

Caracterización de Algunos Hábitos y Enfermedades de los Médicos Costarricenses

Manuel Fco. Jiménez-Navarrete,¹ Ronaldo González-Blandón,² Virginia Sell-Salazar³

Justificación y objetivo: Analizar la morbilidad entre los médicos costarricenses.

Métodos y materiales: Investigación descriptiva, retrospectiva y de correlación, de corte transversal. Para recoger la información se utilizó una encuesta, bajo el sistema modificado de entrevista. Se aplicó el muestreo no probabilístico como técnica y el método primario accidental.

Resultados: Se trabajó con 724 encuestas representativas del Cuerpo Médico Nacional (CMN). La muestra evidenció una proporción hombres y mujeres de 2,5:1, la mayoría de los encuestados eran casados (75%), la mitad trabajando en la provincia de San José, siendo más los especialistas que los generalistas (48,5% vs 40,6%). La mayoría solamente trabajaban en labores clínicas (78,6%). El 50% de la población en estudio eran abstemios y entre los que consumían licor el 29,6% eran de consumo moderado a alcohólicos; la mayoría de los encuestados que consumían licor en exceso eran especialistas y trabajaban en hospitales. Dos tercios de toda la muestra no fumaban, pero el tercio restante en su mayoría consumía por lo menos diez cigarrillos diarios. Un 4,8% reportó consumir algún psicotrópico o estupefaciente, con un consumo promedio de 7,6 años. Dos tercios de la muestra practicaba algún tipo de ejercicio, pero en general este era de poca intensidad y generalmente solo los fines de semana. El 45,6% de los hombres y el 44,3% de las mujeres reportaron padecer algún tipo importante de enfermedad; entre los hombres se reportaron 92 entidades y entre las mujeres 68 distintas. Los médicos especialistas se reportaron más enfermos (60,9%). Entre las enfermedades más frecuentes en ambos sexos destacaron diversas alergopatías y la hipertensión arterial. Los hombres más que las mujeres asociaban dos o más enfermedades, sobre todo crónicas. Un número significativamente alto de galenos jóvenes reportaron ser portadores de trastornos del metabolismo (hiperuricemia, dislipidemia, intolerancia a carbohidratos). El 8% de los colegas reportó alguna discapacidad.

Conclusión: El consumo de licor y de tabaco y las enfermedades crónicas afectan un número significativo de médicos costarricenses, ello puede comprometer su desempeño laboral, y obstaculizar una eficiente y eficaz utilización de los recursos del sistema de salud, pero primordialmente dificulta la mejor calidad de vida en este grupo de profesionales tan expuesto a múltiples situaciones que comprometen su estabilidad física, mental y espiritual.

Descriptores: morbilidad, médicos costarricenses.

Recibido: 22 de octubre de 1999

Aceptado: 17 de julio de 2000

Abreviaturas: CMN, Cuerpo Médico Nacional; CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social; IAFA, Instituto de Farmacodependencia y Alcoholismo; US, Unidades de Salud.

Aclaración: Se utilizará el género masculino para referirse a la totalidad de entrevistados de ambos sexos, por simplicidad.

¹ Programa de Pacientes Crónicos, Hospital de La Anexión, Nicoya, Guanacaste, Costa Rica.

² Unión Médica Nacional. San José, Costa Rica.

³ Centro Nacional de Rehabilitación. San José, Costa Rica.

Correspondencia: Manuel Fco. Jiménez Navarrete, Programa de Pacientes Crónicos, Hospital de La Anexión, Nicoya, Guanacaste, Costa Rica. Correo electrónico: macypace@racsaco.cr

"El médico es un ser tan mortal como cualquiera. No somos dioses, no somos perfectos pero sí perfectibles...somos seres humanos".¹ Muchas personas que nos rodean creen que el médico no se enferma, llega a vivir noventa o cien años, que su solvencia económica le hace llevar una vida plena y su vida social es rica en vivencias enriquecedoras y ejemplarizantes. Para la mayoría de los galenos actuales lo anterior no pasa de ser una lejana utopía.

La profesión médica per se puede ser un factor de riesgo para promover una morbilidad importante (sobre todo en enfermedades crónicas) y morir antes del promedio de vida costarricense.² Los herederos de Hipócrates no están entrenados para afrontar prolongados y exhaustivos estados de fatiga y patologías inespecíficas inducidas por el esfuerzo excesivo. Muchos no distinguen, o lo hacen tardíamente, los problemas de salud inducidos por el estrés y al parecer la educación médica es insuficiente o nula en advertirlos.³

También se conoce que los médicos trabajan horas extremadamente largas bajo condiciones difíciles y pueden estar desmoralizados por falta de recursos y un criticismo constante.⁴

Nos proponemos compartir con el lector el primer estudio sobre morbilidad a gran escala del CMN, reflejo de la situación de varios profesionales expuestos a distrés altamente perjudicial asociado a su labor de contacto con muchos seres humanos y con jornadas casi esclavizantes.

La medición de la morbilidad es difícil. Los parámetros de vida y enfermedad son difíciles de cuantificar, ya que hay que incluir cantidad y calidad de habitación, nutrición, educación, diversión e influencias interrelacionadas.⁵

En Inglaterra se investigó que los médicos poseían una tasa estandarizada de mortalidad de ochenta y nueve por mil y que la morbilidad ha experimentado cambios muy dramáticos en los últimos treinta años.⁶

Las fuentes de distrés entre los médicos son numerosas y varían de acuerdo a la etapa de su carrera, circunstancias personales, especialidad y entorno laboral.⁶ La sobrecarga de trabajo, los cambios constantes en la supuesta "rutina" y el tiempo insuficiente para cumplir el trabajo y para descansar, pueden saturar al gremio de accidentes y enfermedades ocupacionales. En médicos jóvenes, también, se ha detectado distrés y depresión, aunado a la inseguridad laboral, una sensación cada vez mayor de alienación, incremento de trabajo intensivo, sensación de gerencia inoperante, falta de apoyo de los médicos más veteranos y pobres condiciones laborales.^{7,8}

En todas las edades y en ambos sexos, cada vez hay mayor insatisfacción por haber elegido la medicina como profesión.^{8,9} Hay médicos que deben dedicarse a comerciantes y demás actividades extra-médicas no sólo por querer diversificar su vida, sino que muchos lo hacen para poder pagar el precio de conservar un muy elevado y costoso estatus social.

La prevalencia del síndrome de 'burnout' (desgaste profesional) es muy elevado entre los médicos, principalmente expresado por un cansancio emocional crónico, debido a que los médicos invierten mucho tiempo en la relación intensa con los pacientes y sus propios compañeros de trabajo de una manera continuada, trabajando con los aspectos emocionales más profundos del individuo, que junto con las características personales del profesional, relación con su ambiente laboral, presión institucional y otros factores asociados, pueden conducir a distrés profesional.¹⁰

La vara de virtudes de Esculapio reza que: "La vida es breve, el arte es grande; la experiencia difícil".¹¹ Para el médico esta vida puede ser más breve y de menor calidad de lo que la imaginamos. Nuestra idea es proporcionar los resultados de nuestra investigación en salud y enfermedad, como una forma de alertar sobre la vulnerabilidad de los médicos por el ámbito en el que se desenvuelven, con una labor que trasciende el campo de trabajo y se extiende a sus tiempos de descanso y esparcimiento.

Sano o enfermo, cada galeno desempeña su papel en el progreso de la medicina, de la cual los capítulos más apasionantes están todavía por escribirse, a pesar del descubrimiento de la vacuna, los avances de la cirugía, los nuevos medicamentos y los avances genéticos.¹²

Un Cuerpo Médico Nacional saludable es vital para el progreso de los pueblos.

Materiales y Métodos

Esta es una investigación descriptiva de correlación y retrospectiva, de corte transversal. Se aplicó como instrumento para la recolección de los datos una encuesta, para obtener esta no se practicó el muestreo aleatorio simple ya que en las unidades de salud (hospitales, clínicas, puestos de salud y consultorios médicos de empresas), consultorios particulares y casas de habitación, no se conocía la lista específica de quienes se iban a entrevistar.¹³ El tipo de técnica de encuesta utilizada fue el sistema modificado de entrevista.

En las visitas a las unidades de salud (Cuadro 1), se aplicó el muestreo no probabilístico como técnica, y el método primario accidental. Al ser una población bastante homogénea, los riesgos de error son mínimos.¹³ Se visitaron setenta unidades de salud (US) en todo el país, de las cuales la tercera parte fueron hospitales. Se compartió con los colegas las sesiones clínicas, charlas en consultorios privados y reuniones en casas de habitación.

Se define salud y enfermedad como constituyentes de la prevalencia,⁵ entendiéndose que tenemos una población definida contando todas las enfermedades en un punto del tiempo.

Se elaboró un instrumento revisando su forma, contenido, sintaxis, posibilidades en cuanto a respuestas, la introducción e instrucciones. La secuencia de los datos a obtener, se

Cuadro 1
Unidades de salud visitadas según provincia. Costa Rica, 1993

San José	Clínicas (CCSS): Pavas, Tibás, Dr. Carlos Durán, Dr. Clorito Picado, Dr. Marcial Fallas, Dr. Moreno Cañas, Dr. Solón Núñez. Departamento de Medicina Legal (Poder Judicial). Consultorios particulares. Hospitales: Dr. Blanco Cervantes, Dr. Calderón Guardia, San Juan de Dios, Dr. Escalante Pradilla, México, Nacional de Niños, Materno Infantil Carit y Centro Nacional de Rehabilitación. Otros: Instituto Nacional de Seguros. Instituto de Alcoholismo y Fármacodependencia.
Alajuela	Clínica Dr. Marcial Rodríguez. Hospitales: Carlos Luis Valverde Vega, San Francisco de Asís y San Rafael. Consultorios privados.
Heredia	Centros de Salud (Ministerio de Salud). Clínicas (CCSS): Heredia centro, San Joaquín de Flores, Santo Domingo y Jorge Volio Jiménez y el Hospital San Vicente de Paúl. Consultorios privados.
Cartago	Centro de Salud de Pavones. Clínicas (CCSS): Paraíso, Ing. Alfredo Volio. Hospitales: Dr. Max Peralta y Dr. William Allen.
Guanacaste	Centros de Salud (Ministerio de Salud). Clínicas (CCSS): Cañas, Nandayure, Hojancha, Santa Cruz, La Cruz, Tilarán. Hospitales: Dr. Baltodano Briceño y Hospital de La Anexión. Dirección Regional Médica.
Puntarenas	Centros de Salud (Ministerio de Salud). Clínica San Rafael (CCSS). Hospitales: Ciudad Neilly, Golfito, Max Terán Valls, Monseñor Sanabria, Dr. Tomás Casas Casajús y San Vito.
Limón	Centros de Salud (Ministerio de Salud). Clínicas (CCSS): Siquirres y Bataán. Hospitales: Dr. Tony Facio y Guápiles.

estructuro basándose en el formato de la anamnesis que todos los médicos utilizan a la hora de interrogar a sus pacientes, para que los colegas estuvieran familiarizados con el cuestionario. Nos esforzamos por adquirir información clara y sin ambigüedades.

Para la recolección de datos, se procuró que el portador del instrumento pasara desapercibido, que el encuestado estuviera dispuesto y relajado, con un ambiente que diera cabida a respuestas honestas y directas, dando una imagen de equidad, imparcialidad y seriedad.

Gracias al aporte logístico y económico de Unión Médica Nacional se produjeron las encuestas. Se incluyó un mensaje introductorio respetuoso y cortés, y se visitó formalmente a los colegas, para entregarles personalmente el documento.

Entre enero y febrero de 1993, dos de los autores (GB y JN) viajaron por el país visitando US, casas de habitación y consultorios privados, con la finalidad de motivar y entregar personalmente la encuesta destacando la importancia de la misma para el CMN. También se trabajó en el Colegio de Médicos y Cirujanos los días de pago para los pensionados, el Ministerio de Salud, el Poder Judicial, el Instituto de Alcoholismo y Fármacodependencia (IAFA) y el Instituto Nacional de Seguros.

Entonces se informaba al colega sobre el origen y la finalidad de la investigación y se le dejaba solo, para llenarlo; sin presionar en cuanto al tiempo para completarlo y se reiteró la absoluta confidencialidad de la información anotada.

Para garantizar el anonimato se llevaron sobres grandes abiertos por una pequeña ranura, por donde los colegas sin que los entrevistadores los observaran, depositaban los instrumentos para su posterior apertura días después en el Colegio de Médicos y Cirujanos, sin conocer el destino de los mismos.

El almacenamiento de la información de la muestra se llevó a cabo en tres programas compatibles con IBM. Se utilizó la codificación numérica de las variables en la recolección y el análisis de datos, ejecutando la medición ordinal. Se revisó en tres ocasiones completamente el análisis de las variables a fin de garantizar la pureza y la honestidad bioestadística.

Para el análisis del consumo de licor se utilizó la clasificación de niveles de ingestión de licor del IAFA.¹⁴

Resultados

Se recibieron 763 cuestionarios, de los cuales se descartaron 39 por no tener todos los datos o estar mal llenados, quedando entonces 724 para realizar este trabajo.

De los encuestados el 70,9% fueron hombres (n=514), con una relación de hombre:mujer de 2,5:1. La mayoría de la muestra fue menor de los 40 años (n=446; 61,6%, Figura 1). En ellos la relación hombre:mujer fue de 1,6:1.

La mayoría de los participantes eran casados (n=543; 75%), habiendo mas hombres que mujeres (81,3% versus 59,1%).

La mayoría de aquellos divorciados o en unión libre se encontraban iniciando la carrera profesional (Cuadro 2).

Casi la mitad de la población trabaja en la provincia de San José y la gran mayoría para la CCSS (Figura 2).

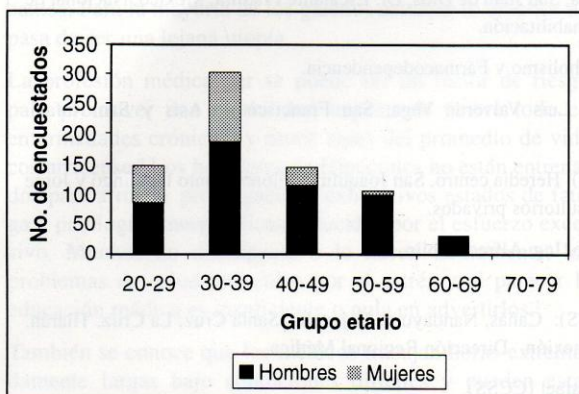


Figura 1. Distribución según grupo etario. Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993.

Con respecto al tipo de labor médica, hubo un ligero predominio de los especialistas sobre los médicos generales (48,5% versus 40,6%). Más de un tercio de los médicos generales desempeñan sus labores en hospitales (35%). Entre los especialistas la mayoría eran pediatras (19%; Cuadro 3).

La mayoría de los encuestados trabajaba solamente en contacto con pacientes (78,6%). Un 16,3% combinaba actividades clínicas y administrativas, y el 3% se desempeñaba sólo en labores administrativas de hospitales.

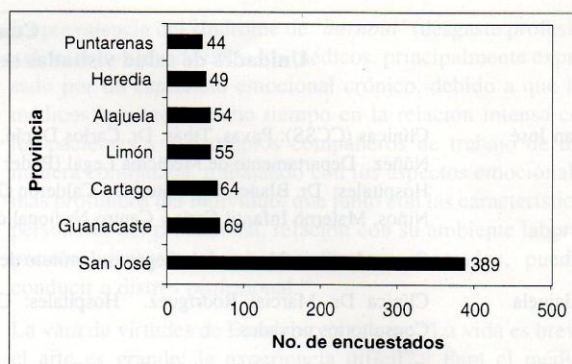


Figura 2. Distribución según provincia donde laboraban. Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

En relación con el consumo de licor, la mitad de los encuestados refirieron ser abstemios (Cuadro 4). Sin embargo, al dividir la muestra por sexo, sólo 40% de los hombres se consideraron como abstemios (n=209) contra un 72,8% de las mujeres (n=153). El 55% de los abstemios eran médicos generales.

De la mitad de los entrevistados que refirieron ingerir licor (n= 362) la mayoría eran hombres (n=305, 84,2%). Del total de encuestados masculinos, dos tercios afirmaron ingerir licor, mientras que de las mujeres sólo 31% lo admitieron. Proporcionalmente más hombres entre los 30 y 59 de edad y más mujeres entre 40 y 49 años referían ingerir licor. La relación mayor edad y mayor consumo de licor es directamente proporcional.

Un 11% de todo el grupo se clasificaban como bebedores excesivos o alcohólicos de acuerdo a la clasificación del

Cuadro 2
Distribución según sexo y estado civil. Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casado	418	80,5	125	59,2	543	74,4
Soltero	62	27,5	64	30,3	126	17,3
Divorciado	20	9,1	13	6,2	33	4,5
Unión libre	10	1,9	6	2,8	16	2,2
Viudo	3	0,6	2	0,9	5	0,7
Separado	2	0,4	0	0,0	2	0,3
Se ignora	4	0,7	1	0,5	5	0,7
Total	519	100,0	211	100,0	730	100,0

Cuadro 3
Distribución según especialidad de médico. Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Médico especialista	280	54,5	71	33,8	351	48,5
Médico general	179	34,8	115	54,8	294	40,6
Médico residente	34	6,6	19	9	53	7,3
Médico en servicio social	7	1,4	4	1,9	11	1,5
Médico pensionado	10	1,9	0	0	10	1,4
Médico interno	4	0,8	1	0,5	5	0,7
Total	514	100,0	210	100,0	724	100,0

Cuadro 4
Distribución con relación a ingesta de licor (según clasificación del IAFA).
Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Abstemios	209	40,6	153	72,8	362	50,0
Cuasiabstemios	23	4,15	15	7,14	38	5,25
Moderados	111	21,6	24	11,4	135	18,64
Excesivos	75	14,6	2	0,95	77	10,63
Alcohólicos	3	0,6	0	0	3	0,41
Bebedores inactivos	6	1,2	1	0,47	7	0,97
Se ignora	87	16,9	15	7,14	102	14,1
Total	514	100,0	210	100,0	724	100,0

IAFA (Cuadro 4). Este problema fue mayor en los hombres que en las mujeres. Cuarenta y cinco por ciento de los bebedores excesivos y 2 de los tres colegas que se catalogaban alcohólicos, se encontraban entre los 30 a los 39 años.

Los médicos especialistas refirieron ingerir más licor que los médicos generales y estos más que los residentes. Del total de bebedores excesivos/alcohólicos 56,8% eran especialistas (n=46), ellos representan un 13% del total de especialistas (n=351). Un 9,5% de los médicos generales clasificaban por su consumo de licor como bebedores excesivos/alcohólicos (n=28).

Sobre el hábito del fumado (Cuadro 5), dos tercios de los encuestados indicaron que no fumaba, siendo el porcentaje mayor entre las mujeres (70,1%, n=151). La mayoría de los no fumadores estaban entre los 20 y 40 años de edad (63,8%, n=309). La proporción de no fumadores, exfumadores y fumadores activos fue similar según actividad médica. Tampoco hubo diferencias en este parámetro en cuanto a zona de residencia, unidad de trabajo o función dentro de la CCSS.

Un 27,8% de los encuestados eran fumadores activos (n=201) y un 5,4% lo habían sido en el pasado (n=39). La gran

Cuadro 5
Distribución según habito de fumado. Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No fuman	333	64,8	151	71,9	484	66,9
Fumadores	147	28,6	54	25,7	201	27,7
Fumadores inactivos	34	6,6	5	2,4	39	5,4
Total	514	100,0	210	100,0	724	100,0

mayoría de los fumadores activos refirieron fumar entre 1-10 cigarrillo diarios (n=90; 44,7%). Treinta y seis colegas (18%) refirieron fumar un paquete de cigarrillos diario.

En relación con el consumo de psicotrópicos y estupefacientes, 35 encuestados (4,8%) reportaron consumirlas, 25 hombres y 10 mujeres; 17 médicos generales y 18 especialistas. De estos 35 médicos la mayoría trabajaba en la provincia de San José (65,7%), la mayoría eran casados (82,6%) y quince combinaban su trabajo institucional con la consulta privada. Solamente un médico escribió que consumía marihuana.

De los psicotrópicos o estupefacientes que los 35 médicos reportaron consumir, las benzodiacepinas fueron las de uso más frecuente (80%), seguidas de benzodiacepina más antidepresivo (5,7%). El promedio de años de consumo de psicotrópicos entre estos 35 médicos fue de 7,6 años (rango 3 a 17 años).

Sobre la práctica del ejercicio, dos tercios de los encuestados (n=432) reportaron practicar algún tipo de ejercicio, la gran mayoría poco tiempo a la semana, principalmente los fines de semana. Más hombres (76,6%) que mujeres reportaron ejercitarse. De los 33 tipos distintos de ejercicios reportados (incluyendo bailar y la actividad sexual), la caminata fue el ejercicio más practicado en ambos sexos (14,42%). Los ejercicios aeróbicos y la gimnasia fueron los favoritos en las mujeres, mientras que el fútbol y el baloncesto fueron los preferidos en los varones.

El 45,6% de los hombres (n=234) y el 44,3% de las mujeres (n=101) reportaron algún tipo de antecedentes personales patológicos (Cuadro 6). Entre los hombres que se dedican a otras actividades además de la labor en C.C.S.S. o Ministerio de Salud, no hubo diferencias significativas entre los que reportaron y no reportaron enfermedades, mientras que entre las mujeres esta diferencia sí fue significativa.

Cuadro 6
Distribución según enfermedades más frecuentes.
Cuerpo Médico Nacional (muestra). Costa Rica, 1993

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alergopatías	27	11,6	24	23,9	51	15,3
Hipertensión arterial	45	19,3	4	3,9	49	14,7
Asma bronquial	21	8,9	16	15,9	37	11,0
Gastritis	25	10,7	5	5,0	30	8,9
Lumbalgias	20	8,4	6	6,0	26	7,7
Cardiopatías	15	6,5	4	4,0	19	5,7
Otras reumatopatías	8	3,5	10	10,0	18	5,4
Diabetes mellitus	18	7,6	0	0	18	5,3
Miopia	11	4,8	6	5,9	17	5,0
Dislipidemias	13	5,5	3	2,9	16	4,8
Urolitiasis	15	6,4	1	0,9	16	4,8
Migraña	3	1,2	9	8,9	12	3,6
Cefalea	3	1,2	6	5,9	9	2,7
Digestivo irritable	4	1,7	5	4,9	9	2,7
Obesidad	6	2,5	2	1,9	8	2,4
Total	234	100,0	101	100,0	335	100,0

Los hombres reportaron 92 enfermedades diferentes, mientras que las mujeres reportaron 68. De las 15 enfermedades más frecuentes, las alergopatías y la hipertensión arterial fueron predominantes (Cuadro 6).

Los problemas cardiovasculares fueron más frecuentes entre los hombres. Las alergopatías en general y el asma bronquial fueron más frecuentes entre las colegas más jóvenes. Hubo más especialistas (60,9%) que médicos generales portadores de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Reportaron ECNT mayormente pediatras (18,7%), internistas (10,9%), gineco-obstetras (10,9%) y cirujanos (7,8%). De los encuestados, 49 (14,7%) se reportaron como hipertensos y 18 (5,3%) como diabéticos, 19 cardiopatas (5,7%) y 16 como dislipidémicos (4,8%), estos últimos fueron mayormente colegas jóvenes y médicos generales.

Se reportaron 55 colegas con algún tipo de discapacidad. El concepto de discapacidad fue modificado para incorporar una serie de problemas que para los colegas representaban una importante limitación a sus labores. La mayoría de los discapacitados se encontraban entre los 30-39 años de edad (34,5%) y los hombres fueron más numerosos (74,5%). Las dos terceras partes de los discapacitados trabajaban en hospitales, 63,6% eran especialistas.

Los hombres reportaron 27 discapacidades, la mayoría secundarias a problemas lumbares. Las mujeres reportaron diez discapacidades, la gran mayoría por defectos de refracción. En ambos sexos, el defecto de refracción más frecuente fue la miopía.

Discusión

Parte importante del poder de autoridad moral que debe percibirse en todos los médicos que atienden enfermos para que éstos crean en sus palabras y procedimientos, así como para ser ejemplo en la sociedad, tiene que ver directamente con la presencia y el control de los antecedentes personales no patológicos por parte de los galenos.

¿Si un médico es obeso, perezoso para ejercitarse, tabaquista o alcohólico; si práctica una vida sexual de alto riesgo; si es adicto; si tiene conflictos familiares o laborales que no intenta solucionar...con qué autoridad moral pretende dar un consejo o esperar que un paciente crea en lo que él le dice? ¿Cuál respeto por la imagen pública que todos los galenos tenemos puede ser ejemplarizante si se adoptan ciertos comportamientos no recomendables?¹⁵ Aquella idea que la vida personal debe separarse de la profesional no es muy afortunada.

¿Es utópico pensar que el médico no debe fumar o que sea parco en el consumo de licor, que practique deportes regularmente, sea mesurado en sus comidas, estudioso y parte integral de un todo en la sociedad?.

El Instituto Nacional Británico de Salud se pregunta si los pacientes tienen derecho a conocer los problemas de salud de

sus médicos y cómo éstos van a influir en el tratamiento y la mejor relación médico-paciente, incluyendo el desempeño óptimo del galeno.¹⁶

Los grandes foros internacionales claman por un médico lo más cercano posible al ideal de poseer una excelencia trabajando la medicina tanto como arte que como ciencia, que se preocupe profundamente por sus pacientes y familia, que contemple una adecuada situación familiar-personal, que tenga siempre presente el impacto socioeconómico de la enfermedad tanto para el paciente como para el sistema de salud, que sea clínicamente competente, compasivo y comunicativo. Este idealismo no ha perdido vigencia, y tanto el American Board of Internal Medicine como nuestro Colegio de Médicos y Cirujanos; para citar dos ejemplos, están empeñados en llevar a cabo procesos de recertificación médica, como una forma de garantizar no solamente una atención de calidad, sino un médico cada vez más sano y menos enfermo.^{17,18}

Sobre las limitaciones de este estudio, Will James escribió: "quien reconoce la imperfección del propio instrumento y la tiene en cuenta al discutir sus propias observaciones, está en una posición insuperable para llegar a la conquista de la verdad; más que el que proclama la infalibilidad de sus métodos",¹⁹ Escribir, definir e investigar sobre morbilidad es difícil. No existe línea clara entre salud y enfermedad como la hay entre vida y muerte. La decisión si una persona está enferma depende de la definición de salud y del individuo que emite el juicio.⁵ La medición de morbilidad es más compleja que la de mortalidad.

La dificultad en ocasiones para la interpretación de los datos de correlación resulta del hecho de que las conductas, estados, actitudes y características se interrelacionan de manera muy compleja.¹³

En la recolección de la información no se practicó el muestreo aleatorio simple ya que en las estructuras muestrales no se conocía la lista específica de los que se iban a entrevistar. Sin embargo, la muestra puede considerarse representativa del Cuerpo Médico Nacional.

De acuerdo a las cifras oficiales del Colegio de Médicos y Cirujanos sobre el número de médicos en Costa Rica al momento del estudio,²⁰ la muestra representaría aproximadamente el dieciocho por ciento de los médicos costarricenses, siendo por ello significativa.

En cuanto a contaminantes situacionales,¹³ el hecho completar el cuestionario en el sitio de trabajo pudo inhibir a algún colega, a pesar de que se procuró minimizar este hecho. Se garantizó el anonimato del participante por lo que se consideró que los médicos encuestados percibieron positivamente el estudio.

Es posible que algunos factores personales pudieron limitar el contenido de algunas respuestas: el orgullo que impide describir la realidad, la falta de autoreconocimiento, cierta

premura de algunos colegas acostumbrados a trabajar precipitadamente tanto con pacientes como en su vida personal. La encuesta tiene sus desventajas, sobre todo porque en los médicos es difícil cuantificar las complejidades, contradicciones de la conducta y el sentimiento humano. El examen de las variables independientes –supuestos factores causales– se hace de manera retrospectiva, estando por completo injustificados los intentos para establecer conclusiones de causa-efecto.

En términos generales, los resultados del estudio pueden considerarse confiables, máxime asociados a los tres controles internos a los que se sometieron.

No obstante, todas las precauciones descritas, se detectaron situaciones que depauperaron subregistros en algunos puntos de la encuesta: a pesar del tiempo disponible y la garantía del anonimato, varios médicos se precipitaron a la hora de contestar el documento, lo leyeron muy rápidamente y lo entregaron incompleto. En casos como el llenado de registros de estupefacientes, psicotrópicos, alcoholismo y drogas ilícitas, la información por falta de autoreconocimiento puede estar subregistrada.

Los antecedentes personales no patológicos pueden ser parámetros indirectos de la forma cómo se comportan algunos médicos en ocasiones con los pacientes a la hora de educar sobre ciertos factores de riesgo y estilos de vida saludables, independientemente de los conocimientos médicos adquiridos.

El médico debe dar ejemplo a los que le rodean. Tal y como Bankowski escribió: "si queremos que nuestro entorno físico mundial no se degrade más, tendremos que cambiar nuestro entorno conceptual y nuestros modos de pensar y actuar".²¹ Quizás la peor contaminación sea la de la mente. Las toxicomanías la dañan, muchas veces irreversiblemente.

Algunos colegas pueden desplazar su cólera, tristeza, desilusión y desamparo laboral contra su propia salud, la de su familia y la de sus amigos. Otros buscarán consuelo en el licor, las drogas o se volverán hiper-obsesivos en el trabajo.²²

Al comparar la prevalencia del nivel de ingesta según sexo, ocupación y profesionales en Costa Rica,²³ esta investigación encontró más médicos abstemios que en la población general costarricense, incluyendo ajustes por sexo y formación universitaria; pero entre los bebedores, proporcionalmente hay más médicos que consumen mayores cantidades de licor que la población estudiada por el IAFA. El hallazgo anterior concuerda con múltiples estudios internacionales que demuestran que el médico es uno de los profesionales que más problema tiene con el consumo del licor.¹⁷

Por la proyección de bebedores moderados y excesivos, se considera que muchos médicos en Costa Rica son alcohólicos y a corto plazo presentarán diversas patologías relacionadas con el consumo excesivo del licor. Se recomienda la formulación de una investigación para determinar si el distrés por

trabajar en hospitales, ser especialistas y laborar en quirófanos, son factores de mayor riesgo para el mayor consumo de licor.

Como otros seres humanos, algunos colegas podrían iniciarse en el consumo de drogas por razones de recreación, otros por orden terapéutico (aliviar el dolor, el insomnio, la ansiedad, etc.), por razones instrumentales (por ejemplo aliviar la fatiga) o de tipo cultural (fumar marihuana, por ejemplo).²³ La dependencia, el uso inapropiado y el abuso de las drogas es causa de varias enfermedades y de muertes, directa o indirectamente. El uso inapropiado de benzodiazepinas, alcohol, tabaco y barbitúricos es cada vez más frecuente entre los adultos jóvenes.²³

En el registro sobre el consumo de psicotrópicos y estupefacientes hay un importante subregistro que descalifica extrapolar el análisis al CMN. Las conversaciones sostenidas informalmente con varios colegas evidenciaron que el número de médicos con toxicomanías no es depreciable. Sin embargo, se considera que la cantidad de médicos que reportaron el consumo de estas sustancias es muy baja. A pesar de la confidencialidad muchos colegas no se atrevieron, no quisieron o no reconocieron el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Casi la mitad de los encuestados son portadores de una o varias enfermedades que en mayor o en menor grado dificultan el trabajo y calidad de vida. Muchos poseen enfermedades crónicas promotoras de un acortamiento del promedio de vida. Las estrategias de intervención en estilos de vida saludable son aquí fundamentales.

Las generaciones de médicos jóvenes son portadoras mayoritariamente de múltiples problemas alérgicos y trastornos en el metabolismo (dislipidemias, hiperuricemias, intolerancia a carbohidratos).

Es fundamental que el médico sea un buen paciente. McKevitt y colegas investigaron que cuando el médico está enfermo, se comporta muy diferente a las demás personas, y revelaron que existen varias barreras culturales y organizacionales que impiden que el médico se cuide adecuadamente cuando está enfermo o emocionalmente muy saturado.¹⁶

El hecho de que el ocho por ciento de la muestra reporte alguna discapacidad que dificulte el desenvolvimiento laboral y su calidad de vida, obliga a considerar estrategias dentro del Plan Nacional de Rehabilitación para el CMN. Muchas discapacidades se relacionan con el hecho de ser especialista y trabajar en hospitales. La carga de trabajo y el distrés deben analizarse a profundidad, investigando los accidentes y las enfermedades ocupacionales.

Este estudio pretende contribuir con información base que coadyuve a visualizar científicamente la problemática de la profesión médica. Se desea reforzar de esta manera todos los esfuerzos por mejorar y cambiar la legislación laboral médica, ofrecer sistemas más justos en las pensiones, jornadas de trabajo, remuneraciones salariales y una mejor calidad de vida en el CMN. Esta labor debe analizarse integradamente por el Colegio de Médicos y Cirujanos, las asociaciones

médicas, los sindicatos médicos, las instituciones de salud y todos los médicos.

Pese a las limitaciones cuantitativas para medir morbilidad, cualitativamente este estudio reviste un interés especial a la hora de considerar estrategias de intervención para un cambio fundamentalmente de actitudes en el Cuerpo Médico Nacional.

Cada país debería desarrollar estrategias a largo plazo para prevenir o al menos reducir los problemas que ocasionan médicos enfermos y poco actualizados, ya que lo anterior influye determinantemente en la calidad de atención que se le proporcione a los pacientes y en el uso racional de los recursos en un sistema de salud²⁴ y todas sus consecuencias por una que reconozca la necesidad de ayuda cuando están enfermos y la responsabilidad de preservar la salud.²⁵

Agradecimiento

Nuestro especial agradecimiento para los colegas de la Junta Directiva de la Unión Médica Nacional (período 1993-94): Juan Gabriel Rodríguez Baltodano, Carlos Valverde Caravaca y demás integrantes, así como al Sr. Andrés Montero (Administrador), todos por su entusiasta e invaluable apoyo logístico, moral y económico proporcionado para llevar a cabo este trabajo, pensando siempre en el bienestar del Cuerpo Médico Nacional. A los estimables colegas Dr. Carlos Sancho Rojas, Dr. Manuel Soto Quirós y Dr. Pierre Gaby Bien Aimé por creer en nuestro trabajo y apoyarnos en todo momento. A todos aquellos colegas que prefieren dejar su nombre en el anonimato, que nos motivaron a llevar adelante esta investigación, con sus consejos, sugerencias y apoyo constante.

Abstract

Background: To determine the morbidity and habits among Costa Rican medical doctors.

Methods: Descriptive and retrospective study based on a survey which was applied by the modified interview system and the non-probabilistic sampling.

Results: 724 surveys were obtained. These documents showed a 2,5:1 proportion between men and women, the majority married (75%), half of them working in San José, more specialists than general practitioners (48.5% vs. 40.6%) and the majority working only in clinical practice (78.6%). Fifty per cent were non-drinkers and between the drinkers 29,6% admitted to drink only moderate amounts. Two thirds of the interviewed did not smoke, but the third that did smoked ten or more cigarettes per day. Nearly 5% of the interviewed reported to be consumers of psychotropic or narcotic drugs, the majority for an average of 7.6 years. Two thirds of the doctors practiced some type of exercise, but most of them in low intensities and only during the weekends.

Regarding diseases 46.5% of men and 44.3% of women reported some type of illness. The specialists were more unhealthy (60.9%). The main pathologies reported were allergic problems and hypertension. An important number of young doctors reported to have metabolic derangements. Eight per cent reported some disability, the majority were specialists and were hospital employees.

Conclusion: An important amount of liquor and tobacco consumption and chronic illnesses were observed among costa rican physicians. This could interfere with their professional performance, in the quality of the use of resources of the health system and mainly, in their own quality of life.

Referencias

1. Jiménez M. El Médico es un Ser Humano. *Opinión Médica* 1990; 8:22.
2. Valverde C. La mortalidad en los médicos. *Opinión médica* 1992; 10: 20.
3. Seedhouse D, Cribb A. *Changing Ideas in Health Care*. Capítulo II. John Wiley & Sons. Chichester, Great Britain, 1989.
4. Chantler C. Reinventing doctors. *BMJ* 1998; 317: 1670-1671.
5. McKeown Th, Lowe C. *Introducción a la Medicina Social*. III edición. Siglo Veintiuno Editores. México DF, México, 1986. Páginas 67, 66, 80 y 81.
6. Lask B. Forget the stiff upper lip. *BMJ* 1987; 295: 1584-85.
7. Dudley H. Stress in Junior Doctors: stress and support. *BMJ* 1990; 301: 75-76.
8. Swafford S. Young doctors feel isolated. *BMJ* 1997; 314: 1223.
9. Lowry S. Dr. Kildare let me down. *BMJ* 1988; 296: 1686-87.
10. González J, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 1998; 22: 580-548.
11. Martí Ibáñez F. Origen del Caduceo y la Vara de Esculapio. MD en español, octubre de 1967: 63-67.
12. Rosenberg N, Rosenberg L. *Historia de la Medicina Moderna*. II edición. Editorial Diana, S.A. México, DF, México 1969; 166.
13. Polit D, Hungler B. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. II edición. Editorial Nueva Interamericana, S.A. México DF, México 1985: 152, 158, 160-161, 168, 220, 383-401.
14. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. *Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica*. Unidad de Publicaciones, IAFA. San José, Costa Rica. Enero de 1990. Páginas 12-15.
15. Jiménez, M. La Autoridad Moral en el Médico (y su repercusión en los pacientes). *Opinión Médica* 1989; 7: 10-11.
16. Scally G. Physicians can't heal themselves. *The Lancet* 1996; 347: 1059.
17. Petersdorf R. Defining the Good Doctor. *JAMA* 1993; 269: 1681-1682.
18. Deliyore J. Acreditación, certificación y recertificación médica. *Diagnóstico, Vida & Salud* 1999; 36: 20-23.
19. Ingenieros J. *Hacia una moral sin dogmas*. VIII edición. Editorial Losada, S.A. Buenos Aires, Argentina 1990: 25.
20. Jiménez M. *Cuerpo Médico Nacional* 1991. *Opinión Médica* 1992; 10: 8-11.

21. Bankowski Z. Una nueva ética. *Salud Mundial* 1990; enero-febrero: 2.

22. Grahame-Smith y Arenson. *Oxford Textbook of Clinical Pharmacology and Drug Therapy*. Second edition. Oxford University Press. United Kingdom, 1992: 478.

23. Regueyra G, Alfaro M, Martínez P. Capítulo I: Epidemiología. En: *Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica*. Unidad de Publicaciones. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica, 1990: 28, 30.

24. Sandí L, Frank C, Amador G, Zúñiga H, Artavia P. Capítulo II: Factores asociados al consumo de sustancias. En: *Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica*. Unidad de Publicaciones. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica, 1990: 47.

25. Smith, R. All doctors are problem doctors. *BMJ* 1997; 314: 841-842.