

El cuidado de la salud de los médicos

Ingrid Strusberg¹

1- Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de Semiología. UHMI n°2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4469-0560> Correo de contacto: inistrus@institutostrusberg.com

RESUMEN

Cuando una persona enferma busca atención médica, se genera una relación médico paciente que es muy importante que sea sincera y empática para llegar al diagnóstico correcto e implementar conductas que permitan un tratamiento adecuado. Se ha investigado poco acerca de la influencia de factores psicológicos, organizacionales y del propio sistema asistencial cuando esta relación debe entablarse entre dos colegas. Este tema resurgió durante la pandemia de COVID-19 al visibilizarse que los médicos debían gozar de buena salud para continuar trabajando. Encargarse de la salud de un colega expone al médico tratante a una situación que como "colectivo médico" obliga a tener una mirada profunda hacia los aspectos esenciales más humanos del cuidado médico.

CONCEPTOS CLAVES:

La relación médico paciente implica una serie de constructos culturales ampliamente estudiados desde diversas perspectivas. Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre las particularidades de esa relación cuando se desarrolla entre dos médicos. Ampliar el conocimiento de aspectos inherentes al médico tratante y tratado podría contribuir a la generación de contenidos específicos durante la formación de los estudiantes de Medicina relacionados al impacto de ser médico de un colega, lograr una relación médico paciente efectiva y mejorar su conducta en la búsqueda de cuidados para su propia salud.

Introducción: Los programas de las Carreras de Medicina de Córdoba no desarrollan contenidos relacionados al manejo de la relación médico paciente cuando el paciente es un colega. El objetivo principal es describir estos aspectos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. La técnica de muestreo fue no probabilística y por conveniencia. Se envió por email una encuesta validada a médicos de Córdoba, Argentina. **Resultados:** El 76% [69,8-81,3] de los 225 que respondieron la encuesta no tenía médico de cabecera. Los más jóvenes y quienes atienden en el ámbito público conformaron este grupo ($p<0,05$ y $p<0,05$ respectivamente). El 86,2% [77,5-92,0] se automedicó en el último año. El tercer medicamento en automedicación luego de los analgésicos/antiinflamatorios y los antibióticos fueron los psicofármacos. La automedicación fue más frecuente entre los jóvenes ($p<0,05$) y con menos años de ejercicio profesional ($p<0,05$). Este grupo, independientemente de si trabajaban en ámbito público o privado, es el que siguió trabajando a pesar de cursar alguna patología y aunque podría haber solicitado una licencia por enfermedad. Los médicos de más edad ($p<0,05$) y con más de 25 años de ejercicio profesional vivenciaron la asistencia a colegas ($p<0,05$). El 74,2% [64,3-82,2] no modificó la atención clínica, pero 82,7% [73,6-89,3] respondió que alguna vez sí se comprometió más de lo habitual. **Conclusión:** Los médicos jóvenes no poseen médico de cabecera, recurren a automedicación, solicitan menos licencia por enfermedad, aunque la necesiten, y tienen poca experiencia para tratar colegas.

Palabras clave: médicos; relaciones médico paciente; cultura organizacional.

ABSTRACT

Physicians' health care

Introduction: The programs of the Medicine Careers of Córdoba do not describe aspects related to the management of the doctor-patient relationship when the patient is a colleague. The main objective is to describe these aspects. **Material and methods:** An observational, cross-sectional and analytical study was carried out. The sample technique was non-probabilistic and for convenience. A validated survey was sent by email to doctors in Córdoba, Argentina. **Results:** Of the 225 physicians who responded, 76% [69,8-81,3] did not have a family doctor. The youngest and those who attend in the public sphere made up this group ($p<0,05$ and $p<0,05$ respectively). 86,2% [77,5-92,0] self-medicated during the last year. The third drug in self-medication after analgesics/anti-inflammatories and antibiotics was psychotropic drugs. Self-medication was more frequent among young physicians ($p<0,05$) and with fewer years of professional practice ($p<0,05$). This group, regardless of whether they worked in the public or private sphere, continued to work despite having some disease and although they could have requested sick leave. The oldest doctors ($p<0,05$) and with more than 25 years of professional practice experienced assisting colleagues ($p<0,05$). 74,2% [64,3-82,2] did not modify clinical care, but 82,7% [73,6-89,3] answered that at some point they did commit more than usual. **Conclusion:** Young doctors do not have a family doctor, resort to self-medication, request less sick leave even though they need it, and have little experience treating colleagues.

Key words: Physicians; physician-patient relations; organizational culture.

RESUMO

Cuidados de saúde dos médicos

Introdução: Os conteúdos das faculdades de Medicina em Córdoba não descrevem aspectos relacionados à gestão da relação médico-paciente quando o paciente é um colega de profissão. O objetivo principal é descrever esses aspectos. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico. A técnica de amostragem foi não probabilística e por conveniência. Uma pesquisa validada foi enviada por e-mail aos médicos de Córdoba, Argentina. **Resultados:** 76% [69,8-81,3] dos 225 médicos que responderam não tinham médico de família. Constituíram este grupo os mais jovens e os que frequentam a esfera pública ($p<0,05$ e $p<0,05$ respectivamente). 86,2% [77,5-92,0] se automedicaram no último ano. No entanto, o terceiro medicamento na automedicação após analgésicos / anti-inflamatórios e antibióticos foram os psicotrópicos. A automedicação foi mais frequente entre os jovens ($p<0,05$) e entre aqueles com menos anos de exercício profissional ($p<0,05$). Este grupo, independentemente de trabalhar na esfera pública ou privada, é o que continuou a trabalhar apesar de ter alguma patologia e podendo ter licença médica. Os médicos mais velhos ($p<0,05$) e com mais de 25 anos de prática profissional experientes auxiliares de colegas ($p<0,05$). 74,2% [64,3-82,2] não modificaram o atendimento clínico, mas 82,7% [73,6-89,3] responderam que em algum momento se comprometeram mais do que o habitual. **Conclusão:** Os jovens médicos não possuem médico de família, recorrem à automedicação, solicitam menos licenças médicas, mesmo quando precisam, e têm pouca experiência no tratamento dos colegas.

Palavras-chave: médicos; relações médico-paciente; cultura organizacional.

Recibido: 2021-08-20 Aceptado: 2022-10-06

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n1.34537>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

© Universidad Nacional de Córdoba

INTRODUCCIÓN

El contexto en el que se forman y trabajan los médicos se conoce como "Cultura Médica". Ésta se caracteriza por un estímulo permanente para esforzarse por ejercer la actividad con excelencia, conlleva demandas explícitas e implícitas de un alto nivel intelectual, amplios conocimientos basados en evidencia científica, respeto por la antigüedad y la autoridad de los colegas y perfección en el desempeño laboral. Todo esto, en un marco limitado para equivocarse, ser vulnerables o enfermarse¹. Los médicos, si bien están expuestos a las mismas patologías que la población general, presentan mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas y tasas de suicidio que otras profesiones². También pueden padecer síndrome de burnout y la mayoría no suele buscar ayuda³.

El ejercicio profesional lleva a que se desarrollen sentimientos de invulnerabilidad y/o de omnipotencia, que hacen que los médicos se resistan a buscar ayuda en relación a su propia salud, tiendan a retrasar la consulta, les resulte difícil adoptar el rol de pacientes y volver a trabajar luego de una licencia por enfermedad⁴. Se pueden objetivar deficiencias en la formación universitaria, impidiendo que el futuro médico identifique sus propios límites psico-físicos¹. La "Cultura Médica" da por hecho que los médicos no pueden enfermarse, hace sentir que consultar es "sacarle tiempo al colega"⁵. Ante la presencia de síntomas, suelen autodiagnosticarse, automedicarse y autorecetarse, demorando la llegada formal a otro colega⁶. A veces, evitan usar los canales tradicionales y realizan consultas en los pasillos de un hospital, la casa de un colega o vía telefónica⁶⁻⁸. Por un mecanismo de intelectualización, el médico interpretaría sus síntomas y los expresaría de manera tal que no surjan malos pronósticos, subestimando el stress de sentirse enfermo. Este pensamiento disminuye su objetividad, le permite controlar las emociones y demorar la consulta⁹. Otra causa responsable es el sentimiento de vergüenza, ya sea por creer equivocadamente que el padecimiento es trivial³ o por falta de conocimientos de las causas responsables de los síntomas⁹. El miedo al incumplimiento de la obligación de confidencialidad, con la consiguiente pérdida de la privacidad por parte del colega o del equipo de salud que tiene acceso a su historia clínica, también contribuiría a retrasar la consulta^{3,6,7,10}.

Atender a un colega expone al médico tratante a una situación reconfortante o estresante según la relación que se entable. Los programas de las Carreras de Medicina no describen aspectos relacionados al manejo de la relación médico paciente cuando el paciente es un colega^{6,11}. El propio Código de Ética de la Confederación Médica de la Argentina, cuando se refiere a la atención de un colega solo señala la excepción al cobro de honorarios¹². Son pocos los estudios publicados sobre este tema.

Los objetivos son describir aspectos del cuidado de la salud de los médicos desde su rol de pacientes y de médicos. Conocer la frecuencia con que los médicos tienen médico de cabecera y las causas en caso de no tenerlo. Estimar la frecuencia con que los médicos se automedican, las causas y los fármacos que utilizan. Identificar si los médicos asisten a trabajar cuando se enferman. Evaluar actitudes del médico al tratar un colega. Analizar si

alguno de los factores anteriores se presenta con diferentes frecuencias según edad, género, especialidad médica, ámbito donde se desempeña el médico, años de ejercicio de la profesión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Para evitar el sesgo de reporte por identificación del encuestado se envió por email un link con una encuesta anónima, online, en formulario Google. Estaba compuesta por 4 dominios: datos de identificación de la muestra, datos del ejercicio profesional, sentimientos que genera el rol de paciente en el médico, sentimientos cuando se es médico de un colega. Las 26 preguntas fueron estructuradas, de opción múltiple, única o semiestructuradas y fueron previamente validadas con 20 médicos de diferentes especialidades. A cada pregunta debían asignarle un puntaje: 1: no existe correlación, 2: hay poca correlación, 3: correlación moderada, 4 buena correlación y 5: excelente correlación. Para medir el grado de correlación interna de los ítems se utilizó el valor alfa de Cronbach, que oscila entre 0 y 1 (mínima y máxima consistencia interna, respectivamente), y se consideraron aceptables valores mayores de 0,70 y buenos cuando fueron mayores a 0,80.

La población total de médicos de la Provincia de Córdoba se estimó en 20 000 en 2018¹³. Se esperaba que respondieran al menos 2000 médicos que ejercieran en la provincia de Córdoba con matrícula vigente, con o sin título de especialista. Se solicitó autorización para enviar por email o poner a la vista el link de las bases de datos del Círculo Médico de Córdoba (CMC), Consejo Médico de Córdoba (CMPC) o Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). La técnica de muestreo fue no probabilística y por conveniencia.

Las variables cuantitativas fueron expresadas como media y desviación estándar (DS) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según su distribución, y las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y/o porcentajes e intervalos de confianza (IC). Las variables cuantitativas se analizaron utilizando el test de Wilcoxon. Las variables cualitativas fueron analizadas utilizando el test de X² (test paramétrico). Se realizó un análisis multivariado para controlar el sesgo de confusión entre edad y años de ejercicio profesional. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Para todos los análisis estadísticos se utilizó el programa R versión 4.0.2.

El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de ética de las investigaciones en Salud del Hospital Nacional de Clínicas y por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la FCM, UNC. El consentimiento para participar figuraba al inicio de la encuesta y no requería un formulario firmado. Quien no deseaba participar, no completaba la encuesta.

RESULTADOS

Características de los encuestados

Los 225 médicos que respondieron presentaron una edad media de 46,80 (DS 13,38) años, 56% [45,7-65,8] (n=126) correspondieron al sexo femenino y 44% [34,2-54,3] (n=99) al masculino. En relación con el estado civil estaban casados 56% [45,7-65,8] (n=124), solteros 32,4% [23,6-42,6] (n=73), divorciados/separados 8,9% [4,4-16,7] (n=20) y otros 2,7% [0,64-8,7] (n=6). En la figura 1 se describe la ciudad de la provincia de Córdoba donde ejercían la profesión

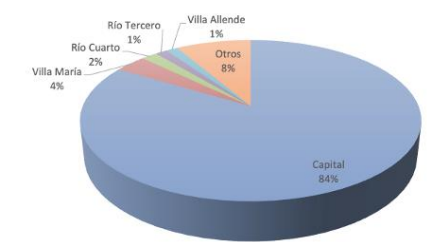


Figura 1. Distribución por ciudad de los médicos encuestados (n=225)

En cuanto al estado de matriculación, 98,7% [93,3-99,9] (n=222) contaban con la matrícula activa y 6,7% [2,9-14,0] (n=15) ya estaban jubilados. El tiempo de ejercicio profesional mostró una mediana de 20 (RIC 10-30) años. El 52% [41,8-62,0] (n=117) respondió que ejercía en el ámbito privado, 17,9% [11,2-27,1] (n=40) solo en el ámbito público y 29,8% [21,3-39,9] (n=67) en igual proporción en ambos ámbitos. En la figura 2 se muestra la especialidad médica de los encuestados que ya habían finalizado su capacitación de posgrado.

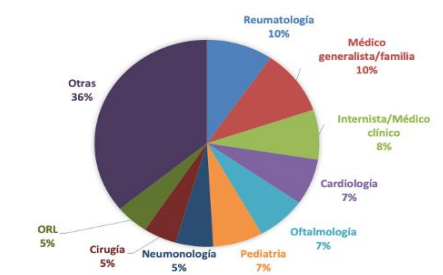


Figura 2. Frecuencia por especialidad de los médicos encuestados (n=167) médico como paciente.

El médico como paciente

El 76% [69,8-81,3] (n=171) refirió no contar con un médico de cabecera. De ellos, 52% [41,9-62,1] (n=88) respondieron que se debía a que ellos mismos decidían el especialista al cual ir, 22,2 [14,7-31,8] (n=38) nunca lo pensaron, 15,7% [9,5-24,6] (n=27) no creían necesitarlo, 9,5% [4,8-17,4] (n=16) detallaron causas relacionadas a la obra social y 1,2% [0,1-6,5] (n=2) no especificaron causa. La proporción con médico de cabecera fue mayor entre los que ejercían en el ámbito privado que en

el público o ambos (31 vs 15 vs 18%; $p<0,05$). Tal como se muestra en la figura 3, los médicos que no tenían médico de cabecera fueron más jóvenes y con menor cantidad de años de ejercicio profesional que los que sí. No hubo diferencias significativas entre las variables edad y años de ejercicio de profesión en el análisis multivariado (colinearidad de las variables).

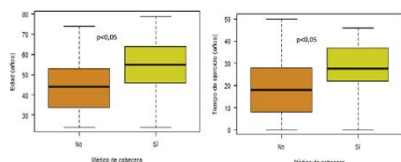


Figura 3. Edad y tiempo de ejercicio profesional (mediana y RIC) en médicos con y sin médico de cabecera ($n=225$). Valores de p por Test de Wilcoxon.

En cuanto a la automedicación, en el último año 86,2% [77,5-92,0] ($n=194$) se automedicó. En la figura 4 se muestran los medicamentos más utilizados.

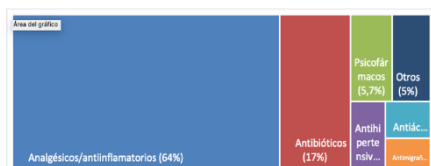


Figura 4. Tipo de medicamentos más utilizados como automedicación ($n=194$)

Entre las causas más frecuentes para explicar la automedicación el 83,9% [74,9-90,2] ($n=161$) respondió que padeció una afección banal que no justificaba la consulta a un colega, 6,2% [2,6-13,4] ($n=12$) para ahorrar tiempo, 5,7% [2,3-12,7] ($n=11$) porque tenía los conocimientos necesarios para el manejo de esa afección y 4,2% [1,4-10,8] ($n=10$) por otras causas. Los médicos que se automedicaron fueron más jóvenes (mediana 44 años, RIC 36-54 vs 55, RIC 48-63; $p<0,05$) y con menor cantidad de años de ejercicio profesional que los que no (mediana 19 años, RIC 9-29 vs 29 RIC 20-37; $p<0,05$). No hubo diferencias significativas entre las variables edad y años de ejercicio de profesión en el análisis multivariado (colinearidad de las variables).

El 44,6% [34,8-54,9] ($n=100$) de los participantes tuvo una enfermedad en el último año por la cual hubiera otorgado una licencia por enfermedad a un tercero. Sin embargo, de ellos solo el 31,1% [22,4-41,2] ($n=38$) se tomó los días de licencia correspondiente. La mayoría de los que no se tomaron licencia por enfermedad eran médicos que aún no habían terminado su formación de posgrado ($p<0,05$).

Médico de un colega

De los médicos encuestados, 180 (80% [70,6-87,1]) tuvieron la experiencia de asistir a un colega y tenían mayor edad (mediana de 55 años, RIC 46-63 versus mediana de 44 años, RIC 34-53; $p<0,05$) y mayor tiempo en el ejercicio profesional (mediana 27,5, RIC 22-37 versus mediana de 18 años, RIC 8,2-28; $p<0,05$). La proporción de médicos que recordaron haber establecido una relación médico paciente fue menor en los que ejercían en el ámbito público que en el privado o en ambos por igual (55% vs 87% vs 82%; $p<0,05$).

El 74,2% [64,3-82,2] ($n=132$) no modificó la manera en que atendió al paciente, mientras que un 25,8% [17,8-35,7] ($n=46$) sí la modificó, profundizando para evitar posibles omisiones (18,5% [11,7-27,8]), estudiando exclusivamente el motivo de consulta (5,6% [2,2-12,6]), u otros (1,7% [0,24-7,3]). El proceso clínico de anamnesis, examen físico o solicitud de métodos complementarios se vio modificado en ese 25,8% [17,8-35,7] ($n=46$). Al momento de realizar las indicaciones, el 78,5% [68,9-85,8] ($n=135$) de los médicos tratantes no invirtió un tiempo mayor para explicaciones más precisas o potenciales efectos adversos de la medicación que el utilizado cuando el paciente no es un colega.

Un 54,2% [44,0-64,1] ($n=97$) de los médicos se sintió diferente en comparación a cuando atendía a no médicos (ya sea incómodo, intimidado, presionado, identificado o como "rindiendo examen"). Solo 29,1% [20,7-39,2] ($n=52$) de los encuestados respondieron que conversaron con el paciente médico acerca de las expectativas de este último por hacerse atender con un colega y la mayoría ($n=159$; 88,8% [80,5-94,0]) asumió toda la responsabilidad de ese acto médico, así como lo haría con cualquier otro paciente no médico. El 82,7% [73,6-89,3] ($n=148$) respondió que alguna vez se comprometió más de lo habitual con un colega paciente con alguna de las siguientes actitudes: llamada al celular particular, atenderlo fuera de agenda, conseguirle turnos más rápidamente en el sistema de salud, o resolvió la consulta en un pasillo, en reuniones o bar. Por último, solo 36,8% [27,5-47,1] ($n=83$) asumieron durante la anamnesis a la profesión médica como factor de riesgo para enfermedades psiquiátricas.

DISCUSIÓN

Esta investigación relevó aspectos relacionados con la "Cultura Médica" en profesionales de la provincia de Córdoba. Una limitación de este trabajo es el sesgo de representatividad de la muestra debido a la baja proporción de médicos que respondieron. A pesar de haberse enviado por email 2 veces, quizás el hecho de haberlo realizado durante el 2020, en plena pandemia de Sars Cov-2, disminuyó la motivación para responderla. Las conclusiones, entonces, no son extrapolables a todos los médicos de la Provincia. Para la validación del instrumento se hizo participar a médicos elegidos por su predisposición a colaborar y se

midió solo la confiabilidad de la misma. A pesar de estas limitaciones los resultados coinciden con otros trabajos que analizan los mismos aspectos y sirven para tener datos preliminares sobre los cuales reflexionar.

En esta encuesta, casi el 80% contestó que no tiene médico de cabecera, siendo los más jóvenes y quienes atienden en el ámbito público los que mayormente configuran este grupo. El sistema de salud de Argentina organizado según coberturas de obras sociales, prepagas y sistema público gratuito, es permeable a que se saltee al médico de cabecera y, de hecho, la mayoría contestó que no contaban con uno porque ellos mismos deciden a qué especialista acudir.

Para evitar el sesgo de recuerdo en relación con la automedicación esa pregunta se refirió al último año y casi el 90% de los encuestados respondió que se automedicó. La automedicación también es más frecuente entre los médicos más jóvenes y con menos años de ejercicio profesional. Este grupo, independientemente de si trabajan en el ámbito público o privado, es el que siguió trabajando a pesar de cursar alguna patología por la cual podría haber solicitado una licencia por enfermedad. Un estudio cuali-cuantitativo sobre la experiencia de enfermedad entre estudiantes de Medicina y médicos explica que, quizás, como los médicos más jóvenes son quienes se ocupan más frecuentemente de los pacientes hospitalizados y graves durante sus primeros años de formación en el ámbito hospitalario, tienen una tendencia menor a definir como "seria" a su propia enfermedad¹⁴.

Pocos encuestados consideran que la profesión médica es un factor de riesgo para enfermedades mentales. Sin embargo, el tercer medicamento en automedicación luego de los analgésicos/antiinflamatorios y los antibióticos fueron los psicofármacos. El estudio de Stanton concluye que médicos con patología psiquiátrica, si bien tienen facultades para describir signos y síntomas, carecen de capacidad para expresar angustia o historias con connotaciones personales¹⁵. Es un desafío para el psiquiatra tratar a un colega y recomienda que para mejorar la empatía, el psiquiatra sea mayor que los médicos-pacientes, tenga experiencia previa en el tratamiento de colegas y comparta con él si padeció alguna enfermedad¹⁶. El Colegio Médico de Uruguay ha implementado un Programa de Bienestar Profesional orientado a promover la salud de los médicos y asesorando particularmente a los que sufren burnout y enfermedades mentales, e instan a otros colectivos latinoamericanos a desarrollar programas similares⁶.

Los sesgos de recuerdo sobre la ocurrencia o no de la atención a un colega se minimizaron interrogando de manera amplia sobre alguna oportunidad en la que ocurrió esa situación. Los médicos de más edad y con más de 25 años de ejercicio profesional tienen mayor experiencia de asistir a colegas. Si bien un alto porcentaje contestó que no modifican su forma de asistencia al colega,

un porcentaje aún más alto respondió que alguna vez sí se comprometió más de lo habitual. Existen pocas publicaciones sobre el stress emocional de todo el equipo de salud cuando cuidan a un médico^{8,10}. Al atender a un colega se realiza la anamnesis en léxico médico, partiendo de síntomas y diagnósticos, en ocasiones, ya establecidos por el mismo paciente. Si bien esto puede resultar de utilidad en muchos casos, también puede ocurrir que no se realice una correcta semiografía. Compartir el mismo lenguaje puede generar confianza entre las partes y llevar a que se omitan o se aborden superficialmente, preguntas sobre hábitos tóxicos o conductas sexuales de riesgo¹⁵⁻¹⁶. Aunque encargarse de la salud de un colega puede ser un privilegio, resulta complejo discernir si existe una sola manera ética de asistirlo y cómo mejorar los resultados o si esto debiera regularse o, al menos, abordarse en las asociaciones médicas^{6,17}. Existen pocos marcos normativos en el mundo sobre este tema. En 1995 la Asociación Médica Británica publicó las guías sobre "Responsabilidad en el tratamiento de médicos-pacientes" en respuesta a un reporte (Nuffield Trust Report) de 1994 sobre serias dificultades en la manera en que los médicos se trataban a sí mismos y entre sí. En 1999 se publicó una encuesta a médicos generalistas y especialistas en la que concluyeron que la adherencia a esas guías era baja: salteaban al médico de cabecera para evitar los tiempos de espera, mantenían altas tasas de automedicación y de tratamiento a sus familiares, eran resistentes a tomarse licencia, etc. Sugerían implementar medidas de apoyo y monitoreo para su mejor adherencia¹⁸. Las mismas fueron relanzadas en 2010 y en 2016 el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra emitió una comunicación en la que se prohibía procesar muestras donde el paciente y el médico fueran el mismo o tuvieran relación cercana. La entrega de los resultados se hace solo al médico que solicita los estudios¹⁹.

La Resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología armonizó los contenidos que deben considerarse para las Carreras de Medicina de todo el país, detallando las competencias que debe adquirir el alumno a medida que va avanzando en su formación²⁰. No existen contenidos para estudiantes de la Carrera de Medicina o para los posgraduados de las diferentes especialidades que aborden la propia enfermedad, los riesgos del autodiagnóstico y la automedicación. Tampoco se estimula a desarrollar habilidades y competencias actitudinales para asistir a colegas²¹. Muchos autores concluyen que los médicos se beneficiarían con contenidos durante su formación relacionados a alterar ese clima de estoicismo y a "cómo ser médico de un médico"^{6,9,14,15,20-22}. De manera formal se debiera abordar en qué consiste la excelencia del autocuidado y del cuidado del colega.

CONCLUSIONES

De los médicos que respondieron, casi el 80% no tiene médico de cabecera, siendo los más jóvenes y quienes atienden en el ámbito público los que

mayormente configuraron este grupo. Los médicos jóvenes recurren más frecuentemente a automedicación, solicitan menos licencia por enfermedad, aunque la necesiten, y tienen poca experiencia para tratar colegas.

BIBLIOGRAFÍA

- Stanton J, Randal P. Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016 May 20;6(5):e010216. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010216.
- Gerada C. Doctors, suicide and mental illness. *BJPsych Bull*. 2018 Aug;42(4):165-168. doi: 10.1192/bjb.2018.11.
- West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X.
- 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. doi:10.1136/bmjopen-2012-001776
- Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, Madan I, Hatch S. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*. 2012 Oct 15;2(5):e001776. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001776.
- Dapuerto JJ, Klasse E, Campos N, Rodríguez Andrada B, Romero Agüit S, Braquehais MD, Tolchinsky G, Pereira MT, Sarubbo L, Ceroni C, Sánchez N, Blanc L. Design and implementation of the Professional Wellbeing Programme of the Medical Council Association of Uruguay. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Apr 12;52(1):45-50. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2021.02.005.
- Fawibe AE, Odeigah LO, Akande TM, Salaudeen AG, Olanrewaju I. Self-reported medical care seeking behaviour of doctors in Nigeria. *Alexandria J Med*. 2017;53(2):117-122. doi:10.1016/j.ajme.2016.04.003
- Rosvold EO. Comentario de un caso: Doctor don't treat thyself. *WebM&M*. Publicado en set 2004. [Citado 12 de agosto 2021] Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/71/Doctor-Dont-Treat-Thyself>
- 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;58(552):501-508. doi: 10.3399/bjgp08X319486.
- Schneck SA. "Doctoring" doctors and their families. *JAMA*. 1998 Dec 16;280(23):2039-42. doi: 10.1001/jama.280.23.2039.
- Ministerio de Educación y Deportes. Profesionales reguladas por el Estado. Resolución 1314/07 [Internet]. 2007 [citado 12 Ago 2021]. Disponible en: <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/handle/123456789/77969/browse?value=Resolución+Ministerial+1314%2F07&type=normativa>
- Confederación Médica de la República Argentina. Código de ética. Capítulo XVI. De Los honorarios. Disponible en [12 agosto 2021] <https://www.comra.org.ar/assets/images/cms/244137d29d571505be194a4573ae33cb.pdf>
- Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba. "Análisis de Situación de la Salud en el Interior de la Provincia de Córdoba". Set 2018. Disponible en [17 nov 2021] <http://colmedrc.org/wp-content/uploads/2019/04/federacionmedica.pdf>
- Woolf K, Cave J, McManus IC, Dacre JE. 'It gives you an understanding you can't get from any book.' The relationship between medical students' and doctors'

personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Med Educ*. 2007 Dec 5;7:50. doi: 10.1186/1472-6920-7-50.

15. Svantesson M, Carlsson E, Prekert M, Anderzén-Carlsson A. 'Just so you know, the patient is staff': healthcare professionals' perceptions of caring for healthcare professional-patients. *BMJ Open*. 2016 Jan 19;6(1):e008507. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008507.

16. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, Scott J. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*. 2009 Nov;59(568):811-8. doi: 10.3399/bjgp09X472872.

17. Teng KA, Butler RS, Schramm S, Isaacson JH, Nielsen C, Paradis C. Physicians caring for physicians: the perspective of the primary care physician. *South Med J*. 2014;107(5):301-5. doi: 10.1097/SMJ.000000000000095.

18. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999;319(7210):605-8. doi: 10.1136/bmj.319.7210.605.

19. Pathology Policy on Self requesting and result delivery directly to patients. [Citado 12 de agosto 2021] Disponible en: <http://www.mtw.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/results-to-patients-2.pdf>

20. Ministerio de Educación y Deportes. Profesionales reguladas por el Estado. Resolución 1314/07 [Internet]. 2007 [citado 12 Ago 2021]. Disponible en: <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/handle/123456789/77969/browse?value=Resolución+Ministerial+1314%2F07&type=normativa>

21. Klitzman R. Improving education on doctor-patient relationships and communication: lessons from doctors who become patients. *Acad Med*. 2006;81(5):447-53. doi: 10.1097/01.ACM.0000222271.52588.01.

22. Field R, Haslam D. Do you have your own doctor, doctor? Tackling barriers to health care. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):462-4. doi: 10.3399/bjgp08X302970.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad del trabajo es exclusivamente de quienes colaboraron en la elaboración del mismo.

Agradecimientos

A Juan Narambuena por participar en parte del proyecto. A Carla Maldini por el aporte estadístico y a Ana Bertoli por la revisión del manuscrito final. Especial agradecimiento a Susana Vanoni por su apoyo constante para la concreción de éste y cada proyecto que nos une para seguir mejorando la educación médica.

Conflicto de interés:

Ninguno.

Fuentes de apoyo:

La presente investigación no contó con fuentes de financiación

Originalidad:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos:

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Contribución de los autores:

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.