

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1110. Mayo 2010

IT, mayor eficiencia y calidad con menor gasto



Reportaje

EL MÉDICO en el II Congreso
de la Profesión Médica

Foro de Expertos

Pascal Garel, director ejecutivo de la
Federación Europea de Hospitales y
Cuidados Sanitarios

Entrevista

Margarita Salas



Del médico enfermo a la salud del médico

Autor **J** Jaume Padrós Selma. Vicepresidente 1º del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y presidente de la Fundación Galatea

En 1998 se creó, por primera vez en Europa, desde una organización profesional y con el apoyo de la administración sanitaria pública, el primer programa de abordaje global de los problemas de salud de los médicos, específicamente los mentales o relacionados con las adicciones.



Jaume Padrós Selma

Gracias al acuerdo firmado por el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña se creó, en 1998, el PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) –el original en catalán, PAIMM–. Y a él se unieron poco después los otros tres colegios catalanes, generalizándose de forma progresiva su implantación en casi todo el territorio español.

En estos más de diez años de existencia, el PAIME ha conseguido consolidar una oferta de alto nivel para los médicos de Cataluña y de España. Fruto de esa exitosa experiencia esa apuesta se amplió al colectivo de enfermería, aunque su desarrollo territorial ha sido más modesto por el momento.

Durante esta década, el programa ha atravesado diferentes etapas, siendo una de las más importantes la consolidación del papel de los Colegios de Médicos en su desarrollo e implantación.

Vale la pena recordar y subrayar que el PAIME, como modelo de atención integral al médico enfermo, cumple un doble objetivo. Por una parte, conseguir que el facultativo

se sienta respaldado y, por otra, ofrecer una garantía de protección y de buena praxis a los pacientes. No se trata de un programa de lujo, ni de una intervención puramente asistencial, sino de un elemento de control de garantía del ejercicio profesional, con una importante participación de los Colegios de Médicos.

Y es que, dejando a parte los factores individuales, desde la formación de pregrado y durante todo el tiempo de ejercicio profesional, el médico se ve sometido a un estrés importante. La competitividad académica, el proceso de una formación continuada permanente y una puesta a punto constante, la autoexigencia, la presión asistencial, las expectativas de los pacientes y sus familias, el miedo y la realidad de las demandas y reclamaciones, los errores y sus consecuencias, el trabajo en solitario o en organizaciones donde se tienda a la despersonalización y burocratización y a la pérdida de entidad de la relación médico-paciente y a la limitación de la capacidad de autonomía en la toma de decisiones o

en la organización de su propio trabajo, todos ellos aparecen como factores reales de génesis del estrés profesional del médico. Sin olvidar el fenómeno del exceso de información para uno mismo que, a menudo, contribuye a una fácil distorsión de la realidad, a dificultar un correcto tratamiento, a entorpecer un adecuado tratamiento y a crear una nueva incertidumbre sobre el pronóstico de la propia enfermedad. Tampoco podemos obviar el miedo ante la realidad de la estigmatización por parte de pacientes y de los propios colegas.

De forma quizás inconsciente, la sociedad ha ignorado la vulnerabilidad de los médicos ante la enfermedad y, en consecuencia, en el subconsciente colectivo de los médicos se ha instalado esa sensación que les hace difícil en muchas ocasiones asumir su condición de pacientes cuando la enfermedad hace mella en ellos.

Dice el refrán que "en casa del herrero, cuchillo de palo" y así sucede en muchos casos cuando el médico enferma, actuando

éste en dichas situaciones –bien sea por exceso o por defecto– de una forma distinta a como lo haría con sus pacientes y, lo que es peor, "no sabe o es incapaz de pedir ayuda".

Algunos estudios han evidenciado que la existencia de médicos enfermos no atendidos supone un riesgo para la salud de sus pacientes, siendo, además, causa de innumerables problemas en los entornos familiar y laboral. Por todo ello era necesario poder contar con un recurso genuino que abordara adecuadamente este tipo de problemas. El PAIME, pues, se configuró como una intervención pensada de forma específica para el colectivo médico y, en general sanitario. Un recurso que debía contar, como elementos definitorios fundamentales, con la reserva y la confidencialidad, una alta especialización, la voluntariedad como puerta de entrada fundamental y sólo, para casos excepcionales y como elemento de garantía en caso de riesgo, prever una vía compulsatoria, buscando en todo momento la rehabilitación, esto es, recuperar al buen profesional. Y para lograrlo, era fundamental el concurso de las corporaciones profesionales, por cuanto a ellas compete la defensa ante el ciudadano de la buena praxis y de la administración sanitaria; por ello, lejos de ser un privilegio para algunos, el programa daba respuesta a un objetivo de protección de la salud pública.

El médico enfermo, tal y como se definió en la puesta en marcha del PAIME, es aquel que puede ver afectada negativamente su práctica profesional por problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol o a otras drogas, incluidos los psicofármacos. De forma simultánea se planteó la necesidad de un cambio de paradigma deontológico, de cultura corporativa. Un programa de esas características sólo podría conseguir sus objetivos si contaba con el apoyo mayoritario de la propia profesión médica. Para ello, era necesario conseguir una toma de conciencia colectiva favorable. Fruto de algunas reflexiones y debates, en 1997 se introdujeron dos nuevos artículos en el nuevo Código de Deontología de los médicos catalanes y que constituyeron la base ideológica del Programa. Posteriormente y con el mismo objetivo esos artículos fueron introducidos en el Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de España. Incluso

más tarde, el propio COMB reforzó aún más las bases conceptuales favorables a un cambio de actitud corporativa hacia la promoción y protección de la salud de los médicos y la salvaguarda de la buena praxis a través de los Documentos de Posición Colegial "Deberes éticos de los médicos hacia su salud y la de sus familias" y "Deberes de los médicos hacia otros médicos".

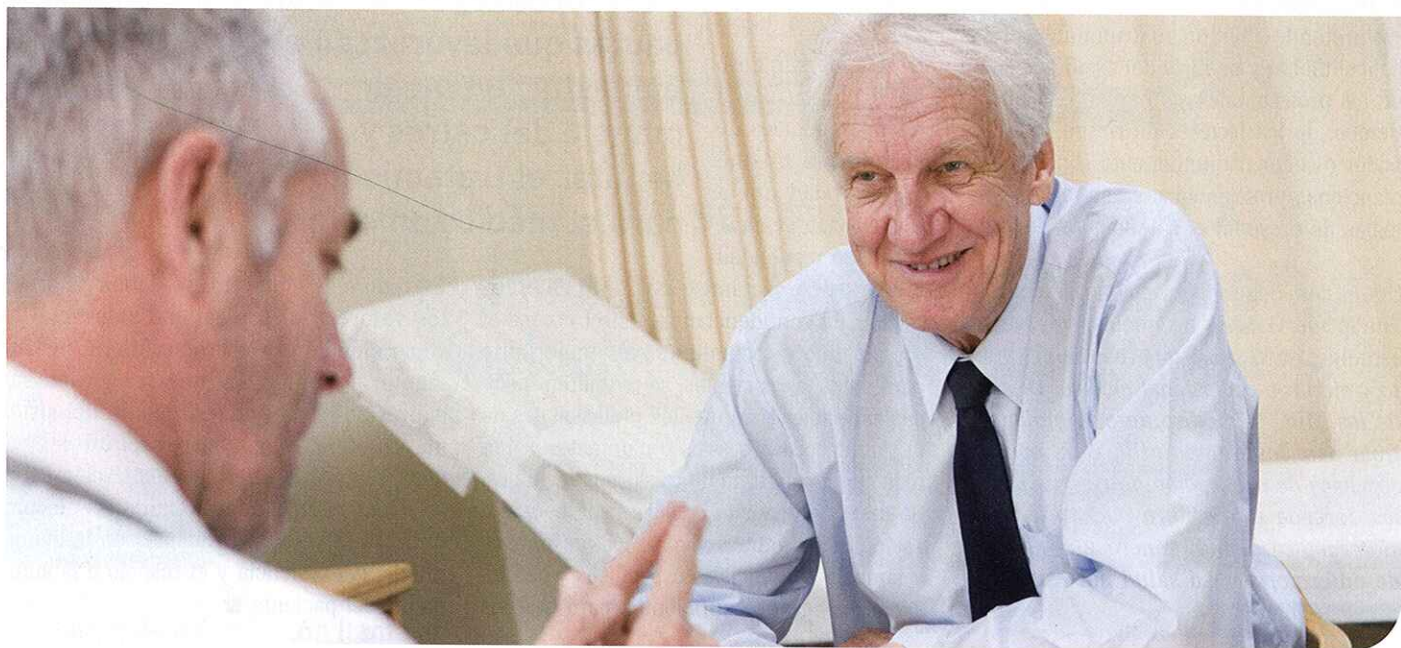
Del éxito de este programa hablan los resultados obtenidos, que sólo en el caso de Cataluña se traducen en más de 1.500 médicos atendidos en estos diez años, de los cuales más del 85 por ciento acudieron de forma voluntaria, habiéndose conseguido, ade-

más, que la inmensa mayoría de los mismos estuviera trabajando. Es evidente que, a medida que el programa se ha ido extendiendo, han aparecido nuevos escenarios para ser abordados, como es su expansión y consolidación te-

De forma quizás inconsciente, la sociedad ha ignorado la vulnerabilidad de los médicos ante la enfermedad y, en consecuencia, en el subconsciente colectivo de los médicos se ha instalado esa sensación que les hace difícil en muchas ocasiones asumir su condición de pacientes

Es evidente que, a medida que el programa se ha ido extendiendo, han aparecido nuevos escenarios para ser abordados, como es su expansión y consolidación te-

Es evidente que, a medida que el programa se ha ido extendiendo, han aparecido nuevos escenarios para ser abordados, como es su expansión y consolidación te-





territorial, así como la valoración por parte de las organizaciones sanitarias de su utilidad, pudiéndose incluir dentro de las herramientas del propio sistema sanitario para garantizar una buena asistencia. La homogeneización de criterios y la ampliación de sus prestaciones se presentan, igualmente, como retos de futuro para este modelo asistencial. Y todo ello constituye una prioridad en la agenda de la OMC, pero también de las administraciones sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas.

Por otro lado, y como fruto de la experiencia del PAIME, y también como resultado de reflexiones alrededor de los factores que pueden condicionar el estrés, el bienestar-malestar y la enfermedad del médico, surgió en el año 2001 la iniciativa, propulsada igualmente por el Colegio de Médicos de Barcelona y por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, de crear la Fundación Galatea. Una iniciativa que no sólo debía encargarse de la gestión de los programas asistenciales, sino que pretendía -y pretende- ser un instrumento para el conocimiento y análisis del estado de salud de los profesionales sanitarios y, al mismo tiempo, de los factores de riesgo para, así, poder diseñar conjuntamente con las organizaciones profesionales y sanitarias estrategias de prevención y de mejora.

Como consecuencia, y hasta la fecha, la Fundación Galatea ha impulsado diversos estudios, jornadas y talleres: *Salud, género y ejercicio profesional médico*, *La salud de los MIR*, *El médico ante la jubilación*, *Guía para los tutores MIR*, *Guía para los servicios de prevención de riesgos laborales*, *Jornada sobre 'Burn-Out' en la profesión médica*, *Salud, género y el ejercicio de enfermería* y *La salud del estudiante de medicina*.

Algunos estudios han evidenciado que la existencia de médicos enfermos no atendidos supone un riesgo para la salud de sus pacientes, siendo, además, causa de innumerables problemas en los entornos familiar y laboral

Pero, ¿cuáles son ahora los retos pendientes?

En primer lugar, reafirmar el cambio cultural de la profesión, o sea, una mayor toma de conciencia colectiva activa sobre el tema. Y ya desde el periodo de formación de pregrado. En favor de la autocura, de la promoción de la salud, de la adquisición de hábitos saludables y de la asunción de los roles que corresponda a cada actor cuando es un médico el que está enfermo; más aún, cuando la enfermedad -mental y/o adictiva- de aquel médico pueda afectar su capacidad para ejercer correctamente. Es responsabilidad de los médicos a nivel individual, pero también a nivel institucional y corporativo, desarrollar pautas que favorezcan el bienestar, un mejor manejo del estrés y facilitar el tratamiento adecuado para el médico enfermo.

El sistema sanitario debe garantizar a los profesionales de la salud la misma accesibilidad que a la población general, con la especificidad requerida que garantiza el PAIME. Si el derecho a la confidencialidad en el acceso al diagnóstico y tratamientos es importante para todos los pacientes, se requieren medidas especiales para que los profesionales de la salud accedan a estos tratamientos, sobre todo cuando se trata de trastornos mentales. Se debe estimular la creación y la generalización de programas y servicios preventivos y también asistenciales específicos y de ubicación geográfica suficientes para que los

profesionales afectados puedan recibir el tratamiento adecuado.

Las corporaciones profesionales deben tener un papel central en la organización, gestión y control de la calidad de esos programas, conjuntamente con la administración pública por cuanto no sólo tienen la finalidad de asegurar la atención a los profesionales enfermos, sino de ser garantes de la buena praxis y de la calidad de los servicios sanitarios. Además, las administraciones deben continuar apoyando esas iniciativas procurando y garantizando su financiación.

Estos programas deben tener una clara vocación preventiva, intentando facilitar a todos los profesionales sanitarios, enfermos o no, las condiciones más idóneas para que los problemas que se detecten sean abordados con la mayor precocidad y efectividad posibles. De la misma forma, se debe promover un cambio organizativo hacia aquellas fórmulas de gestión en el sistema sanitario que eviten o minimicen aquel estrés innecesario o inadecuado, derivado de modelos organizativos con excesiva burocracia, papeleo y carentes de reconocimiento de

Es responsabilidad de los médicos a nivel individual, pero también institucional y corporativo, desarrollar pautas que favorezcan el bienestar, un mejor manejo del estrés y facilitar el tratamiento para el médico enfermo

una autonomía real de los profesionales. Y, en cambio, deberán estimular la promoción y consolidación de liderazgos, la cohesión de los equipos, la interdisciplinariedad, la participación efectiva, y la conciliación entre la vida laboral y familiar.

En todo este contexto, se deben reforzar los valores del profesionalismo -claves como elementos de protección- e instrumentar acciones para que sea posible su expresión en el funcionamiento del sistema sanitario: compromiso, espíritu de servicio, capitalización y personalización de la relación médico-enfermo, autorregulación profesional bajo los principios de la buena praxis, la excelencia y el respeto a la autonomía del paciente ■