

Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos

Luz Arenas-Monreal, Dra en Antrop,⁽¹⁾ Isabel Hernández-Tezoquia, Dra en Soc,⁽¹⁾
Rosario Valdez-Santiago, M en Antrop,⁽¹⁾ Pastor Bonilla-Fernández, M en C.⁽¹⁾

Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquia I,
Valdez-Santiago R, Fernández-Bonilla P.
Las instituciones de salud
y el autocuidado de los médicos.
Salud Publica Mex 2004;46:326-332.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Analizar la influencia que la profesión y la institución laboral ejercen sobre el autocuidado de la salud de los médicos. **Material y métodos.** La investigación se realizó de marzo de 2000 hasta febrero de 2001 en un centro de salud, un hospital general y un instituto de investigación en salud. En el estudio se utilizó un diseño cualitativo; los datos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad. Se realizaron cuatro entrevistas a médicos que laboran en las instituciones mencionadas: dos a médicos del primer nivel de atención y dos del segundo nivel. **Resultados.** Los hallazgos de esta investigación señalan que los médicos tienen dificultades para prodigarse cuidados. Estos obstáculos se acentúan para los médicos del segundo nivel de atención, quienes laboran jornadas prolongadas y realizan multicontratación institucional. Las dificultades están relacionadas principalmente con el estrés, la alimentación, el descanso y el esparcimiento. Los médicos no se someten a revisiones médicas de rutina y efectúan "consultas de pasillo" con sus colegas cuando tienen alguna dolencia o enfermedad. Los entrevistados coincidieron en señalar que las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado en los trabajadores que laboran en ellas. **Conclusiones.** Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran y, en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención, la estructura organizativa dificulta el autocuidado. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: autocuidado; médicos; instituciones de salud; México

Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquia I,
Valdez-Santiago R, Fernández-Bonilla P.
Health institutions
and physicians' self-care.
Salud Publica Mex 2004;46:326-332.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Abstract

Objective. To analyze how self-care of health workers is influenced by their professional training and institutional setting. **Material and Methods.** This study took place from March 2000 to February 2001 in a health center, a general hospital, and a health research institute. Qualitative in-depth interviews were used to collect data. Four in-depth interviews were conducted among physicians at the study sites: two to primary care physicians and two to secondary care physicians. **Results.** Study findings show that physicians face barriers to self-care. Secondary care physicians were particularly affected by long work journeys and multiemployment. The main difficulties were associated with stress, nutrition, rest, and recreational activities. Physicians did not regularly have medical check-ups and would often simply consult with their colleagues in "hallway checkups" when they were afflicted by an illness. The physicians coincided in their recommendation that the health institutions should develop policies, programs, guidelines, and facilities to promote self-care among health workers. **Conclusions.** Health institutions are not designed or organized to promote self-care among their personnel. In the case of secondary care physicians, the organizational structure often prevents them from engaging in healthy activities. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: self-care; physicians; health institutions; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 24 de noviembre de 2003 • Fecha de aceptado: 28 de mayo de 2004
Solicitud de sobretiros: Dra Luz Arenas Monreal. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: mareanas@insp.mx

Algunos autores señalan que la profesión no sólo proporciona un conjunto de conocimientos técnicos, sino que a partir de la formación profesional se van interiorizando esquemas mentales que conforman un *habitus profesional* y, por ende, una manera particular de relacionarse con el mundo. P Bourdieu señala que cualquier profesión u oficio conduce a que se conforme un *habitus* propio de la profesión y que dicho *habitus* está constituido por un conjunto de técnicas, referencias, creencias que se constituyen en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas.^{1,2} Aunado a la condición social y *habitus* se encuentra el conocimiento especializado de la profesión médica. El conocimiento técnico adquirido durante la formación académica le confiere a la profesión médica una característica singular: derecho a controlar su propio trabajo, que se refleja, en parte, en la autonomía para establecer el diagnóstico y el tratamiento médico.³ Aun los médicos que laboran en organizaciones de salud mantienen un monopolio del conocimiento aplicado que les reserva una parcela en la división social del trabajo, permitiéndoles controlar, por lo menos, el diagnóstico y, parcialmente (por las limitaciones que impone un cuadro básico de medicamentos en las instituciones), el tratamiento.⁴ Este trabajo presenta las características del autocuidado de la salud de los médicos, relacionadas con su profesión y la institución laboral.

De la bibliografía sobre autocuidado de la salud en médicos se cuenta con un estudio realizado en Irlanda. Uno de los resultados de este trabajo hace énfasis en que los médicos necesitan servicios de salud ocupacionales adecuados, porque tienen riesgos laborales específicos, tales como el estrés que genera la atención de pacientes, entre otros.⁵

Otros estudios se enfocan a cuestiones generales del proceso salud-enfermedad en el personal médico y abordan indirectamente algunos aspectos de autocuidado como el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco, y disposición de tiempo para atender su salud. Los aportes de estas investigaciones son valiosos en el sentido que proporcionan información acerca del comportamiento de los médicos cuando tienen alguna enfermedad. Se señala que estos profesionales continúan trabajando a pesar de que estén enfermos, toman menos días de incapacidad, se automedican y, preferentemente, consultan a colegas o amigos, lo cual resulta contraproducente, especialmente cuando tienen algún síndrome psiquiátrico, teniendo en cuenta que, además, se ha encontrado que este personal tiene una prevalencia mayor de ansiedad o depresión, en comparación con grupos de población específicos.⁶⁻¹²

Otras investigaciones abordan aspectos muy específicos en esta población, tales como la prevalencia de tabaquismo, mortalidad, estrés en el ámbito laboral y la manera como afecta a los médicos. Los estudios sobre estrés destacan la manera en la que la actividad laboral contribuye para producirlo, y como éste les afecta su vida familiar y social, así como los mecanismos que se utilizan para enfrentarlo.^{13,14}

En México sólo existen estudios que se han enfocado a indagar sobre la adicción al tabaco, encontrándose prevalencias que van de 22 hasta 33.3%. Uno de esos estudios se realizó entre personal que labora en los Institutos Nacionales de Salud, y la mayor prevalencia de adicción al tabaco entre estos profesionales se encontró en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.¹⁵⁻¹⁸

Desde la antropología y la sociología médicas se han efectuado estudios que abordan aspectos relacionados con las circunstancias que rodean a los médicos enfermos, y los significados que le atribuyen a la enfermedad,^{11,12,19} por lo que, indirectamente, se pueden extraer algunas reflexiones sobre el autocuidado: a) cuando los médicos caen enfermos repasan acerca de las circunstancias presentes y pasadas que los condujeron a la enfermedad, incluyendo una revisión de sus hábitos anteriores, mismos que les ocasionan sentimientos de culpa por lo que ocurre en la actualidad; b) durante las etapas formativas y de capacitación en medicina se exige de los estudiantes buenas condiciones de salud, gran capacidad para soportar largas horas de trabajo/estudio y, además, conjuntamente se desalienta que fijen la atención en su persona, ya que no hay suficiente tiempo para el cuidado de sí mismos. Además, el entrenamiento incluye aprender a mantener una "adecuada" distancia protectora de los pacientes, así "la regla tácita de la respuesta para la aflicción consigo mismo y con los otros es el silencio",¹² y c) se señala que la profesión médica es pragmática y está enfocada a la curación, de ahí que no exista una cultura propia de la prevención.

Durante la formación académica a los médicos se les instruye para atender y curar a otros; en consecuencia, si el papel del médico es brindar atención a otros, en esta lógica él no tiene por qué cuidar de sí mismo, ya que, además, se asume con cierta invulnerabilidad para la enfermedad y los daños a su salud.²⁰ Por otro lado, el conocimiento experto de la profesión médica, que le confiere poder sobre el paciente y sobre otros profesionales de la salud, contribuye a crear lo que Berger menciona como *arrogancia médica*, la cual fortalece también su desdén para cuidar de sí mismo.²¹

Para los fines de este estudio se considera al autocuidado como aquellas acciones que cada persona pue-

de realizar cotidianamente para incrementar la salud y el cuidado personal en las dimensiones física, emocional y social. El autocuidado está determinado e influido por las condiciones de existencia, por factores socioculturales, por patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales.^{22,23} Las consideraciones anteriores, relacionadas con el autocuidado de los profesionales, en especial los médicos, no puede explicarse si no se enmarca a la profesión médica como aquella que se ejerce principalmente dentro de las instituciones públicas, situación que algunos autores llaman como profesionales organizativos; en este sentido, es la organización la que marca ritmos y movimientos de trabajo. La teoría de sociología de las profesiones denomina a este fenómeno como la *proletarización* de la profesión; es decir, los profesionales no tienen la suficiente autonomía para controlar el proceso de trabajo y sólo mantienen el poder que les confiere el conocimiento especializado sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.³

En síntesis, para el análisis del autocuidado de los médicos se parte de dos conceptos teóricos: el *habitus*, concepto que explica el origen social de las conductas, y la categoría de la *proletarización*, que contribuye a la disminución de la autonomía de los médicos en el control de su trabajo dentro de las instituciones, lo cual influye en su autocuidado.

El objetivo de este trabajo es analizar la influencia que la profesión médica y la institución laboral ejercen sobre el autocuidado de la salud del personal médico.

Material y métodos

Para este estudio se utilizó un diseño cualitativo, con el fin de explorar y describir el autocuidado de los médicos. Los datos cualitativos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad.

Participantes. El grupo en estudio consistió en cuatro médicos a quienes se les entrevistó durante tres ocasiones. Dos hombres y dos mujeres. Dos sin pareja y dos con pareja; tres de ellos con hijos, y una de ellas con pareja, pero sin hijos. El rango de edad fue de 40 a 50 años (promedio: 43). Todos los entrevistados/as fueron contactados en las instituciones donde laboraban. Pertenecían a las especialidades médicas de pediatría, medicina interna, epidemiología y medicina general/familiar. Tres de ellos (pediatría, medicina interna, medicina general y familiar) tenían multicontratación institucional o consulta privada.

Procedimientos. El estudio se realizó de marzo de 2000 hasta febrero de 2001, en un hospital general y en una

institución dedicada a la investigación en salud; ambas dependencias pertenecen al sistema nacional de salud mexicano. El estudio fue aprobado por los comités de investigación y ética de ambas instituciones. A cada participante se le dio una carta solicitando su consentimiento, en la cual se enunciaban los fines del estudio, la confidencialidad de la información y se pedía autorización para audioregistrar las entrevistas.

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad, audioregistradas y transcritas posteriormente en un procesador de textos, y codificadas a través del programa de computo Ethnograph v.4.

Análisis. Las fases en las que se dividió el análisis de las entrevistas fueron las siguientes:

1. Lectura de las entrevistas y elección de códigos.
2. Codificación de cada una de las entrevistas.
3. Análisis por códigos, diferenciando cada entrevista, con la intención de encontrar regularidades y diferencias.
4. Elaboración de tablas de concentración a partir de los significados en cada uno de los códigos.

Las entrevistas se analizaron alrededor de una categoría central que fue el autocuidado. En este trabajo se presentan únicamente los datos relacionados con las prácticas de cuidado en relación con la profesión y la institución laboral.

Resultados

Profesión y autocuidado

En esta sección se encontró que los médicos postergan las revisiones médicas con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque se conocen de antemano, tanto los procedimientos a los que van a ser sometidos, como los posibles resultados; otra característica es que ocasionalmente los médicos solicitan una cita y acuden a consulta médica cuando lo requieren; por el contrario, lo más frecuente es que consulten a un colega en el pasillo o acudan con el dentista cuando lo tienen a la mano o se practican exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismos evalúan los resultados.

“...me he checado mis niveles de colesterol, de glucosa básicamente, ácido úrico. Tengo antecedentes heredofamiliares muy fuertes. Por ahí de marzo me hice no más glucosa y colesterol ahí en el hospital, le dije a la química si tenía reactivo y me dijo –sí tengo, végase mañana temprano y se lo hacemos– y sí, me los hicieron” (Entrevista Médico 04/2-952-58,982-88).

Los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir; sin embargo, se percatan de que el contexto institucional en el que se desenvuelven les limita de forma importante varios aspectos de su vida cotidiana tales como la alimentación, el sueño/descanso y el esparcimiento. Lo anterior se hizo evidente en aquellos que laboran simultáneamente en diferentes instituciones, lo que conlleva a que realicen jornadas prolongadas de trabajo o, peor aún, que lo hagan en días que ordinariamente son de descanso. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

"Yo trabajo en el Seguro Social la jornada acumulada, sábado y domingo mi horario es de 6:45 de la mañana a las 11 de la noche. De lunes a viernes estoy en el hospital [de la Secretaría de Salud], mi horario es de 2 a 9 de la noche" (Médica.02/ 1:28-32,96-99).

Los médicos del primer nivel de atención y de investigación en salud pública no encuentran que la profesión les dificulte el autocuidado de su salud, sin embargo, quienes laboran en el segundo nivel señalaron que el ejercicio de su profesión les dificulta acciones concretas de autocuidado como la alimentación, el esparcimiento y el descanso.

"Usted sabe que quienes estamos aquí, [hospital] medio comemos o mal comemos porque a veces nos mandamos traer una torta o café" como tengo dos trabajos, no tengo ningún día de descanso y cuando ya me siento cansada, anteriormente yo nunca faltaba, pero ahora sí cuando me siento cansada llego a faltar o aquí o allá, sí a veces me hace falta un día, el fin de semana es de 6:45 a 11 de la noche (Médica. Entrevista 02/2:153-158, 200-29).

Otro de los factores es el estrés que se genera durante el ejercicio clínico de la profesión:

"....puedo tener presiones tanto de carácter laboral por la cantidad de gente, la falta de recursos, los conflictos con los compañeros, algún paciente, en pacientes difíciles, casos complicados, a veces me angustia no tener la precisión del diagnóstico o sentir que fallé en algo, siempre he sentido el riesgo de que la vida de un individuo está en mis manos..." (Médico. Entrevista 04/2:344-366).

Para los médicos que laboran en el segundo nivel de atención el ejercicio de la especialidad médica dificulta acciones concretas de autocuidado:

..Bueno, para empezar, yo creo que la especialidad siempre ha sido muy especial, es una especialidad que desde la residencia, los residentes de medicina interna somos los que menos dormimos, en cambio los residentes de dermatología y otorrino no hacen ni guardias, junto con los de ginecología y cirugía, somos los que menos dormimos. [Hay] más exigencia, ya como profesionistas, se les busca en casa, pues la piensan mucho para salirse de vacaciones porque la clientela es muy exigente, es una especialidad con mucho estrés, en el campo que te desarrolles puede tener más, pero habitualmente está ligada con estados terminales, es cierto que es una especialidad que a tus necesidades individuales las limita" (Médico. Entrevista 04/2:243-277).

Así, aunque se encontró que la profesión médica contribuye a dificultar las prácticas de cuidado de la salud, son los médicos que laboran en los hospitales quienes tienen mayores limitaciones.

Institución y autocuidado

Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, mobiliario e interrelaciones personales que faciliten el autocuidado de quienes ahí laboran:

"[En el sitio laboral]... lo que pasa es que no hay espacios o sea no hay ni tiempos, ni espacios para hacer eso, por ejemplo aquí hay una cancha de básquetbol, fútbol, tenis y sí hago ejercicio, sí juego, pero pues en las oficinas de la institución y todo esto, pues no hay y ya sabes que ahí las jornadas son hasta que se vaya el jefe y esas cosas, entonces lo hacía de fin de semana, de manera muy irregular.... [¿La institución facilita el cuidado?] Para nada, digo el que te prohíban el fumar no hace que dejes de fumar, no va por ahí, no, simple y sencillamente no está diseñado para que te cudes, ni los muebles ¡vamos!, estás sentado todo el día y las sillas se están cayendo. Yo tuve muchos problemas de espalda por las sillas que tenía, espacios reducidos, mal ventilados, iluminados, o sea que más te van a dar ideas para que hagas deportes y esas cosas...."(Médico. Entrevista 03/2:34-49,105-127).

La ausencia de políticas y reglamentaciones de promoción del autocuidado de la salud se pone de manifiesto en las jornadas laborales de fin de semana (llamada jornada acumulada) que realiza el personal en las diversas instituciones del sector salud, por el hecho de que se laboran 16 horas de manera continua.

En una de las instituciones de seguridad social se tiene estipulado que durante esa jornada laboral se le proporcionen al trabajador dos horas de descanso, sin embargo, existen dificultades que entorpecen la concreción de este reglamento:

“....yo, por ejemplo, se supone que por cada día tendría derecho de dos horas y hay veces que sí me tomo las dos horas, otras veces no, ni una hora pero es variando porque no está reglamentado en qué momento, a quién y si no estás, quién va a estar y si cuando no estás pasa algo qué significa. Así es no hay, [reglamentación] se supone que eso se tiene que hacer sobre la marcha, en el servicio, con los compañeros, con el jefe de servicio, pero nunca se le ha tomado importancia y una de las cosas que dices: una hora de descanso y ¿dónde descanso?; no hay una sala de descanso propia para los médicos adscritos, nada más para los internos y los residentes. Una sala que tú digas voy y me recuesto, un sillón, no, nunca se ha construido, bueno cuando modificaron urgencias la primera vez sí había una sala, un cuarto destinado, pero al final en la operación se convirtió en un cuarto de guardar cosas. Sí [una] bodega para guardar material” (Médico. Entrevista 04/2:453-489).

Otro aspecto particular de las políticas laborales es que dentro de las distintas instituciones no existen programas precisos dirigidos al personal médico para que se hagan revisiones médicas y detección temprana de ciertas patologías o, bien, para promover la salud.

“No, no ha habido nada de eso, que te digan: oye hay un programa para detectar presión arterial, colesterol o eso, pues tendrías que ir al centro de salud, como parte de los programas abiertos. Pero que te digan, sabes que tienes que hacerte un chequeo como parte de las actividades que tienes que desarrollar aquí, así como la cuota de la Cruz Roja que es obligatoria, no, de eso no. Lo dan por entendido de que como lo hacen afuera te lo vas a hacer” (Médico. Entrevista 03/2:211-244).

“Yo creo que no, no nos apoyan, yo me acuerdo que anteriormente en la institución alguna vez hicieron un programa que decía, que se llama pausa para la salud y les brindaban 10 o 15 minutos para que hicieran lo que quisieran, pero todo eso ha desaparecido, ahora es al contrario, trabajo, trabajo, trabajo y más trabajo” (Médica. Entrevista 02/2:586-595).

Otro aspecto es el relacionado con la política salarial de las instituciones y que es el argumento de los médicos para tener múltiples trabajos:

“Yo trabajo toda la semana [siete días] y sí me absorbe todo el tiempo y pues muchos estamos en esa situación porque usted sabe que los sueldos que tenemos pues no son muy buenos, si los sueldos fueran mejores yo creo que todos tendríamos un solo trabajo, pero pues tenemos que buscar la manera de salir adelante, somos muchos que estamos igual, la mayoría yo creo que tenemos dos empleos” (Entrevista 02/2:219-229).

Otro elemento de la vida institucional es el relacionado con las interrelaciones personales que se establecen entre los distintos integrantes de una organización en el espacio cotidiano de trabajo. El hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas, genera un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal. Este problema fue señalado frecuentemente para las distintas instituciones, como se observa en el siguiente testimonio:

“En el trabajo sí, a veces hay, ahorita ya cambió un poco la situación en el hospital pero hubo una temporada en que se sentía muy tenso el ambiente en casi todo el hospital y eso hace sentir mal, entonces hay gente que no quiere a la doctora [la directora del hospital] y uno se siente incómoda porque ya no hay esa relación que había antes entre el médico y la enfermera, entre compañeros.... Ahorita me siento bien, [pero] antes de la crisis sí había días en que ya andaba muy mal, mal [Se refiere a una crisis hipertensiva que tuvo durante el periodo de las entrevistas]. No triste, yo creo que no era tristeza, era decepción de las cosas de aquí, del ambiente de trabajo” (Médica. Entrevista 02/2:607-617-1027-1046).

Los entrevistados manifestaron que dentro de las instituciones, lo cotidiano es que impere un clima de hostilidad propiciado por los conflictos en las relaciones interpersonales entre directivos, mandos medios y personal operativo. La dinámica laboral en su conjunto limita el autocuidado de la salud que se puede brindar el personal.

Discusión

La práctica médica conduce a un acercamiento constante y reiterado con la enfermedad y la muerte de los demás. Laín Entralgo señala que este hecho puede conducir a que los médicos tomen conciencia de la vulnerabilidad de los seres humanos y de ellos mismos; esta vulnerabilidad es un recordatorio persistente de nuestra mortalidad.²⁰ Sin embargo, pareciera que este suceso puede conducir también a lo contrario, al supuesto

de que por tener los conocimientos aproximados o acerados acerca de la enfermedad y la muerte se tiene la posibilidad de manejarse con cierta dosis de invulnerabilidad o, bien, como lo menciona Berger, *arrogancia médica*, lo que lleva a que los médicos incurran en prácticas nocivas para sí mismos y que éstas tengan significados y explicaciones a partir del cuerpo de conocimientos técnicos que poseen. Así, los médicos de este estudio postergan la búsqueda de atención médica y tienen un comportamiento ante sus malestares muy similar a lo que reportan otros autores.^{2,7,8}

Dentro del modelo médico en el que han sido formados estos profesionales se privilegia la curación, y algunos autores señalan incluso que la prevención se encuentra subordinada a ésta.^{24,25} Por consecuencia, el capital cultural de la profesión médica adquirido a través de su formación y de su práctica profesional se enfoca principalmente hacia las cuestiones curativas, y la promoción y la prevención ocupan un sitio secundario. De hecho, existe una sobrevaloración de tales conocimientos que conduce a una actitud de desdén sobre todo en lo que se refiere a las diferentes acciones realizadas para el cuidado de la salud.

El tipo de formación profesional recibida contribuye a que los médicos adquieran un *habitus* propio de la profesión, en el cual se reflejan las dificultades que se tienen para integrar pautas de prevención y autocuidado de su salud. Así, las prácticas que se efectúan en la vida cotidiana, y que pueden o no ser pautas que contribuyan al autocuidado, tienen una relación directa con los significados y la visión que las personas poseen de su cuerpo en relación con el mundo.

Aunado al *habitus* profesional se encuentran también las características de las propias instituciones de salud, las cuales marcan los ritmos y movimientos del ejercicio de la profesión médica.³ Los médicos, al perder control sobre el ritmo de trabajo, ven disminuida su autonomía y se encuentran con serias limitaciones para cuidar de su salud. Este hecho se hizo evidente al analizar las acciones de autocuidado de los médicos de este estudio dentro de las instituciones en las que laboran.

La dinámica laboral de los médicos de este estudio, sobre todo de quienes trabajan en el segundo nivel de atención coincide con lo encontrado por Bronfman y colaboradores en un estudio cualitativo que formó parte de la segunda Encuesta Nacional de Salud, en 1994. En esa investigación se entrevistó a 61 médicos de las distintas instituciones públicas de salud, así como del área privada del país y se constató que percí-

ben bajos salarios, lo que los lleva a la multicontratación y a que acumulen jornadas de trabajo de alrededor de 100 horas semanales.²⁶ Esta problemática influye de manera decisiva en el autocuidado que se brindan, entorpeciendo actividades de sueño, descanso y esparcimiento, entre otras.

Los médicos de este estudio que realizan actividades clínicas manifestaron estrés ocasionado por su profesión, lo cual concuerda con lo reportado en diversas publicaciones que dan cuenta de que éste es un elemento cotidiano en el ejercicio clínico de los médicos, el cual contribuye negativamente en su salud mental, así como en el deterioro de sus relaciones interpersonales.^{9,10,27,28} El estrés se relaciona con el síndrome de desgaste o *burnout*, caracterizado por un agotamiento físico y mental con trastornos emocionales, visto sobre todo en profesionales dedicados a ayudar a la población, y en circunstancias en las cuales hay un contacto continuo con situaciones humanas de sufrimiento y de mucha responsabilidad, en las que, además, el profesional, aun sin proponérselo, se involucra en dichas situaciones.²⁹

Aquí nos encontramos frente a una paradoja: los médicos tienen el rol social de atender la salud de la población, pero la manera como están estructuradas las instituciones de salud dificulta que el propio personal que ahí labora siga pautas de autocuidado de la salud.

Conclusiones

La profesión médica ejerce una influencia en la visión que de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y de todo el proceso salud-enfermedad poseen los médicos y esta visión, en conjunto con la estructura organizativa de las instituciones de salud, limita y dificulta el autocuidado que deben brindarse.

Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, y en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención la estructura organizativa lo dificulta más todavía.

El ambiente laboral y las relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud son factores importantes que entorpecen el autocuidado.

Analizar lo que ocurre dentro de las instituciones de salud con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo cobra importancia, en primer lugar, por las circunstancias laborales concretas que afectan la salud del personal y, en segundo término, porque el estado de salud de los profesionales de la

medicina es un aspecto que influye en favor de los errores médicos y contra la posibilidad de otorgar atención médica de buena calidad.

Agradecimientos

Se agradece la disposición de médicos y médicas que participaron en las entrevistas. Sin su colaboración y apoyo este trabajo no hubiera sido posible.

Referencias

1. Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Madrid: Itsmo; 2000:75-118.
2. Geertz C. Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona: Paidós; 1994:182.
3. Freidson E. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península; 1977:82-83.
4. Guillén M. Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Rev Esp Invest Sociol* 1990;51:35-50.
5. O'Connor M, Kelleher C. Doctors benefit from their profession? A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices. *Ir Med J* 1998;91(6):206-209.
6. Baldwin M, Dodd M, Rennie JS. Young doctors' health I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1997;45(1):35-40.
7. Baldwin M, Dodd M, Rennie JS. Young doctors' health—II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997;45(1): 41-44.
8. Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. *Arch Fam Med* 2000;9(10):1079-1085.
9. Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: A study of health and help-seeking behavior. *Fam Pract* 1990;7(2):96-99.
10. Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract* 1993;43(374): 378-382.
11. Ponce de León O. El médico enfermo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997:59-197.
12. Hahn RA. Sickness and healing. An anthropological perspective. Chelsea (MI): Yale University Press; 1995:234-261.
13. Mccue J. The effects of stress on physicians on their medical practice. *N Engl Med* 1982;306 (8):458-463.
14. Ortiz-Quesada F. El trabajo del médico. México, DF: JGH Editores; 1997:19-24.
15. Tapia-Conyer R, Cravioto P, De la Rosa B, Galván F, García-de la Torre G, Kuri P. Cigarette smoking: knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Pública Mex* 1997;39:507-512.
16. Gómez-García R, Grimaldi-Carpio A. Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria. *Salud Pública Mex* 1998;40: 53-57.
17. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera-Kiengelher L, Soriano-Rodríguez A, Ramírez-Venegas A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Pública Mex* 1999;41:381-388.
18. Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública Mex* 2002;44 supl 1:567-575.
19. Good-Byron J. Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. United Kingdom: Cambridge University Press; 1997:65-87.
20. Laín-Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores SA; 1984:323-324.
21. Berger AS. Arrogance among physicians. *Acad Med* 2002;77(2): 145-147.
22. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona, España: Masson; 1995:49.
23. Haro-Escinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdigüero E, Comelles JM, ed. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000:101-161.
24. Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México, DF: Alianza Editorial Mexicana; 1990:110.
25. McKinlay J. A favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. Bogotá, Colombia: Jaco; 1982:29.
26. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios de salud frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 1997;39:546-553.
27. Caplan RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultant, general practitioners and senior health service managers. *Br Med J* 1994;309(6964):1261-1263.
28. Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom* 1991;55(2-4):90-99.
29. Mingote AJC, Pérez-Corral F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos; 1999:41-43.