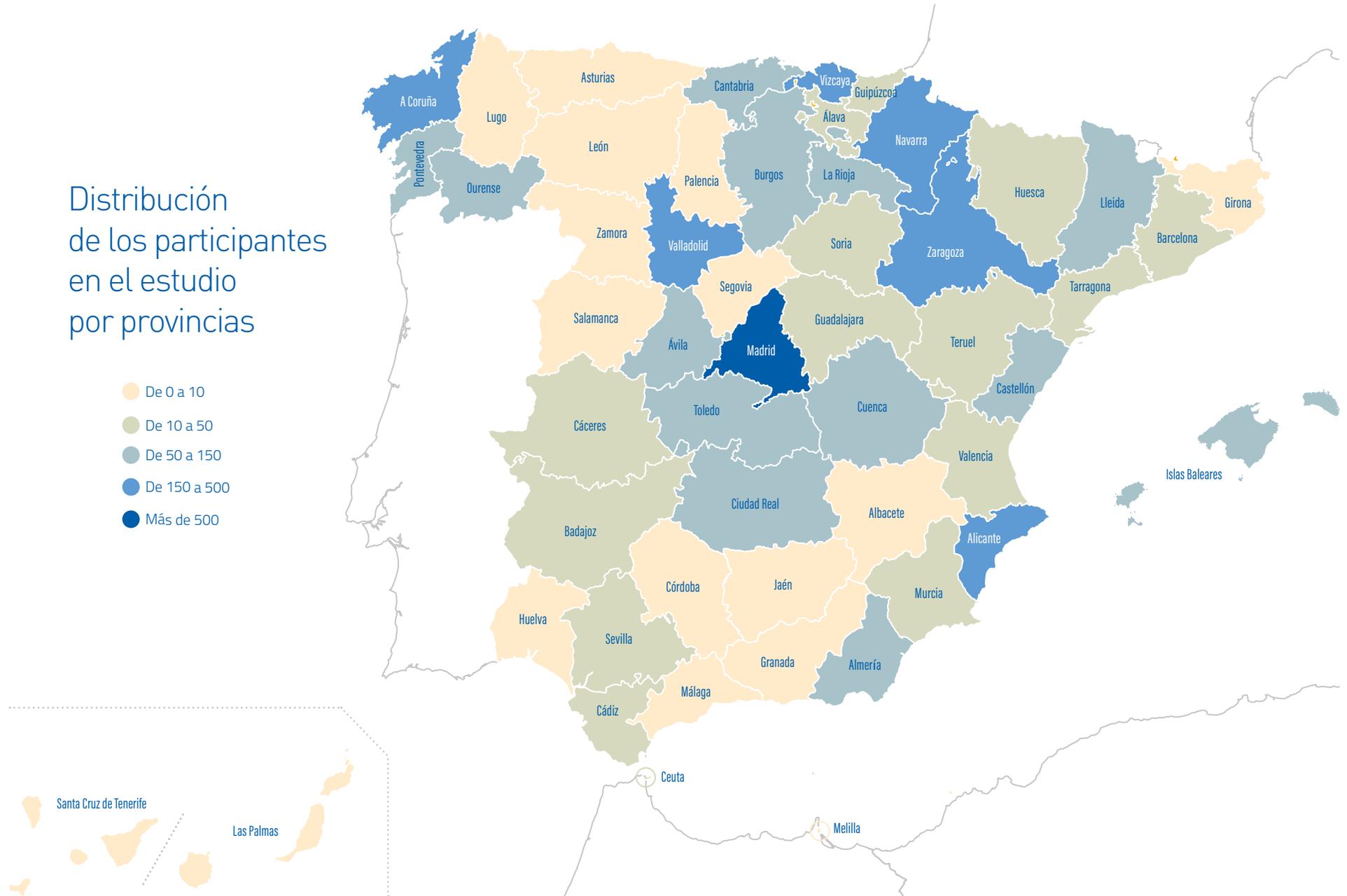
Tabla 2: Distribución de los médicos por etapa profesional y sexo y tamaño de la población donde residen

Poblaciones	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Menos de 10.000 habts.	210 11,30%	238 9,71%	448 10,40%	180 12,78%	215 10,45%	395 10,40%	4 4,12%	12 4,56%	16 8,68%	26 7,37%	11 8,46%	37 7,66%
10.000-50.000 habts.	238 12,81%	303 12,37%	541 12,56%	204 14,49%	261 12,69%	465 12,56%	6 6,19%	20 7,60%	26 13,79%	28 7,93%	22 16,92%	50 10,35%
Más de 50.000 habts.	1.410 75,89%	1.909 77,92%	3.319 77,04%	1.024 72,73%	1.581 76,86%	2.605 77,04%	87 86,69%	231 87,83%	318 77,04%	299 84,70%	97 74,62%	396 81,98%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*		p 0,01			p 0,013			p 0,019			p 0,88	

* comparación entre sexos

Distribución de los participantes en el estudio por provincias

- De 0 a 10
- De 10 a 50
- De 50 a 150
- De 150 a 500
- Más de 500



Si analizamos por grupos de edad, en los MIR tampoco hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros. Al igual que en la población general, la mayoría se concentra en las poblaciones de más de 50.000 habitantes, siendo el porcentaje aún mayor: el 88,33% (89,69% de hombres y 87,83% de mujeres), lo cual podría explicarse por el hecho de que los hospitales que forman residentes están en su mayoría en ciudades grandes. Solamente el 7,22% (6,19% de hombres y 7,60% de mujeres) están en poblaciones medianas, y un 4,44% (4,12% de hombres y 4,56% de mujeres) están en áreas con menos de 10.000 habitantes.

El porcentaje de activos que están en grandes poblaciones es un poco menor que el global, el 75,18%, siendo menor el de hombres, 72,73%, que el de mujeres, 76,86%. Viven en poblaciones de 10.000 a 50.000 habitantes un 13,42% (14,49% de hombres y 12,69% de mujeres) y un 12,78% están en poblaciones pequeñas

de menos de 10.000 habitantes (12,78% de hombres y 10,45% de mujeres).

Por otro lado, los jubilados también están principalmente en las poblaciones grandes: el 81,99% (84,70% de hombres y 74,62% de mujeres). Solo el 10,35% están en poblaciones medianas (7,93% de hombres y 16,92% de mujeres) y en poblaciones pequeñas apenas hay un 7,66% (7,37% de hombres y 8,46% de mujeres).

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

están más representadas en las grandes ciudades, para invertirse posteriormente al llegar al grupo de los jubilados.

Pregunta 5. Estado civil

Como vemos en la tabla, hay diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de los médicos encuestados. La mayoría de ellos, el 74,91%, están casados, siendo mayor este porcentaje en hombres (83,48%) que en mujeres (68,41%). Sólo el 8,77% están solteros, siendo más frecuente la soltería entre mujeres (23,06%). El 6,59% están separados o divorciados (6,40% de hombres y 6,73% de mujeres), y el 1,60% viudos (1,35% de hombres y 1,80% de mujeres).

Si analizamos por grupos, en los MIR no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, manteniéndose porcentajes parecidos en todas las categorías.

Tabla 3: Distribución de la población médica por sexo, etapa profesional y estado civil

Estado civil	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Casado/a	1551 83,48%	1676 68,41%	3227 74,91%	11194 84,80%	1479 71,90%	2673 77,14%	46 47,42%	125 47,53%	171 47,50%	311 88,10%	72 55,38%	383 79,30%
Separado/a o Divorciado/a	119 6,40%	165 6,73%	284 6,59%	97 6,89%	147 7,15%	244 7,04%	3 3,09%	2 0,76%	5 1,39%	19 5,38%	16 12,31%	35 7,25%
Soltero/a	163 8,77%	565 23,06%	728 16,90%	105 7,46%	397 19,30%	502 14,49%	48 49,48%	136 51,71%	184 51,11%	10 2,83%	32 24,62%	42 8,70%
Viudo/a	25 1,35%	44 1,80%	69 1,60%	12 0,85%	34 1,65%	46 1,33%	0 0	0 0	0 0	13 3,68%	10 7,69%	42 4,76%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	p<0,05			p<0,05			p>0,05			p<0,05		

rias. Aproximadamente la mitad están solteros (51,11%). La distribución de la soltería en MIR es de 49,48% de hombres y 51,71% en mujeres. El 47,50% de los MIR están casados (47,42% de los hombres y 47,53% de las mujeres). Solo el 1,39% (3,09% de hombres y 0,76% de mujeres) está separados o divorciados, no habiendo nadie viudo en este grupo.

Por el contrario, en el resto de las categorías de mayor edad, sí hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En los activos (77,14% de casados), es mayor el porcentaje de hombres casados (84,80%) que de mujeres casadas (71,90%). Esta tendencia aumenta en los jubilados (79,30% de casados), llegando al 88,10% el porcentaje de hombres casados, frente al 55,38% de mujeres casadas. La proporción de mujeres solteras en el grupo

de los activos (19,30%) es más de doble que de hombres (7,46%). Al igual que en el caso anterior, esta diferencia aumenta al avanzar en el grupo de edad. El 8,70% de solteros de la muestra son jubilados. De ellos, el 24,62% de mujeres están solteras, lo que supone casi 9 veces más que el porcentaje de hombres solteros (2,83%).

En el resto de las categorías, no parece haber grandes diferencias entre géneros. En cuanto a los separados o divorciados, los porcentajes se mantienen similares en ambos grupos de edad, siendo superior en mujeres en ambos casos (7,04% de los activos, 6,89% de hombres y 7,15% de mujeres; y 7,25% de los jubilados, 5,38% de hombres y 12,31% de mujeres). Respecto a la viudez, el % aumenta con la edad, siendo siempre mayor en mujeres. Los activos viudos son el 1,33% (0,85% en

hombres y 1,65% en mujeres), los jubilados viudos son el 4,76% (3,68% en hombres y 7,69% en mujeres).

Pregunta 6.

¿Es su pareja un profesional sanitario?

Aproximadamente la mitad de las parejas de los médicos encuestados, no son profesionales sanitarios (51,35%) con una distribución de 46,18% de hombres y 55,27% de mujeres. El 21,29% (22,82% de hombres y 20,12% de mujeres) está casado o en pareja con médicos, y el 5,59% (9,15% de hombres y 2,90% de mujeres) tienen como pareja alguien sanitario que no es ni médico ni enfermero. La diferencia principal, que determina la diferencia estadísticamente significativa entre géneros,

Tabla 4: Distribución de la población médica por etapa profesional, sexo y profesión de la pareja con la que conviven

Estado civil	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No es profesional sanitario	858 46,18%	1354 55,27%	2212 51,35%	640 45,45%	1168 56,78%	1808 52,18%	33 34,02%	133 50,57%	166 46,11%	185 52,41%	53 40,77%	238 49,28%
Profesional médico	424 22,82%	493 20,12%	917 21,29%	350 24,86%	412 20,03%	762 21,99%	33 34,02%	53 20,15%	86 23,89%	41 11,61%	28 21,54%	69 14,29%
Profesional de enfermería	254 13,67%	35 1,43%	289 6,71%	186 13,21%	30 1,46%	216 6,23%	6 6,19%	5 1,90%	11 3,06%	62 17,56%	0 0,00%	62 12,84%
Otro	170 9,15%	71 2,90%	241 5,59%	134 9,52%	60 2,92%	194 5,60%	4 4,12%	10 3,80%	14 3,89%	32 9,35%	1 36,92%	33 16,77%
Sin pareja	152 8,18%	497 20,29%	649 15,06%	98 6,96%	387 18,81%	485 14,00%	21 21,65%	62 23,57%	83 23,06%	33 9,35%	48 36,92%	81 16,77%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,000			0,000			0,006			0,0000		

se encuentra en el porcentaje de médicos cuya pareja son enfermeros (6,71%): 13,67% en varones frente a 1,43% en mujeres. También hay una marcada diferencia en quienes no tiene pareja, 15,06% del total, siendo el 8,18% hombres y 20,29% mujeres.

Si analizamos por grupos de edad, hay diferencias estadísticamente significativas en todos ellos. Es interesante ver la evolución de las parejas de médicos y profesionales de enfermería. En el grupo de los MIR es de un 3,06% (6,19% hombres y 1,90% en mujeres), en el de los activos es de 6,23% (13,21% hombres y 1,46% mujeres) y en el de jubilados es de 12,84% (17,56% hombres y ninguna mujer). Vemos pues como, conforme aumentamos en edad, se va haciendo más frecuente que la pareja sea un enfermero- o más concretamente- enfermera, llegando a haber en los jubilados una diferencia muy significativa. Esto puede explicarse con el hecho de que se pasa una gran parte del tiempo trabajando con este grupo profesional y porque hasta ahora la profesión de enfermería ha estado representada principalmente por las mujeres, si bien actualmente cada vez más hombres se dedican a ello.

También llama la atención el ítem de las parejas que ambos son profesionales de la medicina. Y como va en aumento en los más jóvenes. En los MIR son el 23,89% (34,02% de hombres y 20,15% en mujeres), en los activos son el 21,99% (24,86% en hombres y 20,03% en mujeres), para seguir descendiendo en jubilados con un 14,29% (11,61% en hombres y 21,54% en mujeres). Por tanto, vemos la tendencia de los más jóvenes, posiblemente porque se pasa mucho tiempo con los compañeros de profesión y se comparten momentos vitales muy intensos, especialmente durante la residencia. Los jubilados son el único grupo en el que las mujeres cuentan con un porcentaje mayor. Una hipótesis sería que, previa y especialmente en el grupo de los jubilados, había pocas mujeres médicas, por lo que no tantos varones tenían la posibilidad de tener una pareja médica. En el resto, los hombres tienen más parejas médicas que ellas.

Si nos centramos en quienes no tienen pareja que sea profesional sanitario, son un 46,11% de los MIR (34,02% de hombres y 50,57% de mujeres), un 52,18% en activos (45,45% en hombres y 56,78% en mujeres), y un 49,28% en jubilados (52,41% en hombres y 40,77% en mujeres).

En cuanto a los solteros, son el 23,06% de los MIR (21,65% de hombres y 23,57% de mujeres), el 14% de los activos (6,96% de hombres y 18,81% de mujeres) y el 16,77% de jubilados (9,35% de hombres y 36,92% de mujeres). En todos los grupos hay más mujeres solteras que hombres, siendo la diferencia cada vez mayor conforme se aumenta de edad.

Otras profesiones sanitarias (como matronas, fisioterapeutas, auxiliares, celadores...) están representadas en los MIR con un 3,89% (4,12% de hombres y 3,80% en mujeres), con un 5,60% en activos (9,52% en hombres y 2,92% en mujeres), y con un 6,83% en jubilados (9,07% en hombres y 0,77% en mujeres).

Pregunta 7. Situación laboral actual

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

Todos los MIR tiene contrato en formación. Son el 8,36% de la muestra (5,22% de hombres y 10,73% de mujeres).

Los médicos en activos constituyen el 80,4% de la muestra (75,78% de hombres y 83,96% de mujeres). Solo el 2,02% de ellos están en desempleo (1,56% de hombres y 2,33% de mujeres), y el 97,98% están trabajando (98,44% de hombres y 97,67% de mujeres). Si bien en este grupo no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre géneros entre los que se encuentran trabajando y en el paro, sí la hay entre aquellos que están trabajando. La mayoría de ellos, el 78,18%, está trabajando por cuenta ajena (69,32% de hombres y 84,25% de mujeres), el 13,51% (20,81% de hombres y 8,51% de mujeres) tienen ejercicio mixto y solo el 6,29% trabajan por cuenta propia (8,31% de hombres y 4,91% de mujeres).

Tabla 5: Distribución de la población médica por sexo y situación laboral

Sexo	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
En formación	97 5,22%	263 10,73%	360 8,36%
Ejercicio por cuenta ajena	976 52,53%	1.733 70,73%	2.709 62,88%
Ejercicio por cuenta propia	117 6,30%	101 4,12%	218 5,06%
Ejercicio mixto	293 15,77%	175 7,14%	468 10,86%
Jubilado sin ejercicio	248 13,35%	117 4,78%	365 8,47%
Jubilado con ejercicio por cuenta propia	105 5,65%	13 0,53%	118 2,74%
Desempleado	22 1,18%	48 1,96%	70 1,62%
Total	1.858	2.450	4.308
P valor*	P<0,05		

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

De manera global, en los activos y en los jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas en el sector de actividad en el que trabajan hombres y mujeres. En ambos casos, la mayor parte de médicos, el 70,68%, trabajan en el sector público (62,86% de hombres y 76,61% de mujeres). En segundo lugar, el 13,74%, trabaja en el sector privado (16,31% de hombres y 11,80% de mujeres). Por otro lado, el 11,65% (17,76% de hombres y 7,02% de mujeres) tiene actividad en ambos, y solo el 3,92% (3,07% de hombres y 4,57% de mujeres) trabaja en sector privado con concierto público.

Como comentábamos, en los MIR no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, ya que la formación de los residentes se hace en su mayoría en

el sector público (el 93,06%: 97,94% de hombres y 91,25% de mujeres). El 5% trabaja en el sector privado (1,03% de los hombres y 6,46% de las mujeres), el 1,39% en el sector privado con cierto en público (1,9% de mujeres) y solo el 0,56% tienen actividad en ambos sectores (1,03% de hombres y 0,38% de mujeres).

En los activos, el 69,52% de los médicos trabajan en el sector público (62,93% de hombres y 74,04% de mujeres), el 15,24% en el sector privado (18,47% de hombres y 13,03% de mujeres) y el 10,74% en ambos sectores (15,06% de hombres y 7,78% de mujeres). Solo el 4,5% (3,55% de hombres y 5,15% de mujeres) trabajan en el sector privado con concierto en público.

Las mismas diferencias entre sectores que veíamos en los médicos en activo, aumentan en los médicos jubilados. El 62,32% (52,97% de hombres y 87,69% de mujeres) trabajan en el sector público y el 9,52% (11,90%

de hombres y 3,08% de mujeres) en el sector privado. En ambos sectores trabaja el 26,5% de ellos (33,14% de hombres y 8,46% de mujeres), y solo el 1,66% (1,98% de hombres y 0,77% de mujeres) trabaja en sector privado con concierto en público.

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

Pregunta 10. Años profesionales

Como se observa en la tabla, hay una diferencia estadísticamente significativa en los años trabajados, siendo mayor en hombres (27,81±11,62) que en mujeres (19,08±11).

Tabla 7: Distribución de la población médica por etapa profesional, sexo y sector del trabajo principal

Sector del trabajo principal	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Sector público	1168 62,86%	1877 76,61%	3045 70,68%	886 62,93%	1.523 74,04%	2.409 69,52%	95 97,94%	240 91,25%	335 93,06%	187 52,97%	114 87,69%	301 62,32%
Sector privado	303 16,31%	289 11,80%	592 13,74%	260 18,47%	268 13,03%	528 15,24%	1 1,03%	17 6,46%	18 5,00%	42 11,90%	4 3,08%	46 9,52%
Privado con concierto en público	57 3,07%	112 4,57%	169 3,92%	50 3,55%	106 5,15%	156 4,50%	0 0,00%	5 1,90%	5 1,39%	7 1,98%	1 0,77%	8 1,66%
Ambos	330 17,76%	172 7,02%	502 11,65%	212 15,06%	160 7,78%	372 10,74%	1 1,03%	1 0,38%	2 0,56%	117 33,14%	11,00%	128 26,50%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,0001			0,075			0,0001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 8: Distribución de la población médica por etapa profesional, sexo y años trabajados

	Sexo	Participantes	Media años trabajados	D. t.	P valor
Total	Hombre	1.795	27,81	11,62	0.001
	Mujer	2.390	19,08	11,00	
	Total	4.185	22,83	12,07	
Activos	Hombre	1.364	26,28	9,56	0.0001
	Mujer	2.007	19,88	9,20	
	Total	3.371	22,47	9,86	
MIR	Hombre	95	5,62	8,16	0.0283
	Mujer	255	3,52	5,19	
	Total	350	4,09	6,20	
Jubilados	Hombre	336	40,30	5,19	0.0001
	Mujer	128	37,58	6,57	
	Total	464	39,55	5,73	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Esta diferencia se mantiene de forma significativa en todas las categorías, siendo siempre los hombres los que cuentan con un mayor número de años trabajados. En el caso de los MIR, supone una media de 5.62±8.16 frente a los 3.52±5.19 de las mujeres. Por otro lado, los mé-

cos hombres activos han trabajado de media 26.28±9.56 años frente a los 19.88±9.20 de las mujeres. Por último, los años laborales en los jubilados hombres es de 40.30±5.19, mayor que las mujeres, que han trabajado de media 37.58±6.57.

Pregunta 11. Horas trabajadas durante la última semana laboral

Esta variable incluye aproximadamente el tiempo dedicado a todos sus trabajos, guardias, etc.

Los médicos trabajan de media 40.34±20.22 horas a la semana (38.47±20.95 horas los hombres y 41.77±19.52 las mujeres). Si bien de manera global son las mujeres quienes más horas trabajan de media a la semana, al analizarlo por categorías profesionales vemos que en todos los casos los hombres son quienes más horas han trabajado. Esta aparente discrepancia aparece porque en el grupo de los jubilados, que son quienes menos horas trabajan a la semana, son mucho más numerosos los hombres que las mujeres, bajando por tanto la media de horas del global. En todos los casos excepto en los MIR, existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

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

Tabla 9: Distribución de la población médica por etapa profesional, sexo y horas semanales trabajadas

Sexo	Total			Activo			Mir			Jubilado		
	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.	N	Media (horas)	D.t.
Hombre	1.789	38,47	20,95	1.344	44,83	15,21	90	56,03	13,29	350	9,27	14,69
Mujer	2.336	41,77	19,52	1.946	42,58	16,67	360	54,68	19,5	130	3,95	12,66
Total	4.125	40,34	20,22	3.290	43,5	16,12	355	55,04	18,04	480	7,83	14,36
P valor*		0,002			0,0001			0,8701			0,0702	

*Comparación por sexo en cada categoría por test de Mann Whitney.

nos horas han trabajado: 7.83±14.36 horas (9.27±14.69 los hombres y 3.95 ±12.66 las mujeres).

Satisfacción con el trabajo y variables en relación con el estado de salud

Pregunta 12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña?

De manera global, la mayoría del personal médico está satisfecho con el trabajo que desempeña (66,18%: 69,81% de hombres y 63,43% de mujeres), un 24,36% no están ni satisfechos ni insatisfechos (20,88% de hombres y 27,43% de mujeres) y un 9,22% no están satisfechos (9,31% de hombres y 9,14% de mujeres).

La mayor satisfacción en el trabajo la encontramos en el grupo de los MIR y de los jubilados. En los MIR, la mayoría está satisfecho (73,89%:76,29% de hombres y

73% de mujeres), el 21,39% han respondido como neutro (19,59% de hombres y 22,05% de mujeres) y solo el 4,72% de ellos están poco satisfechos o no están satisfechos (4,12% de hombres y 4,94% de mujeres). Por su parte, en los jubilados, el 78,67% están satisfechos (78,19% de hombres y 80% de mujeres), el 14,91% han puntuado como neutro (15,01% de hombres y 14,62% de mujeres) y el 6,42% no están satisfechos (6,80% de hombres y 5,38% de mujeres).

Si hablamos de los activos, que es el grupo en el que encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos, vemos que los hombres están más satisfechos con el trabajo que desempeñan que las mujeres. El 63,64% de los médicos en activo están satisfechos (67,26% de hombres y 61,16% de mujeres), el 26,29% ni satisfechos ni insatisfechos (22,44% de hombres y 28,93% de mujeres), y un 10,30%, la cifra más alta de las tres categorías profesionales, están poco o insatisfechos (10,30% de hombres y 9,92% de mujeres).

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

De manera global, la mayoría de los médicos consideran que su estado de salud es bueno (63,86%:61,25% de hombres y 65,84% de mujeres), un 28,46% lo considera normal (30,84% de hombres y 26,65% de mujeres) y el 7,68% lo considera malo (7,91% de hombres y 7,51% de mujeres). Vemos que hay una diferencia estadísticamente significativa en la valoración de la salud entre hombres y mujeres, siendo ligeramente más positiva en el grupo femenino, si bien al analizarlo por categorías profesionales no vemos en ningún caso diferencias estadísticamente significativas.

Como cabe esperar, la percepción de la salud más positiva la encontramos en los jóvenes. Así, el 75,56% de los MIR considera que tiene buena salud (77,32% de hombres y 74,90% de mujeres), el 21,39% considera que es normal (22,68% de hombres y 20,91% de mu-

Tabla 10: Distribución de las respuestas de la p.12: ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja) por sexo y etapa profesional

Profesionales	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nada satisfecho, poco satisfecho	173 10.30 %	224 9,92%	397 10,07%	145 10.30 %	204 9,92%	349 10,07%	4 4,12%	13 4,94%	17 4,72%	24 6,80%	7 5,38%	31 6,42%
Ni satisfecho, ni insatisfecho	388 20.88	672 27.43	1060 24.61	316 22,44%	595 28,93%	911 26,29%	19 19,59%	58 22,05%	77 21,39%	53 15,01%	19 14,62%	72 14,91%
Muy satisfecho, satisfecho	1297 69.81	1554 63.43	2851 66.18	947 67,26%	1,258 61,16%	2,205 63,64%	74 76,29%	192 73,00%	266 73,89%	276 78,19%	104 80,00%	380 78,67%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,000			0,000			0,816			0,841		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 11: Distribución de las respuestas de la p.13 ¿Cómo describiría su estado de salud en general? por sexo y etapa profesional

Estado de salud	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy malo,malo	147 7,91%	184 7,51%	331 7,68%	94 6.68 %	157 7.63 %	251 7,24%	0 0,00%	11 4,18%	11 3,06%	53 15,01%	16 12,31%	69 14,29%
Ni bueno ni malo	573 30,84%	653 26,65%	1,226 28,46%	420 29,83%	559 27.18 %	979 28,25%	22 22,68%	55 20,91%	77 21,39%	131 37,11%	39 30,00%	170 35,20%
Bueno, muy bueno	1138 61,25%	1613 65,84%	2751 63,86%	894 63,49%	1,341 65.19 %	2,235 64,50%	75 77,32%	197 74,90%	272 75,56%	169 47,88%	75 57,69%	244 50,52%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*				0,173			0,122			0,160		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

jeros) y solo el 3,06% considera que tiene mala salud, representado únicamente por el grupo de las mujeres (4,18%).

En cuanto a los médicos en activos, el 64,50% considera que tiene buena salud (63,49% de hombres y 65,19% de mujeres), el 28,25% que es normal (29,83% de hombres y 27,18% de mujeres), y el 7,24% que es mala (6,68% de hombres y 7,63% de mujeres).

Finalmente, en el grupo de los jubilados, la mitad considera que tiene buen estado de salud (50,52%: 47,88% de hombres y 57,69% de mujeres) y el 35,20% normal (37,11% de hombres y 30% de mujeres). Es en este grupo en el que la percepción del estado de salud como malo es mayor, con un 14,29% de ellos (15,01% de hombres y 12,31% de mujeres).

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 ellos, el 73,14% están de acuerdo (72,55% de hombres y 73,59% de mujeres) y el 26,41% (27,45% de hombres y 26,41% de mujeres) no lo están. En ningún caso hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos.

Tanto en el grupo de los MIR como en el grupo de los activos las cifras son muy similares. En los MIR, están de acuerdo el 75% (74,23% de hombres y 75,29% de mujeres) y en desacuerdo el 25% (25,77% de hombres y 24,71% de mujeres). Por otro lado, en el grupo de los activos, están de acuerdo el 74,69% (75,85% de hombres y 73,89% de mujeres) y en desacuerdo el 25,31% (24,15% de hombres y 26,11% de mujeres).

En el grupo de los jubilados, que también es el grupo en el que la enfermedad es más prevalente, parece que

es menos complicado admitir la enfermedad. Están de acuerdo el 60,66% (58,92% de hombres y 65,38% de mujeres), y en desacuerdo el 39,34% (41,08% de hombres y el 34,62% de mujeres).

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).

A continuación, se presenta la distribución de los problemas e salud crónicos recogidos en la encuesta a través de la pregunta 15 y la opción de texto libre asociada.

Enfermedades cardiovasculares (excluida la HTA)

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares en los médicos es del 5,87%. Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más prevalente en hombres (10,17%) que en mujeres (2,61%).

Tabla 12: Distribución de las respuestas de la p.14 ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la siguiente afirmación: “A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos”? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	510 27,45%	647 26,41%	1157 26,86%	340 24,15%	537 26,11%	877 25,31%	25 25,77%	65 24,71%	90 25,00%	145 41,08%	45 34,62%	190 39,34%
De acuerdo	1348 72,55%	1803 73,59%	3,151 73,14%	1068 75,85%	1520 73,89%	2588 74,69%	72 74,23%	198 75,29%	270 75,00%	208 58,92%	85 65,38%	293 60,66%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	264	360	353	130	483
P valor*	0,445			0,193			0,837			0,197		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Si lo analizamos por edades, vemos que en los MIR apenas afecta al 0,83%, sin haber diferencias estadísticamente significativas entre géneros (1,03% en hombres y 0,76% en mujeres). Sin embargo, tanto en activos como en jubilados, hay diferencias estadísticamente significativas, aumentando los problemas cardiovasculares conforme se aumenta la edad, especialmente en hombres. En activos (4,73%) afecta a 8,17% de hombres y 2,38% de mujeres, y en jubilados (17,81%) afecta al 20,68% de hombres y 10% de mujeres.

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

Hipertensión

Un 16,64% de los médicos tienen hipertensión arterial (HTA), siendo significativamente mayor en hombres

(27,56%) que en mujeres (8,37%). Excepto en el grupo de jubilados, en todos los grupos se mantiene estas diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

En el grupo MIR (1,67%), el 4,12% de hombres y 0,76% de mujeres tiene HTA, y en el grupo de los activos, un 14,29% (24,22% de hombres y 7,49% de mujeres). Respecto al grupo de los jubilados un 44,72% tienen HTA (47,31% de hombres y 37,69% de mujeres).

Diabetes

Sin diferenciar entre diabetes (DM) tipo 1 y tipo 2, un 4,55% de los médicos (7,70% de hombres y 2,16% de mujeres) padecen esta enfermedad. En todos los grupos hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros, excepto en el grupo de los jubilados.

En cuanto a los MIR, un 1,67% (4,12% de hombres y 0,76% de mujeres) tienen la enfermedad. Las cifras

umentan en los activos: 4,01% (6,89% de hombres y 2,04% de mujeres). Por último, un 10,56% de los médicos jubilados son diabéticos (11,90% de hombres y 6,92% de mujeres).

Trastornos depresivos

Un 6,69% de los médicos tiene trastornos depresivos (6,19% de hombres y 7,06% de mujeres). Aunque en todos los grupos es una enfermedad más prevalente en mujeres, no hay en ningún caso diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

La prevalencia más alta se da en los MIR, un 7,50% (6,19% en hombres y 7,98% en mujeres). En los activos desciende a 6,64% (6,25% en hombres y 6,90% en mujeres). Por otro lado, la prevalencia más baja la encontramos en los médicos jubilados (6,42%, lo que supone 5,95% en hombres y 7,69% en mujeres).

Tabla 13: Distribución de la p.15 ¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración? por sexo y etapa profesional

Etapa Profesional	¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema de salud crónico o de larga duración?						
	Sexo	Enfermedades cardiovasculares	HTA	Diabetes Mellitus	Trastornos depresivos	Trastorno de ansiedad	Otros
Total	Hombre	189 10,17%	512 27,56%	143 7,70%	115 6,19%	214 11,52%	704 37,89%
	Mujer	64 2,61%	205 8,37%	53 2,16%	173 7,06%	372 15,18%	925 37,76%
	Total	253 5,87%	717 16,64%	196 4,55%	288 6,69%	586 13,60%	1629 37,81%
	p valor*	0,000	0,000	0,000	0,257	0,001	0,928
Actvos	Hombre	115 8,17%	341 24,22%	97 6,89%	88 6,25%	171 12,14%	492 34,94%
	Mujer	49 2,38%	154 7,49%	42 2,04%	142 6,90%	312 15,17%	786 38,21%
	Total	164 4,73%	495 14,28%	139 4,01%	230 6,63%	483 13,93%	1278 36,88%
	p valor*	0,000	0,000	0,000	0,448	0,012	0,050
Mir	Hombre	1 1,03%	4 4,12%	4 4,12%	6 6,19%	13 13,40%	24 24,74%
	Mujer	2 0,76%	2 0,76%	2 0,76%	21 7,98%	44 16,73%	62 23,57%
	Total	3 0,08%	6 1,67%	6 1,67%	27 7,50%	57 15,83%	86 23,89%
	p valor*	0,802	0,027	0,027	0,565	0,443	0,818
Jubialdos	Hombre	73 20,68%	167 47,31%	42 11,90%	21 5,95%	30 8,50%	188 53,26%
	Mujer	13 10,00%	49 37,69%	9 6,92%	10 7,69%	16 12,31%	77 59,23%
	Total	86	216	51	31	46	265
	p valor*	0,007	0,059	0,115	0,488	0,206	0,242

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Trastornos de ansiedad

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

Los trastornos de ansiedad son muy prevalentes especialmente entre los más jóvenes y en las mujeres (habiendo significación estadística tanto en el global como en los activos). En general, hay una prevalencia del 13,60% (11,52% en hombres y 15,18% en mujeres). Si lo analizamos por grupos, vemos que en los MIR lo encontramos en un 15,83% (13,40% en hombres y 16,73% en mujeres) y en los activos en un 13,94% (12,14% en hombres y 15,17% en mujeres). Esta cifra desciende en los jubilados (9,52%, 8,50% en hombres y 12,31% en mujeres).

Al analizar el porcentaje de médicos que tienen alguna enfermedad crónica (enfermedades cardiovasculares y/o HTA y/o diabetes y/o trastornos depresivos y/o trastornos ansiosos) observamos que son los hombres quienes tienen una prevalencia mayor de estas enfermedades, siendo la diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los activos. Conforme aumenta la categoría profesional, se incrementa considerablemente el porcentaje de médicos que tienen alguna de esas enfermedades. Son el 38,89% de los MIR (39,18% de hombres y 38,78% de las mujeres), el 54,60% de los activos (58,81% de hombres y 51,73% de mujeres) y el 78,47% de los jubilados (80,45% de los hombres y 73,58% de las mujeres).

Otras enfermedades crónicas

Aquellos médicos que sufren alguna enfermedad crónica no mencionada en los grupos anteriores, han podido contestar de manera cualitativa lo que considerasen conveniente. Han escrito en este apartado 704 hom-

bres (37,89%) y 925 mujeres (37,76%). Estas respuestas se han clasificado y analizado según lo descrito para el análisis cualitativo en material y métodos. Los porcentajes que aparecen son en relación con el total de médicos hombres y médicos mujeres que han realizado la encuesta.

a) Osteomuscular

Es la patología más frecuente en los médicos (10,21% de los encuestados) tanto en hombres (9,80%) como en mujeres (10,53). Sin duda, la más frecuente es la artrosis, especialmente de caderas y rodillas. También son muy frecuente los dolores lumbares, las cervicalgias, las artritis y las tendinitis del hombro. Cabe destacar que en varios casos, ciertos tipos de dolores articulares y musculares han sido relacionados con el trabajo, especialmente por el quirófano y por mover pacientes.

b) Cardiovascular

El 5,71% de los médicos padece alguna enfermedad cardiovascular, siendo mucho más prevalente en hombres (9,10%) que en mujeres (3,14%). En este grupo destaca el síndrome metabólico (principalmente dislipemia, exceso de peso, hiperuricemia, SAOS). Aparecen otros, aunque en mucha menor frecuencia, como la insuficiencia venosa y las taquicardias.

c) Neurológico

Este grupo de enfermedades es más frecuente en mujeres (6,45%) que en hombres (4,41%), afectando al 5,57% de los médicos. Está representado por dos grandes grupos: cefalea (especialmente migrañas) y hernias discales. Mucho menos frecuentes son otras patologías, como epilepsia o neuropatía periférica.

d) Alergia

En este grupo se engloban patologías relacionadas con alergias, destacando por orden de frecuencia: asma, alergia, dermatitis (algunos de ellos especifican

que es por el continuo lavado de manos), atopia y rinitis. También hay casos, aunque pocos, de angioedema o urticaria. Aparece en el 4,34% de los médicos (3,50% de hombres y 4,82% de mujeres).

e) Digestivo

Los principales problemas relacionados con el aparato digestivo que han comentado los médicos son el reflujo gastroesofágico, el síndrome del intestino irritable, la hernia de hiato y la celiaquía. También hay numerosos casos de diverticulosis y enfermedad inflamatoria intestinal. Es el caso del 4,25% de los médicos (4,36% de hombres y 3,76% de mujeres).

f) Endocrino

La patología endocrina afecta al 4,02% de los médicos, siendo claramente más frecuente en mujeres (6,41%) que en hombres (1,61%). La gran mayoría de ellos son problemas tiroideos, tanto hiper como hipotiroidismo, tiroiditis y bocio. También aparecen otros como insuficiencia suprarrenal y síndrome de Addison.

g) Oncológico

Los procesos oncológicos afectan al 3,16% de los médicos, existiendo frecuencias muy similares en hombres (3,18%) y en mujeres (3,14%). En los casos en que se ha especificado que tipo de cáncer han sufrido, destaca el carcinoma de mama, de colon, de pulmón, de próstata y hematológicos. Quienes han comentado efectos secundarios de tratamientos por una neoplasia (como neuropatía post quimioterápica, mastectomía o hipotiroidismo post tiroidectomía) se han contabilizado en este grupo.

h) Genitourinario

Afectan al 2,25% de médicos (2,10% de hombres y 2,37% de mujeres). Engloba dos grandes grupos: por un lado, las patologías urológicas (siendo las más frecuentes la hipertrofia benigna de próstata, las infecciones urinarias y las litiasis renales) y las patologías

ginecológicas (predominando problemas relacionados con la menstruación: endometriosis y síndrome de ovarios poliquísticos).

i) Autoinmune

Las enfermedades autoinmunes afectan al 2,25% de los encuestados (2,10% de hombres y 2,37% de mujeres). Están representadas en su mayoría por artritis reumatoide. También aparecen con frecuencia psoriasis, lupus y espondilitis anquilosante.

j) Mental

En este grupo destaca el insomnio y las alteraciones del sueño, afectando al 0,67% de los médicos (0,43% de hombres y 0,86% de mujeres). También destacan algunos casos de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la conducta alimenticia.

k) Infecciones

En este grupo se han englobado las enfermedades infecciosas como VIH o virus de la hepatitis B. Resulta interesante porque en varios casos, se relacionan con

accidentes laborales. Afecta al 0,28% de los médicos (0,38% de hombres y 0,20% de mujeres).

l) Otros

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

Según la categoría profesional varía mucho la frecuencia de las patologías. Así, en los MIR las más frecuentes son la alergia (6,94%: 8,25% de hombres y 6,46% de mujeres) y problemas neurológicos (5,56%: 3,09% en hombres y 6,46% en mujeres). En los activos, los más frecuentes son, al igual que en el global, los osteomusculares (9,93%:

9,22% en hombres y 10,45% en mujeres) y los cardiovasculares (5,67%: 8,95% de hombres y 3,26% de mujeres). Por último, los jubilados son quienes, con diferencia, presentan frecuencias más altas de patologías. Destacan problemas osteomusculares (18,28%: 15,81% de hombres y 23,08% de mujeres), 10,44% de procesos oncológicos (11,46% de hombres y 8,46% de mujeres) y cardiovasculares (13,44% de hombres y 4,62% de mujeres).

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

Para la mayoría de ellos, el 68,18%, la salud ha condicionado su actividad profesional (63,94% de hombres y 71,39% de mujeres) y en el 31,82% no ha condicionado (36,06% de hombres y 28,61% de mujeres). Como se ve, a las mujeres les condiciona más que a los hombres, manteniéndose esta tendencia en todos los grupos profesionales, si bien la diferencia solo es estadísticamente significativa de manera global y en el grupo de los activos.

Tabla 14: Distribución de la p 16 Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida: por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, pocas veces	670 36,06%	701 28,61%	1371 31,82%	485 34,45%	555 26,98%	1040 30,01%	45 46,39%	97 36,88%	142 39,44%	140 39,66%	49 37,69%	189 39,13%
Bastantes veces, siempre	1188 63,94%	1749 71,39%	2,937 68,18%	923 65,55%	1502 73,02%	2425 69,99%	52 53,61%	166 63,12%	218 60,56%	213 60,34%	81 62,31%	294 60,87%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,000			0,000			0,101			0,694		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

En los MIR, afecta al 60,56% (53,61% de hombres y 63,12% de mujeres) y no afecta al 39,44% (46,39% de hombres y 36,88% de mujeres). Estas cifras son muy similares a las de los jubilados, cuya actividad profesional se ve influida por su salud en un 60,87% (60,34% de hombres y 62,31% de mujeres) y no se ve influida en un 39,13% (39,66% de hombres y 37,69% de mujeres).

A quienes más afecta es a los médicos en activo, especialmente a las mujeres (69,99%: 65,55% de hombres y 73,02% de mujeres) y no afecta al 30,01% (34,45% de hombres y 26,98% de mujeres).

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

Para ver la afectación de la salud en el trabajo, hemos agrupado las respuestas en aquellos a quienes no les había afectado (han contestado como nunca) y en los

que si les ha afectado de manera negativa (pocas veces, bastantes veces o siempre).

La mitad de los médicos (49,98%: 44,13% de hombres y 54,41% de mujeres) ha tenido en los dos últimos años algún problema de salud que ha afectado en su desempeño profesional de forma negativa y la otra mitad no (50,02%: 55,87% de hombres y 45,59% de mujeres). Como vemos, es mayor el porcentaje de mujeres cuyo trabajo se ha visto afectado por su salud, habiendo diferencias estadísticamente significativas

El grupo de los MIR es en el que mayor afectación hay, un 53,61%, tanto en hombres como en mujeres, y no le ha afectado al 46,39%.

En los médicos en activo también hay diferencias estadísticamente significativas, siendo la afectación mayor en mujeres. Con cifras similares al global, ha afectado al 50,71% de ellos (43,47% de hombres y 55,66% de mujeres) y no ha afectado al 49,29% (56,53% de hombres y 44,34% de mujeres).

En el grupo de los jubilados esta tendencia se invierte: afecta más a los hombres (44,19%) que a las mujeres (36,15%), aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Además, llama la atención que es en este grupo en quienes menor afectación hay de la salud sobre el trabajo (42,03%), probablemente porque la mayoría de ellos no continúan con su actividad asistencial. No les ha afectado al 57,97% (55,81% de hombres y 63,85% de mujeres).

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 del personal médico (89,48%: 89,45% de hombres y 89,51% de mujeres) considera que la salud de los médicos afecta de manera directa a la atención sanitaria que prestan en su trabajo y el 10,52% (10,55% de hombres y 10,49% de mujeres) están en desacuerdo. En ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Tabla 15: Distribución de la p 17 Durante los dos últimos años, ¿ha tenido algún problema de salud que haya afectado negativamente a su desempeño profesional?: por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca o poca veces	1038 55,87%	1117 45,59%	2155 50,02%	796 56,53%	912 44,34%	1708 49,29%	45 46,39%	122 46,39%	167 46,39%	197 55,81%	83 63,85%	280 57,97%
Bastantes veces, siempre	820 44,13%	1333 54,41%	2,153 49,98%	612 43,47%	1145 55,66%	1757 50,71%	52 53,61%	141 53,61%	193 53,61%	156 44,19%	47 36,15%	203 42,03%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,000			0,000			0,999			0,112		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 16: Distribución de la p 18 ¿Considera que el estado de salud de los médicos afecta directamente a la atención sanitaria que prestan en su trabajo diario? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	196 10,55%	257 10,49%	453 10,52%	19 1,35%	21 1,02%	40 1,15%	0 0,00%	1 0,38%	1 0,28%	5 1-42%	4 3,08%	9 1,86%
De acuerdo	1662 89,45%	2193 89,51%	3855 89,48%	1389 98,65%	2036 98,98%	3425 98,85%	97 100%	262 99,62%	359 99,72%	348 98,58%	126 96,52%	474 98,14%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,374			0,543			0,231					

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Los MIR son los que más de acuerdo están (97,22%: 98,97% de hombres y 96,58% de mujeres), solo están en desacuerdo el 2,78% (1,03% de hombres y 3,42% de mujeres). De los activos, están de acuerdo el 89,93% (91,12% de hombres y 89,11% de mujeres) y en desacuerdo el 10,77% (8,88% de hombres y 10,89% de mujeres). El grupo en el que menos médicos está de acuerdo es el de los jubilados (80,54%: 80,17% de hombres y 81,54% de mujeres) y está en desacuerdo el 19,46% de ellos (19,83% de hombres y 18,46% de mujeres).

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

De manera global, el 53,83% de los médicos están de acuerdo con que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional (60,06% de hombres y 49,10% de mujeres) y

el 46,17% están en desacuerdo (39,94% de hombres y 50,90% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son los hombres quienes están más de acuerdo con esta afirmación, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR, en los activos y de manera global. Es decir, las mujeres tienden a opinar que ambos problemas tienen un impacto similar.

Los MIR son el único grupo en el que el porcentaje que está en desacuerdo es mayor (65,83%: 57,73% de hombres y 68,82% de mujeres) que el que está de acuerdo (34,17%: 42,27% de hombres y 31,18% de mujeres). Con la edad avanza el porcentaje de médicos que están de acuerdo. Así, están de acuerdo el 53,39% de los médicos en activo (58,52% de hombres y 49,88% de mujeres) y están en desacuerdo el 46,61% de ellos (41,48% de hombres y 50,12% de mujeres). De los jubilados, la mayoría están de acuerdo (71,64%:71,10% de hombres 73,08% de mujeres) y el 28,36% está en desacuerdo (28,90% de hombres y 26,92% de mujeres).

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? Sí/NO

El 45,31% (38,48% de hombres y 50,49% de mujeres) de los médicos reconoce que su actividad profesional ha afectado en sus problemas de salud. Si lo analizamos por edad, supone el 48,06% de los MIR (42,27% de hombres y 50,19% de mujeres), el 47,59% de los activos (41,41% de hombres y 51,82% de mujeres) y el 26,92% de los jubilados (25,78% de hombres y 30,00% de mujeres). Como observamos, conforme avanzamos en edad, la percepción de la afectación de la actividad profesional en la salud va disminuyendo.

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

Tabla 17: Distribución de la p 19 ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación “Los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional”? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
En desacuerdo	742	1.247	1.989	584	1.031	1.615	56	181	137	102	35	137
	39,94%	50,90%	46,17%	41,48%	50,12%	46,61%	57,73%	68,82%	65,83%	28,90%	26,92%	28,36%
De acuerdo	1.116	1.203	2.319	824	1.923	1.850	41	82	123	251	105	346
	60,06%	49,10%	53,83%	58,52%	49,87%	53,39%	42,27%	31,18%	34,17%	71,10%	73,07%	71,64%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,374			0,543			0,231					

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 18: Distribución de la p 20. ¿Cree usted que alguno de los problemas de salud que ha tenido a lo largo de su vida fue consecuencia o empeoró debido a su actividad profesional? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1.143	1.213	2.356	825	991	1.816	56	131	187	262	91	353
	61,52%	49,51%	54,69%	58,59%	48,18%	52,41%	57,73%	49,81%	51,94%	74,22%	70,00%	73,08%
Sí	715	1.237	1.952	583	1.066	1.649	41	132	173	91	39	130
	38,48%	50,49%	45,31%	41,41%	51,82%	47,59%	42,27%	50,19%	48,06%	25,78%	30,00%	26,92%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,0001			0,182			0,354		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

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

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

Impacto de un error medico

Ha influido al 20,29% de los médicos (20,14% de los hombres y 20,37% de las mujeres), y en ninguna franja de edad hay diferencias estadísticamente significativas por género.

La tendencia que presentan los grupos es a que influya menos conforme se avanza en edad y en experiencia. Así, en los MIR es del 24,28% (21,95% en hombres y 25% en mujeres), en activos del 20,19% (20,41% en hombres y 20,08% en mujeres), hasta llegar a los jubilados, en los que solo ha afectado al 16,15% (17,58% de hombres y 12,82% de mujeres).

Sobrecarga asistencial

La sobrecarga asistencial es, sin duda, uno de los motivos que más ha afectado a la salud de los médicos (89,65%, 87,27% de hombres y 91,03% de mujeres). De manera global y en el grupo de los MIR, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más prevalente en el grupo de las mujeres.

La sobrecarga asistencial afecta al 89,60% de los MIR (78,05% de hombres y 93,18% de mujeres), al 90,18% de los activos (88,68% de los hombres y 90,99% de las mujeres) y al 83,08% de los jubilados (82,42% de hombres y 84,62% de mujeres).

Tabla 19: Distribución de la p 21. ¿Por qué motivo principal alguno de sus problemas de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional? por sexo y etapa profesional

Muestra global	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	144 (20,14%)	252 (20,37%)	396 (20,29%)	0,902
Sobrecarga asistencial	624 (87,27%)	1.126 (91,03%)	1.750 (89,65%)	0,009
Nivel de responsabilidad	498 (69,65%)	849 (68,63%)	1.347 (69,01%)	0,64
Otro motivo	1269 (68,30%)	1.519 (62%)	2.788 (64,72%)	0,00
Activos	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	119 (20,41%)	214 (20,08%)	333 (20,19%)	0,871
Sobrecarga asistencial	517 (88,68%)	970 (90,99%)	1.487 (90,18%)	0,131
Nivel de responsabilidad	407 (69,81%)	746 (69,98%)	1.153 (69,92%)	0,943
Otro motivo	924 (65,63%)	1.267 (61,59%)	2.191 (63,23%)	0,016
Mir	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	9 (21,95%)	33 (25,00%)	42 (24,28%)	0,691
Sobrecarga asistencial	32 (78,05%)	123 (93,18%)	155 (89,60%)	0,006
Nivel de responsabilidad	23 (56,10%)	76 (57,58%)	99 (57,23%)	0,867
Otro motivo	34 (35,00%)	114 (43,33%)	148 (41,11%)	0,156
Jubilados	Hombre	Mujer	Total	P* valor
Impacto de un error médico	16 (17,58%)	5 (12,82%)	21 (16,15%)	0,499
Sobrecarga asistencial	75 (82,42%)	33 (84,62%)	108 (83,08%)	0,759
Nivel de responsabilidad	68 (74,73%)	27 (69,23%)	95 (73,08%)	0,517
Otro motivo	71 (20,11%)	27 (20,77%)	98 (20,29%)	0,874

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Nivel de responsabilidad

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

Globalmente, ha afectado al 69,01% de los médicos (69,65% de hombres y 68,63% de mujeres). En los MIR, al 57,23% (56,10% en hombres y 57,58% e mujeres), asciende a los 69,92% en activos (69,81% en hombres y 69,98% en mujeres), hasta alcanzar el máximo en los jubilados, el 73,08% (74,73% de hombres y 69,23% de mujeres).

Otros motivos

Si algún médico ha considerado que algún problema de salud ha sido consecuencia o ha empeorado debido a su actividad profesional por algún motivo que no se menciona en la pregunta, ha podido escribir lo que considerase conveniente. Se han recogido respuestas de 120 hombres (6,46%) y 260 mujeres (10,61%) que han sido analizadas de manera cualitativa, según lo descrito en material y métodos.

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

a) Problemas médicos

Un 3,85% de los médicos (3,28% de hombres y 4,29% de mujeres) considera que su salud ha empeorado por problemas médicos, relacionados directa o indirectamente con el trabajo. Destacan los problemas derivados de pasar muchas horas de pie en quirófano (postura quirúrgica, dolores musculares y varices) y la exposición a gérmenes (tanto infecciones respiratorias banales por contacto con pacientes como otras enfermedades graves como VHC o tuberculosis). Otros son la exigencia física de ir a domicilios, problemas postu-

rales o cefaleas (especialmente migrañas) desencadenadas por los turnos en el trabajo. También aquí se han englobado la ansiedad y la depresión producidas durante la carrera y por entrar en la especialidad deseada así como el nivel formativo requerido.

b) Estrés

El estrés ha supuesto un gran causante de problemas médicos, para el 1,81% de los encuestados (1,18% de hombres y 2,29% de mujeres). En este grupo destacan la sobrecarga laboral y la presión asistencial, así como la inestabilidad laboral. También aparecen con frecuencia el insomnio por el estrés, el burn out, los empleos de mala calidad, la precariedad laboral y la falta de sustitución por las bajas laborales. Llama la atención el estrés relacionado con la formación: varios médicos no se sienten suficientemente cualificados al empezar y consideran que el nivel de responsabilidad exigido es demasiado, y otros se quejan de la presión en la formación constante/preparación de oposiciones.

c) Problemas con el equipo

Un 1,74% de los médicos (0,91% de hombres y 2,37% de mujeres) ha tenido problemas con sus compañeros, con alguien del servicio, jefe, dirección o con la empresa. Además de relaciones complicadas dentro del equipo por diversos motivos (mal ambiente, mala organización del trabajo, presión o falta de apoyos desde gerencia, abuso de autoridad y presión por parte de superiores) destacan varios casos de acoso laboral.

d) Instalaciones

Este grupo hace referencia a las instalaciones relacionadas con el lugar de trabajo: consultas en mal estado por su antigüedad y falta de mantenimiento/limpieza (mobiliario, climatización...), uso excesivo de ordenador, puesto de trabajo lejano al lugar de residencia o necesi-

dad de acudir a domicilios que suponen largos desplazamientos en coche. Este problema afecta al 0,65% de los médicos (0,59% de hombres y 0,69% de mujeres).

e) Problemas familiares y personales

Son problemas personales, de pareja y familiares. Destacan la sobrecarga por cuidar a algún familiar y, en el caso de varias mujeres, la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral. Afecta al 0,53% de los médicos, especialmente a las mujeres (0,05% de hombres y 0,90% de mujeres).

f) Pacientes

Si bien la relación médico paciente suele ser positiva, para el 0,19% de los médicos (0,22% de hombres y 0,16% de mujeres) ha resultado en algo negativo, principalmente por la falta de respeto por parte de los pacientes, reclamaciones e incluso denuncias.

g) Otros

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

Si lo analizamos por categorías profesionales, observamos que a los MIR les afecta mucho los problemas médicos (3,33%: 4,12% de hombres y 3,04% de mujeres) y el estrés (2,22%: 2,06% de hombres y 2,28% de mujeres). En los activos, también son los problemas médicos el factor más influyente (3,90%: 3,05% de hombres 4,52% de mujeres) y problemas con el resto del equipo (1,91%: 0,93% de hombres y 2,63% de mujeres). Por último, al 3,92% de los jubilados les influyen temas médi-

cos (4,35% en hombres y 3,08% en mujeres) y al 1,32% el estrés (1,58% de hombres y 0,77% de mujeres).

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

El 69,38% de los médicos, 73,14% de hombres y 66,53% de mujeres, ha estado de baja laboral oficial en algún momento de su ejercicio profesional (excluyendo la baja por maternidad o paternidad). Excepto en el grupo de los ju-

bilados, en todos los grupos es mayor el porcentaje en hombres que en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en activos y en el global.

En los MIR es donde encontramos, con una gran diferencia, el menor número de bajas (27,22%, 28,87% en hombres y 26,62% en mujeres). En los activos, este porcentaje asciende al 71,46% (73,30% en hombres y 70,20% en mujeres). La cifra más alta está en los jubilados: el 85,92% ha cogido la baja en algún momento (84,70% en hombres y 89,23% en mujeres).

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

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

Tabla 20: Distribución de la p 22. ¿Ha estado de baja laboral oficial alguna vez en su vida? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	499 26,86%	820 33,47%	1.319 30,62%	376 26,70%	613 29,80%	989 28,54%	69 71,13%	193 73,38%	262 72,78%	54 15,30%	14 10,77%	68 14,08%
Sí	1.359 73,14%	1.630 66,53%	2.989 69,38%	1.032 73,30%	1.444 70,20%	2.476 71,46%	28 28,87%	70 26,62%	98 27,22%	299 84,70%	116 89,23%	415 85,92%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,002			0,047			0,67			0,204		

Tabla 21: Distribución de la p 23: semanas que aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	N	Semanas	D.t.	N	Semanas	D.t.	N	Semanas	D.t.	N	Semanas	D.t.
Hombre	1.462	15,4	28,65	1111	13,94	25,73	41	15,15	43,46	310	20,65	34,99
Mujer	1.794	17,42	34,85	1585	17,38	35,66	87	7,45	14,57	122	25,05	32,65
Total	3.256	16,51	32,222	2.696	15,96	31,98	128	9,91	27,42	432	21,89	34,37
P valor*	0,9264			0,303			0,023			0,07		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

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

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?

La mayoría de los médicos acude a trabajar con problemas de salud por los que hubieran dado la baja a un paciente (89,37%: 88,16% de hombres y 90,29% de mujeres) y el 10,63% no suelen acudir a trabajar estando enfermos (11,84% de hombres y 9,71% de mujeres). Excepto en el grupo de los MIR, son las mujeres quienes más acuden a trabajar estando enfermas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos.

Los MIR son quienes menos acuden a trabajar estando enfermos (68,33%:69,07% de hombres y 68,06% de mujeres), se quedan en casa el 31,67% (30,93% de hombres y 31,94% de mujeres). De los activos, acuden a trabajar estando enfermos el 91,37% (83,06% de hombres y 92,95% de mujeres) y no acuden el 8,63% (10,94% de hombres y 7,05% de mujeres). De los jubilados, acuden el 90,68% (89,80% de hombres y 93,08% de mujeres) y no acuden el 9,32% (10,20% de hombres y 6,92% de mujeres).

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

La mayoría de las veces en las que los médicos han acudido a trabajar estando enfermos ha sido para no sobrecargar a sus compañeros (53,97%: 48,35% de hombres y 58,14% de mujeres). Este es un motivo más frecuente en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros. El otro gran motivo, ha sido por responsabilidad hacia sus pa-

cientes (38,03%: 44,63% de hombres y 33,14% de mujeres). Este es un motivo más frecuente entre hombres y también encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre géneros. Para el 4,23%, su motivo ha sido por mantener el nivel de ingresos (5,01% de hombres y 3,66% de mujeres). Por último, para el 3,77% ha sido por miedo a perder el trabajo (2,01% de hombres y 5,06% de mujeres), siendo más frecuente en mujeres con una diferencia estadísticamente significativa.

En los MIR, en los que no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre sexos, vemos que las respuestas son muy parecidas a las del global. La mayoría, el 65,04%, no quiere sobrecargar a sus compañeros (70,15% de hombres y 63,13% de mujeres). También es importante la responsabilidad hacia sus pacientes (25,61%: 23,88% de hombres y 26,26% de mujeres). El 4,88% acude por temas económicos (4,88%: 5,97% de hombres y 4,47% de mujeres), y el 4,47% acude por miedo a perder su trabajo (solo representado por mujeres, el 6,15% de ellas).

Tabla 22: Distribución de la p 24: semanas que aproximadamente ha faltado al trabajo por problemas de salud (con o sin baja) a lo largo de su vida profesional por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, Pocas veces	220 11,84%	238 9,71%	458 10,63%	154 10,94%	145 7,05%	299 8,63%	30 30,93%	84 31,94%	114 31,67%	36 10,20%	9 6,92%	45 9,32%
Varias veces, bastante, siempre	1.638 88,16%	2.212 90,29%	3.850 89,37%	1.254 89,06%	1.912 92,95%	3.166 91,37%	67 69,07%	179 68,06%	246 68,33%	317 89,80%	121 93,08%	438 90,68%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,025			0,000			0,855			0,272		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

En cuanto a los activos, el 54,96% no quiere sobrecargar a sus compañeros (48,96% de hombres y 58,89% de mujeres), un 36,54% lo hace por sus pacientes (43,14% de hombres y 32,22% de mujeres) y el 4,42% por un tema económico (5,50% de hombres y 3,71% de mujeres). Solo el 4,07% acude por miedo a perder su trabajo (2,39% de hombres y 5,18% de mujeres).

En los jubilados tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. En este caso, el motivo fundamental es la responsabilidad hacia sus pacientes (55,71%: 54,89% de hombres y 57,85% de mujeres), quedando en un segundo plano el hecho de no sobrecargar a sus compañeros (40,64%: 41,32% de hombres y 38,84% de mujeres). En tercer lugar, es por un tema económico (2,51%: 2,84% de hombres y 1,65% de mujeres) y en un 1,14% por miedo a perder el trabajo (0,95% de hombres y 1,65% de mujeres).

Otros motivos

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

Se han obtenido 1029 respuestas, 396 de hombres (21,35% del total de médicos hombre) y 634 de mujeres (25,88% del total de médicos mujeres).

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

a) Compañeros

Un 6,59% de médicos (6,19% de hombres y 6,90% de mujeres) acuden a trabajar estando enfermos por

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

b) Pacientes

Un 5,57% de los médicos (3,55% de hombres y 5,35% de mujeres) acuden a trabajar por responsa-

Tabla 23: Distribución de la p 25: Razón principal por la que ha acudido a trabajar estando enfermo por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Mantener ingresos	82 5,01%	81 3,66%	163 4,23%	69 5,50%	71 3,71%	140 4,42%	4 5,97	8 4,47%	12 4,88%	9 2,84%	2 1,65%	11 2,51%
No sobrecargar los compañeros	792 48,35%	1.286 58,14%	2.078 53,97%	614 48,96%	1.126 58,89%	1.740 54,96%	47 70,15%	113 63,13%	160 65,04%	131 41,32%	47 38,84%	178 40,64%
Miedo a perder el trabajo	33 2,01%	112 5,06%	145 3,77%	30 2,39%	99 5,18%	129 4,07%	0 0%	11 6,15%	11 4,47%	3 0,95%	2 1,65%	5 1,14%
Responsabilidad hacia los pacientes	731 44,63%	733 33,14%	1.464 38,03%	541 43,14%	616 32,22%	1.157 36,54%	16 23,88%	47 26,26%	63 25,61%	174 54,89%	70 57,85%	244 55,71%
Total	1.638	2.212	3.850	1.254	1.912	3.166	67	179	246	317	121	438
P valor*	0,000			0,000			0,186			0,766		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

bilidad y compromiso con sus pacientes. Muchos de ellos son los únicos que realizan una tarea asistencial específica, por lo que si no acuden a trabajar se anulan sus consultas y sus pacientes no serán vistos. Además, destaca el caso de varios médicos que trabajan en la sanidad privada, que indican que acudieron a trabajar por miedo a perder a sus pacientes.

c) Responsabilidad

Con este término englobamos el sentido de la responsabilidad y el compromiso personal relacionado con el trabajo, así como la auto exigencia y el amor por el trabajo. Algunas personas escriben que se sienten mal (en el sentido de culpabilidad) si faltan a trabajar y que prefieren acudir al trabajo a quedarse en casa. Hay otros que tienen responsabilidades profesionales indelegables o no asistenciales. Destaca el caso de varios MIR, que acuden por no perder tiempo de formación. Este es el caso del 3,04% de los médicos (3,12% de hombres y 2,98% de mujeres).

d) Personal

El 2,30% de los médicos (1,51% de hombres y 2,90% de mujeres) acuden por motivos personales, siendo el más frecuente la sobrecarga de la agenda cuando vuelvan al trabajo ya que no los sustituyen.

e) Otros

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

f) Económico

Un 1,39% de médicos (1,67% de hombres y 1,18% de mujeres) ha acudido a trabajar para mantener el nivel de ingresos. En este grupo destacan los que trabajan en la sanidad privada, para quienes no acudir a trabajar supone una disminución de sus ingresos y seguir pagando los gastos fijos de consulta. También los que realizan guardias, ya que sin este suplemento no llegan a unos ingresos mínimos, y durante los primeros años profesionales, en los que se cobra menos.

g) Miedo a perder el trabajo

El 1,32% de los médicos (0,91% de hombres y 1,63% de mujeres) han acudido a trabajar estando enfermos por miedo a perder su trabajo, por miedo a que no les renueven o miedo a represalias (por tutores de médicos en formación, de jefes o de la administración). En este grupo se han incluido los que han escrito como causa la inestabilidad laboral y los contratos temporales.

h) Levedad

El 1,04% de los médicos (1,08% de hombres y 1,02% de mujeres) han acudido a trabajar porque han considerado que sus dolencias no eran tan graves como para coger la baja o por ser dolencias compatibles con el trabajo.

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

- Jefe: no decepcionar a los jefes, por exigencias de dirección (como “necesidades del servicio”), no dar una mala imagen ante los superiores, incomodidad de solicitar la baja

- Minimización: algunos médicos minimizan las enfermedades o tienen una falsa percepción de poder con todo/levedad de la patología.
- Baja: por dificultades para coger la baja, principalmente justificar el problema para pedirla o que un médico no lo considere motivo de baja
- Ocultar problema: algunos médicos no han querido mostrar que estaban mal, o no querían que sus compañeros se enterasen de que tenía alguna enfermedad. Algunas veces se ha ocultado para no dar sensación de debilidad o fragilidad.
- Guardia: las guardias suponen un problema a la hora de conseguir un suplente.
- Acoso laboral: es el caso de varias mujeres que denuncian acoso laboral o discriminación.
- En el caso de los MIR, las razones más importantes son los compañeros (4,17%: 6,19% de hombres y 3,42% de mujeres) y la responsabilidad (2,50%: 2,06% de hombres y 2,66% de mujeres). Para los médicos en activo, las razones más importantes son los compañeros (6,56%: 5,64% de hombres y 7,24% de mujeres) y los pacientes (4,77%: 3,45% de hombres y 5,74% de mujeres). Por último, para los jubilados, son importantes los compañeros (9,41%: 9,49% de hombres y 8,46% de mujeres) y la responsabilidad (5,22%: 5,14% de hombres y 5,38%).

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

En cuanto a la actitud que toman los médicos cuando se sienten indispuertos por algún problema de salud leve,

no encontramos en ningún caso diferencia estadísticamente significativa entre géneros.

La gran mayoría de ellos, el 94,71% de los médicos (94,29% en hombres y 95,02% en mujeres) recurre a la auto prescripción y a la automedicación. La tendencia en los grupos de distinta edad es muy similar. En los MIR es del 93,33% (92,78% en hombres y 93,54% en mujeres), en los activos es del 95,35% (94,96% en hombres y 95,62% en mujeres) y en los jubilados es del 91,10% (92,07% en hombres y 88,46% en mujeres).

Aunque las mujeres tienen un porcentaje ligeramente mayor de automedicación respecto a los hombres

(excepto en el grupo de los jubilados), no hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

La segunda actitud por orden de frecuencia, aunque proporcionalmente mucho menor que la automedicación, es la de buscar el consejo informal de un colega. En este caso, son los hombres los que tienen una mayor tendencia a recurrir a esta solución, excepto en el grupo de los jubilados, si bien no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros. De manera global, supone el 3,11% de los casos (3,50% en hombres y 2,82% en mujeres). Si lo analizamos por edades, vemos que esta actuación la lleva a cabo el 4,17% de los MIR (5,15% en hombres y 3,80% en mu-

jes), el 2,91% de los activos (3,48% en hombres y 2,53% en mujeres) y el 3,73% de los jubilados (3,12% en hombres y 5,38% en mujeres).

En tercer lugar, aunque en una proporción baja (1,28%:1,08% en hombres y 1,43% en mujeres), los médicos consultan a su médico de Atención Primaria. En los MIR, son los hombres los que consultan más, y en el resto de las edades, son las mujeres las que más recurren a su médico. Esta solución es la que emplean el 1,67% de los MIR (2,06% en hombres y 1,52% en mujeres, el 1,1% de los activos (0,85% en hombres y 1,26% en mujeres) y el 2,28% de los jubilados (1,70% en hombres y 3,85% en mujeres).

Tabla 24: Distribución de la p 26. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud leve (ej. cuadro catarral, diarrea, cefalea, torsión articular...), ¿qué hace en primer lugar? Por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Mutua de trabajo	0 0%	1 0,04%	1 0,02%	0 0%	1 0,05%	1 0,03%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Mi médico de familia	20 1,08%	35 1,43%	55 1,28%	12 0,85%	26 1,26%	38 1,10%	2 2,06%	4 1,52%	6 1,67%	6 1,70%	5 3,65%	11 2,28%
Mutua o seguro privado	8 0,43%	5 0,20%	13 0,30%	5 0,36%	4 0,19%	9 0,26%	0 0	0 0	0 0	3 0,85%	1 0,77%	4 0,83%
Consulta formal a un colega	13 0,70%	12 0,49%	25 0,58%	5 0,36%	7 0,34%	12 0,35%	0 0	3 1,14%	3 0,83%	8 2,27%	2 1,54%	10 2,07%
Consejo informal	65 3,50%	69 2,82%	134 3,11%	49 3,48%	52 2,53%	101 2,91%	5 5,15%	10 3,60%	15 4,17%	11 3,12%	7 5,38%	18 3,73%
Me automedico	1.752 94,29%	2.328 95,02%	4.080 94,71%	1.337 94,96%	1.967 95,62%	3.304 95,05%	90 92,78%	246 93,54%	336 93,33%	325 92,07%	115 88,46%	440 91,10%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,378			0,391			0,861			0,061		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

En cuarto lugar, los médicos recurren a la consulta formal a un compañero, en un 0,58% (0,70% en hombres y 0,49% en mujeres). Esto supone un 0,83% de los MIR (1,14% de mujeres), un 0,35% de los activos (0,36% en hombres y 0,34% en mujeres). La tasa más alta es en jubilados, con un 2,07% (2,27% en hombres y 1,54% en mujeres).

En quinto lugar, acudir a una mutua o seguro privado es la solución que toman el 0,30% de los médicos (0,43% en hombres y 0,20% en mujeres). Solo recurren a ella los activos (0,26%:0,36% en hombres y 0,19% en mujeres) y los jubilados (0,83%: 0,85% en hombres y 0,77% en mujeres).

Por último, y con solo el 0,02% de los médicos (representado únicamente por mujeres, el 0,04%, siendo todas del grupo de los activos), otra opción ante enfermedades leves es acudir a la mutua de trabajo.

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, ¿actuaría de otro modo? (en caso de no actuar de manera diferente, señala la misma opción que en la pregunta 26)

Cuando el proceso no es leve, la actitud de los médicos cambia. Al contrario que en el caso anterior, aquí sí

encontramos diferencias estadísticamente significativas en la actuación de hombres y mujeres, tanto de manera global como en activos y jubilados.

La mayoría de ellos acude a la consulta de un compañero, ya sea de manera formal, el 32,75% (35,68% de hombres y 30,53% de mujeres), o informal, el 30,66% (31,11% de hombres y 30,33% de mujeres). Los MIR son el único grupo que busca más el consejo informal (40,56%: 37,11% de hombres y 41,83% de mujeres) que el formal (19,72%: 20,62% de hombres y 19,39% de mujeres). Por su parte, los activos, prefieren acudir formalmente a un compañero (32,15%: 33,03% de hombres y 31,55% de mujeres) y en segundo lugar

Tabla 25: Distribución de la p 27. Cuando se siente indispuerto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
Mutua de trabajo	4 0,22%	3 0,12%	7 0,16%	0,678	2 0,14%	2 0,10%	4 0,12%	0,703	1 1,03%	1 0,38%	2 0,56%	0,461	1 0,28%	0 0%	1 0,21%	0,544
Mi médico de familia	366 19,70%	670 27,35%	1036 24,05%	0,0001	283 20,10%	562 27,32%	845 24,39%	0,0001	29 29,90%	73 27,76%	102 28,33%	0,689	54 15,30%	35 26,92%	89 18,43%	0,003
Mutua o seguro privado	107 5,76%	147 6,00%	254 5,90%	0,901	88 6,25%	127 6,17%	215 6,20%	0,927	2 2,06%	11 4,18%	13 3,61%	0,339	17 4,82%	9 6,92%	26 5,38%	0,363
Consulta formal a un colega	663 35,68%	748 30,53%	1411 32,75%	0,231	465 33,03%	649 31,55%	1114 32,15%	0,361	20 20,62%	51 19,39%	71 19,72%	0,795	178 50,42%	48 36,92%	226 46,79%	0,008
Consejo informal	578 31,11%	743 30,33%	1321 30,66%	0,023	456 32,39%	597 29,02%	1053 30,39%	0,034	36 37,11%	110 41,83%	146 40,56%	0,419	86 24,36%	36 27,69%	122 25,26%	0,455
Me automedico	140 7,53%	139 5,67%	279 6,48%	0,87	114 8,10%	120 5,83%	234 6,75%	0,009	9 9,28%	17 6,46%	26 7,22%	0,360	17 4,82%	2 1,54%	19 3,93%	0,100
Total	1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

el consejo informal (30,39%: 32,39% de hombres y 29,02% de mujeres). De los activos, los hombres buscan el consejo informal más que las mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. De los jubilados, casi la mitad, el 46,79%, acude a un colega de manera formal, habiendo una diferencia estadísticamente significativa entre sexos (50,42% de hombres y 36,92% de mujeres) y solo el 25,26% acude de manera informal (24,36% de hombres y 27,69% de mujeres). Para ver si esta tendencia se mantiene conforme aumenta la edad, observamos la evolución de los activos según grupos de edad, y confirmamos que, con diferencias estadísticamente significativas entre grupo de edad, la tendencia es a acudir más a consultas formales (22,35% en menores de 40 años, 29,65% entre 40 y 55 años y 40,49% entre 55 y 65 años), así como acudir menos a consultas informales (39,39% en menores de 40 años, 31,33% entre 40 y 55 años y 24,13% entre 55 y 65 años).

De manera global, la tercera opción más frecuente es la de acudir al Médico de Familia: 24,05% (19,70% de hombres y 27,35% de mujeres). Para los MIR es la

segunda vía más utilizada después de buscar el consejo informal, siendo la opción del 28,33% de ellos, con porcentajes muy similares entre sexos (29,90% de hombres y 27,76% de mujeres). Por otro lado, tanto en activos como en jubilados encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo esta actitud más frecuente en mujeres. Así, en activos es del 24,39% (20,10% de hombres y 27,32% de mujeres) y en jubilados es del 18,43% (15,30% de hombres y 26,92% de mujeres). Vemos pues la tendencia de acudir menos al Médico de Familia conforme aumenta la edad de los médicos, especialmente en los hombres. Esta tendencia, se corrobora con los datos por edades en los activos, ya que en los menores de 40 años acuden el 28,50%, entre los 40 y los 55 años acude el 25,24%, y entre los 55 y los 65 el 20,84%, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

La cuarta opción, que era la más frecuente en procesos banales, es la automedicación, alternativa por la que optan el 6,48% (7,53% de hombres y 5,67% de mujeres). Es más frecuente en hombres, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los acti-

vos y de manera global. Supone el 7,22% de los MIR (9,28% de hombres y 6,46% de mujeres), el 6,75% de los activos (8,10% de hombres y 5,83% de mujeres) y el 3,93% de los jubilados (4,82% de hombres y 1,54% de mujeres).

La quinta opción (5,90%) es la de acudir a una mutua o seguro privado (5,76% de hombres y 6% de mujeres). Si bien es más frecuente entre mujeres, no hay diferencias estadísticamente significativas por género. En los MIR es del 3,61% (2,06% de hombres y 4,18% de mujeres), en los activos del 6,20% (6,25% de hombres y 6,17% de mujeres) y en los jubilados el 5,38% (4,82% de hombres y 6,92% de mujeres).

Finalmente, la opción menos utilizada es la de acudir a la mutua laboral (0,16%: 0,22% de hombres y 0,12% de mujeres), donde no hay diferencias estadísticamente significativas por género. En los MIR es el 0,56% (1,03% de hombres y 0,38% de mujeres), en los activos es el 0,12% (0,14% de hombres y 0,10% de mujeres) y en los jubilados el 0,21%, representado únicamente por los varones, con un 0,28%.

Tabla 26: Distribución de la p 28. ¿Se vacuna contra la gripe? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	841 45,26%	1172 47,84%	2.013 46,73%	665 47,23%	985 47,89%	1.65 47,62%	49 50,52%	151 57,41%	200 55,56%	127 35,98%	36 27,69%	163 33,75%
Sí	1.017 54,74%	1.278 52,16%	2.295 53,27%	743 52,77%	1.072 52,11%	1.815 52,38%	48 49,48%	112 42,59%	160 44,44%	226 64,02%	94 72,31%	320 66,25%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,136			0,763			0,04			0,291		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 28. ¿Se vacuna contra la gripe?

En torno a la mitad de los médicos, el 53,27% (54,74% de hombres y 52,16% de mujeres), se suelen vacunar cada año de la gripe (bastantes veces o siempre), y el 46,73% (45,26% de hombres y 47,84% de mujeres) no suelen hacerlo (pocas veces o nunca). Excepto en el grupo de los jubilados, son los hombres quienes tienen tendencia a vacunarse más frecuentemente, si bien en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En los MIR suelen vacunarse menos de la mitad (44,44%: 49,48% de hombres y 42,59% de mujeres). Conforme avanzamos en edad, va aumentando la tendencia a la vacunación. Así, en los activos es del 52,38% (52,77% de hombres y 52,11% de mujeres). La cifra más alta es de los jubilados ya que se vacunan el 66,25%, único grupo en el que es más frecuente en mujeres (72,31%) que en hombres (64,02%).

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

Menos de la mitad de los médicos, el 44,5% (40,37% de hombres y 47,63% de mujeres), suele acudir a los reconocimientos de salud laboral en su centro de trabajo (bastantes veces o siempre), el 55,5% (59,63% de hombres y 52,37% de mujeres) no acostumbra a ir (pocas veces o nunca). En general, las mujeres suelen acudir más a los reconocimientos de salud (excepto en el grupo de los MIR, en el que es más frecuente que acudan los hombres) habiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el global y en el grupo de los activos.

Los MIR son quienes más frecuentemente acuden a los reconocimientos de salud, el 66,67%, y es el único grupo en el que es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres (70,10% de hombres y 65,40% de mujeres). No suelen acudir el 33,33% (29,90% de hombres y 34,60% de mujeres).

En cuanto a los médicos en activo, suelen acudir el 42,31% (38,07% de hombres y 45,21% de mujeres) y no

acuden el 57,69% (61,93% de hombres y 54,79% de mujeres). Las cifras en los jubilados son muy similares: suelen hacerse el reconocimiento médico en salud laboral el 43,69% (41,36% de hombres y 50% de mujeres) y no suelen acudir el 56,31% (58,64% de hombres y 50% de mujeres).

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

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

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

Tabla 27: Distribución de la p 29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, alguna vez	1.108	1.283	2.391	872	1.127	1.999	29	91	120	207	65	272
	59,63%	52,37%	55,50%	61,93%	54,79%	57,69%	29,90%	34,60%	33,33%	58,64%	50%	56,31%
A menudo, muy a menudo, siempre	750	1.167	1.917	536	930	1.466	68	172	240	146	65	211
	40,37%	47,63%	44,50%	38,07%	45,21%	42,31%	70,10%	65,40%	66,67%	41,36%	50%	43,69%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,0001			0,435			0,1001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 28: Distribución de la p 30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana

	Sexo	Participantes	Media años trabajados	D. t.	P valor
Activos	Hombre	1.334	5,95 hs	4,51	0,0001
	Mujer	1.878	4,76 hs	3,28	
	Total	3.212	5,26 hs	3,88	
MIR	Hombre	90	5,89 hs	4,09	0,0026
	Mujer	248	4,85 hs	3,45	
	Total	338	5,13 hs	3,66	
Jubilados	Hombre	334	7,97 hs	5,20	0,3435
	Mujer	122	7,88 hs	5,71	
	Total	456	7,95 hs	5,33	
Total	Hombre	1.758	6,33 hs	4,69	0,0001
	Mujer	2.248	4,94 hs	3,54	
	Total	4.006	5,55 hs	4,14	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 31. ¿Fuma usted actualmente?

La mayoría de médicos, el 88,90% (87,14% de hombres y 88,90% de mujeres), no fuma actualmente (independientemente de si fumaron o no en el pasado) y fuman a diario u ocasionalmente el 11,86% (12,86% de hombres y 11,10% de mujeres).

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

Los MIR, los menos fumadores, fuman el 7.5% (6,19% de hombres y 7,98% de mujeres) y no fuman el 92.5% (93,81% de hombres y 92,02% de mujeres). De los activos fuman el 12,12% (12,64% de hombres y 11,76% de mujeres) y no fuman el 87,88% (87,36% de hombres y 88,24% de mujeres).

Tabla 29: Distribución de la p 31. ¿Fuma usted actualmente? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No fuma	1.619	2.178	3.797	1.230	1.815	3.045	91	242	333	298	121	419
	87,14%	88,90%	88,14%	87,36%	88,24%	87,88%	93,81%	92,02%	92,50%	84,42%	93,08%	86,75%
Fuma	239	272	511	1.787	242	420	6	21	27	55	9	64
	12,86%	11,10%	11,86%	12,64%	11,76%	12,12%	6,19%	7,98%	7,50%	15,58%	6,92%	13,25%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,077			0,437			0,565			0,013		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

En los médicos jubilados, que es el grupo con mayor porcentaje de fumadores, el 13,25%, es significativamente mayor el número de fumadores hombres (15,58%) que mujeres (6,92%). No fuman el 86,75% (84,42% de hombres y 93,08% de mujeres).

Pregunta 32. Consumo de bebidas alcohólicas, cannabis o alguna otra sustancia adictiva como cocaína, anfetaminas, éxtasis o similar

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado los que consumen de manera ocasional o de manera habitual comparados con los que declaran que no consumen.

Alcohol

El consumo de alcohol en la población médica es elevado: el 27,92% lo consume de manera ocasional o habitual (33,96% de hombres y 23,35% de mujeres). En todos los grupos son los hombres quienes más alcohol

consumen, habiendo diferencias significativas en todos los grupos excepto en los MIR.

Los MIR son el grupo que más alcohol consume: casi la mitad de ellos (48,06%: 55,67% de hombres y 45,25% de mujeres). En los activos, consumen alcohol el 26,52% (34,59% de hombres y 21% de mujeres) y el 22,98% de los jubilados (25,50% de hombres y 16,15% de mujeres).

Cannabis

El 2,21% de los médicos consumen cannabis de manera ocasional o habitual (2,15% de hombres y 2,24% de mujeres). De manera global y en jubilados, son las mujeres quienes más consumen, y en los MIR y activos son los hombres, si bien en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son quienes más consumen (8,06%: 9,28% de hombres y 7,60% de mujeres). De los activos consumen el 1,73% (1,92% de hombres y 1,60% de mujeres)

y de los jubilados el 1,24% (1,13% de hombres y 1,54% de mujeres).

Otras sustancias adictivas (cocaína, anfetaminas, éxtasis o similar)

El 0,49% (0,70% de hombres y 0,33% de mujeres) de los médicos consumen algún tipo de droga como cocaína o anfetaminas de manera ocasional o habitual. Excepto en los jubilados, los hombres son quienes más drogas consumen, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el grupo de los MIR como en los activos.

Los MIR son quienes más drogas consumen (el 3,06%: 6,19% de hombres y 1,90% de mujeres). Los activos son quienes menos drogas consumen (0,23%: 0,43% de hombres y 0,10% de mujeres). Un 0,41% de los jubilados consumen drogas (0,28% de hombres y 0,77% de mujeres), siendo este grupo el único en el que es más frecuente el consumo en mujeres.

Tabla 30: Distribución de la p 32. ¿Durante los últimos 12 meses ha consumido alguna de las siguientes sustancias adictivas? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
Bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?	631 33,96%	572 23,35%	1203 27,92%	0,0001	487 0,795	432 21%	919 26,52%	0,0001	54 0,738	119 45,25%	173 48,06%	0,197	90 0,719	21 16,15%	111 22,98%	0,06
Algún tipo de cannabis?	40 2,15%	55 2,24%	95 2,21%	0,123	27 1,92%	33 1,60%	60 1,73%	0,099	9 9,28%	20 7,60%	29 8,06%	0,036	4 1,13%	2 1,54%	6 1,24%	0,759
Alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?	13 0,70%	8 0,33%	21 0,49%	0,87	6 0,43%	2 0,10%	8 0,23%	0,009	6 6,19%	5 1,90%	11 3,06%	0,360	1 0,28%	1 0,77%	2 0,41%	0,214

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe alguna de los siguientes fármacos: hipnótico sedantes y/o ansiolíticos, otros psicofármacos, antibióticos, analgésicos básicos, analgésicos opioides?

Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos

El 31,36% de los médicos (32,40% de hombres y 30,57% de mujeres) se prescribe hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos. Excepto en el grupo de los activos, es más frecuente en el grupo de los hombres, pero en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Los MIR son los que menos se autoprescriben (21,11%: 22,68% de hombres y 20,53% de mujeres). De los activos lo hacen el 31,17% (30,68% de hombres y 31,50% de mujeres). Por último, los jubilados son los que más hipnóticos se prescriben (40,37%: 41,93% de hombres y 36,15% de mujeres).

Otros psicofármacos

El 7,57% se prescriben otros psicofármacos (8,18% de hombres y 7,10% de mujeres). Esta situación suele darse más frecuentemente en los hombres (excepto en el grupo de los activos), pero en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Por categorías profesionales, la autoprescripción de psicofármacos es más baja en los jóvenes: 6,11% en los MIR (8,25% de hombres y 5,32% de mujeres) y 6,90% en los activos (6,75% de hombres y 7% de mujeres). El más alto se da en los jubilados (13,46%: 13,88% de hombres y 12,31% de mujeres).

Antibióticos

La autoprescripción de antibióticos es muy elevada en los médicos (70,75%), siendo de manera global más fre-

cuenta en hombres que en mujeres (73,20% de hombres y 68,90% de mujeres) habiendo diferencias estadísticamente significativas.

Los MIR son los que menos antibióticos se prescriben (46,11%), siendo más frecuente en mujeres que hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos (37,11% de hombres y 49,43% de mujeres). La auto-prescripción aumenta en los activos (71,28%: 72,51% de hombres y 70,44% de mujeres) y llega al máximo en los jubilados (85,30%: 85,84% de hombres y 83,85% de mujeres).

Analgésicos básicos

La mayoría de médicos, el 94,68% (93,43% de hombres y 95,63% de mujeres) se auto prescriben analgésicos básicos. Esta situación es más frecuente en las mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en el de los jubilados.

Tabla 31: Distribución de la p 33. ¿Con qué frecuencia se autoprescribe alguna de los siguientes fármacos? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos	602 32,40%	749 30,57%	1351 31,36%	0,012	432 30,68%	648 31,50%	1.080 31,17%	0,006	22 22,68%	54 20,53%	76 21,11%	0,317	148 41,93%	47 36,15%	195 40,37%	0,332
Psicofármacos	152 8,18%	174 7,10%	326 7,57%	0,013	95 6,75%	144 7%	239 6,90%	0,002	8 8,25%	14 5,32%	22 6,11%	0,262	49 13,88%	16 12,31%	65 13,46%	0,054
Antibióticos	1.360 73,20%	1.688 68,90%	3.048 70,75%	0,008	1.021 72,51%	1.449 70,44%	2.470 71,28%	0,162	36 37,11%	130 49,43%	166 46,11%	0,105	303 85,84%	109 83,85%	412 85,30%	0,742
Analgésicos básicos	1.736 93,43%	2.343 95,63%	4.079 94,68%	0,001	1.320 93,75%	1.971 95,82%	3.291 94,98%	0,001	85 87,63%	248 94,30%	333 92,50%	0,003	331 93,77%	124 95,38%	455 94,20%	0,249
Analgésicos opioides	121 6,51%	107 4,37%	228 5,29%	0,004	85 6,04%	84 4,08%	169 4,88%	0,011	2 2,06%	7 2,66%	9 2,50%	0,824	34 9,63%	16 12,31%	50 10,35%	0,403

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Se autoprescriben el 92,50% de los MIR (87,63% de hombres y 94,30% de mujeres), el 94,98% de los activos (93,75% de hombres y 95,82% de mujeres), y el 94,20% de los jubilados (93,77% de hombres y 95,38% de mujeres).

Analgésicos opioides

Un 5,29% de los médicos se prescriben analgésicos opioides (6,51% de hombres y 4,37% de mujeres). De manera global es mayor el porcentaje de hombres que se prescriben opioides.

La prescripción es más baja en los jóvenes: en los MIR es del 2,50% (2,06% de hombres y 2,66% de mujeres) y en los activos del 4,88% (6,04% de hombres y 4,08% de mujeres). La más alta es en los jubilados: 10,35% (9,63% de hombres y 12,31% de mujeres).

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)? SÍ/NO

Al preguntar a los médicos si alguna vez han estado hospitalizados, vemos que el 10,28% de ellos sí lo ha estado alguna vez (12,16% de hombres y 8,86% de mujeres). En todos los grupos, el porcentaje de hombres que han sido hospitalizados es mayor, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre géneros de manera global y en los jubilados.

Conforme aumentamos en edad, observamos que el número de hospitalizaciones también aumenta. Así, en los MIR es del 7,50% (9,28% de hombres y 6,84% de mujeres), en los activos es del 9,47% (10,30% de hombres y 8,90% de mujeres), y el porcentaje más alto es de los jubilados, un 18,22% (20,40% de hombres y 12,31% de mujeres).

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

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

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

De manera global, un 35,65% no conocen o no han acudido a su médico de Familia, siendo mayor el número de hombres (43,70%) que de mujeres (29,55%). De los

Tabla 32: Distribución de la p 34. ¿Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que permanecer en un hospital como paciente al menos durante una noche (¿excluyendo parto no complicado?) por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, alguna vez	1.632	2.233	3.865	1.263	1.874	3.137	88	245	333	281	114	395
	87,84%	91,14%	89,20%	89,70%	91,10%	90,53%	90,72%	93,16%	92,50%	79,60%	87,69%	81,78%
A menudo, muy a menudo, siempre	226	217	443	145	183	328	9	18	27	72	16	88
	12,16%	8,86%	10,28%	10,30%	8,90%	9,47%	9,28%	6,84%	7,50%	20,40%	12,31%	18,22%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,166			0,437			0,041		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

médicos que, si recurren, un 41,67% lo ha hecho menos de 3 veces (35,58% de hombres y 46,29% de mujeres) y un 22,68% más de 3 veces (20,72% de hombres y 24,16% de mujeres).

Del grupo de los MIR, un 25% no ha acudido nunca (34,02% de hombres y 21,67% de mujeres). De quienes sí lo han hecho, la mitad (50%) ha sido menos de tres veces (41,24% de hombres y 53,23% de mujeres) y un cuarto (25%) más de 3 veces (24,74% de hombres y 25,10% de mujeres).

Los activos son el grupo que menos acude al médico de Familia. De hecho, un 38,24% no ha acudido en los últimos años o no lo conoce (48,22% de hombres y 31,40% de mujeres). De los que sí han acudido, la mayoría, el 40,87%, ha sido menos de 3 veces (33,74% de hombres y 45,75% de mujeres) y el 20,89% ha sido más de 3 veces (18,04% de hombres y 22,85% de mujeres).

Los jubilados son el grupo que más acude al médico de Familia. Un 25,05% no acude nunca (28,33% de hombres y 16,15% de mujeres), un 41,20% ha acudido menos de 3 veces (41,36% de hombres y 40,77% de mujeres), y un 33,75% ha acudido más de 3 veces (30,31% de hombres y 43,08% de mujeres). En varios de los grupos focales con médicos que han tratado médicos, se ha comentado que los médicos que se jubilan y pierden el contacto con el hospital y con sus compañeros, pierden la opción de recurrir de manera formal o informal a la ayuda de sus colegas especialistas, por lo que hacen un mayor uso de la medicina de Atención Primaria.

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

El médico de familia del 13,04% de los médicos (13,51% de hombres y 12,69% de mujeres) es un conocido suyo: pareja, familiar o amigo cercano. El porcentaje entre am-

bos géneros es muy similar en todas las edades, no habiendo diferencias estadísticamente significativas.

Conforme aumentamos en edad, se hace más frecuencia que el médico de familia sea alguien cercano. Mientras que en los MIR es del 7% (5,49% de hombres y 7,54% de mujeres), en los activos del 13,08% (13,14% de hombres y 13,05% de mujeres) y en los jubilados asciende al 17,16% (17,10% de hombres y 17,32% de mujeres).

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

En cuanto a la atención médica recibida por el médico como paciente, el 41,30% de los médicos siente que ha recibido el mismo trato que el resto de los pacientes y que su condición de médico no ha influido en su atención. El resto opina que el hecho de ser médico

Tabla 33: Distribución de la p 35. ¿Cuántas veces ha acudido a su médico de familia en los 5 últimos años? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo conoce	812 43,70%	724 29,55%	1.536 35,65%	679 48,22%	646 31,40%	1.325 38,24%	33 34,02%	57 21,67%	90 25,00%	100 28,33%	21 16,15%	121 25,05%
De 1 a 3 veces	661 35,58%	1.134 46,29%	1.795 41,67%	475 33,74%	941 45,75%	1.416 40,87%	40 41,24%	140 53,23%	180 50,00%	146 41,36%	53 40,77%	199 41,20%
Más de 3 veces	385 20,72%	592 24,16%	977 22,68%	254 18,04%	470 22,85%	724 20,89%	24 24,74%	66 25,10%	90 25,00%	107 30,31%	56 43,08%	163 33,75%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,0001			0,041			0,006		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 34: Distribución de la p 36. ¿Es su médico de familia pareja, familiar cercano o amigo íntimo? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nunca, alguna vez	1.549	2.091	3.640	1.177	1.753	2.930	86	233	319	286	105	391
	86,49%	87,31%	86,96%	86,86%	86,95%	86,92%	94,51%	92,46%	93,00%	82,90%	82,68%	82,84%
A menudo, muy a menudo, siempre	242	304	546	178	263	441	5	19	24	59	22	81
	13,51%	12,69%	13,04%	13,14%	13,05%	13,08%	5,49%	7,54%	7,00%	17,10%	17,32%	17,16%
Total	1.791	2.395	4.186	1.355	2.016	3.371	91	252	343	345	127	472
P valor*	0,436			0,939			0,512			0,955		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 35: Distribución de la p 37. Como médico, ¿siente que la atención sanitaria que recibe actualmente es diferente a la de otros pacientes no médicos? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me ha afectado	744	1035	1779	552	873	1.425	38	107	145	154	55	209
	40,04%	42,24%	41,30%	39,20%	42,44%	41,13%	39,18%	40,68%	40,28%	43,63%	42,31%	43,27%
Si, me ha beneficiado	975	1118	2093	740	926	1.666	50	127	177	185	65	250
	52,48%	45,63%	48,58%	52,56%	45,02%	48,08%	51,55%	48,29%	49,17%	52,41%	50,00%	51,76%
Si, me ha perjudicado	139	297	436	116	258	374	9	29	38	14	10	24
	7,48%	12,12%	10,12%	8,24%	12,54%	10,79%	9,28%	11,03%	10,56%	3,97%	7,69%	4,97%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,0001			0,819			0,247		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

ha modificado el trato recibido, tanto de una manera beneficiosa, el 48,58%, como perjudicial, el 10,12%. De manera global, y en los activos, vemos que hay diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Hemos analizado cada ítem para ver donde están estas diferencias. Así, vemos que no hay diferencias en aquellos que no han visto afectado su proceso de atención, siendo muy similares en hombres (40,04%) y en mujeres (42,24%). Sin embargo, observamos que en quienes sí que han visto condicionada su atención médica por el hecho de ser médico, es significativamente mayor el porcentaje de hombres que se han visto beneficiados positivamente (52,48% de hombres frente al 45,63% de mujeres). Por el contrario, es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que se han sentido perjudicadas (12,12% de mujeres frente a 7,48% de hombres).

En los MIR, el 40,28% (39,18% de hombres y 40,68% de mujeres) considera que ha sido tratado como el resto de los pacientes, el 49,17% (51,55% de hombres y 48,29% de mujeres) ha sentido como beneficiosa su condición de médico, y el 10,56% (9,28% de hombres

y 11,03% de mujeres) la ha sentido como perjudicial, siendo más frecuente entre mujeres.

En el caso de los activos, se nos muestra la misma situación que de manera global: hay diferencias estadísticamente significativas entre los que se han visto beneficiados por ser médico (48,08%), siendo más frecuente en los hombres (52,56% de hombres y 45,02% de mujeres). También hay diferencias entre los que se han visto perjudicados por ser médico (10,79%), siendo más frecuente en las mujeres (8,24% de hombres y 12,54% de mujeres). La cifra de los médicos en activo que no han visto condicionada su atención por ser médicos es muy similar (41,13%: 39,20% de hombres y 42,44% de mujeres).

En el grupo de los jubilados, el 43,27% considera que ha sido tratado como cualquier otro paciente (43,63% de hombres y 42,31% de mujeres), el 51,76% (52,41% de hombres y 50% de mujeres) siente que su trato ha sido mejor por ser médico, y el 4,97% (3,97% de hombres y 7,69% de mujeres) consideran que ha supuesto un perjuicio, porcentajes inferiores al resto de categorías.

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

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

La mayoría de los médicos, el 79,22% (81,92% de hombres y 77,18% de mujeres) considera que sí se respeta la confidencialidad, mientras que el 20,78% (18,08% de hombres y 22,82% de mujeres) considera que no. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el global como en los activos, siendo en ambos casos mayor el porcentaje de hombres que consideran que sí que se respeta la confidencialidad. Curiosamente, en el resto de los grupos profesionales, MIR y jubilados, son las mujeres quienes más consideran que se respeta la confidencialidad, sin haber diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 36: Distribución de la p 38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	336 18,08%	559 22,82%	895 20,78%	266 18,89%	486 23,63%	752 21,70%	24 24,74%	63 23,95%	87 24,17%	46 13,03%	10 7,69%	56 11,59%
Sí	1.522 81,92%	1.891 77,18%	3.413 79,22%	1.142 81,11%	1.571 76,37%	2.713 78,30%	73 75,26%	200 76,05%	273 75,83%	307 86,97%	120 92,31%	427 88,41%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,001			0,877			0,104		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.



Los MIR son quienes con más frecuencia consideran que no se respeta la confidencialidad (24,17%: 24,74% de hombres y 23,95% de mujeres). No obstante, consideran que sí que se respeta el 75,83% (75,26% de hombres y 76,05% de mujeres). Conforme aumentamos en edad, vemos que va aumentando la confianza en el respeto de la confidencialidad en la atención, siendo en los activos del 78,30% (81,11% de hombres y 76,37% de mujeres) y en los jubilados del 88,41% (86,97% de hombres y 92,31% de mujeres). El 21,70% de los médicos en activo considera que no se respeta la confidencialidad (18,89% de hombres y 23,63% de mujeres), así como el 11,59% de los médicos jubilados (13,03% de hombres y 7,69% de mujeres).

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

El 61,05% de los médicos (58,29% de hombres y 63,14% de mujeres) aceptarían de manera excepcional la pérdida de la confidencialidad en su asistencia clínica si ello conlleva una agilización en su diagnóstico y tratamiento, y el 24,07% (26,10% de hombres y 22,53% de mujeres) lo aceptarían siempre. Por otro lado, el 14,88% de los médicos (15,61% de hombres y 14,33% de mujeres) no están dispuestos a perder la confidencialidad, aunque ello suponga una mayor rapidez en la asistencia. En esta situación hay diferencias estadísticamente significativas en la decisión de hombres y mujeres, debido a que, aunque ambos están dispuestos a aceptar la pérdida de la confidencialidad, en el caso de las mujeres sería de manera más excepcional, y en el caso de los hombres no habría esta restricción.

En los MIR, el 11,11% (8,25% de hombres y 12,17% de mujeres) no están dispuestos a perder la confidencialidad, el 65% (60,82% de hombres y 66,54% de mujeres) solo de manera excepcional y el 23,89% (30,93% de hombres y 21,29% de mujeres) siempre.

Conforme aumentamos en edad, va aumentando el porcentaje de médicos que no están dispuestos a perder la confidencialidad. En el caso de los activos, es el 14,75% (15,34% de hombres y 14,34% de mujeres). En este grupo, al igual que en el global comentado previamente, hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, ya que hay más hombres dispuestos a perder la confidencialidad en favor de la rapidez (23,78%: 25,71% de hombres y 22,46% de mujeres) y más mujeres que solo aceptarían esto de manera excepcional (61,47%: 58,95% de hombres y 63,20% de mujeres).

Tabla 37: Distribución de la p 39: Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No lo aceptaría	290 15,61%	351 14,33%	641 14,88%	216 15,34%	295 14,34%	511 14,75%	8 8,25%	32 12,17%	40 11,11%	66 18,70%	24 18,46%	90 18,63%
Sólo en casos excepcionales	1.083 58,29%	1.547 63,14%	2.630 61,05%	830 58,95%	1.300 63,20%	2.130 61,47%	59 60,82%	175 66,54%	234 65,00%	194 54,96%	72 55,38%	266 55,07%
Sí, siempre	485 26,10%	552 22,53%	1037 24,07%	362 25,71%	462 22,46%	824 23,78%	30 30,93%	56 21,29%	86 23,89%	93 26,35%	34 26,15%	127 26,29%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,028			0,034			0,129			0,996		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Por último, los jubilados es el grupo con mayor porcentaje de médicos que no estarían dispuestos a perder la confidencialidad (18,63%: 18,70% de hombres y 18,46% de mujeres). De aquellos que opinan lo contrario, el 55,07% (54,96% de hombres y 55,38% de mujeres) sería de manera excepcional y el 26,29% (26,35% de hombres y 26,15% de mujeres) en cualquier caso.

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

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

La mayoría de ellos (72,21%: 73,79% de hombres y 71,02% de mujeres) opinan que no se suelen comentar este tipo de problemas y el 27,79% (26,21% de hombres y 28,98% de mujeres) opina que sí. De manera global aparecen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ya que ellas piensan con más frecuencia que ellos que este tipo de situaciones es habitual. Aunque en los grupos profesionales esta tendencia se mantiene, en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas.

Los MIR son el grupo que más reconoce que se comentan habitualmente las patologías de los colegas entre compañeros (34,72%: 30,93% de hombres y 36,12% de mujeres), estando en desacuerdo el 65,28% (69,07% de hombres y 63,88% de mujeres). Conforme avanzamos en los grupos profesionales, es menos frecuente que los médicos opinen que se comentan este tipo de situaciones. Así, en el grupo de médicos en activo piensan que sí un 28,05% (27,27% de hombres y 28,59% de mujeres) y que no un 71,95% (72,73% de hombres y 71,41% de mujeres). Por último, de los jubi-

lados piensan que sí un 20,72% (20,68% de hombres y 20,77% de mujeres) y están en desacuerdo el 79,30% (79,32% de hombres y 79,23% de mujeres).

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

Una de las opciones que más responden los médicos (33,15%: 33,85% de hombres y 32,61% de mujeres) es hablarlo en la consulta con más tiempo. En los MIR tomarían esta alternativa el 25,56% (26,80% de hombres y 25,10% de mujeres), un 35,12% de los activos (36,43% de hombres y 34,22% de mujeres), y un 24,64% de los jubilados (25,50% de hombres y 22,31% de mujeres).

La otra opción más escogida consiste en sugerirle una propuesta al compañero, y volver a hablarlo otro día (30,97%: 29,87% de hombres y 31,80% de mujeres). Los MIR son los más propensos a actuar de esta manera (36,94%, 29,90% de hombres y 39,54% de mujeres), y

Tabla 38: Distribución de la p 40: En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	1.371 73,79%	1.740 71,02%	3.111 72,21%	1.024 72,73%	1.469 71,41%	2.493 71,95%	67 69,07%	168 63,88%	235 65,28%	280 79,32%	103 79,23%	383 79,30%
Sí	487 26,21%	710 28,98%	1.197 27,79%	384 27,27%	588 28,59%	972 28,05%	30 30,93%	95 36,12%	125 34,72%	73 20,68%	27 20,77%	100 20,70%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,015			0,398			0,358			0,983		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

conforme avanzamos en edad, disminuye esta opción: en activos el 31,26% (31,82% de hombres y 30,87% de mujeres), y en jubilados el 24,43% (22,10% de hombres y 30,77% de mujeres). Solo en el grupo de los jubilados hay diferencia estadísticamente significativa entre géneros, siendo más frecuente en mujeres. Por tanto, la mayoría de los médicos (63,82%) que sean consultados por un compañero, se encargarán ellos mismos de estudiar su problema de salud.

Por otro lado, un 26,30% (27,61% de hombres y 25,31% de mujeres) recomendarían que consultase a un especialista en el problema. Esta opción solo supone el 21,94% de los MIR (19,59% de hombres y 22,81% de

mujeres) y 24,44% de los activos (23,86% de hombres y 24,84% de mujeres). En el grupo de los jubilados, esta es la opción más utilizada (42,86%: 44,76% de hombres y 37,69% de mujeres).

Otra opción es la de aconsejar que visite a su médico de familia. El 9,08% (8,29% de hombres y 9,67% de mujeres) recurriría a esto. Esta cifra es mucho más alta en los MIR (14,17%: 21,65% de hombres y 11,41% de mujeres), que en el resto de las edades. En los activos es del 8,69% (7,53% de hombres y 9,48% de mujeres), y en los jubilados el 8,07% (7,65% de hombres y 9,23% de mujeres). Tanto en los MIR como en los activos existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

En los primeros son los hombres quienes recomiendan con más frecuencia acudir a su médico de familia mientras que en los segundos son las mujeres.

Por último, la opción a la que menos médicos recurren es la de sugerir al compañero que acuda a Salud laboral (0,51%: 0,38% de hombres y 0,61% de mujeres). Solo el 1,39% de los MIR tomarían esta alternativa (2,06% de hombres y 1,14% de mujeres), el 0,49% de los activos (0,36% de hombres y 0,58% de mujeres); y ningún jubilado. Solo en los activos hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos, siendo más frecuente que las mujeres recomienden esta alternativa.

Tabla 39: Distribución de la p 41: Ante un compañero que le plantea o planteara de manera informal un problema personal de salud, ¿qué opción le indicaría seguir? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
Acudir a salud Laboral	7 0,36%	15 0,61%	22 0,51%	0,041	5 0,36%	12 0,58%	17 0,49%	0,033	2 2,06%	3 1,90%	5 1,94%	0,922	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0
Acudir a su médico de familia	154 8,29%	237 9,67%	391 9,08%	0,03	106 7,53%	195 9,48%	301 8,69%	0,045	21 21,65%	30 11,41%	51 14,17%	0,013	27 7,65%	12 9,23%	39 8,07%	0,571
Acudir a un especialista en el problema	513 27,61%	620 25,31%	1.133 26,30%	0,51	336 23,86%	511 24,84%	847 24,44%	0,51	19 19,59%	60 22,81%	79 21,94%	0,512	158 44,76%	49 37,69%	207 42,86%	0,164
Le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo	629 33,85%	799 32,61%	1.428 33,15%	0,04	513 36,43%	704 34,22%	1.217 35,12%	0,181	26 26,80%	66 25,10%	92 25,56%	0,742	90 25,22%	29 22,31%	119 24,64%	0,471
Le sugeriría una propuesta y volvería a hablar otro día	555 29,87%	779 31,80%	1.334 30,97%	0,06	448 31,82%	635 30,87%	1.083 31,26%	0,554	29 29,90%	104 39,54%	133 36,94%	0,092	78 22,10%	40 30,77%	118 24,43%	0,049
Total	1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 42. ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico?

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

En cualquier caso, la mayoría de los médicos (59,01%) tratarían a sus colegas como lo hacen con cualquier otro paciente. Como se ha mencionado previamente, este comportamiento es más frecuente entre hombres (69,27%) que entre mujeres (51,22%), habiendo diferencias estadísticamente significativas tanto en MIR

como en activos. Al analizarlo por grupos, vemos que, claramente, conforme se aumenta en edad y en experiencia, los médicos se van sintiendo más cómodos atendiendo a colegas. Así, esta opción es la que escogieron el 30% de MIR (43,30% de hombres y 25,10% de mujeres), el 59,48% de activos (68,68% de hombres y 53,18% de mujeres) y el 77,23% de jubilados (78,75% de hombres y 73,08% de mujeres).

Por otro lado, el 17,83% de los médicos (14,96% de hombres y 20,00% de mujeres) se sentiría incómodo al tratar un colega, por no saber cuánta información es conveniente dar. Contrariamente a la situación anterior, esta actitud es más frecuente en mujeres que en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el caso de los activos. Además, como se comentaba previamente, conforme se ganan años y experiencia, estas situaciones son menos frecuentes. Así, esta fue la

respuesta del 22,78% de los MIR (21,65% de hombres y 23,19% de mujeres), del 18,59% de los activos (16,05% de hombres y 20,32% de mujeres), y del 8,70% de los jubilados (8,78% de hombres y 8,46% de mujeres).

Otra situación que no resulta cómoda para el médico es si siente como si estuviera haciendo un examen. Esta pregunta sigue el mismo patrón que la opción en la que se sienten incómodos por no saber cuánta información dar: es más frecuente en mujeres que en hombres, y en los más jóvenes, habiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR y en activos. Supone la actitud del 13,70% de los médicos (8,29% de hombres y 17,80% de mujeres). Si lo analizamos por grupos, es el 22,22% de los MIR (13,40% de hombres y 25,48% de mujeres), el 14,08% de activos (9,02% de hombres y 17,55% de mujeres), y el 4,55% de los jubilados (3,97% de hombres y 6,15% de mujeres).

Tabla 40: Distribución de la p 42: ¿Cómo se ha sentido como profesional al atender a un compañero médico? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
No he atendido a compañeros	139 7,48%	269 10,98%	408 9,47%	0,003	88 6,25%	184 8,95%	272 7,85%	0,004	21 21,65%	69 26,24%	90 25,00%	0,373	30 8,50%	16 12,31%	46 9,52%	0,206
Me he sentido incómodo	278 14,96%	490 20,00%	768 17,83%	0,001	226 16,05%	418 20,32%	644 18,59%	0,002	21 21,65%	61 23,19%	82 22,78%	0,757	31 8,78%	11 8,46%	42 8,70%	0,912
Como en un examen	154 8,29%	436 17,80%	590 13,70%	0,001	127 9,02%	361 17,55%	488 14,08%	0,0001	13 13,40%	67 25,48%	80 22,22%	0,014	14 3,97%	8 6,15%	22 4,55%	0,306
Como un paciente más	1.287 69,27%	1.255 51,22%	2.542 59,01%	0,0001	967 68,68%	1.094 53,18%	2.061 59,48%	0,0001	42 43,30%	66 25,10%	108 30,00%	0,001	278 78,75%	95 73,08%	373 77,23%	0,187
Total	1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Finalmente, hay un 9,47% (7,48% de hombres y 10,98% de mujeres) de médicos que no se han encontrado en esta situación. Son el 25% de MIR (21,65% de hombres y 26,24% de mujeres), el 7,85% de activos (6,25% de hombres y 8,95% de mujeres), y el 9,52% de los jubilados (8,50% de hombres y 12,31% de mujeres). En este caso, también en el grupo de los activos hay diferencias estadísticamente significativas.

Pregunta 43. ¿Hasta qué punto se siente preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional?

La mayoría de médicos, el 84,04% (90,04% de hombres y 79,88% de mujeres) se siente preparados para atender a un colega enfermo frente al 15,74% (9,96% de hombres y 20,12% de mujeres) que se siente poco preparados. En todos los casos, los hombres se sienten más preparados, habiendo diferencia estadísticamente significativa entre géneros en todos los grupos excepto en los MIR.

Los MIR son los que menos preparados se sienten para atender a un colega (27,50%:20,62% de hombres y 30,04% de mujeres). Los médicos en activo son los que mejor preparados se sienten (85,40%: 91,05% de hombres y 81,53% de mujeres). El 84,89% de los jubilados se sienten preparados para atender a un compañero con un problema de salud (88,95% de hombres y 73,85% de mujeres).

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

- **Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.**
- **Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello.**

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

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

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

En todos los casos, la gran mayoría de médicos, el 97,21% de ellos (96,99% de hombres y 97,39% de mujeres), está de acuerdo con que trabajar en equipo aumenta la seguridad clínica y que hay que buscar soluciones si alguno de ellos no está bien. En ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. Los más jóvenes son quienes más de acuerdo están, son el 98,61% de los MIR (96,91% de hombres Y 99,24% de mujeres), el 97,34% de los activos (97,44%

Tabla 41: Distribución de la p 43: ¿Hasta qué punto se siente preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Poco preparado	185 9,96%	493 20,12%	678 15,74%	126 8,95%	380 18,47%	506 14,60%	20 20,62%	79 30,04%	99 27,50%	39 11,05%	34 26,15%	73 15,11%
Bien preparado	1.673 90,04%	1.957 79,88%	3.630 84,26%	1.282 91,05%	1.677 81,53%	2.959 85,40%	77 79,38%	184 69,96%	261 72,50%	314 88,95%	96 73,85%	410 84,89%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,0001			0,0001			0,076			0,1001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

de hombres y 97,28% de mujeres) y el 95,24% de los jubilados (95,38% de hombres y 95,18% de mujeres).

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

La mayoría de médicos, el 73,26%, está de acuerdo con que los médicos deberían ser tratados por médicos formados para tal. Son el 71,96% de hombres y 74,24% de mujeres, y en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros. De los

MIR, está de acuerdo el 67,78% (63,92% de hombres y 69,20% de mujeres), el 74,14% de los activos (72,44% de hombres y 75,30% de mujeres) y el 71,01% de los jubilados (72,24% de hombres y 67,69% de mujeres).

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

La mayoría de médicos, el 90,44% considera que debería haber una unidad especializada para médicos

con problemas de salud que comprometan el ejercicio profesional (88,86% de hombres y 91,63% de mujeres). En general, esta opinión es más frecuente en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente significativa en los activos y de manera global. De los MIR, son el 88,89% quienes opinan así (87,63% de hombres y 89,35% de mujeres), así como el 90,97% de los activos (89,13% de hombres y 92,22% de mujeres) y el 87,78% de los jubilados (88,10% de hombres y 86,92% de mujeres).

Tabla 42: Distribución de la p 44: ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones? por sexo y etapa profesional

Afirmación	Grado acuerdo	Total				Activos				Mir				Jubilados			
		H.	M.	T.	P. v.	H.	M.	T.	P. v.	H.	M.	T.	P. v.	H.	M.	T.	P. v.
Trabajar en equipo incrementa la seguridad clínica. Si algún profesional del equipo no está bien debemos buscar una solución.	Completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo	1.802	2.386	4.188	0,675	1.372	2.001	3.373	0,766	94	261	355	0,093	336	124	460	0,927
	96,99%	97,39%	97,21%	97,44%		97,28%	97,34%	96,91%		99,24%	98,61%	95,18%		95,38%	95,24%		
	Completamente en desacuerdo, desacuerdo	56	64	120		36	56	92		3	2	5		17	6	23	
	3,00%	2,60%	2,69%	2,54%	2,72%	2,64%	4,09%	0,76%	1,39%	4,82%	4,62%	4,76%					
Los médicos enfermos deberían ser atendidos por profesionales que estén formados específicamente para ello	Completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo	1.337	1.819	3.156	0,043	1.020	1.549	2.569	0,059	62	182	244	0,341	255	88	343	0,329
	71,96%	74,24%	73,26%	72,44%		75,30%	74,14%	63,92%		69,20%	67,78%	72,24%		67,69%	71,01%		
	Completamente en desacuerdo, desacuerdo	521	569	1.090		372	508	880		35	81	116		98	42	140	
	29,10%	25,76%	26,74%	27,56%	24,30%	25,86%	36,08%	30,80%	32,22%	27,76%	32,31%	29,99%					
Médicos con problemas de salud que comprometen ejercicio profesional deben contar con apoyo de una unidad especializada	Completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo	1.651	2.245	3.896	0,004	1.255	1.897	3.152	0,002	85	235	320	0,644	311	113	424	0,726
	88,86%	91,63%	90,44%	89,13%		92,22%	90,97%	85,63%		89,35%	89,89%	88,10%		86,92%	87,78%		
	Completamente en desacuerdo, desacuerdo	207	205	412		153	160	313		12	28	40		42	17	59	
	11,14%	7,37%	9,54%	10,87%	7,78%	9,03%	12,37%	10,65%	11,11%	11,90%	13,08%	12,22%					
Total		1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

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

De manera global, la mayoría de los médicos (57,47%) tendrían dudas sobre cómo actuar. Es la opción más elegida por las mujeres (65,22%) pero no la más elegida por los hombres (47,26%). Además de ser más frecuente en las mujeres de todos los grupos profesionales, en todos ellos hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros (excepto en el grupo de los MIR). Esta opción es la más relevante en los más jóvenes y va disminuyendo conforme avanza la edad de los profesionales.

En los MIR, esta opción es la más frecuente en ambos géneros (68,89%: 64,95% de hombres y 70,34%

de mujeres). De los activos, el 58,10% de ellos tendrían dudas (48,08% de hombres y 64,95% de mujeres), y de los jubilados el 44,51% (39,09% de hombres y 59,23% de mujeres).

La segunda opción más elegida de manera global es decirse al compañero (41,23%:51,78% de hombres y 33,22% de mujeres) y la más frecuente en los hombres. Esta respuesta sigue las tendencias opuestas a la anterior: es más frecuente en hombres, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en los MIR, y además aumenta en frecuencia conforme aumenta la edad de los médicos.

De los MIR, solo han elegido esta opción el 30,28% (35,05% de hombres y 28,52% de mujeres). De los activos, el 40,66% (51,14% de hombres y 33,50% de mujeres) y de los jubilados el 53,42% (58,92% de hombres y 38,46% de mujeres).

Finalmente, la opción menos frecuente es la de no decirle nada (1,30%: 0,97% de hombres y 1,55% de

mujeres). Lo han elegido el 0,83% de los MIR (únicamente representado por mujeres, el 1,14%), el 1,24% de los activos (0,78% de hombres y 1,56% de mujeres) y 2,07% de jubilados (1,98% de hombres y 2,31% de mujeres). La frecuencia es mayor en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente significativa únicamente en el grupo de los activos.

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 de los médicos, el 88,12% (87,08% de hombres y 88,90% de mujeres) opina que es un superior quien tiene que abordar los problemas de salud de los colegas, estando en desacuerdo el 11,88% (12,92% de hombres y 11,10% de mujeres). Excepto en el grupo de los jubilados, son las mujeres quienes más apoyan esta idea, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los activos.

Tabla 43: Distribución de la p 45: Si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional, ¿se lo diría directamente? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
No le diría nada	18 0,97%	38 1,55%	56 1,30%	0,231	11 0,78%	32 1,56%	43 1,24%	0,03	0 0,00%	3 1,14%	3 0,83%	0,001	7 1,98%	3 2,31%	10 2,07%	0,001
Tengo dudas sobre cómo debería actuar	878 47,26%	1.598 65,22%	2.476 57,47%	0,001	677 48,08%	1.336 64,95%	2.013 58,10%	0,0001	63 64,95%	185 70,34%	248 68,89%	0,327	138 39,09%	77 59,23%	215 44,51%	0,001
Se lo diría con toda seguridad	962 51,78%	814 33,22%	1.776 41,23%	0,001	720 51,14%	689 33,50%	1.409 40,66%	0,001	34 35,05%	75 28,52%	109 30,28%	0,231	208 58,92%	50 38,46%	258 53,42%	0,001
Total	1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 44: Distribución de la p 46: ¿Cree usted que la responsabilidad de abordar un problema de salud de un compañero que compromete el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy en desacuerdo, en desacuerdo	240 12,92%	272 11,10%	512 11,88%	177 12,57%	214 10,40%	391 11,28%	18 19,56%	40 14,20%	58 16,11%	45 12,75%	18 13,85%	63 13,05%
Ni de acuerdo ni desacuerdo	466 25,08%	586 23,92%	1.052 24,42%	359 25,50%	462 22,46%	821 23,69%	31 31,96%	88 33,46%	119 33,06%	76 21,53%	36 27,69%	112 23,19%
De acuerdo, muy de acuerdo	1.152 62%	1.592 65%	2.744 63,50%	872 61,93%	1.381 67,14%	1.235 64,02%	48 29,48%	135 51,33%	183 50,83%	232 65,73%	76 57,46%	308 63,77%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,093			0,01			0,437			0,108		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

El 83,89% de los MIR apoyan esta idea (81,44% de hombres y 84,79% de mujeres) y están en desacuerdo el 16,11% de ellos (18,56% de hombres y 15,21% de mujeres). De los activos, están de acuerdo el 88,72% (87,43% de hombres y 89,60% de mujeres) y en desacuerdo el 11,28% (12,57% de hombres y 10,40% de mujeres). De los jubilados, lo apoyan el 86,96% (87,25% de hombres y 86,15% de mujeres) y no lo apoyan el 13,04% (12,75% de hombres y 13,85% de mujeres).

Pregunta 47. Si tiene que atender a un médico enfermo, ¿prefiere conocer que es médico?

Si investigamos la reacción que solemos tener como médicos cuando tenemos que atender a un médico enfermo, una cosa esta clara: la gran mayoría (60,82%), tanto de hombres (62,22%) como de mujeres (59,76%), prefieren que el médico se identifique como tal. Y esta

actitud aumenta conforme aumentamos en edad. Esta es la opción elegida por el 42,78% de los MIR (40,21% de hombres y 43,73% de mujeres), el 61,59% de los activos (61,65% de hombres y 61,55% de mujeres) y el 68,74% de los jubilados (70,54% de hombres y 63,85% de mujeres).

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

Por orden de frecuencia (28,13% de los encuestados), otra forma de pensar es que no influya el hecho de que el paciente sea médico, ya que hay que dar a todos los pacientes el mismo tipo de atención. Esta opción ha sido elegida por más hombres (30,25%) que mujeres (26,53%). Esta diferencia estadísticamente significativa

entre géneros se mantiene en los MIR (30%: 36,08% de hombres y 27,76% de mujeres), en los activos (28,28%: 30,75% de hombres y 26,59% de mujeres), y en los jubilados (25,67%: 26,63% de hombres y 23,08% de mujeres).

Por otro lado, hay médicos que prefieren no saber que el paciente es un médico, para que no afecte en su manera de atender (11,05%). Esto es más frecuente entre mujeres (13,71%) que entre hombres (7,53%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos de edad. Además, esta opción es elegida con más frecuencia por los más jóvenes, y conforme aumentamos en edad, es cada vez menos frecuente. Así, prefieren no conocer que el paciente que atienden es médico el 27,22% de los MIR (23,71% de hombres y 28,52% de mujeres), el 10,13% de los activos (7,60% de hombres y 11,86% de mujeres), y sólo el 5,59% de los jubilados (2,83% de hombres y 13,08% de mujeres).



Tabla 45: Distribución de la p 47: Si tiene que atender a un médico enfermo, ¿prefiere saberlo? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No me influye	562 30,25%	650 26,53%	1212 28,13%	433 30,75%	547 26,59%	980 28,28%	35 36,08%	73 27,76%	108 30,00%	94 26,63%	30 23,08%	124 25,67%
Prefiero no saberlo	140 7,53%	336 13,71%	476 11,05%	107 7,60%	244 11,86%	351 10,13%	23 23,71%	75 28,52%	98 27,22%	10 2,83%	17 13,08%	27 5,59%
Prefiero que se identifique	1156 62,22%	1464 59,76%	2620 60,82%	868 61,65%	1.266 61,65%	2.134 61,59%	39 40,21%	115 43,73%	154 42,78%	249 70,54%	83 63,85%	332 68,74%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,0001			0,295			0,0001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 48. ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de prevención de riesgos laborales o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa?

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que consideran conveniente que un médico enfermo acuda a Salud Laboral (han contestado Muy en desacuerdo, en desacuerdo) y aquellos que no lo consideran necesario (han respondido ni de acuerdo, ni desacuerdo. de acuerdo, muy de acuerdo).

La mayoría de los médicos (83,17%: 83,10% de hombres y 83,22% de mujeres) cree conveniente que los médicos enfermos acudan a salud laboral o prevención de riesgos laborales, y el 16,83% (16,90% de hombres y 16,78% de mujeres) no lo considera necesario.

Los MIR son quienes más lo recomiendan (85,56%: 91,75% de hombres y 83,27% de mujeres), habiendo diferencias estadísticamente significativas entre géneros,

siendo más frecuente entre hombres. No lo recomiendan el 14,44% (8,25% de hombres y 16,73% de mujeres). De los activos, lo ven conveniente el 84,10% (84,38% de hombres y 83,91% de mujeres) y no lo ven necesario el 15,90% (15,63% de hombres y 16,09% de mujeres). Los jubilados lo recomiendan (74,74%:75,64% de hombres y 72,31% de mujeres) aunque el porcentaje que no lo recomienda es más elevado, el 25,26% (24,36% de hombres y 27,69% de mujeres).

Pregunta 49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos jubilado?

Los médicos jubilados ya no están trabajando en el sistema sanitario. Esta particularidad afecta al proceso de atención y, por tanto, se ha considerado necesario evaluar la calidad de atención que reciben de forma específica.

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que consideran que la atención que

reciben los médicos jubilados es buena (han contestado buena, muy buena o excelente) y los que no la consideran buena (deficiente o muy deficiente).

La mayoría de los médicos, el 85,24% (83,21% de hombres y 86,78% de mujeres) considera que la atención a los médicos jubilados es adecuada y el 14,76% (16,79% de hombres y 13,22% de mujeres) la considera deficiente. Aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo los hombres quienes más opinan que los jubilados no reciben la atención que merecen.

En los MIR, el 93,06% (94,85% de hombres y 92,40% de mujeres) opinan que la atención es buena, frente al 6,94% (5,15% de hombres y 7,60% de mujeres) que opina lo contrario.

En los activos, se repite la diferencia estadísticamente significativa de que los hombres consideran que la atención que se presta a los jubilados no es la adecuada (14,05%: 16,05% de hombres y 12,69% de mujeres), y

Tabla 46: Distribución de la p 48: ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de prevención de riesgos laborales o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy en desacuerdo, en desacuerdo	314 16,90%	411 16,78%	725 16,83%	220 15,63%	331 16,09%	551 15,90%	8 8,25%	44 16,73%	52 14,44%	86 24,36%	36 27,69%	122 25,26%
Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	1.544 83,10%	2.039 83,22%	3.583 83,17%	1.188 84,38%	1.726 83,91%	2.914 84,10%	89 91,75%	219 83,27%	308 85,56%	267 75,64%	94 72,31%	361 74,74%
De acuerdo, muy de acuerdo												
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,756			0,712			0,042			0,455		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

el 85,95% la considera adecuada (83,95% de hombres y 87,31% de mujeres).

Por último, en el grupo de los jubilados, también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre géneros, pero de manera contraria a lo que se ha

expuesto anteriormente. En este grupo son las mujeres las que piensan que la atención a los jubilados no es la adecuada, habiendo diferencias estadísticamente significativas (25,67%: 22,95% de hombres y 33,08% de mujeres). El 74,33% opina que sí que reciben la atención adecuada (77,05% de hombres y 66,92% de mujeres).

Como vemos, conforme avanzamos en edad, observamos que cada vez hay más médicos que consideran que la atención no es suficientemente buena, siendo en los MIR el 6,94%, en los activos el 14,05% y en los jubilados el 25,67%.

Tabla 47: Distribución de la p 49 ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos jubilado? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy deficiente, deficiente	312 16,79%	324 13,22%	636 14,76%	226 16,05%	261 12,69%	487 14,05%	5 5,15%	20 7,60%	25 6,94%	81 22,95%	43 33,08%	124 25,67%
Adecuada, muy adecuada, excelente	1.546 83,21%	2.126 86,78%	3.672 85,24%	1.182 83,95%	1.796 87,31%	2.978 85,95%	92 94,85%	243 92,40%	335 93,06%	272 77,05%	87 66,92%	359 74,33%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,005			0,417			0,024		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.



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?

El 45,19% (54,41% de hombres y 38,20% de mujeres) considera que se debería conservar la capacidad de prescripción de por vida. En todos los casos, son los hombres en quienes más frecuente es esta opinión, habiendo diferencias estadísticamente significativas de manera global y en los jubilados. Además, conforme avanzamos en edad, vemos que esta opción va ganando importancia. Así, es la opción elegida por el 23,89% de los MIR (29,90% de hombres y 21,67% de mujeres), el 42,80% de los activos (49,57% de hombres y 38,16% de mujeres) y el 78,26% de los jubilados (80,45% de hombres y 72,31% de mujeres).

La segunda respuesta en orden de importancia (39,44%: 33,53% de hombres y 43,92% de mujeres) es que deberían renunciar tras varios años sin ejercicio. En todos los casos, son las mujeres quienes más han ele-

gido esta opción, habiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en los MIR. Además, vemos que conforme avanzamos en edad, se recurre menos a esta posibilidad. Esta es la opinión de la mayoría de los MIR (53,33%: 51,55% de hombres y 53,99% de mujeres), el 40,84% de los activos (36,58% de hombres y 43,75% de mujeres) y el 19,05% de los jubilados (16,43% de hombres y 26,15% de mujeres).

La opción menos frecuente es la de renuncia inmediata de la posibilidad de prescripción al finalizar la actividad (15,37%: 12,06 % de hombres y 17,88% de mujeres). Esta opción es más frecuente en mujeres excepto en el grupo de los jubilados, habiendo diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos. Además, conforme avanzamos en edad, esta opción se va haciendo menos frecuente. Lo han elegido el 22,78% de los MIR (18,56% de hombres y 24,33% de mujeres), el 16,36% de los activos (13,85% de hombres y 18,08% de mujeres), y el 2,69% de los jubilados (3,12% de hombres y 1,54% de mujeres).

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?

Para analizar esta pregunta, se han agrupado las respuestas en aquellos que consideran pertinente que el Código Deontológico realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico (necesario, bastante necesario, muy necesario) y aquellos que no lo consideran necesario (Innecesario, poco necesario).

La gran mayoría de médicos, el 94,17% (91,55% de hombres y 96,16% de mujeres) lo ven como algo conveniente y solo el 5,83% (8,45% de hombres y 3,84% de mujeres) lo ve innecesario. En todos los grupos excepto en los MIR, son las mujeres quienes más apoyan esta iniciativa, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en todos ellos.

Los que más de acuerdo están son los MIR: el 97,50% están a favor de esta iniciativa (98,97% de

Tabla 48: Distribución de la p 50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos? por sexo y etapa profesional

	Total				Activos				Mir				Jubilados			
	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.	Homb.	Mujer	Total	P. val.
Renuncia inmediata tras jubilación	224 12,06%	438 17,88%	662 15,37%	0,001	195 13,85%	372 18,08%	567 16,36%	0,001	18 18,56%	64 24,33%	82 22,78%	0,246	11 3,12%	2 1,54%	13 2,69%	0,342
Renuncia tras varios años	623 33,53%	1076 43,92%	1.699 39,44%	0,0001	515 36,58%	900 43,75%	1.415 40,84%	0,0001	50 51,55%	142 53,99%	192 53,33%	0,068	58 16,43%	34 26,15%	92 19,05%	0,016
Conservarla de por vida	1.011 54,41%	936 38,20%	1.947 45,19%	0,0001	698 49,57%	785 38,16%	1.483 42,80%	0,0001	29 29,90%	57 21,67%	86 23,89%	0,104	284 80,45%	94 72,31%	378 78,26%	0,054
Total	1.858	2.450	4.308		1.408	2.057	3.465		97	263	360		353	130	483	

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 49: Distribución de la p 51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología Médica realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Innecesario, poco necesario	157 8,45%	94 3,84%	251 5,83%	108 7,67%	82 3,99%	190 5,48%	1 1,03%	8 3,04%	9 2,50%	48 13,60%	4 3,08%	52 10,77%
Necesario, bastante necesario, muy necesario	1.701 91,55%	2.356 96,16%	4.057 94,17%	1.300 92,33%	1.975 96,01%	3.275 94,52%	96 98,97%	255 96,06%	351 97,50%	305 86,40%	126 96,92%	431 89,23%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,0001			0,278			0,001		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

hombres y 96,96% de mujeres) y solo el 2,50% (1,03% de hombres y 3,04% de mujeres) lo ve innecesaria. Respecto a los activos, están a favor el 94,52% (92,33% de hombres y 96,01% de mujeres) y lo consideran poco pertinente el 5,48% (7,67% de hombres y 3,99% de mujeres). De los jubilados, lo consideran pertinente el 89,23% (86,40% de hombres y 96,92% de mujeres) y poco necesario el 10,77% (13,60% de hombres y 3,08% de mujeres).

Pregunta 52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos?

Para su análisis las categorías de esta variable se han agrupado en dos. Por un lado, las que refieren poca implicación (No se implican, poca implicación) y por otro lado los que reconocen que se implican

La mayoría de los médicos están satisfechos con la implicación del Colegio de Médicos en la atención de los colegiados enfermos (54,81%:55,06% de hombres y 54,61% de mujeres) y el 45,19% (44,94% de hombres y 45,39% de mujeres) opina que no se implica lo suficiente.

Los MIR son los que más satisfechos están (60,28%: 55,67% de hombres y 61,98% de mujeres) y el 39,72% (44,33% de hombres y 38,02% de mujeres) opina que el Colegio no se implica lo suficiente. De los activos, el 54,83% (55,47% de hombres y 54,40% de mujeres) creen que el Colegio se implica suficiente y el 45,17% (44,53% de hombres y 45,60% de mujeres) cree que se implica de manera insuficiente. Los jubilados son el grupo en el que hay más médicos poco satisfechos con la implicación del Colegio (49,48%: 46,74% de hombres y 56,92% de mujeres) y están satisfechos el 50,02% (53,26% de hombres y 43,08% de mujeres). Además, este es el único grupo en el que hay diferencias estadís-

ticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que están más insatisfechas.

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

Casi la mitad (48,05%) de los médicos conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC). Hay diferencias estadísticamente significativas entre géneros, siendo más conocida por hombres (54,52%) que por mujeres (43,14%). En todos los grupos de edad aparece esta diferencia, manteniéndose la significación estadística en todos los grupos excepto en los jubilados.

En los MIR son conocedores el 22,22% (29,90% de hombres y 19,39% de mujeres), el 50,62% de los activos (56,96% de hombres y 46,28% de mujeres) y el 48,86% de los jubilados (51,56% de hombres y 41,54% de mujeres).

Tabla 50: Distribución de la p 52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No se implican, poca implicación	835 44,94%	1.112 45,39%	1.947 45,19%	627 44,53%	938 45,60%	1.565 45,17%	43 44,33%	100 38,02%	143 39,72%	165 46,74%	74 56,92%	239 49,48%
Suficiente implicación, bastante implicación y completamente implicados	1.023 55,06%	1.338 54,61%	2.361 54,81%	781 55,47%	1.119 54,40%	1.900 54,83%	54 55,67%	163 61,98%	217 60,28%	188 53,26%	56 43,08%	244 50,52%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,345			0,535			0,278			0,047		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Tabla 51: Distribución de la p 53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	845 45,48%	1.393 56,86%	2.238 51,95%	606 43,04%	1.105 53,72%	1.711 49,38%	68 70,10%	212 80,61%	280 77,78%	171 48,44%	76 58,46%	247 51,14%
Sí	1.013 54,52%	1.057 43,14%	2.070 48,05%	802 56,96%	952 46,28%	1.754 50,62%	29 29,90%	51 19,39%	80 22,22%	182 51,56%	54 41,54%	236 48,86%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,0001			0,033			0,051		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

Pregunta 54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio?

Para analizar esta pregunta, hemos agrupado las respuestas en aquellos que están de acuerdo con la puesta en marcha de la VPC (De acuerdo, bastante de acuerdo, completamente de acuerdo) y los que no están de acuerdo (Completamente en desacuerdo, desacuerdo).

La mayoría de los médicos está de acuerdo (80,55%: 77,50% de hombres y 82,86% de mujeres) y el 19,45% no está conforme (22,50% de hombres y 17,14% de mujeres). En todos los grupos, la satisfacción con la puesta en marcha de la VPC es mayor en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grupo de activos y de manera global.

La mayor satisfacción la encontramos en los MIR (90,28%: 88,66% de hombres y 90,87% de mujeres), estando solo el 9,72% (11,34% de hombres y 9,13% de mujeres) en desacuerdo con la puesta en marcha.

De los activos, el 79,34% (76,07% de hombres y 81,58% de mujeres) está de acuerdo y el 20,66% (23,93% de hombres y 18,42% de mujeres) no lo está.

Por último, en los jubilados, están de acuerdo el 81,99% (80,17% de hombres y 86,92% de mujeres) y no lo están el 18,01% (19,83% de hombres y 13,08% de mujeres).

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

La mayoría de los médicos (65,78%: 65,29% de hombres y 66,16% de mujeres) considera que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud. Estas cifras se mantienen parecidas en todos los grupos de edad, opinando así el 81,67% de los MIR (75,26% de hombres y 84,03% de mujeres), el 63,15% de los ac-

tivos (63,49% de hombres y 62,91% de mujeres), y el 72,88% de los jubilados, único grupo en el que existen diferencias significativas entre hombres (69,69%) y mujeres (81,54%).

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 que tuviesen alguna sugerencia para mejorar la atención del médico paciente han podido hacer sus aportaciones en este apartado. Se han registrado 1029 respuestas, que suponen una participación de un 24% del total de la muestra. De ellos, 448 de hombres (24,11% del total de hombres) y 502 de mujeres (20,49% del total de mujeres).

Algunas de las sugerencias más frecuentes son las siguientes:

Tabla 52: Distribución de la p 54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Completamente en desacuerdo, desacuerdo	418	420	838	337	379	716	11	24	35	70	17	87
	22,50%	17,14%	19,45%	23,93%	18,42%	20,66%	11,34%	9,13%	9,72%	19,83%	13,08%	18,01%
De acuerdo, bastante de acuerdo, completamente de acuerdo	1.440	2.030	3.470	1.071	1.678	2.749	86	239	325	283	113	396
	77,50%	82,86%	80,55%	76,07%	81,58%	79,34%	88,66%	90,87%	90,28%	80,17%	86,92%	81,99%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,001			0,0001			0,529			0,087		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.



Tabla 53: Distribución de la p 55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud? por sexo y etapa profesional

	Total			Activos			Mir			Jubilados		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
No	645 34,71%	829 33,84%	1.474 34,22%	514 36,51%	763 37,09%	1.277 36,85%	24 24,74%	42 15,97%	66 18,33%	107 30,31%	24 18,46%	131 27,12%
Sí	1.213 65,29%	1.621 66,16%	2.834 65,78%	894 63,49%	1.294 62,91%	2.188 63,15%	73 75,26%	221 84,03%	294 81,67%	246 69,69%	106 81,54%	352 72,88%
Total	1.858	2.450	4.308	1.408	2.057	3.465	97	263	360	353	130	483
P valor*	0,502			0,725			0,056			0,009		

* Comparación por sexos en cada etapa profesional por medio de Pearson Chi cuadrado.

- En relación con la mejora del circuito asistencial: agilizar el acceso al sistema sanitario creando consultas específicas para médicos o reservando huecos en las consultas, de manera que se reduzca la lista de espera y sean atendidos antes. De esta forma disminuiría el tiempo de baja y no sería necesario sobrecargar a los compañeros. Otra medida es no compartir la sala de espera con el resto de los pacientes o acudir de una manera privada, para no coincidir con los pacientes, lo que puede resultar incómodo para algunos de los médicos.
- En relación con la reducción del impacto y la sobrecarga laboral. Respecto a las bajas, se propone la reincorporación progresiva y adaptada al estado de salud, aumentando las competencias poco a poco, de forma que la vuelta al trabajo pueda realizarse antes. También se ve necesario ampliar el personal y facilitar las sustituciones para no sobrecargar a los profesionales, incluir medidas para facilitar la conciliación y la flexibilidad horaria, aumentar el tiempo de consulta para

cada paciente, mayor estabilidad laboral y asegurar las libranzas de las guardias. Otras propuestas para promocionar la salud son el impulso de los reconocimientos de salud y la prevención de riesgos laborales, adecuar la actividad a la edad, ofrecer ayuda psicológica a quien lo necesite y programas de ayuda para la gestión de estrés.

- En relación con el trato recibido: muchos médicos que han sido pacientes sienten que no han sido tratados con la empatía, la comprensión y el cariño que les hubiese gustado. Uno de los médicos que ha tratado a médicos afirma que “no hay que dar por sentado la invulnerabilidad del médico como persona” y que “frente al miedo a la autofragilidad no asumida” hay que ofrecer una buena comunicación y cercanía. Como comentábamos en algunas de las preguntas de la encuesta, a un gran porcentaje de médicos les resulta complejo asumir la enfermedad y cambiar al rol de enfermo. A veces, los propios conocimientos pueden hacer perder la objetividad y modificar el

proceso diagnóstico y terapéutico. Sería por tanto conveniente concienciar al colectivo médico de que los médicos enfermos tienen peculiaridades, siendo necesario adecuar la información a su situación individual. También se propone que exista algún tipo de identificación de los médicos como tal (mediante alguna tarjeta que aparezca en la historia clínica...) para que quien trata sepa que el paciente también es médico. De manera general, se propone incluir en los planes de formación de pregrado y postgrado como tratar al médico enfermo.

- En relación con el papel de los médicos de médicos. Además del PAIME para salud mental, se propone la creación de unidades dentro del propio Sistema de Salud que atiendan a los profesionales médicos de manera confidencial, como, por ejemplo, una consulta monográfica de atención al médico enfermo o una lista de diferentes especialistas a los que acudir si fuera necesario. Se recomienda que el médico que trata no conozca a los pacientes, puesto que cuando

tratamos a conocidos, podemos caer en el error de no ser objetivos o de un mal uso de pruebas diagnósticas y recursos, así como de minimización de los problemas. También solicitan una atención especializada a los jubilados, quienes, al dejar el centro de salud o el hospital, pierden la posibilidad de pedir consejo a algún compañero, sintiéndose algunos de ellos “abandonados”. Así mismo, se propone la creación de un teléfono de ayuda al médico enfermo atendido por especialistas. Se sugiere que estas consultas sean formales con un seguimiento establecido, puesto que las consultas informales o los favores a colegas corren el riesgo de valorar con menos profundidad y más rapidez, y no garantizan el seguimiento adecuado.

- En relación con la evaluación de los profesionales: además de la VPC que se ha comentado previamente, algunos médicos solicitan un mejor funcionamiento del servicio de prevención de riesgos laborales con revisiones anuales, como en el resto de las empresas, o una mutua específica para los colegiados, que valore tanto la salud del médico como la adaptación al puesto de trabajo. Muchos médicos se quejan de que solo han tenido un reconocimiento médico al a lo largo de su carrera profesional. Se propone que sea un servicio ajeno al hospital, para garantizar la confidencialidad. También se propone una evaluación psicológica de los profesionales sanitarios, que facilite la detección precoz de problemas. Otras propuestas piden la intervención rápida en determinados casos del comité deontológico, para valorar la salud física, mental y emocional de los médicos que tengan riesgo de perjudicar a pacientes.
- En relación con los Colegios de Médicos: muchos colegiados piden una mayor implicación de los COM con los médicos, tanto desde una perspectiva personal como profesional.

Propuestas de mejora a partir de los datos recogidos de los profesionales

En este apartado se exponen de manera integrada, las propuestas de mejora del proceso de enfermar, que han sido exploradas mediante 3 técnicas de recogida de información: entrevistas en profundidad, grupos focales y cuestionario CAPAME.

Las propuestas de mejora planteadas se han estructurado en las siguientes categorías temáticas:

Mejorar el autocuidado

Los datos de la encuesta CAMAPE recogen que dos tercios de los profesionales médicos españoles consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno (63,86%: 61,25% de hombres y 65,84% de mujeres); De igual modo, dos de cada tres de ellos están satisfechos o muy satisfechos con el trabajo que desempeña (66,18%: 69,81% de hombres y 63,43% de mujeres).

En torno a la mitad de los médicos, el 53,27% (54,74% de hombres y 52,16% de mujeres), se suelen vacunar cada año de la gripe (bastantes veces o siempre). Son los hombres los que informan vacunarse con más frecuencia, si bien en ningún caso hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Menos de la mitad de los médicos, el 44,5% (40,37% de hombres y 47,63% de mujeres), suele acudir a los reconocimientos de salud en su centro de trabajo. En general, las mujeres suelen acudir más a los reconocimientos de salud (excepto en el grupo de los MIR, en el que es más frecuente que acudan los hombres) encontrando diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el total y en el grupo de los activos, a favor de las mujeres.

De manera global, los médicos hacen $5,55 \pm 4,14$ horas de ejercicio a la semana, siendo la media de horas a la semana mayor en hombres ($6,33 \pm 4,69$) que en mujeres ($4,94 \pm 3,54$), existiendo diferencia estadísticamente significativa en todos los grupos excepto en los jubilados. Los jubilados son quienes más ejercicio hacen tanto hombres como mujeres (total jubilados $7,95 \pm 5,33$; $7,97 \pm 5,20$ los hombres y $7,88 \pm 5,71$ las mujeres).

La mayoría de los médicos, el 88,90% (87,14% de hombres y 88,90% de mujeres), no fuma actualmente (independientemente de si fumaban o no en el pasado). Sin embargo, fuman a diario u ocasionalmente el 11,86% (12,86% de hombres y 11,10% de mujeres).

El 27,92% de la población médica consume alcohol de manera ocasional o habitual (33,96% de hombres y 23,35% de mujeres). En todos los grupos son los hombres quienes más alcohol consumen, encontrando diferencias significativas en todos los grupos excepto en los MIR. Los MIR son quienes más drogas consumen (el 3,06% del total. De ellos, 6,19% de hombres y 1,90% de mujeres). Parece necesario que los médicos conozcan el programa PAIME desde su primera etapa laboral.

Al analizar el porcentaje de médicos que padecen alguna enfermedad crónica observamos que son los hombres quienes presentan mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares (10, 17% hombres y 2,61% en mujeres) incluyendo hipertensión arterial (27% en varones y 8% en mujeres) y diabetes mellitus (7 % en hombres y 2% en mujeres), aumentando su frecuencia conforme aumenta la edad de los médicos. Por su parte las mujeres presentan mayor frecuencia de problemas de salud mental como ansiedad (11% hombres y 15% mujeres) especialmente entre las más jóvenes. Un 6,69% de los médicos tiene trastornos depresivos (6,19% de hombres y 7,06% de mujeres). Aunque en todos los grupos es una enfermedad más prevalente en mujeres, no hay en ningún caso diferencias estadísticamente significati-

vas entre géneros. Todas estas patologías que debutan en la edad adulta requieren un seguimiento clínico para reducir las complicaciones futuras y por tanto, un profesional médico de referencia para el médico enfermo.

Potenciar hábitos de vida saludables en los profesionales médicos es crucial para reducir el impacto de la carga de trabajo sobre la salud y las enfermedades prevalentes detectadas, como las relacionadas con factores de riesgo cardiovascular y diabetes mellitus. Para ello, es clave promocionar el ejercicio físico, particularmente entre mujeres, así como reducir el consumo de tabaco y sobre todo de alcohol, particularmente entre los hombres. También potenciar una dieta saludable, tanto a nivel del puesto de trabajo, respetando una pausa para hidratarse y tomar una fruta en cada turno, como en relación con la comida en el centro sanitario para aquellos que hacen guardias o atención continuada.

La prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables entre los profesionales médicos debe iniciarse ya desde la formación de los estudiantes de medicina. Por ello, es importante promover la formación de estudiantes y médicos residentes en su autocuidado de cara al mantenimiento de un óptimo estado de salud en el futuro. Los resultados obtenidos sobre horas de ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco indican que es de gran interés promover un estilo de vida saludable entre los estudiantes y médicos jóvenes como una estrategia preventiva tanto a nivel de seguridad del paciente como de promoción de salud. Los médicos jubilados tienen bien aprendida la lección y son los que más ejercicio realizan.

Además, el hecho de que los profesionales médicos promuevan su autocuidado es igualmente crucial para sus pacientes. Diferentes estudios científicos han demostrado que los médicos con hábitos saludables aconsejan con más frecuencia y de forma más convincente a sus pacientes sobre la mejora de los hábitos para la salud.

En cuanto a otras actividades preventivas, la vacunación anual de la gripe y las revisiones periódicas en los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRRLL) son áreas de mejora que pueden contribuir a optimizar el cuidado de la salud de los profesionales. Algunos médicos solicitan mayor liderazgo por parte de los SPRRLL en el sentido que les soliciten cumplir con las revisiones anuales, como en el resto de las empresas. Algunos recomiendan que sea un servicio ajeno al hospital, para garantizar la confidencialidad y por ello proponen la vinculación con una mutua o aseguradora que vele por este seguimiento, específica para los colegiados. También que pueda valorar tanto la salud del médico como la adaptación al puesto de trabajo. En esta valoración anual, se propone una evaluación psicológica de los profesionales sanitarios, que facilite la detección precoz de problemas.

Mejorar el circuito asistencial

El 94,71% de los profesionales médicos (94,29% en hombres y 95,02% en mujeres) recurre a la auto prescripción y a la automedicación ante un problema de salud que consideran banal. El 94,68% de los médicos (93,43% de hombres y 95,63% de mujeres) se auto prescriben analgésicos básicos. Esta situación es más frecuente en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos excepto en el de los jubilados. Un 5,29% de los médicos se autoprescriben analgésicos opioides (6,51% de hombres y 4,37% de mujeres). La autoprescripción de antibióticos es del 70,75%, siendo de manera global más frecuente en hombres que en mujeres (73,20% de hombres y 68,90% de mujeres) con diferencias estadísticamente significativas. El 31,36% de los médicos (32,40% de hombres y 30,57% de mujeres) reconoce que se autoprescriben hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos. El 7,57% se autoprescriben también otros psicofármacos (8,18% de hombres y 7,10% de mujeres), sin que la diferencia entre géneros sea estadísticamente significativa.

En las entrevistas y grupos focales los médicos reconocen que también se autoprescriben medicaciones para sus problemas crónicos de salud (hipertensión, diabetes mellitus...), obviando muchas veces un seguimiento regular de dichas patologías, lo que puede conllevar una peor evolución. De ahí que el riesgo de la autoprescripción puede relacionarse con una falta de seguimiento de los problemas crónicos de salud que lleve a generar complicaciones con más frecuencia.

Cuando los profesionales estiman que el proceso no es leve, la actitud de los médicos cambia, y la mayoría decide consultar con un compañero, ya sea de manera formal, el 32,75% (35,68% de hombres y 30,53% de mujeres), o informal, el 30,66% (31,11% de hombres y 30,33% de mujeres). La tercera opción más frecuente es la de acudir al médico de Familia al que recurren el 24,05% (19,70% de hombres y 27,35% de mujeres). Sin embargo, un 35,65% no conocen o no han acudido nunca a su médico de familia, siendo significativamente mayor el número de hombres (43,70%) que de mujeres (29,55%). Además, la mayoría de los médicos (63,82%) a los que consulta un compañero por un problema de salud, se encargan ellos mismos de estudiar dicho problema.

La mayoría de los profesionales entrevistados y los médicos que tratan a médicos enfermos consideran que lo ideal es que el médico que ha enfermado sea tratado como cualquier otro paciente. Y por tanto, evitar las consultas de pasillo y acceder a la consulta de un compañero para abordar su problema de salud. Proponen agilizar el acceso al sistema sanitario creando consultas específicas para médicos o reservando huecos en las consultas de compañeros, de manera que se reduzcan las demoras para pruebas, visitas y/o cirugía. Agilizar el proceso diagnóstico y de tratamiento permitiría disminuir el tiempo de baja y la sobrecargar a los compañeros, que constituye uno de los principales motivos de presentismo según la encuesta CAMAPE. Los médicos reconocen, no obs-

tante, que la existencia de esta vía alternativa supone un agravio para otros estamentos y trabajadores sanitarios y para los pacientes. Así las cosas, proponen que este circuito rápido sea organizado desde los SPRRL. La mayoría de los médicos (83,17%; 83,10% de hombres y 83,22% de mujeres) cree conveniente que los médicos enfermos acudan a los SPRRL cuando están enfermos, aunque luego pocos los utilizan, como hemos señalado anteriormente.

Por ello, es también un área de mejora la relación entre los profesionales médicos y los SPRRL de las instituciones donde trabajan.

Tanto en las entrevistas a médicos enfermos como en los grupos focales de médicos de médicos queda claro que la fase diagnóstica se produce de forma generalmente rápida y controlada. Sin embargo, el seguimiento de la evolución de la enfermedad queda en manos del médico paciente y existe una pérdida de continuidad y falta de adherencia a las propuestas realizadas inicialmente en las primeras consultas.

El 79,22% de los médicos (81,92% de hombres y 77,18% de mujeres) considera que la confidencialidad de su proceso asistencial es respetada. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el global como entre los activos, siendo en ambos casos mayor el porcentaje de hombres que consideran que sí que se respeta la confidencialidad.

El 61,05% de los médicos (58,29% de hombres y 63,14% de mujeres) aceptarían de manera excepcional la pérdida de la confidencialidad en su asistencia clínica si ello conlleva una agilización en su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, un 14,88% de los médicos (15,61% de hombres y 14,33% de mujeres) no están dispuestos a perder la confidencialidad, aunque ello suponga una mayor rapidez en la asistencia. En esta situación hay diferencias estadísticamente significativas entre

hombres y mujeres, de manera que, aunque ambos están, en su mayoría, dispuestos a aceptar la pérdida de la confidencialidad, en el caso de las mujeres sería de manera más excepcional, y en el caso de los hombres no habría esta restricción.

El circuito asistencial convencional en sí mismo supone, en ocasiones, una pérdida de confidencialidad, por tener que coincidir en una misma sala con los pacientes, hecho que resulta incómodo para algunos de los médicos. De ahí que, algunos profesionales, proponen evitar en lo posible compartir la sala de espera de una consulta con pacientes o bien, dar alternativas como poder acudir en otro horario diferente al de los pacientes o acudir de una manera privada.

Otra medida que plantean los profesionales en sus aportaciones es la de poder encriptar los datos personales de los médicos enfermos y atenderlos con un identificador numérico, ocultando nombre y apellidos de la historia clínica electrónica. De tal forma que se vele por su intimidad. Al mismo tiempo, sugieren la existencia de algún tipo de identificación de los médicos-pacientes (una nota en la historia clínica) y los médicos jubilados (mediante una tarjeta de identificación) para que quien asuma la atención de ese profesional sepa que el paciente también es médico.

Gestionar el impacto del trabajo en la salud de los profesionales

El 89,48% de los médicos (89,45% de hombres y 89,51% de mujeres) considera que la salud de los médicos afecta de manera directa a la atención sanitaria que prestan en su trabajo. Sin embargo, el 73,14% reconoce que "A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos" (72,55% de hombres y 73,59% de mujeres). Para más de la mitad, el 68,18%, su salud ha condicionado su actividad profesional (63,94% de

hombres y 71,39% de mujeres). Además, la mitad de los médicos, 49,98% (44,13% de hombres y 54,41% de mujeres) ha tenido en los dos últimos años algún problema de salud que ha afectado su desempeño profesional de forma negativa.

No todos los problemas de salud tienen el mismo impacto y de manera global, el 53,83% de los médicos están de acuerdo con que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales en la competencia profesional. Sin embargo, existen diferencias significativas por sexo (60,06% de hombres y 49,10% de mujeres) donde las mujeres no están tan de acuerdo. El 45,31% reconoce que su actividad profesional ha afectado la atención de sus problemas de salud, con un claro predominio de las mujeres (38,48% de hombres y 50,49% de mujeres). El 89,65% considera que la sobrecarga asistencial es, sin duda, uno de los motivos que más ha afectado a su salud (87,27% de hombres y 91,03% de mujeres). El impacto de un error médico ha afectado a la salud del 20,29% de los médicos (20,14% de los hombres y 20,37% de las mujeres).

A pesar de reconocer el impacto de la salud en su trabajo, la mayoría de los médicos, 89,37% (88,16% de hombres y 90,29% de mujeres), acude a trabajar con problemas de salud por los que hubieran dado la baja a un paciente. Excepto en el grupo de los MIR, son las mujeres quienes más acuden a trabajar estando enfermas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas de manera global y en el grupo de los activos. La mayoría de las veces en las que los médicos han acudido a trabajar estando enfermos ha sido para no sobrecargar a sus compañeros, siendo éste un motivo más frecuente en mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa (53,97%; 48,35% de hombres y 58,14% de mujeres). El otro gran motivo, ha sido por responsabilidad hacia sus pacientes, siendo en este caso un motivo más frecuente entre hombres, también encontramos una diferencia estadísticamente significativa

tiva. Para el 4,23%, su motivo ha sido por mantener el nivel de ingresos (5,01% de hombres y 3,66% de mujeres). Por último, para el 3,77% ha sido por miedo a perder el trabajo (2,01% de hombres y 5,06% de mujeres), siendo más frecuente en mujeres con una diferencia estadísticamente significativa.

Para reducir el impacto del trabajo en la salud es importante tener unas condiciones laborales adecuadas, con una carga de trabajo que no desborde la capacidad de los profesionales. La mayoría de los profesionales considera necesario contar con equipos de profesionales médicos con una plantilla adecuada a la carga asistencial, que permitan facilitar las sustituciones para no sobrecargar a los compañeros y reducir el "presentismo" (ir a trabajar cuando el médico habría dado una baja laboral al paciente). Esta medida permitiría asegurar las libranzas de guardias, flexibilizar las jornadas para favorecer la conciliación familiar y realizar adaptaciones laborales según las capacidades de los profesionales.

Respecto a las bajas laborales prolongadas, resaltan que es preciso cuidar el proceso de reincorporación para que sea progresivo y adaptado al nuevo estado de salud del profesional, aumentando las competencias poco a poco, de forma que la vuelta al trabajo pueda realizarse lo mejor posible. En este sentido, los profesionales de los SPRLL en el grupo focal referían que era una tarea que realizaban estos servicios cuando se les solicitaba y que por su parte, tenían una actitud muy favorable para facilitar y supervisar las incorporaciones.

Además del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) para problemas de salud mental, algunos colegiados proponen la creación de unidades de atención a médicos enfermos dentro de las propias organizaciones sanitarias, de tal forma que, atiendan a los profesionales médicos de manera confidencial. Las ideas propuestas van desde una consulta monográfica de atención al médico enfermo, la atención particular de

los SPRLL o con una lista de diferentes especialistas a los que acudir que estuvieran dispuestos a atender a un compañero enfermo.

Otros puntos relevantes que se señalan, por su impacto en el bienestar emocional del médico, son aumentar el tiempo de consulta para cada paciente y ofrecer mayor estabilidad laboral, siendo este tema uno de los más mencionados como área de mejora por los profesionales en la encuesta CAMAPE. Mejorar el proceso emocional

Muchos médicos que han sido pacientes sienten que no han sido tratados con la empatía, comprensión y cariño que les hubiese gustado. Además, como se constata en la encuesta CAMAPE a un gran porcentaje de médicos les resulta complejo asumir la enfermedad y cambiar al rol de enfermo. Sería por tanto conveniente **concienciar al colectivo médico** de que los médicos enfermos tienen peculiaridades, siendo necesario adecuar la información y el apoyo emocional a su situación individual.

De manera general, se propone incluir en los **planes de formación de pregrado y postgrado información sobre el médico enfermo**. Sin olvidar, ofrecer ayuda psicológica a quien lo necesite y programas de ayuda para la **gestión de estrés**.

Mejorar el proceso emocional del hecho de enfermar y del impacto de la carga laboral

Muchos médicos que han sido pacientes sienten que no han sido tratados con la empatía, comprensión y cariño que les hubiese gustado. Además, como se constata en la encuesta CAMAPE a un gran porcentaje de médicos, el 73,14% (72,55% de hombres y 73,59% de mujeres) les resulta complejo asumir la enfermedad y cambiar al rol de enfermo. En ningún caso hay diferencia estadísticamente significativa entre sexos. Sería, por tanto, conveniente concienciar al colectivo médico de que los

médicos enfermos tienen peculiaridades, siendo necesario adecuar la información y el apoyo emocional a su situación individual. No obstante, los profesionales que han pasado o viven una enfermedad son más conscientes de esta vulnerabilidad y refieren que la enfermedad les ha enseñado a tratar de una forma más empática a sus pacientes.

Tanto en los grupos focales como en las entrevistas y opiniones de los profesionales en la pregunta abierta de la encuesta, consideran importante incluir en los planes de formación de pregrado y postgrado contenidos sobre el proceso de enfermar de los médicos, particularmente, de la esfera emocional. También, el ofrecer ayuda psicológica a quien lo necesite y programas de ayuda para la gestión del estrés relacionado con el entorno de trabajo desde el inicio de las prácticas médicas.

Mejorar el proceso emocional de los MIR en su interacción con el trabajo se convierte en un elemento esencial para prevenir la aparición de cuadros de ansiedad y estrés en el futuro, particularmente entre mujeres que, como hemos constatado con los resultados de la encuesta CAMAPE, son el grupo con mayor porcentaje de procesos como ansiedad (13,40% en hombres y 16,73% en mujeres) y trastornos depresivos (6,19% en hombres y 7,98% en mujeres).

Aspectos específicos para los médicos jubilados

La jubilación es una etapa de cambio profundo en la profesión médica. Se pierde la identidad como profesional que se había tenido hasta entonces, y se pierde la capacidad de utilizar los recursos del sistema de salud como anteriormente lo habían hecho. Los médicos jubilados al dejar el centro de salud o el hospital pierden la posibilidad de pedir consejo a algún compañero, sintiéndose algunos de ellos "abandonados" en el sistema de salud, lo cual los lleva a solicitar una atención especial.

En relación con la atención que reciben los médicos jubilados, el 85,24% (83,21% de hombres y 86,78% de mujeres) considera que la atención a los médicos jubilados es adecuada y el 14,76% (16,79% de hombres y 13,22% de mujeres) la considera deficiente. Sin embargo, conforme avanzamos en edad, observamos que cada vez hay más médicos descontentos. En los MIR refieren que no es buena el 6,94%, en los activos el 14,05% y en los jubilados el 25,67%.

Numerosos profesionales han compartido como sugerencia en la encuesta la posibilidad de promover un programa de voluntariado por parte de médicos ya jubilados, para el acompañamiento y la gestión de las citas de médicos enfermos.

Además, consideran importante conocer a su médico de familia, de tal forma, que se convierta en su facilitador en el viaje por el sistema de salud cuando enfermen.

Se propone una implicación más activa de los colegios oficiales de médicos en la atención a los médicos jubilados, haciendo un acompañamiento de su transición hacia la jubilación mediante programas cooperativos y estudios que permitan generar conocimiento para mejorar la atención a estos colegiados que han dedicado toda su vida al cuidado de los demás.

En cuanto a mantener la capacidad de prescribir más allá de la jubilación, el 23,89% de los MIR (29,90% de hombres y 21,67% de mujeres), el 42,80% de los activos (49,57% de hombres y 38,16% de mujeres) y el 78,26% de los jubilados (80,45% de hombres y 72,31% de mujeres) considera que se debe mantener de por vida. Sin embargo, la mayoría de los MIR (53,33%: 51,55% de hombres y 53,99% de mujeres), el 40,84% de los activos (36,58% de hombres y 43,75% de mujeres) y el 19,05% de los jubilados (16,43% de hombres y 26,15% de mujeres) consideran que deberían renunciar tras varios años sin ejercicio. Es un tema para reflexionar y considerar una

evaluación periódica, con información actualizada, sobre todo cuando el profesional lleva sin ejercicio profesional más de 5 años. Médicos de médicos (MdM):

Los MdM resumen las recomendaciones para el manejo del MA en una sola frase: **“Dar un trato deferente, pero no diferente.”**

El 41,30% de los médicos que han sido pacientes sienten que ha recibido el mismo trato que el resto de los pacientes y que su condición de médico no ha influido en su atención. El resto opina que el hecho de ser médico ha modificado el trato recibido, tanto de una manera beneficiosa, el 48,58%, como perjudicial, el 10,12%. Observamos que en quienes sí que han visto condicionada su atención médica por el hecho de ser médico, es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que se han sentido perjudicadas (12,12% de mujeres frente a 7,48% de hombres).

La gran mayoría (60,82%), tanto de hombres (62,22%) como de mujeres (59,76%), prefieren que el médico se identifique como tal a ser atendido por un compañero. Y esta actitud aumenta conforme aumentamos en edad. Esta es la opción elegida por el 42,78% de los MIR (40,21% de hombres y 43,73% de mujeres), el 61,59% de los activos (61,65% de hombres y 61,55% de mujeres) y el 68,74% de los jubilados (70,54% de hombres y 63,85% de mujeres).

Por otro lado, la mayoría de los médicos (59,01%) tratarían a sus colegas como lo hacen con cualquier otro paciente. Conforme se aumenta en edad y en experiencia, los médicos se van sintiendo más cómodos atendiendo a colegas. Sin embargo, el 17,83% de los médicos (14,96% de hombres y 20,00% de mujeres) se sentiría incomodo al tratar un colega, por no saber cuánta información es conveniente dar y como si estuviera haciendo un examen. Estas situaciones son más frecuentes en mujeres que en hombres, y en los más jóvenes, habiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR y en activos.

No obstante, el 84,04% de los médicos (90,04% de hombres y 79,88% de mujeres) se siente preparados para atender a un colega enfermo frente al 15,74% (9,96% de hombres y 20,12% de mujeres) que se siente poco preparados. En todos los casos, los hombres se sienten más preparados, habiendo diferencia estadísticamente significativa entre géneros en todos los grupos excepto en los MIR.

A pesar de sentirse preparados, el 73,26% de los médicos está de acuerdo con que los médicos deberían ser tratados por médicos formados para tal misión. No hay diferencias en cuanto edad ni género. La mayoría de los médicos, el 90,44% considera que debería haber una unidad especializada para médicos con problemas de salud que comprometan el ejercicio profesional (88,86% de hombres y 91,63% de mujeres). En general, esta opinión es más frecuente en mujeres, habiendo diferencia estadísticamente.

La actuación de los médicos que advierten que un colega tiene algún problema de salud que puede afectar en su ejercicio profesional es significativamente distinta dependiendo de si es hombre o mujer. De manera global, el 57,47% de los médicos tendrían dudas sobre cómo actuar, siendo la opción más elegida por las mujeres (65,22%) frente a los hombres (47,26%). Y el 41,23% se lo dirían directamente al compañero (41,23%: 51,78% de hombres y 33,22% de mujeres). No obstante, la mayoría de los médicos, el 88,12% (87,08% de hombres y 88,90% de mujeres) opina que es un superior quien tiene que abordar los problemas de salud de los colegas.

Además del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) para salud mental, algunos proponen la creación de unidades dentro del propio Sistema de Salud que atiendan a los profesionales médicos de manera confidencial, como, por ejemplo, una **consulta monográfica de atención al médico enfermo** o una **lista de diferentes especialistas a los que acudir si fuera necesario**.

Además, se recomienda que el médico que trata no conozca a los pacientes, ya que se pierde objetividad en el manejo del paciente. Sin embargo, de la experiencia de los médicos de médicos y de los médicos enfermos se concluye que el médico de médicos es elegido por el médico-paciente directamente.

Así mismo, se propone la creación de un **teléfono de ayuda al médico enfermo** atendido por especialistas. Se sugiere que estas consultas sean formales con un seguimiento establecido, puesto que las consultas informales o los favores a colegas corren el riesgo de valorar con menos profundidad y más rapidez, y no garantizan el seguimiento adecuado.

Algunos médicos solicitan mayor **liderazgo por parte de los Servicios de Salud Laboral** con revisiones anuales, como en el resto de empresas, o una mutua específica para los colegiados, que valore tanto la salud del médico como la adaptación al puesto de trabajo.

Algunos proponen que sea un **servicio ajeno al hospital**, para garantizar la confidencialidad.

También se propone una **evaluación psicológica de los profesionales sanitarios**, que facilite la detección precoz de problemas.

Los Médicos de Médicos (MdM)

Los MdM resumen las recomendaciones para el manejo del médico enfermo en una sola frase: "Dar un trato deferente, pero no diferente."

El 41,30% (40,04% hombres, 42,24% mujeres) de los médicos que han sido pacientes sienten que ha recibido el mismo trato que el resto de los pacientes y que su condición de médico no ha influido en su atención. El resto opina que el hecho de ser médico ha modifica-

do el trato recibido, tanto de una manera beneficiosa, el 48,58% (52,48% hombres, 45,63% mujeres), como perjudicial, el 10,12% (12,12% mujeres, 7,48% de hombres).

En cualquier caso, se recomienda que estas consultas sean siempre formales con un seguimiento establecido, puesto que las consultas informales "de pasillo" o los favores a colegas son de alto riesgo y no garantizan el seguimiento adecuado.

Hay alguna propuesta recomendando que el MdM no tenga una especial relación previa con el médico-paciente para garantizar una mayor objetividad. Sin embargo, la experiencia mayoritaria de los MdM es que el MdM es elegido por el médico-paciente directamente. Es decir, los médicos enfermos buscan a determinados compañeros para que les atiendan.

Así mismo, se propone la creación de un teléfono de ayuda al médico enfermo atendido por especialistas, como una iniciativa apoyada desde los colegios de médicos.

El 60,82% de los profesionales (62,22% hombres, 59,76% mujeres), prefieren que el médico se identifique como tal al ser atendido por un compañero. Esta preferencia aumenta conforme aumentamos en edad; así lo considera el 42,78% de los MIR (40,21% de hombres y 43,73% de mujeres), el 61,59% de los activos (61,65% de hombres y 61,55% de mujeres) y el 68,74% de los jubilados (70,54% de hombres y 63,85% de mujeres).

Por otro lado, el 59,01% de los médicos tratarían a sus colegas como lo hacen con cualquier otro paciente. Conforme se aumenta en edad y en experiencia, los médicos se van sintiendo más cómodos atendiendo a colegas. Sin embargo, el 17,83% de los médicos (14,96% de hombres y 20% de mujeres) se sentiría incómodo al tratar un colega, por no saber cuánta in-

formación es conveniente dar, y sintiéndose como si estuviera haciendo un examen. Estas situaciones son más frecuentes en mujeres que en hombres, y en los más jóvenes, habiendo diferencias estadísticamente significativas en los MIR y en activos.

No obstante, el 84,04% de los médicos (90,04% de hombres y 79,88% de mujeres) se siente preparados para atender a un colega enfermo frente al 15,74% (9,96% de hombres y 20,12% de mujeres) que se siente poco preparados. En todos los casos, los hombres se sienten más preparados, habiendo diferencia estadísticamente significativa entre géneros en todos los grupos excepto en los MIR.

A pesar de sentirse preparados, el 73,26% de los médicos está de acuerdo con que los médicos deberían ser tratados por médicos formados para tal misión. No hay diferencias en cuanto edad ni género. La gran mayoría de los médicos, el 90,44%, considera que deberían existir unidades especializadas para médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional (88,86% de hombres y 91,63% de mujeres). En general, esta opinión es más frecuente en mujeres, con diferencias estadísticamente significativas.

La actuación de los médicos que advierten que un colega tiene algún problema de salud que puede afectar en su ejercicio profesional es significativamente distinta dependiendo de si es hombre o mujer. El 57,47% de los médicos tendrían dudas sobre cómo actuar, (mujeres 65,22%, hombres 47,26%). Mientras que el 41,23% se lo dirían directamente al compañero (51,78% de hombres y 33,22% de mujeres). No obstante, la mayoría de los médicos, el 88,12% (87,08% de hombres y 88,90% de mujeres) opina que es un superior quien tiene que abordar los problemas de salud de los colegas.

La Organización Médica Colegial (OMC) y Colegios de Médicos

La gran mayoría de médicos, el 94,17% (91,55% de hombres y 96,16% de mujeres) apoya el que en el Código de Deontología Médica se especifiquen recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico, por lo que esta cuestión se convierte en una tarea futura de mejora y de progreso deontológico. Hay propuestas que sugieren la intervención rápida, coordinada por la Comisión de Deontología, ante casos de profesionales enfermos, para valorar la salud física, mental y emocional de los médicos que implique riesgo de perjudicar a pacientes.

Solo la mitad de los médicos, 54,81% (55,06% de hombres y 54,61% de mujeres) están satisfechos con la implicación del Colegio de Médicos en la atención de los colegiados enfermos y el 45,19% (44,94% de hombres y 45,39% de mujeres) opina que no se implica suficientemente. Estos colegiados piden una mayor implicación de los COM con los médicos enfermos, tanto desde una perspectiva personal como profesional. En concreto, proponen un programa o plan de acompañamiento durante la enfermedad, con asesorías legales, laborales, económicas y atención psicológica especializada como parte de la cartera de servicios del colegio.

La mayoría de los médicos está de acuerdo con realizar la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) (80,55%: 77,50% de hombres y 82,86% de mujeres). En todos los grupos, la satisfacción con la puesta en marcha de la VPC es mayor en mujeres, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, en el grupo de activos y de manera global. Además, la mayoría de los médicos (65,78%: 65,29% de hombres y 66,16% de mujeres) considera que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud. Sin embargo, sólo la mitad (48,05%) de los médicos conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC). Hay diferencias estadística-

mente significativas entre géneros, siendo más conocida por hombres (54,52%) que por mujeres (43,14%). Por ello, una propuesta de mejora es la de dar a conocer la importancia de la VPC también desde el punto de vista de la contribución a la mejora de la salud del profesional.

Todos los profesionales insisten en la necesidad de visibilizar las acciones y programas que ya se están llevando a cabo desde los colegios para todos los colegiados. Y así plantean la posibilidad de disponer de un acceso web para el médico enfermo en la página de la OMC que facilitara información, contactos provinciales. Además, consideran relevante la formación de los médicos tanto en las peculiaridades del proceso de enfermar de los médicos como para asumir adecuadamente el rol del médico como paciente.

Perspectiva de género en el abordaje de la salud y la enfermedad en la profesión médica

La encuesta CAMAPE ha puesto sobre la mesa una mirada diferente de la salud y la enfermedad de la profesión médica por parte de las mujeres y de los hombres.

La progresiva feminización de la profesión hace necesario considerar esta perspectiva en el diseño de planes y mejoras del proceso de atención a la salud de los profesionales de la medicina.

Dar un enfoque de género a una investigación supone beneficios científicos, sanitarios y sociales, puesto que incrementa su rigor científico y la validez de los resultados, permitiendo así una mejor generalización a toda la población, particularmente en el caso de la población médica, que está viviendo un proceso de feminización.

La feminización de la Medicina supone un cambio en el entorno laboral, que hasta hace unas décadas era mayoritariamente masculino, lo que conlleva la necesidad

por parte de las administraciones de tener en cuenta factores que rodean al género femenino.

Por un lado, los resultados de la encuesta CAMAPE ponen de manifiesto que las médicas refieren mayor nivel de presentismo. Reconocen un mayor impacto del trabajo en su salud. Se sienten menos preparadas para tratar a un compañero enfermo y solicitan formación al respecto. También están menos de acuerdo en mantener la competencia de prescripción tras la jubilación.

Consideramos importante investigar los factores causales de la alta prevalencia de trastornos ansiosos entre los profesionales sanitarios en su etapa de MIR y activos, particularmente entre las mujeres. Es un problema de salud pública que daña la calidad de vida del médico y de su labor asistencial, incrementando los costes económicos y sociales. En este sentido, sería interesante ampliar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo psicosocial para el colectivo médico.

En nuestro estudio no se han recogido aspectos relevantes como las cargas familiares en relación con el cuidado de parientes directos como hijos y padres que en numerosos artículos científicos han constatado que tienen impacto en la salud y también en las carreras profesionales de las profesionales de la medicina. Dentro de esta área, un aspecto relevante es la conciliación de la vida familiar y profesional en los años de residencia, ya que tiene impacto en la formación y carrera profesional futura y, en muchas ocasiones, supone postponer la maternidad a edades de mayor riesgo y menor fertilidad, lo que tiene un impacto claro en la salud de las profesionales.

En los comentarios cualitativos del cuestionario se exponen diversos problemas que afectan a la cuestión de género y que es necesario tratar, como el acoso, la inseguridad y el miedo a perder el trabajo o el desempleo. Surgen así numerosas ideas para futuras líneas de trabajo, que será necesario abordar.

Líneas de trabajo futuras

Propuestas de mejora del equipo de investigación para la prevención y la atención al médico enfermo

Tras el análisis de los resultados, las propuestas realizadas por los propios médicos y la reflexión del equipo investigador y de asesores externos del ámbito de la profesión médica se plantean una serie de acciones encaminadas a la protección de la salud de los médicos, la mejora de la atención del médico que enferma, y la protección de su profesionalidad y buena práctica.

Estas propuestas de trabajo inciden respectivamente en la difusión y traslación de los resultados de la investigación a la realidad de la profesión médica actuando tanto sobre los factores externos (riesgos psico-sociolaborales del colectivo médico) como sobre factores intrínsecos (capacidades y herramientas individuales de los médicos) para una vida más saludable de la profesión médica. Se proponen también estrategias específicas para la atención al médico jubilado y, por último, se realizan recomendaciones deontológicas y de liderazgo desde la Organización Médica Colegial:

Estrategia 1: Sensibilizar a la población general, los profesionales y las instituciones sanitarias acerca del proceso de enfermar de los médicos

Acciones:

1. Charlas, mesas y comunicaciones en foros nacionales e internacionales.
2. Publicaciones científicas relacionadas con el médico enfermo.
3. Divulgación a través de medios audiovisuales haciendo hincapié en los riesgos del presentismo, la automedicación,

la ausencia de seguimiento reglado del proceso de enfermar de los médicos y el apoyo al compañero enfermo.

4. Elaboración de herramientas docentes sobre promoción del autocuidado en la profesión médica y recomendaciones para mejorar el proceso de atención del médico enfermo.
5. Confección de un díptico y un vídeo con recomendaciones sobre el autocuidado de la salud y el abordaje de la propia enfermedad para médicos internos residentes y médicos especialistas en activo.
6. Elaboración y difusión de recomendaciones que orienten sobre actitudes y acciones correctas en el manejo del profesional médico como paciente para servicios de prevención de riesgos laborales y servicios de recursos humanos de las organizaciones sanitarias.

Estrategia 2: Definir las tareas de la Organización Médica Colegial y Colegios Oficiales de Médicos en la atención a los profesionales enfermos

Acciones:

1. Difusión de las acciones de los Colegios Oficiales de Médicos en pro del cuidado y bienestar de la profesión.
2. Difusión del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) orientado al abordaje de los problemas de salud mental y adicciones entre los colegiados.
3. Participación de los Colegios Oficiales de Médicos en el seguimiento y apoyo a los médicos enfermos

con propuestas concretas (programa de voluntarios, psicoterapia de acompañamiento durante la enfermedad, asesoría económica y laboral...) considerando explícitamente la perspectiva de género en este seguimiento.

4. Modificación del Código de Deontología Médica que enfatice la importancia del autocuidado de la salud desde el punto de vista del profesionalismo y la deontología de manera que recoja los siguientes puntos:
 - Se recomienda concienciar a los profesionales sobre la situación de conflicto de rol del médico cuando es paciente y los riesgos que puede entrañar. Esta situación precisa de un aprendizaje para aceptar la nueva realidad.
 - Se recomienda a todos los profesionales médicos tener un médico de familia de referencia con el que poder consultar sus problemas de salud para garantizar unos cuidados de calidad y seguros.
 - Se recomienda a todos los profesionales médicos que se identifiquen como tal cuando solicitan atención por un problema de salud, para facilitar la relación con el compañero que les atiende. Es conveniente trabajar en un "manual de estilo" compartido para que los médicos de médicos no se sientan exigidos.
 - Se recomienda incluir como responsabilidad deontológica el mantenimiento de un estilo de vida saludable y de un adecuado autocuidado físico y psicológico.
 - Se recomienda considerar la perspectiva de género en relación con el abordaje de los problemas de salud y enfermedad de la profesión médica.

Estrategia 3: Implementar la colaboración entre instituciones para mejorar la atención a los médicos jubilados

Acciones:

1. Impulso de la colaboración entre el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para promocionar la retirada progresiva de la actividad laboral asistencial al final de la vida laboral (últimos 5-10 años). Plantear en la etapa laboral final un perfil de actividades más enfocado a la coordinación y formación continuada de los nuevos facultativos, reduciendo la carga asistencial.
2. Desarrollo desde los Colegios profesionales un plan de “preparación para la jubilación”, basado en una serie de puntos que faciliten la transición a otra etapa vital una vez finalizada la actividad asistencial, pero manteniendo el contacto con la profesión mediante actividades de ocio y voluntariado que permitan cierta continuidad identitaria.
3. Los Colegios de Médicos velarán por la capacitación de prescripción del médico jubilado, tanto para el uso propio como el de sus beneficiarios legales de talonarios de recetas del sistema sanitario público como en el uso privado.
4. Creación de mentorías médicas como actividad voluntaria por parte de los médicos jubilados. Estos profesionales podrían ser una guía para los nuevos residentes que se incorporan a los centros sanitarios donde ellos han desarrollado su carrera profesional.
5. Promoción del contacto de los médicos jubilados con sus médicos de atención primaria para coordinar su

atención en los diferentes niveles asistenciales y favorecer el uso de las vías ordinarias de acceso al sistema sanitario por parte de los propios profesionales médicos.

Estrategia 4: Implicar a las facultades de medicina en la formación de los estudiantes en habilidades de autocuidado, gestión de la propia enfermedad y del futuro entorno laboral

Acciones:

1. Desarrollo de actividades formativas para estudiantes, encaminadas a concienciar en la aceptación de la propia vulnerabilidad y capacitación en el adecuado manejo tanto de su enfermedad como la de sus colegas.
2. Incorporación al currículum de pregrado de competencias sobre el autocuidado personal de los profesionales y manejo de los problemas de salud propios y de otros compañeros médicos, incluyendo la prevención de la psicopatología y la ideación suicida. Impulsar la realización de trabajos de fin de grado sobre este tema.
3. Creación de servicios de apoyo psicológico a los estudiantes para afrontar de forma saludable la carga emocional de las prácticas, la competitividad de los estudios y el afrontamiento del examen MIR.
4. Promoción de un grupo de trabajo entre servicios de prevención de riesgos laborales y facultades de medicina para analizar y gestionar los riesgos laborales asociados a las prácticas clínicas. Garantizar una correcta cobertura vacunal antes de iniciar las prácticas, evaluar los riesgos individuales de los alumnos, promover los autocuidados.

Estrategia 5: Abordar la situación de discapacidad en la profesión médica

Acciones:

1. Promoción de un grupo de trabajo entre la Organización Médica Colegial y la Conferencia Nacional de Decanos para abordar el tema de la discapacidad y sus adaptaciones para el grado de medicina.
2. Promoción de un grupo de trabajo entre la Organización Médica Colegial y el Ministerio de Sanidad para abordar el tema de la discapacidad y su evaluación a la hora de optar a la elección de plazas de médicos internos residentes con discapacidad.

Estrategia 6: Implicar a las instituciones sanitarias en la detección de factores de riesgo laboral que afectan a la salud de los médicos

Acciones:

1. Creación de un grupo de trabajo con los servicios de prevención de riesgos laborales para:
 - Detección y amortiguación de factores laborales de riesgo psicosocial (privación de sueño, exceso de horas de trabajo, doble presencia, dificultades de conciliación con las cargas familiares...).
 - Promoción de factores protectores y una cultura del autocuidado (cumplimiento con revisiones de salud laboral periódicas, campañas preventivas, fomento proactivo de hábitos dietéticos saludables en los centros de trabajo, ejercicio físico, reducción de la autoprescripción...).

- Provisión de incorporaciones laborales paulatinas tras procesos de incapacidad de larga duración, adaptaciones de puestos laborales, procesos de reciclaje tras ausencias prolongadas y planificación progresiva de la jubilación.
2. Negociación con los responsables de gestión y recursos sanitarios para posibilitar una cobertura más ágil de las incapacidades temporales de los médicos.
 3. Creación de grupos de trabajo:
 - Con profesionales de Salud Mental para promover acciones encaminadas a mejorar las capacidades de los médicos a la hora de afrontar el estrés, trabajo en equipo, disminución del estigma, así como recibir entrenamiento en técnicas para la gestión y manejo de la ansiedad, especialmente en los colectivos más vulnerables.
 - Con los Departamentos o Consejerías de Sanidad para contemplar el problema del médico enfermo en los Planes autonómicos de Salud Mental.

Estrategia 7: Cultivar en los profesionales en formación un abordaje más saludable de su desarrollo profesional

Acciones:

1. Formación para la mejora del proceso emocional de los MIR en su interacción con el trabajo como elemento clave para prevenir la aparición de cuadros de ansiedad y estrés, y prevención de las tentativas de suicidio, particularmente entre mujeres.
2. Formación de los profesionales tutores y jefes de estudio en el acompañamiento de los MIR facilitando herramientas de gestión emocional, laboral y jurídica.

3. Refuerzo de los vínculos entre los MIR, profesionales tutores y jefes de estudio con los servicios de prevención de riesgos laborales para el fomento de actividades de promoción de la salud y el acompañamiento y resolución de los problemas de salud vinculados al trabajo de diario.
4. Impulso de las reuniones o jornadas de tutores y jefes de estudios de centros de atención primaria y hospitales para abordar las formas de resolución de los problemas de salud y trabajo de los MIR.
5. Promoción de un entorno laboral saludable fomentando el autocuidado, los descansos tras las guardias, horarios laborales.
6. Formación en simulación para el manejo de situaciones adversas: comunicación de malas noticias, gestión de situaciones éticas complejas, dar una respuesta adecuada a los pacientes y familias ante un evento adverso.
7. Creación y despliegue de grupos de apoyo para los profesionales en formación que formen parte de equipos que han vivido un evento adverso grave y se encuentren afectados e impacte en su desempeño profesional, segundas víctimas.

Estrategia 8: Perspectiva de género en el abordaje de la salud y la enfermedad en la profesión médica

Acciones:

1. Elaboración de informes periódicos del Observatorio de Género de la Profesión Médica como elemento clave para la evaluación de las intervenciones realizadas y la identificación de nuevas áreas de intervención con el fin de alcanzar una vivencia saludable de la profesión médica con perspectiva de género.

2. Promoción de actividades que den relevancia al liderazgo femenino de la profesión médica en las organizaciones sanitarias y en las universidades, facilitando la conciliación, fomentando la paridad para reducir el techo de cristal y eliminar las situaciones de acoso laboral vinculadas al género.

Propuestas de despliegue

Propuestas a nivel de cada institución (hospital, área de salud, universidad):

Incorporación de contenidos en la formación de pre y postgrado de medicina sobre el autocuidado de la salud de los médicos y la atención al proceso de enfermar de los mismos.

- Coordinación de los SPRLL de las instituciones sanitarias que acogen a estudiantes de medicina en prácticas con las facultades de medicina.
- Coordinación de los SPRLL con los colegios de médicos provinciales para la formación, atención y reincorporación laboral de los médicos enfermos.
- Mejora de las condiciones laborales de los profesionales en colaboración con los SPRLL y los representantes sindicales.

Propuestas que requieren consensos suprainstitucionales y un despliegue con diferente temporalidad:

Por otro lado, varias acciones de las estrategias precisan de alcanzar consensos a nivel suprainstitucional y tendrán un despliegue con diferente temporalidad:

- Incorporación al currículum de pregrado y a la formación de los residentes, asignaturas en relación con el autocuidado personal de los profesionales y con el adecuado manejo de los problemas de salud, así como el aprendizaje para atender a un compañero enfermo.
- Incorporación de recomendaciones concretas al Código de Deontología Médica a través de un capítulo dedicado a la salud de los profesionales.
- Consolidación de los grupos de coordinación entre las diferentes instituciones: OMC y conferencia de decanos de facultades de medicina, OMC y servicios de Salud laboral, OMC y Ministerio de Sanidad.

Ejemplos del despliegue de algunas propuestas de mejora puestas en marcha durante la elaboración del presente informe:

En las Jornadas clínicas anuales del PAIME se abordan algunos aspectos y estrategias propuestas en este informe que se están liderando desde los Colegios Provinciales de Médicos y desde la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) www.fpsomc.es.

El PAIME y la FPSOMC, en su compromiso con el futuro de la profesión médica, han iniciado una serie de actividades para promover la salud de los estudiantes de medicina. Estas actividades se están realizando en colaboración con el CEEM- Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina-, o directamente con las facultades de medicina. En concreto, desde la FPSOMC y la Universidad Complutense de Madrid se ha organizado por segundo año, un seminario en su facultad de medicina sobre la importancia de la promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad entre los estudiantes de medicina. Otras facultades de medicina, como la de Salamanca

y Valladolid, en colaboración con los Colegios Oficiales de Médicos de sus provincias van a iniciar actividades similares. El Premio al Mejor Proyecto en la Enseñanza de Grado 2022 de Educación Médica se concedió al programa Entrenamiento en el cultivo de la compasión en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Y el finalista el programa Humanizando la Atención Sanitaria (humanizas) desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

Desde la FPSOMC, en colaboración con el CEEM, se imparten seminarios y otro tipo de actividades cuyo objetivo principal es sensibilizar sobre la importancia del autocuidado y desarrollar las habilidades personales adecuadas. La FPSOMC, en colaboración con la Fundación Mutual Médica, ha creado un programa telemático de apoyo psicológico a los estudiantes de medicina durante su etapa de grado: el SAPEM. Este programa va a dar apoyo tanto en la etapa universitaria y en las prácticas clínicas como en la preparación del examen para acceder al MIR y en la etapa de médico interno residente.

En la etapa MIR, tanto para los médicos en formación como para los tutores de los MIR, se llevan a cabo seminarios de prevención, promoción y protección de la salud a través de un convenio de la FPSOMC con la Fundación Galatea y Laboratorios Almirall, con la colaboración de los Colegios Oficiales de Médicos.

El premio finalista al Mejor Proyecto en la Enseñanza de Postgrado o Formación de Especialistas de Educación Médica 2022 fue para el proyecto "MIRame: Simulación clínica para mejorar las habilidades de comunicación de los residentes", desde el Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Numerosas pequeñas iniciativas están en marcha en las organizaciones sanitarias para dar apoyo a los profesionales en formación y acompañarlos de forma saludable en su proceso de aprendizaje para alcanzar la excelencia profesional y humana. Las instituciones cole-

giales tienen un papel de apoyo crucial en el despliegue de estos proyectos.

El PAIME también colabora con los servicios de prevención de riesgos laborales de diferentes instituciones sanitarias a nivel nacional en los procesos de detección de médicos enfermos y en la reincorporación del médico su puesto de trabajo.

Igualmente, la Fundación Galatea (<https://www.fgalatea.org/es/home>) está desarrollando desde hace años diferentes estudios de investigación y proyectos de mejora de la salud y el bienestar de los estudiantes de medicina, los residentes y médicos en activo. Ha implementado dípticos informativos, una aplicación para móvil, vídeos y cursos formativos para potenciar el cuidado de la salud de los profesionales de la medicina.

En relación con los médicos jubilados, en algunos colegios provinciales de médicos existe proyecto de acompañamiento a médicos jubilados enfermos por parte de compañeros. Además, algunos colegios han gestionado una atención preferente a médicos jubilados a través de convenios con aseguradoras médicas.

Material docente del proyecto de investigación

Dentro del proyecto de investigación se han elaborado una serie de materiales docentes con la finalidad de apoyar la mejora de la atención a los médicos como pacientes así como promocionar los hábitos saludables para la mejora de la salud de los profesionales de la medicina a lo largo de sus etapas profesionales desde médicos residentes a médicos jubilados.

Los Materiales formativos del proyecto de investigación están disponibles en el Anexo 4 para su divulgación:

1. Triptico informativo para el autocuidado de la salud de los médicos internos residentes.
2. Otras infografías disponibles sobre el proceso de enfermar de los médicos.
3. Serie de videos docentes para reflexionar sobre el manejo de los medicos como pacientes.

Agradecimientos

- A los profesionales médicos enfermos y a los profesionales implicados en la atención a la enfermedad de otros médicos, que han participado en el estudio, tanto en las entrevistas en profundidad, en los grupos focales como con sus respuestas en la encuesta CAMAPE.
- A la Organización Médica Colegial de España, a la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial, a la Fundación Galatea y PAIME por su apoyo en el desarrollo de este proyecto.
- A todas las personas que han colaborado de diferentes maneras para conseguir que las investigadoras de este proyecto concluyeran con éxito el presente estudio y las tesis doctorales de él derivadas.





Bibliografía

Perspectiva general del médico como paciente:

Marco-Gómez B, Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Martínez-Boyer T, Altisent R, Delgado Marroquín MT, Astier-Peña MP. El proceso de enfermar de los médicos y sus consecuencias en el profesionalismo. *Acta Bioethica*. 2018; 24 (2): 199-210.

O'Connor M, Kelleher C. Do doctors benefit from their profession? A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices. *Irish Medical Journal*. 199; 91(6) 206209.

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.

Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley et Sons; 1999.

Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 2001; 323(7315):728-31.

Schneck SA. Doctoring doctors and their families. *JAMA*. 1998; 280:2039-2042

Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* [Internet]. 2002 Apr 5;30(2):125-32. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/14034940210133744>

Arrizabalaga P, Baranda L, Rohlfs I, Artazcoz L, Carme Borrell, Mercè Fuentes, et al. *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*. Barcelona;Fundación Galatea. Inc; 2007.

Stanton J, Caan W. How many doctors are sick? *BMJ* 2003; 326:97.

Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust* 2004; 181: 368-370

FrankE. Physician health and patient care. *JAMA*.2004;291:637

American Medical Association Council on Mental Health. The sick physician: impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *J Am Med Assoc* 1973;223:684–687

Beneath the white coat – Doctors, their minds and mental health. Ed: Clare Gera-da. Routledge; 2020. ISBN-13: 978-1138499737

Programas para el médico enfermo, declaraciones de organizaciones y temas deontológicos:

Casas M, Gual A, Bruguera E, Arteman A, Padros J. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:785-9.

Federation of state physician health programs, AMA. Disponible en: <http://www.fsphp.org/> (último acceso 31 mar 2021).

CMA: Centre for Physician Health and wellbeing. Disponible en: <https://www.cma.ca/physician-health-and-wellness> (Último acceso 31 mar 2021).

British Medical Association: Doctors health and wellbeing. Disponible en: <http://bma.org.uk/support-at-work/doctors-well-being> (Último acceso 31 mar 2021).

General Medical Council. Good medical practice. London: GMC, 1995. United Kingdom: Health. Disponible en: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice> (Último acceso 30 mar 2021).

World Medical Association Statement on physician Well-Being. <https://www.wma.net/policiespost/wma-statement-on-physicians-well-being/> Published October 2015. (Accessed September 9, 2020).

Parsa-Parsi RW. The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. *JAMA*. 2017; 28;318(20):1971-1972. doi: 10.1001/jama.2017.16230.

International Conference on Doctors' Health. Disponible en: <http://bma.org.uk/icph2014> <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/physician-health/international-conference-physician-health.page?> (Último acceso 30 mar 2021).

Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R; Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Physician health and wellness. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(2):7782. doi: 10.1093/occmed/kqj025.

Principles of medical ethics. In: American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2004–2005 Edition. Chicago: AMA Press, 2004.

Encuestas sobre la experiencia de enfermar de la profesión médica:

Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med*. 2000; 9:1079-85.

Davison SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179:302-305.

Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. Care of doctors to their health care. Results of a postal survey. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(13):492–4.

Chen, J.Y., Tse, E.Y., Lam, T.P. et al. Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health* 8, 183 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-183>

Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J* 2007; 100(6): 489–491.

Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42(357): 153–156.

Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health*. 2002;30(2):125-32. doi: 10.1080/14034940210133744

Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. *Arch Fam Med [Internet]*. 2000 [cited 2020];9(10):1079–85.

Encuesta Europea de Salud, INE 2014. Disponible en: http://www.ine.es/colencine/colencine_enchog_salud.htm (último acceso 10-04-2021)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España, 2017. [Consultado el 14 de agosto 2019] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

O' Keeffe, A., Hayes, B. & Prihodova, L. "Do as we say, not as we do?" the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19: 179. doi.org/10.1186/s12889-019-6451-8

Perspectiva de Género:

Miller K, Clark D. "Knife before wife": An exploratory study of gender and the UK medical profession. *J Heal Organ Manag*. 2008;22(3):238–53.

Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers Professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2010 Dec 18 [cited 2020];10(1):40. Available from: doi:10.1186/1472-6963-10-40

Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res*. 2003;54(2):171–8.

Heiligers PJM, Hingstman L: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000, 50:1235-1246

Estigma salud mental:

Gil Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. Stigma towards people with mental illness in general hospital health professionals. *Norte de salud mental*. 2016;14 (55):103-111.

Garelick AI. Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. *Psychiatrist* 2012;36:81–4. 28

Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, et al. Shame! Selfstigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open* 2012;2: e001776–8.

Presentismo:

Jena AB, Baldwin DC, Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM. Presenteeism among resident physicians. *JAMA*. 2010; 15;304(11):1166-8. doi: 10.1001/jama.2010.1315

Zakrzewska K. Presenteeism. Unhealthy extra presence in the workplace. *Przegl Epidemiol*. 2014;68:77-80.

Landry M, Miller C. Presenteeism: are we hurting the patients we are trying to help? *J Gen Intern Med*. 2010; 25(11):1142-3.

Widera E, Chang A, Chen HL. Presenteeism: a public health hazard. *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1244–7

Médicos Internos Residentes:

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.

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.

Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea;2009.

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.

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.

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.

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.

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

Vargas-Terrez BE, Moheno-Klee V, Cortés-Sotres JF, Heinze-Martin G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med*. 2015;4(16):229-235.

Tysen 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.

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 Abus*. 2016 Sep 20:1-5.

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

Perkin MR, Highton A, Witcomb M. Do junior doctors take sick leave. *Occup Environ Med*. 2003 Sep;60(9):699-700.

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.

Levey RE. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad. Med*. 2001;76:142–150.

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.

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.

Pérez-Álvarez C, Gallego-Royo A, Marco-Gómez B, Martínez-Boyero T, Altisent R, Delgado-Marroquín MT, AstierPeña 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.

Médicos Jubilados:

Neurgaten BL. Los significados de la edad. Barcelona: Herder. Versión Original. The meanings of age: selected papers of Bernice L. Neurgaten. Chicago: Chicago UNiversity Press; 1996.

Luce A, van Zwanenberg T, Firth-Cozens J, Tinwell C. What might encourage later retirement among general practitioners? *J Manag Med*. 2002;16(4-5):303-10. doi: 10.1108/02689230210445112.

Harper MC, Shoffner MF. Counseling for continued career development after retirement: An application of the theory of work adjustment. *Career Dev Q*. 2004; 52: 272–284. doi:10.1002/j.2161-0045.2004.tb00648.x

Sánchez-Candamio M, del Valle A. Estudio de necesidades de los profesionales de la medicina relacionados con el momento de la jubilación. Barcelona: fundación Galatea. INC; 2006. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/pdf/jubilats.pdf>

Tuttle JP. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. *Palliat Support Care*. 2007;5(1):71-6.

Birnbaum NS. Inspire before you retire. *Arthritis Rheum* 2008; 58(4):915-8. doi: 10.1002/art.23481.

Silver MP. Women's retirement and self-assessed well-being: an analysis of three measures of well-being among recent and long-term retirees relative to home-makers. *Women Health*. 2010; 50(1):1-19.

Campillo-Serrano C, Sotelo –Monroy GE, Trejo-Márquez HD. Aspectos psicológicos y emocionales del retiro médico. Una primera aproximación. *Gac Med Mex*. 2011; 147 (3): 256-261

Coe NB, Zamorro G. Retirement effects on health in Europe. *J Health Econom*. 2011; 30:77–86. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.11.002

Silver MP, Pang NC, Williams SA. " Why give up something that Works so well?: retirement expectations among academic physicians. *Educ Gerontol*. 2015; 41: 333-347.

Silver MP, Hamilton AD, Biswas A, Warrick NI. A systematic review of physician retirement planning. *Human Resources for Health* 2016;14:67

- Silver MP, Hamilton AD, Biswas A, Warrick NI. A Systematic Review of Studies of Physicians' Adjustment to Retirement. *Arch Community Med Public Health*. 2016; 2(1), 1-7.
- Silver MP. Critical reflection on physician retirement. *Can Fam Physician*. 2016; 62: 783-784.
- Silver MP. An inquiry into self-identification with retirement. *J Women Aging*. 2016;28(6):477-488.
- Jenkins K. Transitions to retirement. *Australas Psychiatry*. 2016; 24(2):123-4. doi: 10.1177/1039856216636511.
- Silver MP, Easty LK. Planning for retirement from medicine: A mixed methods study of barriers and facilitators to physician retirement. *CMAJ Open*. 2017;5: E123-9.
- Silver MP. Physician retirement: gender, geography, flexibility and pensions. *CMAJ* 2017; 189:E1507-8. doi: 10.1503/cmaj.171302.
- Hedden L, Lavergne MR, McGrail KM, Law MR, Lucy Cheng L, Ahuja MA et al. Patterns of physician retirement and pre-retirement activity: a populationbased cohort study. *CMAJ* 2017; 189:E1517-23. doi: 10.1503/cmaj.170231.
- Smith F, Lachish S, Goldacre MJ, Lambert TW. Factors influencing the decisions of senior UK doctors to retire or remain in medicine: national surveys of the UK-trained medical graduates of 1974 and 1977. *BMJ Open* 2017;7:e017650
- Wijeratne C, Earl JK, Peisah C, Luscombe GM, Tibbertsma J. Professional and psychosocial factors affecting the intention to retire of Australian medical practitioners. *Med J Aust*. 2017; 206(5):209-214. doi: 10.5694/mja16.00883.
- Silver, M.P. Retirement, and Its Discontents: Why we won't stop working, even if we can. New York, NY: Columbia University Press;2018.
- Silver MP, Williams SA. Reluctance to retire: An intergenerational perspective on work identity and retirement from academic medicine. *Gerontologist*. 2018; 58(2): 320-330.
- Gordon H. Later careers – regenerating the medical workforce. *Clinical Medicine* 2018; 18 (5): 397-9.
- Silver MP. The Unbearable Lightness of Being Retired. *Can J Aging*. 2019; 38(1):21-34.
- Silver MP, Settels J, Schafer MH, Schieman S, Getting the Hours You Want in the Preretirement Years: Work Hour Preferences and Mismatch Among Older Canadian Workers. *Work Aging Retire*. 2019;5(2): 175-188.
- Sataloff RT. Physicians and Retirement. *Ear Nose Throat J*. 2019;98(7):394-395.
- Sivel MP, Dass AR, Laporte A. The effect of post-retirement employment on health. *J Econ Ageing*. 2020; 17 (C).
- Zuelke AE, Roehr S, Schroeter ML, Witte AV, Hinz A, Glaesmer H et al. Depressive Symptomatology in Early Retirees Associated with Reason for Retirement—Results From the Population-Based LIFE-Adult-Study. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565442>.
- Morishita M, Iida J, Nishigori H. Doctors' experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. *Explore (NY)*.2020;16(3):145-151. doi: 10.1016/j.explore.2019.10.007.
- Wijeratne C, Earl J. A guide for medical practitioners transitioning to an encore career or retirement. *Med J Aust*. 2021;214(1):12-14.e1. doi: 10.5694/mja2.50870.
- Wilckens MR, Wöhrman AM, Deller J, Wang M. Organizational Practices for the Aging Workforce: Development and Validation of the Later Life Workplace Index. *Work Aging Retire*. 2021; 7(4): 352-386
- Flatt N. Doctors' early retirement will increase. *BMJ*. 2021; 374:n1834.
- Marco Gómez B, Altisent Trota R, Astier Peña MP. Cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del médico. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2021. 343 p.

Anexo 1: Tablas de la sección de metodología cualitativa

Tabla 1: Categorías del análisis cualitativo de las entrevistas

Análisis cualitativo en primera persona: médico enfermo

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Proceso asistencial	Diagnóstico	Automanejo.
		MAP/Acudir a compañeros.
		Médicos enfermos especialistas (más pruebas) Vs MAP (más seguros privados).
		Salud Laboral.
	Tratamiento	Dar por sentados conocimientos.
		Autotratamiento.
		Retraso/oposición al tratamiento.
		Buenos cumplidores.
		Mayor conocimiento efectos secundarios.
		Confianza en compañeros.
		Otras consultas: internet, segundas opiniones.
		Diferencias en tto MAP/especialistas.
	Seguimiento	Flexible, menos reglado: aspectos positivos y negativos.
	Confidencialidad	Pérdida frecuente, normalización, necesidad formación, informatización, consecuencias negativas, médicos jóvenes, tipo de patología, atención en mismo lugar de trabajo, confidencialidad de otros pacientes.
	Información Recibida	Suficiente/ sobreentendida
No atreverse a preguntar/molestar		
Clara, técnica, fría.		

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Proceso emocional	Emociones experimentadas	Impotencia, humillación, tristeza, negación, miedo, angustia, vulnerabilidad, pérdida de identidad, confianza, sentimiento de control, fracaso como médico, carga o molestia para los demás, aceptación...
	Influencia de los conocimientos	Positivo: anticipación, toma más consciente de decisiones.
		Negativo: anticipación, hipocondriasis.
		Capacidad interpretación de los síntomas.
		Conocimientos del sistema y contactos.
Influencia de la personalidad.		
Trato recibido	Preferente. Efecto clase.	
Aprendizaje de la enfermedad	Cambio de los propios valores, mejorar la atención al paciente, mejorar la empatía con el paciente.	
Influencia en el entorno laboral	Sobrecarga asistencial	
	Exceso de responsabilidad	Volumen de trabajo, plantillas de profesionales muy ajustadas, relación salud y trabajo.
	Impacto de la enfermedad en la calidad asistencial	
	Incapacidad Laboral (ILT)/reincorporación	Presentismo, responsabilidad compañeros y pacientes, pérdida económica...
	Corporativismo mal entendido	Encubrimiento de compañeros enfermos.
		Diferencias entre patología mental y física
	Relación con los colegas/superiores jerárquicos	Cuestionamiento del proceso de enfermar.
Apoyo de pares.		
Identificarse como médico	Importante en el diagnóstico. Menor peso en el seguimiento. Rechazo al trato preferente. Opinión diferente si se es médico-enfermo o médico de otros médicos.	

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
<p>Médicos de médicos</p>	<p>Dan un trato deferente a sus colegas enfermos</p>	
	<p>Rechazo ante pacientes médicos por sentirse incómodo, exigido, cuestionado y evaluado</p>	
	<p>Requiere mayor esfuerzo tratar a un médico-enfermo</p>	
	<p>Referencia con el Médico de familia</p>	
	<p>Los médicos eligen a quienes quieren que sean sus médicos</p>	
	<p>Exceso de empatía influye en el manejo</p>	<p>Dificultad para encontrar equilibrio en la relación médico-paciente.</p>
	<p>Conflicto de rol</p>	
<p>Colegios de Médicos y Organización Médica Colegial (OMC)</p>	<p>Desconocimiento del rol</p>	
	<p>PAIME</p>	
	<p>Reivindicación de su labor</p>	
	<p>Necesidad de mayor implicación</p>	
	<p>Propuestas de intervención para los Colegios de Médicos y OMC</p>	

Tabla 2: Profesionales médicos residentes enfermos entrevistados

Código	Sexo	Año MIR	Patología	Especialidad
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.	

Tabla 3: Profesionales médicos enfermos en activo entrevistados

Código	Sexo	Año MIR	Patología	Especialidad
20-001	mujer	52	Oncología respiratoria	Médica hospitalaria
20-002	mujer	58	Oncología maxilofacial	Médica (paliativos)
21-003	hombre	65	Oncología digestiva	Quirúrgica
20-004	mujer	35	Oncología ginecológica	MAP
21-005	hombre	56	Trastorno afectivo	MAP
21-006	hombre	62	Oncología digestiva	Médica hospitalaria
21-007	hombre	52	Oncología nefrológica	Médica hospitalaria
20-008	mujer	55	Oncología digestiva	Medicina legal y forense
21-009	hombre	30	Trastorno afectivo	Medico hospitalaria
20-010	mujer	64	Traumatológica	Pediatría primaria
21-011	hombre	45	Reumatoló-gica	MAP
21-012	hombre	64	Diabetes/ infarto	Medica hospitalaria

Tabla 4: Profesionales jubilados médicos entrevistados

Código	Sexo	Año MIR	Patología	Especialidad
30-001	Hombre	69	Cirugía General	Medica hospitalaria
30-002	Hombre	72	Cirugía Plástica y Maxilo Facial	Médica (paliativos)
30-003	hombre	75	Medicina Interna	Quirúrgica

Tabla 5: Participantes en el grupo focal de profesionales tutores o jefes de estudio de programas formativos de médicos especialistas

Sexo	Perfil profesional	Hospital/Atención Primaria
Mujer	Jefa de estudios de residentes y presidenta de la Comisión de Docencia del Hospital .	Un hospital de <500 camas.
Mujer	Jefa de estudios de una unidad multiprofesional de formación en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria .	Un sector de ámbito rural
Varón	Jefe de estudios y presidente de la Comisión de Docencia del hospital.	Hospital de >1000 camas.
Mujer	Jefa de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.	Hospital de referencia con <500 camas.
Varón	Jefe de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria,.	Hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.
Mujer	Técnico de una Unidad Multiprofesional de Formación en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.	Con hospital de referencia con entre 500 y 1000 camas.

Tabla 6: Participantes en el grupo focal de profesionales de salud laboral

Iniciales	Especialidad	Sexo	Hospital
MC	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de más de 1000 camas
CL	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de más de 1000 camas
JT	Médico del trabajo	Hombre	Hospital de menos de 500 camas
EV	Médico del trabajo	Hombre	Hospital de menos de 500 camas
MJB	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de menos de 500 camas
JR	Médico del trabajo	Mujer	Hospital de menos de 500 camas
EZ	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas
CI	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas
LS	Médico del trabajo	Mujer	Hospital entre 500 y 1000 camas

Tabla 7: Participantes en el grupo focal de profesionales médicos que atienden a médicos-pacientes

Especialidad	Sexo	Otras características
Medicina Interna	Hombre	Jefe de servicio
Medicina Interna	Mujer	Médico adjunto
Traumatología	Mujer	Jefa de servicio
Cirugía general	Hombre	Médico adjunto
Medicina de Familia	Mujer	Médico de Familia de Centro de salud
Medicina de Familia	Mujer	Médico adjunto del Servicio de Urgencias

Tabla 8: Participantes en el grupo focal de miembros de colegios provinciales de médicos

Iniciales	Sexo	Lugar de ejercicio	Especialidad/momento carrera profesional
JM	Hombre	Barcelona	Jubilado. Hospital de más de 500 camas
MC	Mujer	Granada	Profesor universidad
EA	Hombre	Guipúzcoa	Geriatra; Hospital menor 500 camas
JIPB	Hombre	Salamanca	Jubilado. Hospital de más de 500 camas
MM	Mujer	Cantabria	Médico de familia. Centro de Salud Rural
RO	Mujer	Madrid	Médico del trabajo
MJDY	Mujer	Madrid	Psiquiatra. Hospital mayor 500 camas
AS	Hombre	Tenerife	Jubilado
BP	Mujer	Madrid	Infecciosas. Hospital mayor 500 camas
SS	Mujer	Las Palmas	Anestesista Hospital mayor 500 camas
RA	Varón	Toledo	Profesor Universidad
FD	Varón	Tarragona	Médico de familia. Centro de Salud Urbano

Anexo 2: Encuesta CAMAPE (versión en español y en inglés)

CAMAPE (Comportamientos y Actitudes de los Médicos ante su Proceso de Enfermar)

Cuestionario sobre Comportamientos y Actitudes de los Médicos ante su Proceso de Enfermar (CAMAPE)

Sección 1: Datos socio-demográficos y situación laboral

Variables	Categorías
1. Sexo	1 hombre; 2 mujer
2. Edad	Años
3. Provincia	51 provincias
4. Habitantes aproximados del municipio en el que reside	Menos de 2.000 habitantes de 2.000 a 10.000 habitantes de 10.000 a 50.000 habitantes de 50.000 a 100.000 habitantes más de 100.000 habitantes
5. Estado civil	Casado/a; separado/a o /divorciado/a; soltero/a; viudo/a
6. ¿Es su pareja un/a profesional sanitario/a?	1. 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	1. Médico en formación de cualquier especialidad 2. Médico con ejercicio profesional por cuenta ajena 3. Médico con ejercicio profesional por cuenta propia 4. Médico con ejercicio profesional mixto (cuenta propia y ajena) 5. Médico jubilado sin ejercicio profesional 6. Médico jubilado con ejercicio profesional por cuenta propia 7. Médico en desempleo
8. Especialidad que ejerce o ha ejercido:	Clasificación de las especialidades: medicina de Familia; servicios médicos; servicios quirúrgicos; servicios centrales
8. 1. ¿Ha ejercido o ejerce una segunda Especialidad?:	Sí/No
Si ha marcado "SI", indique la especialidad:	
9. Sector de actividad en el que desempeña o desempeñó su último trabajo principal:	Sector público; sector privado; sector privado con concierto en el sistema público; ambos
10. ¿Cuántos años lleva de ejercicio profesional (incluyendo el periodo de la residencia)?	Años
11. Horas trabajadas durante la última semana laboral. Contabilice aproximadamente el tiempo dedicado a todos sus trabajos, guardias, etc. Si actualmente no trabaja, anote 0 horas.	Horas
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con el trabajo que desempeña? (o con el último si ahora no trabaja)	Siendo 1 "Nada satisfecho" y 5 "Muy satisfecho"

Sección 2: Autocuidados, impacto de la salud en el trabajo, búsqueda de atención

Variables	Categorías
(*)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)	1. Enfermedades cardiovasculares 2. Hipertensión 3. Diabetes 4. Trastornos depresivos 5. Trastornos de ansiedad
15.1 ¿Tiene otros trastornos crónicos diferentes a los mencionados en la pregunta anterior?	Respuesta abierta
16. Señale en qué medida sus problemas de salud han condicionado su actividad profesional a lo largo de su vida:	Nunca; pocas veces; varias 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; varias 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?	1. Por el impacto de un error/errores médicos que he vivido con mis pacientes 2. Por la sobrecarga asistencial y horarios de trabajo 3. Por el nivel de responsabilidad de mi profesión
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/No
Si ha marcado "SI", especifíquelo:	Respuesta abierta
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:	Semanas
24. ¿Con qué frecuencia ha ido a trabajar con un problema de salud por el que usted hubiera dado la baja laboral a un paciente?	Nunca; pocas veces; varias veces, bastantes veces; siempre.

Sección 2: Autocuidados, impacto de la salud en el trabajo, búsqueda de atención (continuación)

Variables

Categorías

<p>25. La razón principal (señalar sólo una) por la que ha acudido a trabajar estando enfermo es:</p>	<p>1. Para mantener mi nivel de ingresos 2. Para no sobrecargar a mis compañeros 3. Por miedo a perder el trabajo 4. Por responsabilidad hacia mis pacientes</p>
<p>25. 1. ¿Ha habido otra razón por la que ha acudido a trabajar estando enfermo diferente a las mencionadas en la pregunta anterior?</p>	<p>Sí/No</p>
<p>Si ha marcado "SI", especifíquela:</p>	<p>Respuesta abierta</p>
<p>26. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud leve (ej. cuadro catarral, diarrea, cefalea, torsión articular...), ¿qué hace en primer lugar?</p>	<p>1. Acudo a mutua de trabajo 2. Acudo a una mutua o seguro médico privado 3. Acudo a mi médico de familia 4. Acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital 5. Busco consejo informal de un colega; me automedico 6. Trato de resolver el problema por mí mismo</p>
<p>27. Cuando se siente indispuesto por un problema de salud que se prolonga más tiempo de lo esperado y/o que podría ser presumiblemente grave, ¿actuaría de otro modo? (en caso de no actuar de manera diferente, señala la misma opción que en la pregunta 26)</p>	<p>1. Acudo a mutua de trabajo 2. Acudo a una mutua o seguro médico privado 3. Acudo a mi médico de familia 4. Acudo formalmente a la consulta de un compañero de hospital; busco consejo informal de un colega 5. Me automedico o trato de resolver el problema por mí mismo</p>
<p>(*)28. ¿Se vacuna contra la gripe?</p>	<p>Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.</p>
<p>29. ¿Acostumbra a acudir a los reconocimientos de salud laboral de su centro de trabajo?</p>	<p>Nunca; pocas veces; bastantes veces; muy a menudo o siempre.</p>
<p>(*)30. ¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a hacer ejercicio físico (incluyendo caminar)? Indique horas/semana</p>	<p>Horas</p>
<p>(*)31. ¿Fuma usted actualmente?</p>	<p>1.No fumo 2.Ni he fumado nunca 3.No fumo actualmente, pero he fumado antes 4.Sí, fumo, pero no diariamente 5.Sí, fumo diariamente</p>
<p>(*)32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido...</p>	<p>... alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?</p>
	<p>... bebidas alcohólicas de cualquier tipo en exceso?</p>
	<p>... algún tipo de cannabis?</p>

Sección 2: Autocuidados, impacto de la salud en el trabajo, búsqueda de atención (continuación)

Variables	Categorías
[*]33. ¿Con qué frecuencia se auto-prescribe...?	1. Hipnóticos sedantes y/o ansiolíticos 2. Antibióticos 3. Otros psicofármacos 4. Analgésicos opioides 5. Analgésicos básicos
[*]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?	1.No tengo médico de familia 2.Tengo médico de familia, pero no he acudido nunca a su consulta 3.He acudido de una a tres ocasiones 4.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?	1.El hecho de ser médico no ha afectado a mi proceso de atención 2.Sí, la mayoría de las veces me ha beneficiado 3.Sí, la mayoría de las veces ha supuesto un perjuicio
38. Como médico, ¿considera que se respeta la confidencialidad de sus datos clínicos cuando recibe atención sanitaria?	Nunca, algunas veces, a menudo, siempre
39. Como médico, ¿aceptaría la pérdida de la confidencialidad en su asistencia por conseguir agilizar su diagnóstico y tratamiento?	1. No lo aceptaría 2. Sólo en casos excepcionales 3. Sí, siempre
40. En su opinión: ¿Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros sin ser el médico responsable de la atención?	Nunca, algunas veces, a menudo, siempre

Sección 3: Médicos de médicos enfermos y el papel de los colegios de médicos

Variables

Categorías

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

1. Le indicaría ir a Salud laboral
2. Le indicaría ir a su médico de familia
3. Le indicaría ir a un médico especialista en el problema
4. Le invitaría a hablarlo en mi consulta con tiempo
5. 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:

1. No he atendido a ningún compañero
2. Incómodo por no saber cuánta información facilitar
3. Como si estuviera pasando un examen
4. 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?

Nada preparado, poco preparado, ni bien ni mal preparado, bien preparado, totalmente preparado

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

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

1. No le diría nada.
2. Tengo dudas de cómo actuaría
3. Se lo diría con 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?

Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; de acuerdo; completamente de acuerdo

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

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

48. ¿Recomendaría a un médico enfermo acudir a su servicio de prevención de riesgos laborales o de prevención de riesgos laborales para garantizar una atención más completa?

Siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"

Sección 3: Médicos de médicos enfermos y el papel de los colegios de médicos (continuación)

Variables	Categorías
49. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 la calidad de la atención que reciben los médicos/as jubilados/as?	Siendo 1 "Deficiente" y 5 "Excelente"
50. ¿Cuál es su opinión en relación con el hecho de que el médico jubilado, sin ejercicio profesional, conserve la capacidad de prescripción de fármacos?	1. Deberían renunciar nada más jubilarse 2. Deberían renunciar tras varios años sin ejercicio 3. Deberían conservar esa capacidad de por vida
51. ¿Cuál es su opinión sobre la conveniencia de que el Código de Deontología realice recomendaciones sobre el abordaje de la salud del médico?	Siendo 1 "Innecesario" y 5 "Muy pertinente"
52. ¿Cree que los Colegios de Médicos se implican suficientemente en la atención de los colegiados enfermos?	Siendo 1 "No se implican nada" y 5 "Se implican completamente"
53. ¿Conoce en qué consiste la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) cada seis años?	Sí/No
54. ¿Cuál es su opinión sobre la puesta en marcha de la VPC en 2017 en su colegio?	Siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 5 "Completamente de acuerdo"
55. ¿Cree que la VPC puede contribuir a que los médicos seamos más conscientes de la necesidad del cuidado de nuestra salud?	Sí/No
56. ¿Podría sugerirnos alguna estrategia para mejorar la atención del médico como paciente desde los servicios de salud y/o los colegios de médicos u otras instituciones?	Pregunta de texto libre



BADOI (Behaviours and attitudes of Doctors towards their Own process of getting ill)

Behaviours and attitude of doctors towards their own process of getting ill Surey

Section 1: Socio-demographic, employment, professional status, work satisfaction

Items	Categories
1. Sex	Male/ Female
2. Age	Years
3. Province	List of 52 Spanish Provinces
4. What is the approximate population of the district (municipality) where you reside	<ol style="list-style-type: none"> 1. More than 100,000 inhabitants 2. Between 50,000 and 100,000 inhabitants 3. Between 10,000 and 50,000 inhabitants 4. Between 2,000 and 10,000 inhabitants 5. Less than 2,000 inhabitants
5. What is your civil status	Single; Married/stable relationship; Widowed; Separated/divorced
6. Is your spouse/partner a healthcare professional?	Yes, a doctor; Yes, a nurse; Yes, a different healthcare professional; No, not a healthcare professional; Not applicable
7. What is your current employment status?	Doctor with training in any specialty; Employed doctor; Self-employed doctor; Doctor with mixed activity (self-employed and employed); Unemployed doctor; Semi-retired, self-employed doctor; Retired doctor, not practising
8. Speciality currently practising or previously practised (drop down list of specialties):	List of Spanish Medical and Surgical Official Specialities
9. Professional sector in which you are practising or practised	Public sector; private sector; private sector in concert in the public system; both sectors
10. How many years have you practised medicine (including your training period)?	Years
11. How many hours did you work last week? Calculate the approximate time spent on all your tasks, on-call work, etc. If you are currently not working, type 0 hours.	Hours
12. How satisfied are you with the work you do? (or with your latest if you are currently not working)	Very satisfied, somewhat satisfied, Neither satisfied nor dissatisfied, Somewhat dissatisfied, Very dissatisfied

Section 2: Self-Care, Work Impact and Care Pathway

Items	Categories
(*)13. How would you describe your health in general? It is.....	Very poor, poor, fair, good, very good
14. What is your opinion on the following statement: 'It is difficult for doctors to admit they are ill'?	Strongly disagree, disagree, neither agree nor disagree, agree, strongly agree
(*)15. (a) Do you have a chronic or long-term illness, disorder or condition? (expected to last 6 months or longer)	Yes / no
Please, note yes or not	1. Diabetes 2. Hypertension 3. High cholesterol level 4. Cardiovascular disease 5. Anxiety disorders 6. Depressive disorders 7. Other
15. (b) Specify any other chronic disorder(s)	Open question
16. To what extent have your health problems affected your professional activity throughout your life?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
17. Have you had a health problem in the last two years that has had a negative effect on your professional performance?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
18. Do you think that the state of a doctor's health directly affects the care they provide in their daily practice?	Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree, Strongly agree
19. To what extent do you agree with the statement: 'Somatic problems have less of an impact than mental problems on professional competence'?	Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree, Strongly agree
20. Do you believe that one of the health problems you have had in your lifetime was the result of or worsened because of your professional activity?	Yes/ No
21. (a) What was the main reason that any of your health problems was the result of or worsened because of your professional activity?	1. The level of responsibility in your profession 2. Overwork and working hours 3. The impact of a medical error or errors experienced with your patients 4. Another reason (give details in the following question).
21 (b) What other reason?	Open answer
22. Have you ever taken sick leave at any time during your career? Consider any illness, health problem or injury you may have suffered that caused you to take time off work. Maternity/paternity leave or risk during pregnancy are not considered health problems	Yes/No



Section 2: Self-Care, Work Impact and Care Pathway (continuation)

Items	Categories
23. Approximately how many weeks have you taken off work because of health problems (whether or not the time counted as sick leave) during your career?	Weeks
24. How often have you gone to work with a health problem for which you would have told a patient to take sick leave?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
25. The main reason you went to work while you were ill was...	1. Your responsibility to your patients 2. To not overburden your colleagues 3. Fear of losing your contract 4. To keep up your regular income
Other:	Open answer
26. Whenever you feel unwell as the result of a minor health problem (eg cold, diarrhoea, migraine, sprain), what do you do first?	1. You self-medicate or try to solve the problem yourself 2. You seek informal advice from a colleague 3. You make an appointment for a consultation with a colleague from the hospital 4. You go to your registered GP 5. You visit the doctor at your occupational health service provider 6. You visit a private clinic
[*]27. When you feel unwell as the result of a health problem that lasts longer than expected and which is presumed to be serious, what do you do?	1. You self-medicate or try to solve the problem yourself 2. You seek informal advice from a colleague 3. You make an appointment for a consultation with a colleague from the hospital 4. You go to your registered GP 5. You visit the doctor at your occupational health service provider 6. You visit a private clinic
[*]28. Are you given a flu vaccine?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
29. Do you normally undergo occupational health checks at your workplace?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
[*]30. How much time do you spend each week taking regular exercise (including walking)?	Hours per week
[*]31. Are you a smoker?	Yes, I smoke every day; Yes, but not every day; I am no longer a smoker; I have never smoked
[*]32. Over the last 12 months, have you taken...	Regularly; Occasionally; No, never
1... any type of cannabis?	Regularly; Occasionally; No, never
2... any other drug, such as cocaine, amphetamines, MDMA (ecstasy), or other similar substances?	Regularly; Occasionally; No, never
3... alcoholic beverages of any kind in excessive amounts?	Regularly; Occasionally; No, never

Section 2: Self-Care, Work Impact and Care Pathway (continuation)

Items	Categories
[*]33. How often do you prescribe yourself...?	Never, Sometimes, Very Often
1. Antibiotics	Never, Sometimes, Very Often
2. Simple analgesics	Never, Sometimes, Very Often
3. Opioid analgesics	Never, Sometimes, Very Often
4. Sedative hypnotics and/or anxiolytics	Never, Sometimes, Very Often
5. Other psychotropic medication	Never, Sometimes, Very Often
[*]34. Over the last 12 months, have you been admitted to hospital at least overnight (not including an uncomplicated birth)?	Yes/No
[*]35. How many times have you visited your registered GP in the last 5 years?	1. I am not registered with a GP (go to question 37) 2. I am registered with a GP but I have never made a visit 3. Between 1 and 3 times 4. Between 3 and 10 times 5. More than 10 times
36. Is your GP your spouse/partner, a family member or close friend?	Yes/No
[*]37. As a doctor, do you feel that the treatment you received was different from that shown to patients who are not doctors?	1. Being a doctor did not affect the treatment process 2. Yes, most of the time, and it was detrimental to me 3. Yes, most of the time, and it was beneficial to me
[*]38. As a doctor, do you believe the confidentiality of your medical records is respected when you receive medical treatment?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always
[*]39. As a doctor, would you accept losing the confidentiality of your treatment in order to speed up your diagnosis and treatment?	1. Yes, always 2. Only in exceptional cases 3. I would not accept it
[*]40. Do doctors comment on colleagues' health problems among themselves without being directly involved?	Never, Sometimes, Often, Very often, Always



Section 3: Physicians of ill physicians, the role of medical colleges

Items

Categories

<p>41. If a colleague casually mentioned a personal health problem to you...</p>	<p>1. You would suggest a course of action on the spot 2. You would invite them to speak about it at greater length in your surgery 3. You would tell them to go to their GP 4. You would tell them to go to another specialist; Other</p>
<p>42. How does it feel as a professional to treat a doctor colleague?</p>	<p>1. As if you were taking an exam 2. Uncomfortable because you would not know how much information to give 3. As if you were treating any other patient 4. You have never treated a colleague</p>
<p>43. To what extent are you prepared to help a colleague with a health problem that might compromise their professional practice?</p>	<p>From Not at all prepared, poorly prepared, fair prepared, enough prepared, extremely prepared</p>
<p>44. How strongly do you agree with the statement?</p> <p>1. Ill doctors should be treated by professionals who are specifically trained for this purpose</p> <p>2. Ill doctors should be cared for by professionals who are specifically trained to do so.</p> <p>3. Doctors with health problems that compromise professional practice should be given support from a specialist unit within the institution for which they work</p>	<p>Very satisfied; Somewhat satisfied; Neither satisfied nor dissatisfied; Somewhat dissatisfied; Very dissatisfied</p>
<p>45. If you noticed a colleague had a health problem that might compromise their capacity for professional practice, would you tell them directly?</p>	<p>1) I wouldn't tell her/him anything 2) I have doubts about how I should act 3) I would tell her/him for sure</p>
<p>46. Do you believe that the responsibility for addressing a doctor's health problem that compromises professional practice lies with the directors or heads of service?</p>	<p>Strongly disagree; Disagree; Neither agree nor disagree; Agree; Strongly Agree</p>
<p>47. If you had to treat an ill doctor...</p>	<p>1) You would prefer that the doctor identified themselves as one 2) You would prefer not to know so that the way you treat them is not affected 3) The patient's situation does not influence you; 4) you treat all your patients the same way</p>
<p>48. Would you recommend an ill doctor to visit their occupational health service provider to guarantee more complete care?</p>	<p>Unnecessary, slightly necessary, moderately necessary, necessary, very necessary</p>
<p>49. How would you rate, from 1 to 5, the quality of care received by retired doctors?</p>	<p>Very poor, poor, fair, good, excellent</p>

Section 3: Physicians of ill physicians, the role of medical colleges (continuation)

Items	Categories
50. How do you feel about retired, no longer practising doctors still being able to prescribe medication?	1) They should be allowed to all their lives 2) They should give up this entitlement as soon as they retire 3) They should give up this entitlement after a few years without practising
51. Do you think it is necessary for the Code of Medical Ethics makes recommendations to physicians regarding their own health care?	Unnecessary, slightly necessary, moderately necessary, necessary, very necessary
52. Do you think that Spanish medical associations are sufficiently involved in the caring for ill members?	Not at all involved; Slightly involved; Moderately involved; Very involved; Completely involved
53. Do you know what revalidation of your licence to practice every six years consists of?	Yes/No
54. Revalidation is the certification issued by medical associations in Spain after assessing and acknowledging good professional practice, work-related activity and evaluation of doctors' physical fitness to practise. What is your opinion about the commencement of revalidation in 2017 by your association?	Strongly disagree; Disagree; Neither agree nor disagree; Agree; Strongly Agree
55. Do you think that revalidation will help to make doctors more aware of the need to look after their own health?	Yes/No
56. Could you suggest any strategies that could improve healthcare for doctors as patients that could be implemented by health services and/or medical associations or other institutions?	Open question

Anexo 3: Documento de aceptación del CEICA



Comité de Ética de la Investigación de la CA de Aragón
Informe sobre Trabajos académicos

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEI Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido la declaración relativa al trabajo académico:

Alumna: Inés Sebastián Sánchez
Directora: María Pilar Astier Peña

2º. Que, según consta en la declaración del tutor, dicho trabajo se enmarca íntegramente dentro de los objetivos del proyecto de investigación ya evaluado:

Título: ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL MEDICO. Auto-percepción del paciente, impacto en el proceso de enfermar e impacto en el sistema de salud

Código CEICA: PI16/236
Fecha de dictamen favorable: 05/10/2016
Investigador principal: María Pilar Astier Peña

3º. Considera que

- El Tutor/Director garantiza el cumplimiento de los principios éticos y legales aplicables, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos (si procede), el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

4º. Por lo que este CEI considera adecuada la realización del trabajo académico en estas condiciones.

Lo que firmo en Zaragoza

**GONZALEZ
HINJOS MARIA -**
DNI 03857456B
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Fecha: 2020.03.02 18:36:49
+01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 4: Materiales formativos del proyecto de investigación

1. Folletos informativos para el autocuidado de la salud de los médicos internos residentes



Puede descargar los archivos
en formato PDF en este enlace:



2. Otras infografías disponibles sobre el proceso de enfermar de los médicos



Metodología

CEME:
N: **978** estudiantes de medicina

CAMAPE:
N: **4308** médicos colegiados
-360 MIR
-3465 médicos en activo
-483 jubilados

**Encuesta CEME
y CAMAPE**



**Revisión
bibliográfica**



**7 Grupos
Focales**

- Salud Laboral
- Médicos de Médicos
- Tutores y Jefes de estudio de Comisiones de Docencia
- Profesores universitarios del grado de Medicina
- Estudiantes de medicina sanos
- Estudiantes de otras carreras enfermos.
- Miembros directivos Colegios de Médicos



**42 Entrevistas en
profundidad**



12 Estudiantes



10 Médicos Residentes

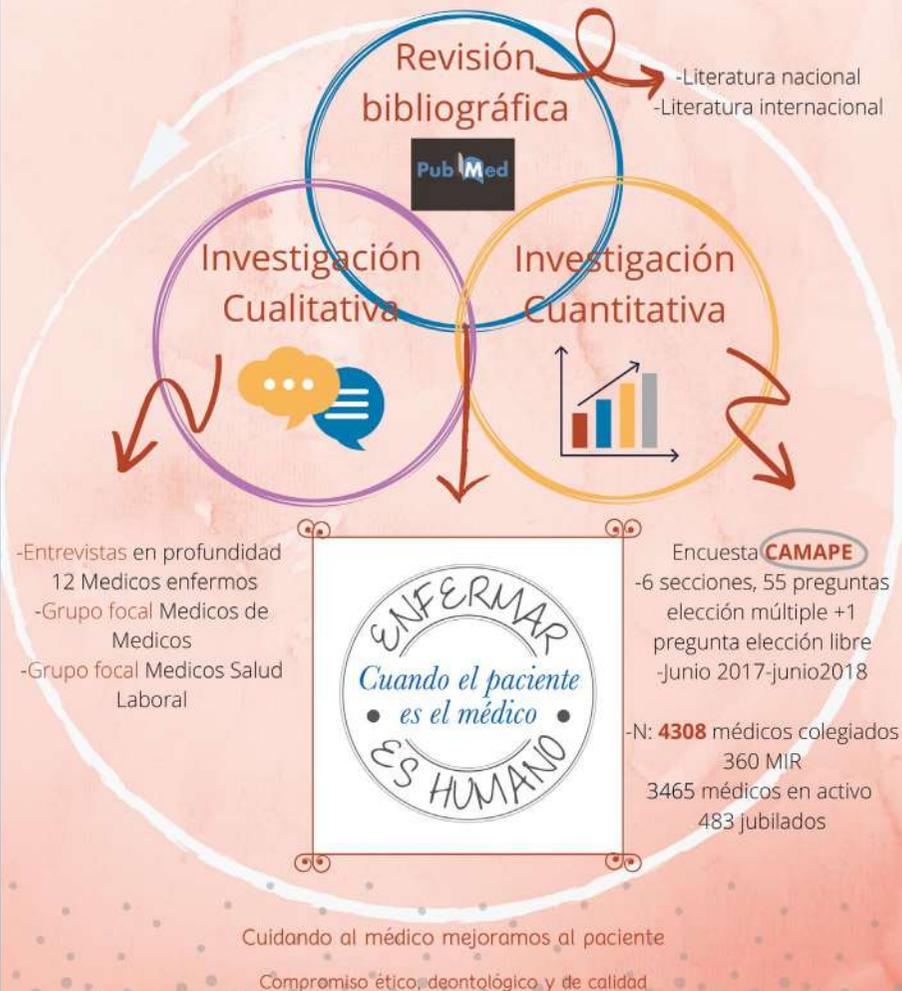


12 Médicos en activo



8 Médicos jubilados

Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico Médico activo



5 consejos

para cuando trates a un compañero enfermo

1 Evita las consultas de pasillo y lo que estas conlleven (sin anotaciones en la historia clínica, sin tiempo ni espacio para explorar...)

2 No te saltes pasos en el proceso diagnóstico-terapéutico ni añadas pruebas diagnósticas innecesarias

3 No des por sentado conocimientos

4 No dejes a criterio del compañero-paciente sus revisiones es importante realizar un seguimiento flexible pero reglado

5 Extrema el cuidado a la confidencialidad

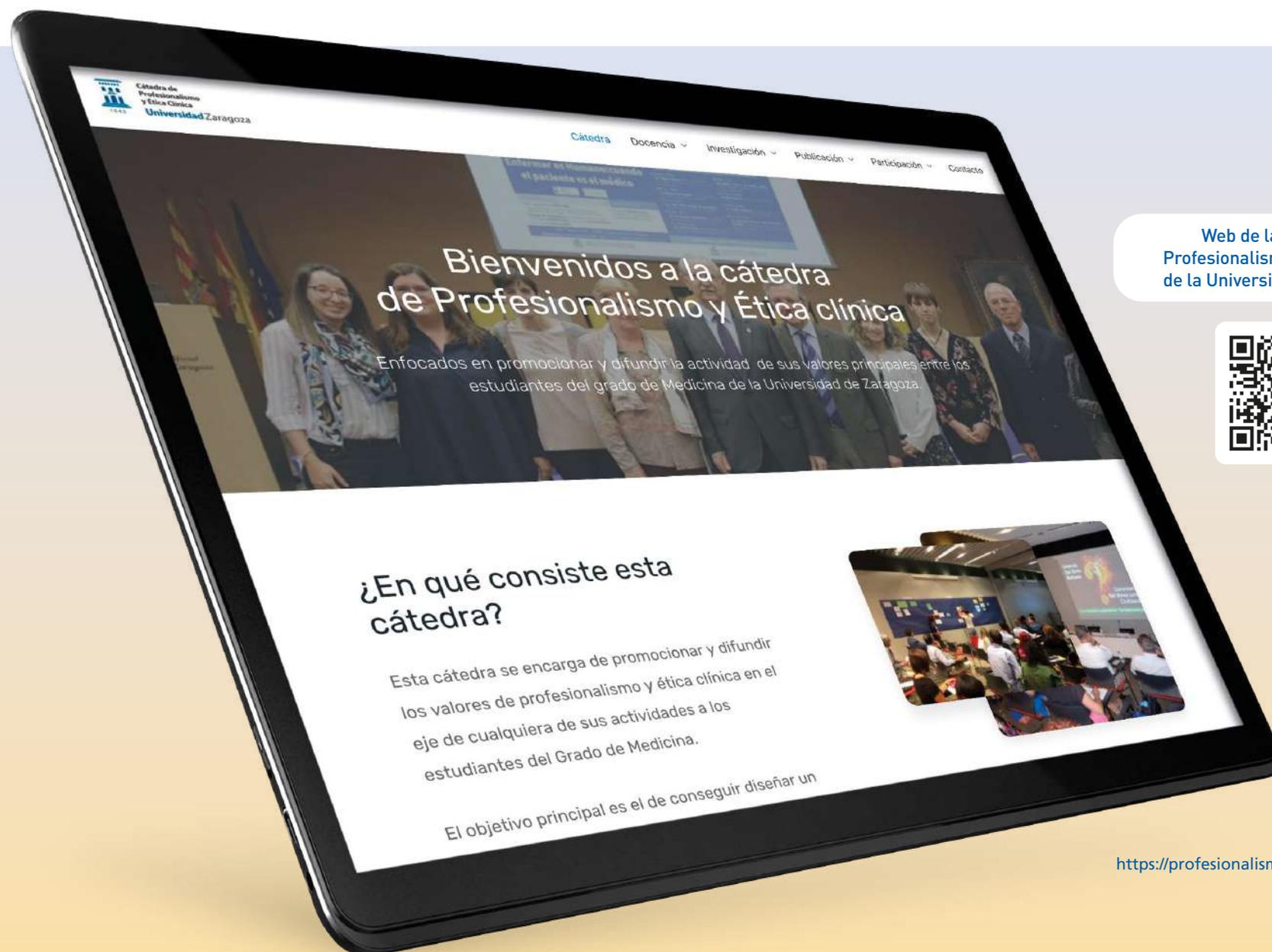
al compañero médico enfermo:
trato **DEferente** pero **no Diferente**

3. Serie de vídeos docentes para reflexionar sobre el manejo de los médicos como pacientes



Puede acceder a los vídeos
en este enlace:





Web de la Cátedra de
Profesionalismo y Ética Clínica
de la Universidad de Zaragoza:



<https://profesionalismoyeticaclinica.unizar.es/>



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



www.fpsomc.es

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) mediante el proyecto "PI18/00968" y cofinanciado por la Unión Europea.



"Una manera de hacer Europa"

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros, 10
28014 Madrid
Tel. 91 431 77 80 - Ext. 3
fundacion@fpsomc.es

www.fpsomc.es

 @fpsomc