

TESI DOCTORAL

2012

Departament de Medicina
Estudis de Doctorat en Medicina
Escola de Postgrau
Universitat Autònoma de Barcelona



Títol

El metge malalt

Com diagnosticar-lo, com tractar-lo i rehabilitar-lo, i com intervenir per garantir la bona praxi. L'experiència del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)

Doctorand:

Jaume Padrós i Selma

Directors/Tutors:

Prof. Dr. Miquel Vilardell i Tarrés

Catedràtic de Medicina de la UAB

Prof. Dr. Miquel Bruguera i Cortada

Prof titular de Medicina de la UB

Prof. Dr. Miquel Casas i Brugué

Catedràtic de psiquiatria de la UAB

***Als meus pares, que em van transmetre els valors que han sustentat
la meva vocació professional.***

***A la meva dona i els meus fills, que sempre m'han acompanyat i
ajudat en aquest i altres projectes.***

Índex

Agraïments pàg. 8

Introducció. Hipòtesi. Objectius. Metodologia pàg. 11

1ª Part. Antecedents

Capítol 1.

El metge malalt. Conceptualitzaciópàg. 18

Capítol 2.

Anàlisi de la situaciópàg. 28

2.1. Epidemiologia

2.2. Factors predisponents

2.2.1. Morbimortalitat i les condicions de treball

2.2.2. La falta de conciliació familiar com a factor de risc

2.2.3. Els estils de vida

2.2.4. La utilització dels serveis sanitaris i les medecines

2.2.5. Un nou fenomen: "el presentisme"

2.2.6. Personalitats premòrbides

Capítol 3.

Tipus de trastorn mental i de substàncies addictives en els metges ..pàg. 40

3.1. Circumstàncies afavoridores

3.2. La Medicina, una professió amb riscos psicosocials

3.3. Tipus de trastorn mental i substàncies addictives. Suïcidi

3.4. Detecció

Capítol 4.

Conseqüències d'aquestes situacions en els metgespàg. 55

4.1. Sobre la pròpia salut

4.2. Sobre l'entorn familiar i social

4.3. Implicacions a nivell professional i laboral

4.4. La síndrome del *burn out* en els metges

Capítol 5.

Condicions d'exercici de més riscpàg. 75

5.1. L'etapa de la residència

Malestar psicològic.

Consum de fàrmacs i alcohol.

5.2. El metge davant la jubilació

5.3. El gènere

5.4. Especialitats de més risc

Capítol 6.

Experiència d'altres programes fins l'existència del PAIMMpàg. 94

6.1. En què es basen ? Com són ? A qui acullen ?

6.2. Resultats

6.3. Factors que influeixen en la recuperació

Capítol 7.

Responsabilitat de les institucionspàg. 105

7.1. De les corporacions professionals: vetllar per la bona praxi i ajudar al metge malalt.

7.2. El Manifest de Barcelona

7.3. De les administracions públiques: protecció de la salut pública i de la qualitat assistencial.

2ª Part. Resultats

Capítol 8.

El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)pàg. 118

8.1. Els orígens

8.2. El disseny del Programa

8.3. Què és el PAIMM ?

8.3.1 Ideologia

8.3.2. Dos àrees d'intervenció

8.3.3. Accés al Programa

8.3.4. Difusió

8.4. Resultats de l'activitat assistencial

8.4.1. Accés i gènere

8.4.2. Edat

8.4.3. Vies d'accés

8.4.4. Motius d'entrada (patologies)

8.4.5. Procedència dels pacients

Catalunya.

Procedents de fóra de Catalunya. Espanya. Estrangers

8.4.6. Especialitats dels metges atesos

8.4.7. Metges Residents

8.4.8. Situació laboral dels metges en el Programa

8.4.9. Ingressos. Procedència. Diagnòstics. Edat. Especialitats afectades

8.4.10. Activitat assistencial. Programes clínics

8.4.11. La demanda de tractament

8.5. La confidencialitat del Programa

8.6. El PAIMM i el control de la bona praxi

8.6.1. El marc

8.6.2. Protocols per a la garantia de la bona praxi. Situacions de risc i voluntarietat en la demanda. Comissió de Seguiment Col·legial del PAIMM

8.6.3. Les intervencions en casos de risc

8.6.3.1. Control preventiu de l'exercici. El Contracte Terapèutic Col·legial (CTC). Finalitat i característiques. Compromisos dels signants del CT

8.6.3.2. Els dictàmens

8.6.4. Resultats de l'activitat de control desenvolupada

8.6.4.1. A través de contractes Terapèutics Col·legials (CTC)

Diagnòstics. Vies d'accés. Situació laboral. Especialitats. Metges Residents. Nombre i duració dels CTC. Sector professional. Les diferències segons sexe. Edat. Tutors

8.6.4.2. Dictàmens realitzats

Diagnòstics. Vies d'entrada. Procedència. Especialitats afectades. Situació post-dictamen

Capítol 9.

Del PAIMM a la Fundació Galatea pàg. 172

9.1. L'atenció d'altres professionals de la salut

9.2. Després d'un temps de reflexió, un projecte més ampli

9.3. La projecció internacional

9.3.1. 1^a Conferència Europea sobre PAIMM

9.3.2. L'extensió a l'Estat espanyol. Els Congresos Nacionales PAIME

9.3.3. Lideratge i participació internacional

9.3.3.1 La creació de l'European Association for Physician Health

3^a Part. Reflexions i Conclusions

Capítol 10.

Reflexions. Consideracions finalspàg. 185

Capítol 11.

Conclusionspàg. 200

Resumenpàg. 203

Abstract pàg.224

Agraïments

Als meus tutors d'aquesta Tesi Doctoral:

Al Dr. Miquel Bruguera, perquè fruit de converses i reflexions mútues va néixer la idea de crear el PAIMM, per la confiança dipositada per a la seva conducció, per haver estat l'inductor d'aquest treball i per les seves indicacions en la seva realització.

Al Dr. Miquel Vilardell, pel seu suport incondicional al Programa i a l'equip responsable, i per la seva determinació a donar-li continuïtat, així com pels seus consells i orientacions en la consecució d'aquesta Tesi.

I al Dr. Miquel Casas, cap clínic del PAIMM, pioner al nostre país en la defensa d'un recurs assistencial específic i de qualitat per als metges, per tot el que m'ha ensenyat sobre la complexitat del malalt psiquiàtric.

A les altres persones que també m'han ajudat en l'elaboració d'aquesta Tesi Doctoral:

Al Dr. Antoni Arteman, lleial col·laborador, gerent i una de les ànimes del PAIMM, i que sense el seu colideratge no hauria estat possible la seva realització.

A la Dra. Carme Bule, que ha personalitzat amb gran eficàcia la porta d'entrada i acolliment dels metges malalts i la coordinació entre els serveis assistencials i col·legials del Programa.

Al Sr. Ignasi Pidevall i a la Sra. Mercedes Martínez, per la seva valuosa aportació i per dotar de solidesa jurídica les accions del PAIMM i poder, així, disposar d'una eina eficaç al servei de la bona praxi mèdica.

A la Sra. Edna Murillo, per la seva inestimable ajuda en l'elaboració de la versió anglesa d'aquesta Tesi.

A la Sra. Mònica Puig, pel seu permanent suport i disponibilitat.

A tots els professionals del COMB i del PAIMM que m'han ajudat en la recerca i identificació de dades.

Vull manifestar també el meu agraïment a totes les persones que han fet possible el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt. La seva creació, desenvolupament i consolidació són mèrit de molta gent que amb gran dosi d'il·lusió, generositat i complicitat han contribuït a bastir una eina eficaç d'ajut al metge malalt i, a l'hora, de control de la praxi mèdica, i que l'han convertit en referència mundial. A més del que ja mencionats anteriorment, vull expressar el meu agraïment personal:

Al Dr. Antoni Gual, que des de l'inici ha contribuït decididament a bastir les línies bàsiques assistencials que configuren l'especificitat del Programa.

Al Dr. Eugeni Bruguera, per la seva implicació i contribució a la creació del Programa i per la seva complicitat en la consecució dels objectius clínics i professionals més complexes.

Al Sr Josep Servat (+), per la seva decidida aportació al disseny institucional i jurídic que va sustentar el PAIMM en la seva creació i posada en marxa.

Al Dr. Josep Fàbregas, per la seva entusiasta i arriscada aportació per fer possible una unitat assistencial de qualitat per als professionals sanitaris malalts.

A la Dra. Pilar Lusilla, per la seva infatigable capacitat de treball en la difusió científica de les accions assistencials del Programa.

Als Consellers de Salut de la Generalitat de Catalunya, Eduard Rius, Xavier Pomés, Marina Geli i Boi Ruiz per la seva incondicional aposta personal i institucional en favor del PAIMM que ha fet possible la seva existència i recorregut.

Als Drs. Jaume Aubia, Marc Soler i Albert Lluch, pel seu suport personal i per la seva contribució al sosteniment i viabilitat del Programa, especialment en temps de crisi.

Als Sr. Ramon Masaguer i Joan Cornet i a les Sres. Marta Segura i Roser Fernández, secretaris generals del Departament de Salut, per la seva voluntat i tenacitat a l'hora d'instrumentalitzar el suport del Departament de Salut a la creació i sosteniment del Programa.

Als Srs. Josep Matalí, Ricard Cortegano i Sergi Valero i a tot l'equip del PAIMM i de la Clínica Galatea: metges, infermeres, psicòlegs, auxiliars, tècnics i administratius, perquè sense el seu concurs i dedicació professional no hauria estat possible l'oferta assistencial de qualitat que el Programa ha donat des del primer moment.

A la Dra. Lali Masachs i a la Sra. Anna Mitjans, per la seva contribució en la creació i desenvolupament dels programes de promoció de la salut de la Fundació Galatea.

A la Sres. Teresa Subirana i Marta Anglès, per la seva aportació eficaç en el funcionament administratiu de la Fundació Galatea i del PAIMM.

Als Drs. Jaume Sellarès i Josep Arimany i als Srs. Antoni Calvo i Berenguer Camps, pel seu recolzament personal.

Al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i a les Junes dels Col·legis de Metges de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona i a tots els Patrons de la Fundació Galatea, per la seva voluntat i determinació de treballar per la salut i el benestar dels professionals sanitaris.

Als Drs. Nolasc Acarin i Àlex Darnell, de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, i al Dr. Ignasi Orce, d'Assistència Sanitària Col·legial, pel seu incondicional suport personal i institucional als objectius i programes de la Fundació Galatea.

Als Drs. Joan Colom, Josep Ballester, Francesc Brossa, Cristina Molina i Josep Cordon per la seva contribució personal i institucional en favor del PAIMM.

A la Dra. Jenny Firth-Cozens i al Dr. Olaf G. Asland, pel seu mestratge i generositat cap a la Fundació Galatea i per esdevenir referències constants per comprendre millor el fenomen del metge malalt.

Al Dr. Serafin Romero, per la seva complicitat i suport per fer possible l'extensió del PAIMM al conjunt de l'Estat espanyol.

A totes les persones, professionals i institucions que han cregut en els objectius del PAIMM i han dipositat la seva confiança.

I, finalment, a tots els metges atesos pel PAIMM, per haver contribuït a poder fer entendre i comprendre millor la complexitat del problema i ajudar-nos a ser més conscients de les fragilitats que acompanyen al professional de la medicina.

Barcelona, març de 2012

Introducció

“Somnio amb un mètode per curar totes les malalties, al menys les psicològiques”

Salvador Dalí

Introducció

Històricament, el fenomen de la salut dels metges ha estat sempre controvertit i, probablement, paradoxal. La societat, en general, ha atribuït als metges una suposada possessió d'invulnerabilitat davant la malaltia, com si la mateixa condició de galè comportés en sí mateix un permanent i màgic escut protector. D'aquesta manera, semblaria que l'accés a aquests coneixements i habilitats aliens a la resta de mortals els permetés àdhuc, posseir el secret de la permanent i eterna salut. I com no podia ser d'una altra manera, els metges han participat d'aquest subconscient col·lectiu, essent en la pràctica, i massa sovint, incapaços d'assumir la condició de pacient quan emmalalteixen.

És ben sabut que en tota l'etapa professional del metge, ja des de l'etapa de formació a la facultat, l'exercici de la Medicina va associada a un nivell d'estrès important. Potser hom podria considerar aquest estrès fins a cert punt lògic i co-substancial en una professió en la que es viu de prop del sofriment, la malaltia i la mort i que, a més, exigeix un nivell d'esforç personal permanent per abordar nombrosos reptes: competència i competitivitat, posada al dia constant dels coneixements que són ràpidament canviants, com també és canviant l'entorn professional, a vegades en solitari, altres en equip; el metge també ha de conviure amb les expectatives de la població, en general, i dels pacients i les famílies en particular. Expectatives que, sovint, es transformen en pressió assistencial, i, ocasionalment, en demandes, queixes, denúncies o litigis; ha de treballar en un sistema que constantment li delega tasques burocràtiques no pròpies de la seva funció i que l'aboca a una dialèctica constant sobre el grau de participació i autonomia en la seva presa de decisions. Tot un amalgama de factors que, a més, poden afectar la seva relació amb els pacients. Els beneficis potencials de la condició de metge (grau de satisfacció amb la tasca que hom porta a terme, millora o curació d'un pacient, retribució econòmica adequada, reconeixement professional i social, etc.) a vegades no són suficients per compensar aquesta càrrega d'estrès si aquesta es fa desproporcionada o si el metge no té una bona autocura o la seva personalitat és excessivament rígida i el fa especialment vulnerable, més procliu a la frustració i més incapaç a la resiliència. Aquest estrès que hom podria considerar estimulanti i creatiu i afavoridor de creixement personal i professional pot travessar el llindar de la psicopatologia, un malestar permanent que el pot empènyer fàcilment a desenvolupar trastorns mentals i/o conductes addictives.

La problemàtica del metge malalt és summament complexa per quant són diversos els factors que intervenen en la seva gènesi, com ho són les condicions específiques

de l'exercici mèdic—a diferència de la resta de la població— en les manifestacions i respostes davant els tractaments i, evidentment, per la transcendència social.

En la pràctica, el més transcendent del tema és que els problemes relacionats amb un metge malalt van més enllà de l'esfera personal. Tenen una major transcendència pel fet que són molts els valors ètics que poden entrar en conflicte o contradicció perquè, en definitiva, de l'estat de salut mental del metge dependrà també la capacitat d'aquest per exercir la seva professió correctament. Com a conseqüència d'això, no només hauríem de referir-nos a un problema només circumscrit als professionals de la medicina, sinó també, i en tant pugui tenir conseqüències sobre els seus pacients, a un problema de salut pública.

Diversos estudis mostren que quan els metges emmalalteixen no es comporten com acostumen a recomanar als seus pacients. Si l'afecció, però, està relacionada amb algun trastorn mental i/o conducta addictiva si suma el temor a ser identificats pels seus pacients i col·legues, de ser estigmatitzats, de perdre la seva credibilitat i, fins i tot, la seva feina. I, per tant, sovint amaguen el seu problema, no demanen ajuda i acostumen a exemplificar un mal ús dels serveis sanitaris, i massa sovint amb la commiseració de l'entorn.

Molts i diversos són els factors que poden condicionar aquesta actitud dels metges, fonamentalment relacionades amb la mateixa condició de professional exercent i amb coneixements, amb possibilitats d'automedicació i la inexistència de recursos assistencials específics. Si tenim en compte que, a més, existeix un gens menyspreable percentatge de metges que consumeixen substàncies (analgèsics i antiinflamatoris) per intentar mantenir un ritme més intens de la seva activitat professional i el fàcil accés que aquests tenen sobre substàncies potencialment addictives amb autoprescripció reconeguda, o que poden arribar a nivells elevats d'estrès o àdhuc de *burn out*, és fàcil inferir la existència d'un risc evident per a la pròpia salut i un condicionant negatiu per a la seva praxi, amb el risc igualment important per a la salut del seus pacients.

A aquesta actitud inadequada sobre la seva salut se li afegeix una estigmatització de les malalties mentals i addictives entre el mateix col·lectiu mèdic (molt superior que entre la població general), agreujada per una manca de confidencialitat i de la por —inclús terror— a ser reconegut o identificat pels companys i pels propis pacients. Aquesta realitat és la que probablement ha ajudat a conformar una cultura de silenci corporativista que ha perpetuat la negació de la realitat.

El Col·legi de Metges de Barcelona i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya van posar en marxa el 1998 el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) amb l'objectiu de

donar una resposta assistencial i rehabilitadora específica al metge que presentava algun trastorn mental o conducta addictiva i, al mateix temps, de ser una eina de control de la praxi per als cassos que corrien el risc d'esdevenir un risc per als pacients.

El fenomen del metge malalt ha estat objecte de força estudis en el món anglosaxó. Només cal repassar la bibliografia corresponent. No va ser fins la dècada dels 70 del segle passat, que als EE.UU. es va començar a identificar el problema. Des d'aleshores, s'han publicat molts estudis que han anat aprofundint no només sobre la realitat del metge malalt, sinó sobre les causes, factors condicionants i les conseqüències. De tal manera, que ja aleshores es van posar en marxa iniciatives assistencials específiques que van mostrar una gran eficàcia en l'abordatge d'aquest problema. Amb posterioritat, països com Canadà, Austràlia o Nova Zelanda han anat desenvolupant programes similars.

A Europa, fora d'algunes iniciatives en l'àmbit de la recerca i de l'autoajuda, no es va generar cap iniciativa assistencial específica i estructurada fins la posada en marxa el 1998 del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) per part del Col·legi de Metges de Barcelona amb col·laboració del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Des d'aleshores, el programa ha atès gairebé 2.000 metges. Aquesta iniciativa va néixer amb l'objectiu de donar una resposta assistencial i rehabilitadora específica al metge que presentava algun trastorn mental o conducta addictiva i, al mateix temps, de ser una eina de control de la praxi per als cassos que corrien el risc d'esdevenir un risc per als pacients.

Hipòtesi

Amb aquesta tesi es pretén demostrar la factibilitat d'una intervenció terapèutica adreçada als metges amb patologia psiquiàtrica i/o addictiva, així com la seva eficàcia en els metges tractats, incloent en el concepte d'eficàcia la possibilitat de reintegració a la seva activitat professional. I, com a conseqüència, poder demostrar també que l'existència d'una acció d'aquestes característiques i sota el paraigua d'un programa col·legial pot resultar eficaç per al control de la bona praxi i, per tant, pot contribuir a una garantia més gran de la qualitat de l'acte mèdic i, conseqüentment, de la seguretat clínica dels pacients.

Objectius

En aquesta tesi s'analitzarà el fenomen del metge malalt, la freqüència en la nostra comunitat, els factors de risc i els predisponents, així com la morbimortalitat i la influència de les condicions de treball en la seva aparició. S'analitzarà els diferents tipus de trastorn mental i conductes addictives més prevalents entre els metges, la seva detecció i diagnòstic i les circumstàncies afavoridores i condicions professionals de més risc. De manera molt especial s'examinaran les conseqüències d'aquestes sobre el mateix metge i el seu entorn, especialment el professional. I com poden afectar la bona praxi mèdica.

També s'identificaran antecedents d'abordatge d'aquest problema: programes existents i experiències existents a altres països, analitzant-se els seus resultats.

Finalment, es farà una anàlisi del Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM), creat pel Col·legi de Metges de Barcelona i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Es descriurà la seva posada en marxa, estructura, procediments i protocols. S'analitzarà, igualment, i s'argumentarà per què la conducció d'aquest programa ha de recaure sobre la corporació mèdica (Col·legi de Metges) i sobre la necessitat del concurs de l'administració pública en assegurar la seva existència.

Per complementar l'estudi s'analitzaran els resultats del PAIMM a través d'una anàlisi del seguiment dels metges atesos, incidència de remissions i recaigudes i del risc de mala praxi d'aquests casos. Finalment, s'identificarà i analitzarà l'activitat col·legial reguladora de la praxi en els casos en els que s'ha hagut d'intervenir.

La tesi es demostra la necessitat de que hi hagi intervencions per atendre el metge malalt, basades en l'especificitat, l'expertesa i la confidencialitat i que s'han de fer en el marc de programes que permeten als Col·legis de Metges exercir la funció col·legial de garantia de la bona praxi professional.

Metodologia

La metodologia essencial emprada en aquesta Tesi és inicialment de base expositiva i de revisió de la bibliografia existent en les principals revistes científiques i professionals sobre la matèria i de programes existents a altres països. Per afavorir la seva consulta, s'ha optat per fer la referència corresponent al final de cada capítol. Finalment, aquest treball es centra partir de les dades extretes del mateix programa PAIMM, així com d'estudis i publicacions en curs sobre l'activitat assistencial i de control de praxi del mateix programa, amb una avaluació

d'aquestes dades obtingudes i que han permès fer les reflexions finals i les conclusions.

1ª Part

Antecedents

Capítol 1

El metge malalt. Conceptualització

“El fill del sabater és qui va més mal calçat”

Dita popular

1. El metge malalt. Conceptualització

Quan el metge emmalalteix, aquest acostuma a actuar per excés o per defecte, però en tot cas, lluny del que ell acostuma a recomanar als seus pacients. I el que és pitjor, no sap o és incapaç de demanar ajuda. I quan l'afecció o el trastorn es situa en l'esfera mental o es relaciona amb alguna addicció la resposta pot arribar a ser més negacionista i, a voltes, arrogant i prepotent. Dit d'una altra manera, en expressió popular, *"el fill del sabater és qui va més mal calçat"* (*"En casa del herrero, cuchillo de palo"* (esp), *"The shoemaker's son always goes barefoot"* (engl), *"Les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés"* (fra)).

Amb tot, alguns autors suggereixen amb raó que l'haver pogut assumir la condició de malalt pot portar a una transformació positiva i dramàtica en termes d'humanitat, àdhuc espiritual, adquirint una visió distinta sobre el sofriment dels altres, una major capacitat de transferència i de comprensió. En definitiva, una oportunitat per al canvi en la relació metge-pacient¹. Per aquest motiu, aquest mateix autors suggereixen que s'ha de conèixer i aprofundir encara més la gestió del procés del metge amb problemes de salut més enllà del pur anàlisi diagnòstic i tractament psiquiàtric.

En una línia argumental semblant, en el film *The Doctor* de Randa Haines i basada en el llibre del mateix títol de Robert Caswell, s'aborda amb encert i amb una pàtina d'ironia la situació d'un metge brillant cirurgià cardíac, però d'actitud despòtica i prepotent, que d'enfrontar-se a un diagnòstic sobtat de càncer, a una malaltia que el converteix en un pacient ordinari del seu propi hospital. Per primera vegada en la seva vida es veu obligat a sentir el que tots els pacients senten, i a confiar cegament en un sistema mèdic que no és infalible, amb la seva eterna burocràcia, els seus exàmens humiliants, els seus aparells imponents i les seves sales d'espera abarrotades. I en aquest trànsit, i degut també a la relació que estableix amb els mateixos malalts amb els que comparteix diagnòstic, tractament i incertesa, entra en una crisi personal que tindrà repercussions en tots els àmbits de la seva vida, el que li suposa una oportunitat per al canvi de valors i prioritats.

En un sentit contrari, la condició d'invulnerabilitat que el fa incapaç d'assumir la seva condició de malalt addicte associada a una actitud prepotent i despòtica la trobem ben caricaturitzada en el personatge principal de la sèrie televisiva *House*.

William White situa als EE.UU, a la segona meitat del segle XIX, on ja existien algunes iniciatives privades (llars, asils, instituts privats d'assistència) que donaven

aixopluc i tractament a ciutadans alcohòlics, que començà a aparèixer una presa de consciència sobre la necessitat de professionalitzar aquests tractaments i que va donar lloc el 1870 a la fundació de l'*American Association for the Cure of Inebriety* i el 1876 a la primera publicació sobre el tema. I en aquest context es va crear els Keeley Institutes que treballaven per a la rehabilitació de metges, qüestió que, ja aleshores, començava a generar gran controvèrsia.

Fins i tot, dos grans de la medicina contemporània, James Paget i William Osler en els seus escrits sobre "els hàbits de la intemperància" (1869) i "l'hàbit a la morfina" (1892) s'hi havien referit.

Però, no fou fins el 1969, als Estats Units, que el Comitè Mèdic Estatal, responsable del registre de llicències de l'estat de Florida va promulgar l'Estatut del Metge Malalt amb la finalitat d'establir un marc definit d'actuacions per a la professió que regulés les actuacions davant metges en exercici que patien malalties mental i/o addictives. El 1973, l'*American Medical Association* (AMA) assenyalà que el metge malalt acostuma a ser incapaç de reconèixer que el problema existeix, i que els seus col·legues mantenen un tàcit pacte de silenci, amb conseqüències negatives per als seus pacients². Aquesta afirmació ha esdevingut el punt de partida del reconeixement de la transcendència professional –i també sanitària i social- del problema i d'un moviment de conscienciació en la medicina occidental que ha permès el desenvolupament de programes específics dirigits a ajudar a aquests professionals.

Com assenyalava a la Introducció, des de la formació de pregrau i durant tot el temps d'exercici professional el metge es veu sotmès a un estrès important. L'estudiant aprèn ben aviat a conviure amb el patiment dels altres, però també assimila que necessita un important esforç personal per integrar altres elements co-substancials de l'exercici. La competitivitat acadèmica, el procés d'una formació continuada permanent (en un context professional caracteritzat per constants canvis, nous coneixements i tecnologies) i una posada a punt constant, l'autoexigència, la pressió assistencial, les expectatives dels pacients i les seves famílies, la por i la realitat de les demandes i reclamacions, els errors i les seves conseqüències, el treball en solitari o en organitzacions on es tendeixi a la despersonalització de la relació metge-pacient i a la limitació de la capacitat d'autonomia en la presa de decisions o en l'organització de la seva pròpia feina, totes elles apareixen –amb independència d'altres factors individuals predisponents- com a factors reals de gènesi d'estrès patològic i d'inductors de malalties mentals i/o addictives. I sense oblidar el fenomen de l'excés d'informació per a un mateix que sovint ajuda a distorsionar la realitat i el pronòstic de la

mateixa malaltia i, en molts casos, la por a l'estigmatització per part de pacients i dels propis col·legues. Tot això, a banda d'altres factors individuals, és el que acaba configurant el procés de solitud, a voltes dramàtic, en el que ha de conviure el metge amb els seus problemes³. I que, malauradament, el metge anirà associant la seva carrera a la negació de les seves necessitats i satisfaccions personals en ares d'una prefixada "plenitud professional".

En alguns casos, igualment recollits per la literatura mèdica, la incapacitat per assumir aquesta nova condició, la de malalt amb diagnòstic greu i incertesa en el diagnòstic -associat a altres circumstàncies- esdevé una causa de suïcidi en metges.

Tradicionalment, la figura del metge s'ha revestit d'una àurea d'invulnerabilitat, equilibri i abnegació i l'exercici de la medicina com una professió on la vocació ocupa tota la seva essència vital.

En aquest treball la condició de metge malalt sempre es farà referència a la situació d'aquell que presenta problemes psíquics i/o conducta addictiva a l'alcohol o altres drogues, i que per aquesta causa pot veure's afectada la seva praxi professional. Des d'aquesta perspectiva, el concepte no deixa de ser un eufemisme, doncs el seu origen cal trobar-lo en la traducció literal de l'anglès *sick physician*, *sick doctor* o *ill doctor*. Aquests termes foren definits als Estats Units per primera vegada on des de la dècada dels setanta del segle passat van ser els pioners en l'abordatge terapèutic i legal d'aquest important problema sanitari, denominant així els col·legues afectats⁴. De fet el terme inicial fou el d'*Impaired Physician*, que es va generalitzar en els països de cultura anglosaxona, i es referia al metge que patia una malaltia física o mental i que per aquesta causa podia veure's afectada negativament la seva praxi. Anys més tard, la *Federation of State Medical Board's* va establir una nova definició, ampliant els conceptes: "la incapacitat per exercir amb condicions mínimes a causa d'una malaltia o condició física o mental, o per consum habitual o excessiu de drogues, incloses les legals i l'alcohol, o altres substàncies que poden incapacitar-lo per a l'exercici". En la pràctica, els diferents programes existents han recollit l'essència d'aquesta definició, per bé que alguns han estat més restrictius i han ajustat la seva intervenció només en l'àmbit de les conductes addictives, i mentre que hi ha d'altres que han inclòs els trastorns de conducta i els comportaments disruptius.

Com es veurà més endavant, la problemàtica del metge malalt és summament complexa per quant són diversos els factors que intervenen en la seva gènesi, com ho són les seves condicions específiques -a diferència de la resta de la població- en

les manifestacions i respostes davant els tractaments i, evidentment, per la transcendència social.

Un tret essencial que fa del metge malalt un pacient difícil és la incomoditat que li suposa adquirir el rol de pacient i aprendre a comportar-se quan està "assegut a l'altra banda de la taula". Cal comprendre aquest metge des de la perspectiva d'una persona que té incorporats en sí mateix i alhora dos papers aparentment contradictoris: "el que cura" i "el que és curat", i que no és fàcil desprendre's d'un i adaptar-se passivament a l'altre.

A més, el maneig del metge-pacient per a un col·lega és també difícil perquè, d'una banda, el metge malalt tendeix a no complimentar el tractament indicat per un altre col·lega com la resta dels pacients i, d'una altra, el mateix col·lega pot sentir-se intimidat per la confluència i la barreja d'ambdós rols. Això (a més de la por a la pèrdua de confidencialitat) podria explicar que un 19,6 6 % dels metges versus el 5,5 % de controls precisen d'ingrés involuntari en unitats de psiquiatria convencionals i un terç sol·licitin l'alta voluntària (Murray, 1974)⁵.

El norueg Assland (2004)⁶ explica quines són les expectatives del metge malalt: Un metge creu que mai caurà malalt, i quan emmalalteix ha de mostrar una ràpida recuperació; a més, sempre ha de mostrar-se disposat a tenir cura dels altres, sap que hauria de ser un bon pacient i, per últim, no que no hauria d'intimar amb altres pacients.

Però, els problemes relacionats amb un metge malalt van més enllà de l'esfera personal. Tenen una major transcendència pel fet que són molts els valors ètics que estan en joc perquè, en definitiva, de l'estat de salut mental del metge dependrà també la capacitat d'aquest per exercir correctament. L'any 2003 J Stanton i W Caan⁷ van subratllar en un estudi realitzat el 200 sobre metges britànics que els problemes de salut en metges podien interferir negativament en l'exercici. I és aquí quan el fenomen adquireix una categoria i dimensió diferent: una qüestió individual que té efectes sobre la comunitat i, per tant, esdevé potencialment un problema de salut pública.

Com a conseqüència d'això, no només hauríem de referir-nos a un problema específic dels professionals de la medicina, sinó també, i en tant pugui tenir conseqüències sobre els seus pacients, a un problema de salut pública.

Aquest interès pel tema del metge malalt ha anat en augment en els darrers anys, així com la consciència de que aquest té el dret de poder gaudir d'un nivell satisfactori –de la mateixa manera que es propugna per a la resta de la població–

que li permeti desenvolupar-se com a persona de manera plena, però, alhora, té el deure de tenir cura de la seva salut per poder exercir com a professional en les millors condicions possibles.

El metge malalt suposa una paradoxa i, al mateix temps, un repte per a sí mateix i per al propi sistema sanitari. Això podria explicar que de sempre, i encara ara, la societat hagi silenciado aquest problema i que el mateix metge malalt, en general, negui la seva patologia.

La realitat és que el metge afronta com a individu i com a professional riscos que el fan susceptible d'emmalaltir de la mateixa manera que els seus congèneres. En el cas d'un metge amb una malaltia aquest viu en una dualitat difícil d'assumir, donat que és dipositori de la cura i la salut dels altres i, a la vegada, el seu propi malestar pot impedir-li realitzar la seva professió de manera correcta.

Quan els professionals sanitaris, especialment els metges, emmalalteixen, en general, no acudeixen al sistema sanitari com la resta dels pacients ni actuen com ells mateixos recomanen^{8,9}. A més, quan pateixen malalties mentals o addictives tenen por a ser identificats pels seus pacients i col·legues, i de perdre el seu prestigi i, eventualment, el seu lloc de treball. Com a conseqüència amaguen el seu problema i no demanen ajuda.

S'han inferit diversos factors que influeixen en aquesta actitud dels metges davant la seva pròpia salut: coneixement expert de la malaltia, dels mitjans de diagnòstic i de la terapèutica, coneixement de l'ambient i del funcionament dels centres sanitaris, apreciació dels límits dels seus coneixements, facilitat per automedicar-se, por incrementada a la mort, no existència d'abordatge d'aquests temes en la formació de pregrau ni en el període de residència i el tòpic estès en l'ambient sanitari de que "només poden estar malalts els pacients".

D'altra banda, l'evidència del mal ús dels serveis sanitaris quan els metges accedeixen al sistema de salut per rebre ajut es concreta amb actituds peculiars, com són el fet que un percentatge elevat de les consultes es fan en els passadissos o per telèfon, o que per evitar parlar dels problemes d'un mateix es fa referència a un suposat tercer, o no seguir els circuits administratius ordinaris, no seguir les indicacions terapèutiques rebudes per un altre col·lega, l'automedicació, no suportar les sales d'espera i no aparentar debilitat/fragilitat davant col·legues a voltes, manifestant una certa actitud d'autosuficiència o, inclús, prepotència ("jo ha sé què he de fer" o "jo ja controlo").

Tanmateix, els mateixos metges no acostumem respondre adequadament quan som nosaltres els receptors d'una consulta d'un col·lega. Exemples il·lustratius els tenim quan no es cita el company consultant en el nostre despatx, no obrir la corresponent història clínica, no derivació del cas quan es tracta d'un amic o familiar, o apercebre el metge pacient quan aquest no segueix les pautes indicades o quan es minimitzen de forma imprudent els problemes plantejats. Això va comportar que s'elaboressin en alguns països guies específiques dirigides als metges. En el cas del nostre país, el Col·legi de Metges de Barcelona va elaborar dos documents de posició en el que es feien un seguit de recomanacions sobre com actuar davant aquestes situacions^{10,11}.

Com es veurà més endavant, hi ha una evidència que els metges tenen un risc més gran de patir trastorns mentals i problemes relacionats amb l'estrès i el desgast, així com major susceptibilitat a les addiccions^{12,13}.

Concretament, un gens depreciable percentatge de metges consumeixen substàncies per intentar mantenir la seva activitat professional (Laure, 2003) i el fàcil accés que tenen sobre substàncies potencialment addictives amb autoprescripció reconeguda, o que poden arribar a nivells elevats d'estrès o àdhuc de *burn out* (Kauffman M, Ontario Physician Health Program, 2001)¹⁴ és fàcil inferir la existència d'un risc evident per a la pròpia salut i un condicionant negatiu per a la seva praxi, amb el risc igualment important per a la salut dels seus pacients.

A aquesta actitud inadequada sobre la seva salut se li afegeix una estigmatització d'aquest tipus de malalties entre el mateix col·lectiu mèdic (molt superior que entre la població general), agreujada per l'absència d'una percepció de mínima garantia de confidencialitat i d'una por –inclús pavor– a ser reconegut o identificat pels propis pacients. Tot plegat ha comportat al desenvolupament d'una actitud de commiseració del conjunt de la professió, basada en una cultura del silenci i de corporativisme mal entès. Probablement, aquesta actitud s'ha vist reforçada per l'existència preponderant d'una resposta essencialment punitiva i disciplinària per part de les institucions i organitzacions sanitàries i la incapacitat d'oferir programes d'ajut i garants de drets.

No podem obviar el component individual que pot precipitar el desencadenament d'aquestes psicopatologies. Un perfil de personalitat perfeccionista, poc flexible, exageradament disciplinada i d'autocrítica desajustada suggereix una més gran vulnerabilitat en l'exercici de la medicina¹⁵ ni tampoc les específiques condicions en que des de la formació de pregrau fins la jubilació afecten la vida d'un metge i que, sovint, poden ser factors desencadenants de malestar emocional.

També haurem de tenir en compte aquelles circumstàncies afavoridores, com les derivades dels estils de vida, les relacions familiars (i la conciliació) i socials, així com les condicions de treball (sobrecàrrega, desgast professional)¹⁶ i formes d'exercici (incloent-hi el gènere, les etapes de la vida professional, especialitat, etc.). De fet, alguns factors estressants com la dedicació professional a temps complet tan arrelats a la cultura tradicional de l'exercici han canviat. Els metges més joves i alguns sèniors perceben ja la seva identitat i responsabilitat professional d'una manera diferent a les generacions anteriors.

Sigui com sigui, l'existència d'un metge amb una malaltia mental i/o trastorn addictiu condueix a una evolució natural en la que l'autoprescripció, i el retard diagnòstic configuraran una cronificació del procés amb conseqüències molt negatives, tant en l'esfera personal, com en l'esfera familiar i social, com en el mateix entorn professional i de la seva praxi.

En definitiva, les conseqüències indesitjables són greus. Aquesta situació dramàtica afecta la família, a les relacions socials¹⁷ i a l'entorn professional, podent ser un risc de mala praxi i de negligència, exposant la salut i la integritat dels pacients. I, paradoxalment, siguin aquests professionals els pitjors atesos, en termes de salut (amb problemes per accedir i ser atès als sistema general). I, finalment, l'aparició de les denúncies, així com de situacions d'absentisme i de conflictivitat laboral, i un ús indegut dels recursos sanitaris^{18,19}.

BIBLIOGRAFIA

1. *Klitzman R.* When Doctors become patients. *Oxford University Press.* 2008
2. *American Medical Association Council i Mental health.* The sick physicians impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973; 223:684-687
3. *Gambe Harry L, Douglas Henry J.* The Soul of the Physician. *AMA Press.* 2002 *AMA Press.* 2002
4. *Talbott GD and Benson EB.* Impaired Physicians: The dilemma of identification. *Postgraduate Medicine*, 68:58-64. 1980.
5. *Murray M.* Psychiatric illness in doctors. 1974. *The Lancet* 1, 1211:1213
6. *Aasland O.* Substance among physicians. *Tidsskr Nor Laegeforen* 124 (7): 913 (2004).
7. *Stanton J and Caan W.* How many doctors are sick ?. 2003. *BMJ Careers Focus* 326:597a
8. *Bruguera M, Guri J, Arteman A, Frau J i Carbonell J.* La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica Vol* 117 n13: 492-494.
9. *T Thompson W & col.* Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health. *BMJ* 2001; 323: 728-731.
10. "Deures ètics dels metges envers la seva salut i la de les seves famílies". Document de Posició Col·legial
http://www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posicio_2.htm.
11. "Deures ètics dels metges envers els altres metges". Document de posició col·legial..
http://www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posicio_10.htm.
12. *Wilcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ.* Burnout and psychiatry morbidity in new medical graduates. *Med J Aust* 2004; 181:348-399
13. *Schattner P, Davidson S, Serry N.* Doctor's health and wellbeiang: taking up the challenge in Australia. *Med J Aust* 2004; 181:348-349
14. *Kauffmann M.* Physician Burn out. Cause and condition. Ontario Medical Association. Physician Helath Program. Ontario Medical Review, 2001.
15. *Aoun H.* From the eye of the storm, with the eyes of a physician. *Ann Intern Med* 1992; 116:335-338.
16. *Firth-Cozens J.* Problemes de la salut dels metges. Fundació Galatea, 2008.
17. *Wayne M & col.* The Medical Marriage. Sustaining healthy relationships for physicains and their families. American Medical association, 2000

18. *Rohlfs I, Arrizabalaga P, Aratcoz I, Borrell C, Fuentes M i Valls C.* Salut, gènere i exercici professional. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Informes i estudis. Fundació Galatea, 2007.
19. *Arteman A.* Programas especiales dirigidos al médico enfermo. El médico como paciente. Jano Atención Primaria. Recursos asistenciales, formadores y de investigación. 2004.

Capítol 2

Anàlisi de la situació

“Il n’y a rien de plus ridicule q’un medecin ne mourant pas à grand age”

Voltaire

2. Anàlisi de la situació

2.1. Epidemiologia

La idea del metge malalt, de fet, està poc analitzada en la professió, probablement pel rebuig conscient o inconscient del metge a fer de pacient. S'invoquen algunes raons per poder explicar aquesta actitud i que ja han estat referides en el capítol anterior.

La por a la malaltia i al patiment afavoreix l'actitud de no valorar símptomes que en un pacient normal adquiririen major rellevància. Però la por a la manca de confidencialitat que pot comportar-li dificultats en la relació amb els seus col·legues i els seus malalts i els "inconvenients" derivats de la pròpia condició de malalt podrien consistir, en realitat, les raons de més pes¹.

Un important percentatge de metges decideix fer de metge de sí mateix quan es troben malament. A banda de les raons exposades amb anterioritat, s'afegeix el fet de que sovint el metge posa en qüestió les recomanacions que rep d'un col·lega i no seguir-les si no coincideixen amb el seu propi criteri². Més notable, encara, és l'actitud negativa o abstencionista dels metges davant les revisions periòdiques de salut, o davant les recomanacions preventives, en general³.

La prevalença de trastorns crònics és semblant a la de la població de la mateixa classe social, amb alguna excepció com la presència de major sobrepès i diabetis en els homes.

Malgrat això, els metges gaudeixen d'un estat de salut percebuda superior al de la població del seu mateix grup d'edat i condició social. S'ha invocat com explicació a això al fet de que el terme "salut" és viscut d'una manera diferent, en un sentit més ampli que el fet de no estar malalts. Aquesta actitud explicaria que els metges tinguin tendència a minimitzar l'efecte real de la manca de salut.

Com s'analitzarà en el Capítol 4, hi ha una coincidència generalitzada entre diversos estudis^{3,4} en l'alta prevalença de malestar psicològic, patiment, significativament superior en comparació al de la població de la mateixa classe social i, en especial, entre la població mèdica menor de 45 anys.

Són molt els estudis que han proposat quin percentatge de metges pot veure's afectat per problemes mentals i/o addictius. Malgrat la variabilitat, existeix un cert consens en acceptar que aproximadament, entre 1 de cada 15 metges, en llarg de

la seva vida professional, estimada en uns 40 anys, podria arribar a presentar-los^{5,6}.

La prevalença de trastorns mentals, incloses les conductes addictives, en la població general de persones més grans de 18 anys és bastant uniforme i oscil·la entre el 12 i el 15 % de forma independent del sexe, nivell cultural, posició socioeconòmica o religió.

Amb tot, quan s'estudien grups concrets de població, com els professionals de la salut, s'observen desviacions d'aquest percentatge degut a l'esbiaix que implica d'interval d'edat dels subjectes o l'habilitat intel·lectual necessària per accedir a aquest grup. Això significa que la prevalença en aquest grup d'alguns trastorns psíquics severs i d'aparició precoç com l'esquizofrènia o el trastorn obsessiu compulsiu greu serà menor que en la població general, donat que ja hauran pogut eclosionar en el període d'estudiant i és probable que hagin impedit al subjecte finalitzar els seus estudis universitaris. Igualment succeeix amb altres trastorns mentals invalidants intel·lectualment o amb abusos de tòxics que limiten les funcions psíquiques bàsiques.

Amb aquestes excepcions, hom podria concloure que la prevalença de trastorns mentals i/o addictius entre els metges seria equiparable a la de la població general. Fent una estimació. Amb càlculs estimatius, si el nombre de metges del nostre país (Catalunya 37.000, Espanya 170.000), l'afecció d'entre un 10-15 % indicaria que uns 4.000 metges a Catalunya, 25.000 a tot l'Estat, podrien hipotètica estar afectat al llarg de la seva vida professional (estimada en uns 40 anys).

En qualsevol cas, l'abast real de la prevalença de trastorns mentals i/o addictius es desconeix, donat que són escassos els estudis epidemiològics portats a terme. Els països anglosaxons (Estats Units, Canadà i Regne Unit) són els que aporten més informació, tot i que els resultats no són concloents. A l'Estat espanyol existeixen comptats treballs publicats que contribueixen a documentar la importància del fenomen en el nostre país^{4,7}.

Per tenir una visió global de l'epidemiologia del metge malalt s'haurà de considerar, a més, que hi ha una sèrie de factors inherents a l'exercici professional que són font de malestar i que, tot i que no sempre en relació causa-efecte, poden incrementar la vulnerabilitat del metge per a alguns trastorns mentals o addictius en concret. Ens referim a l'estrès i al *burn-out*, dos entitats àmpliament analitzades en la literatura mèdica.

2.2. Factors predisponents

2.2.1. Morbimortalitat i les condicions de treball

Entre els anys 40 i 70 del segle passat, els pocs estudis epidemiològics realitzats mostraven una disminució progressiva de la mortalitat entre els professionals de la medicina en comparació amb la població general en els països del nord d'Europa. Contràriament, la taxa de suïcidis entre els metges va ser molt superior a la de la població general, fet que ha estat confirmat clarament per diversos estudis posteriors⁸.

La relació entre morbiditat i mortalitat entre professionals de la medicina i determinades condicions de vida i treball ha estat objecte de diversos estudis. S'ha de destacar els realitzats sobre l'entorn psicosocial del treball, l'estrès, el desgast emocional i la depressió. En aquest sentit, la satisfacció laboral és un element clau en la protecció de la salut mental i del desgast professional.

Els treballs més recents informen d'un increment progressiu de la insatisfacció dels professionals en la seva pràctica mèdica que s'ha produït en els darrers anys, i molt relacionada amb el malestar laboral. Aquesta insatisfacció es manifesta en forma de símptomes somàtics, però en el cas de les metgesses en desgast psíquic.

Tanmateix, s'ha demostrat que la salut de les metgesses és especialment sensible a l'entorn psicosocial negatiu del treball. Les metgesses tenen més probabilitats que els metges de presentar signes i símptomes de desgast psíquic i de pèrdua de motivació professional o *burn-out*. Això serà tractat més endavant, al Capítol 4.

Els riscos psicosocials relacionats, doncs, amb l'activitat laboral semblen evidents, però difícils d'avaluar: la inestabilitat laboral, la falta de perspectives de promoció, canvis no desitjats, inconsistència de status, pressió assistencial, poca participació en les decisions de les organitzacions on treballen, poca autonomia en la gestió de la seva pròpia feina, etc..

Les característiques de l'entorn psicosocial dels metges difereixen segons l'àmbit de treball. Així, s'observa un més gran malestar entre els professionals que treballen en l'atenció primària pública en comparació amb els que treballen en àmbits hospitalaris o amb els que desenvolupen la seva activitat en una consulta o en un centre privat. En el cas de les metgesses els nivells d'estrès i de patiment

psicoemocional apareixen més elevats que en els seus col·legues masculins. Les metgesses són més vulnerables a la depressió que els homes, però també al desgast psíquic, a l'assetjament de gènere i a l'assetjament sexual en relació amb les condicions de treball, a banda d'un major risc obstètric en comparació amb dones de la població general de la mateixa classe social. Per tant, la salut i les diferències de sexe en l'exercici de la professió mèdica són factors associats que cal tenir en compte⁹. I tot això, òbviament, es fa més evident quan s'associa a contractes precaris o poc estables. Segons el Servei d'Ocupació del COMB, durant la darrera dècada, la majoria dels metges que buscaven una feina eren dones. Hem de tenir present que en el nostre país la situació d'interinatge i de contractes temporals en metges és molt superior comparativament a la resta de la població, essent encara més cridaner en el cas de les dones (*Figura 1*). I el nivell d'insatisfacció estava relacionat amb aquesta situació labora (*Figura 2*).

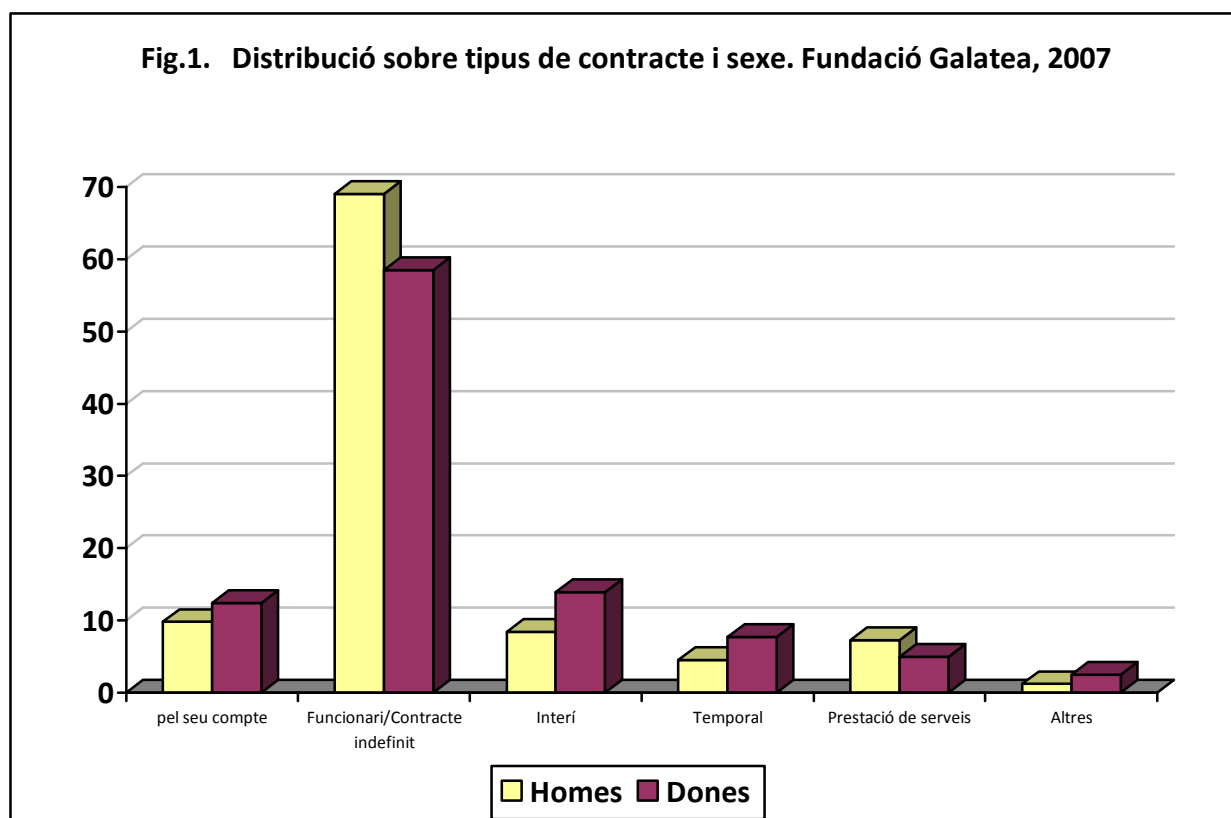
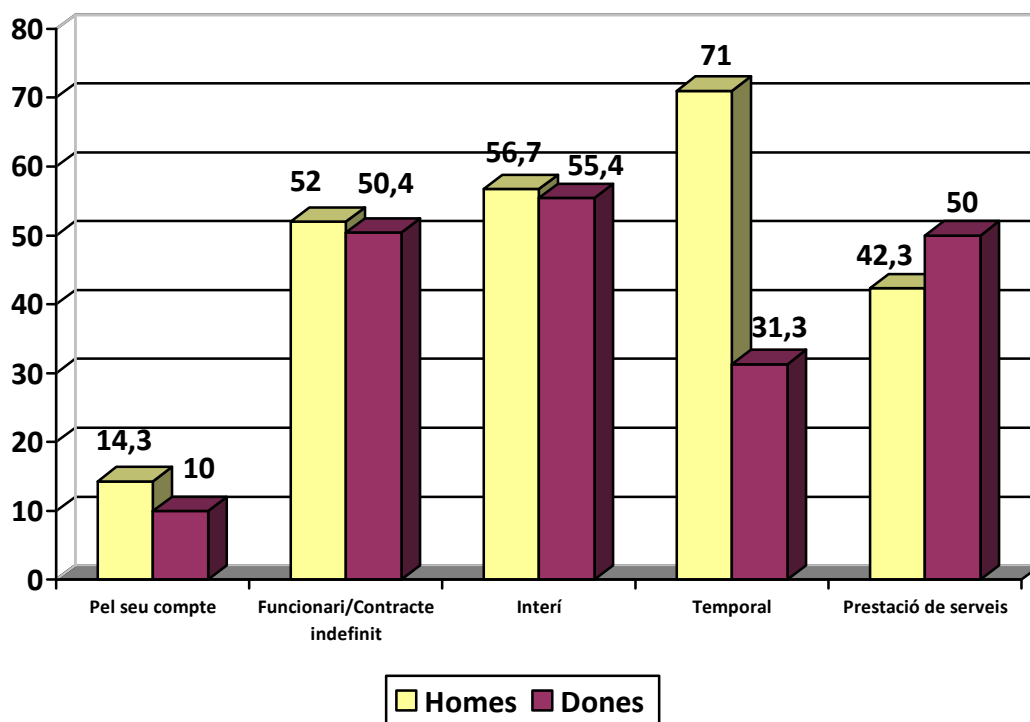


Fig. 2. Prevalença d'insatisfacció amb les condicions de treball segons el tipus de relació laboral i el sexe. Fundació Galatea, 2007



2.2.2. La falta de conciliació familiar com a factor de risc

La progressiva feminització de la professió mèdica és un fet que ha anat consolidant-se en els darrers anys, fins el punt de que una mica més de la meitat de metges en exercici són dones i aquestes constitueixen gairebé la meitat dels exercents menors de 50 anys¹⁰ (*Figures 24 i 26*).

Respecte a la reivindicació de poder compatibilitzar l'àmbit professional amb el familiar, aquesta es troba molt present en la posició cultural dels metges joves, inclús sense massa distinció entre gèneres. De fet, aquesta reivindicació ha suposat un canvi social molt important, però és especialment significatiu en la professió mèdica, per quant està significat una autèntica ruptura amb el pensament tradicional, en la que la vocació també se significava com que un era metge totes les hores del dia i amb tota la disponibilitat personal, i la família no només havia de conformar-se i adaptar-se, sinó que, inclús, havia de sentir-se orgullosa. Probablement l'explicació del fenomen tan específic en la professió mèdica cal trobar-lo també en el fet de que la immensa majoria de metges joves són

assalariats i també en que són molts els casos en que ambdós membres de la parella són metges.

En l'actualitat, el distress personal que genera per les dificultats per poder portar a terme una òptima conciliació, especialment en poblacions de metges joves, i de forma singular, les metgesses, és notable. En el següent capítol seran analitzades.

D'altra banda, també sembla que la incidència de distrés és més alt entre matrimonis en els que ambdós cònjuges són metges en comparació als mixtes, en que un dels dos no és metge¹¹.

En l'àmbit de la salut reproductiva, diversos estudis mostren indicadors de majors problemes en comparació amb la població general i de la mateixa classe social. Malgrat les dificultats, una majoria de metgesses han optat per la maternitat compatibilitzant-la amb l'exercici. Aquesta dada és significativa per quant supera a la de la resta de poblacions comparades.

2.2.3. Els estils de vida

Diversos estudis⁴ han mostrat que els metges, i en funció del sexe, tenen estils de vida més saludables i taxes de mortalitat més baixes que la població general, inclús quan se'ls compara amb persones de la seva mateixa posició socioeconòmica. Aquest fet està especialment ben documentat, per exemple, en l'aspecte relacionat amb el consum de tabac (*Taula 1*).

Taula 1. Consum de tabac metges en comparació amb població general. Fundació Galatea, 2007

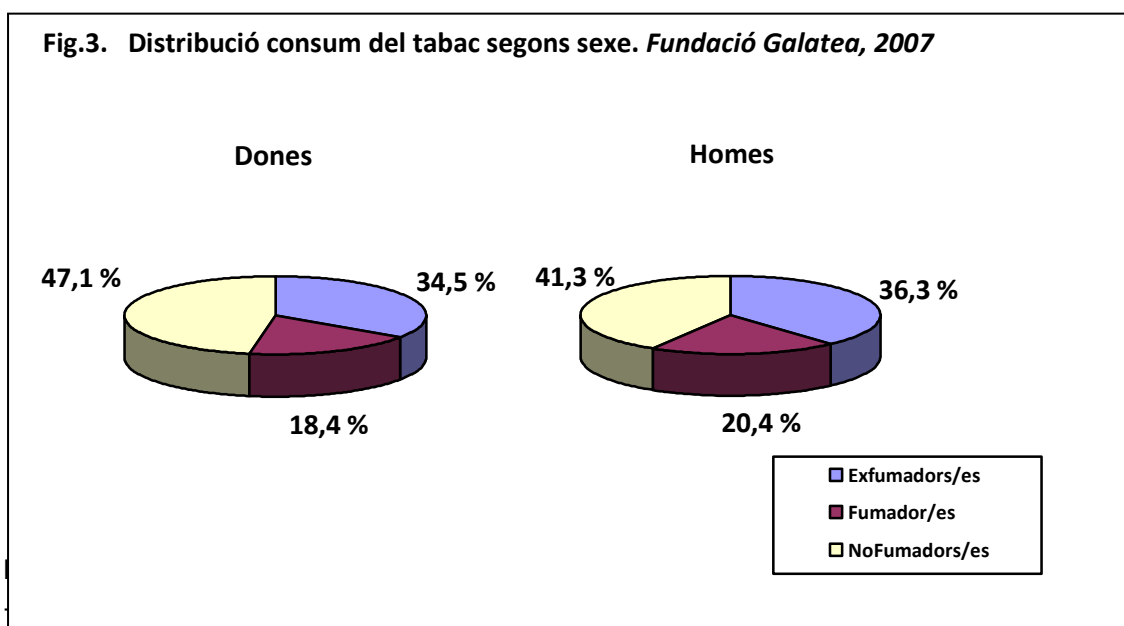
	Personal mèdic		Població ocupada a Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Consum de tabac	20,4	18,4	43,8	33,7	35,4	44,5

A més, les conductes dels metges relacionades amb la salut semblen afectar a les actituds davant els pacients i la seva motivació per canviar el seu estil de vida. El 1984 es va publicar un estudi marc en aquest sentit, que va posar de manifest que els consells donats als pacients refallaven en gran mesura les creences i comportaments relacionats amb la salut dels propis professionals.

D'altra banda, un estudi publicat el 2011, realitzat entre 2583 metges d'atenció primària a Espanya¹² revela que la majoria d'aquests metges es considera coherent amb el que recomana als seus pacients i creuen que això es tradueix en un més gran acompliment i adherència als tractaments i intervencions preventives, incrementa la credibilitat del professional i fomenta el tracte i la relació amb els pacients.

L'estudi realitzat per la Fundació Galatea sobre els estils de vida dels metges⁴ mostra que la majoria d'aquests practicava amb regularitat més de 90 minuts d'activitat física, malgrat que una tercera part mantenia un estil de vida sedentari. I a qualsevol edat, la població de metgesses mantenia un estil de vida més saludable.

Respecte als hàbits tòxics, com el cas de l'alcohol, en el mateix estudi s'observa uns nivells més baixos de consum respecte a la població general i a la de la seva classe social, malgrat que aquestes dades són probablement qüestionables, atenent a l'alt grau d'estigmatització existent entre el col·lectiu mèdic i la tendència a la infravaloració del problema, en cas d'existir. En canvi, és significatiu el baix percentatge de no fumadors, un 19 %, respecte a la població de la mateixa classe social, aproximadament un 40 % (*Taula 1*). Malgrat lleugeres diferències per sexe, no s'observà que aquestes fossin significatives (*Figura 3*).



de 6 hores diàries. I els homes, en general, solen dormir menys. Això és especialment important, per quant la privació de son podria fer augmentar el

percentatge d'errors mèdics, i condicionar també el benestar físic i psicològic, que es pot traduir en major estrès, insatisfacció i, inclús, depressions.

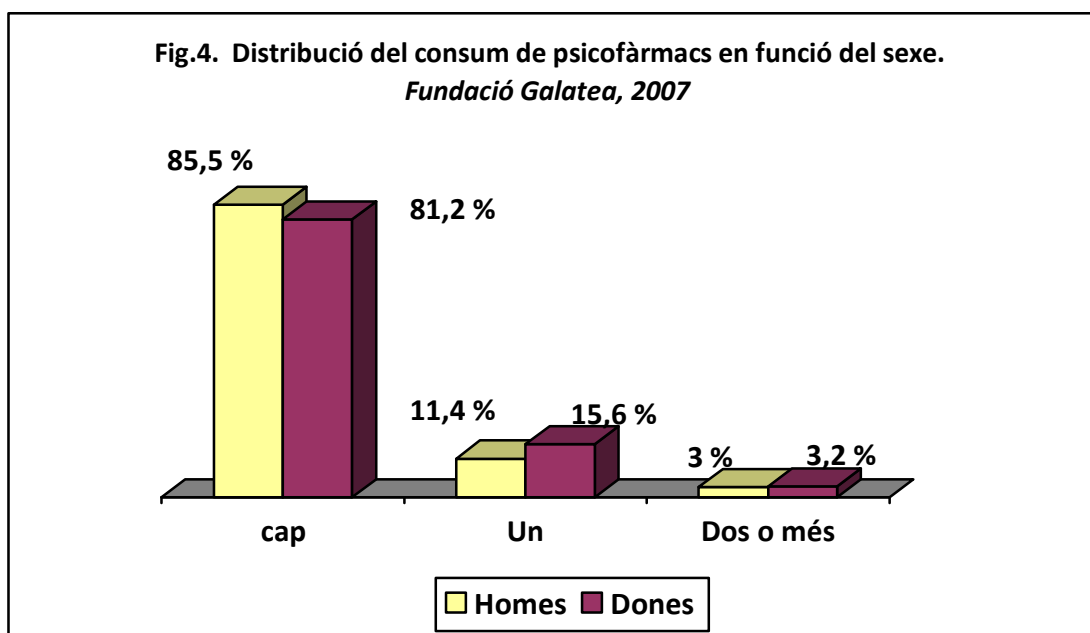
2.2.4. La utilització dels serveis sanitaris i consum de medicines

Tal i com ja em referia en el capítol anterior, de tots és ben coneguda la paradoxa de que els professionals de la medicina no tenen la mateixa cura de la seva pròpia salut que de la dels seus pacients. La importància de la salut dels metges i les metgesses, tant la física com la relacionada amb l'equilibri psicològic i afectiu, és fonamental per poder oferir als ciutadans una atenció de qualitat i evitar, així, alguns errors i situacions de mala praxi.

La majoria dels estudis consultats sobre la utilització dels serveis sanitaris per part dels metges posen de manifest que aquests professionals utilitzen molt menys els serveis sanitaris formals que la població general. L'opció més freqüent és la consulta informal als companys o persones del treball i l'autoprescripció. En el nostre entorn, l'estudi promogut pel Col·legi de Metges de Barcelona l'any 2000² va mostrar que un alt percentatge de metges no tenia una història clínica oberta (48 %), un 47 % no realitzava les revisions de salut periòdiques que oferia el centre de treball, i més de la meitat (52 %) no seguia les instruccions del professional que havia consultat; un altre resultat impactant és que un 82 % s'automedicava. Aquest estudi assenyalava en les seves conclusions que "una elevada proporció de metges adopta actituds inadequades en relació amb la cura de la seva salut, el que fa recomanable una reflexió en la pròpia professió sobre la necessitat de canviar aquests comportaments".

En l'estudi de la Fundació Galatea confirma que una gran part dels metges no tenen un metge de capçalera al que pugui consultar quan tenen problemes de salut.

En l'apartat de consum de fàrmacs és molt important la conducta autoprescriptora dels metges, sobretot d'analgèsics i antiinflamatoris, especialment per part de les dones. I un 16.8 % de les persones que foren enquestades en aquest mateix estudi va contestar que en les tres setmanes prèvies havia consumit psicofàrmacs: hipnòtics, tranquil·litzants i antidepressius, destacant lleugerament el consum dels segons. La gran majoria havia pres només un fàrmac, però aproximadament un 3 % n'havia utilitzat dos o més d'aquesta categoria (*Figura 4*).



2.2.5 Un nou fenomen: el "presentisme"

Definit en anglès com a *preseteeism*, un concepte que alguns investigadors recentment han encunyat cridant l'atenció com a comportament anòmal dins el col·lectiu dels professionals sanitaris en contraposició a l'absentisme. Efectivament, el britànic RM Preece, ha definit el *presenteeism* (caracteritzat per un comportament d'un treballador quan va a la feina contravenint les recomanacions realitzades pel seu metge) com un fenomen a l'alça, especialment entre els metges, alertant sobre les seves conseqüències¹³. En el seu treball refereix que alguns estudis recents mostren que 1/3 dels metges i de les infermeres treballen quan no ho haurien de fer a causa de trobar-se malalts i, al menys, la meitat aquesta situació els afectava la seva capacitat, observant-se efectes negatius tant per a la seva salut com en termes de productivitat. En l'estudi de referència, s'observa que un 26 % dels professionals de la salut presentaven aquest comportament i el 85 % dels General Practitioners i dels professionals d'hospitals s'havien presentat malalts alguna vegada a la feina. Molt probablement, factors subjacents com la hiperresponsabilitat, la minimització dels problemes físics de salut estan en la base d'aquest comportament, però, sens dubte, per les circumstàncies i característiques descrites esdevé també un factor de risc de mala praxi.

2.2.6. Personalitats premòrbides

Sense que puguin ser catalogades com a causes, existeixen altres factors predisponents. Concretament, els factors genètics i bioquímics com a elements que incrementen el risc de desenvolupar una conducta addictiva. En aquest sentit, s'ha observat en algun estudi que en una majoria de metges amb addicció o abús als opioides hi havia una història familiar d'abús a substàncies¹⁴.

Però tots els estudis realitzats confirmen una considerable associació entre addicció i altres psicopatologies. Una revisió realitzada el 1991¹⁵ va objectivar la presència de trastorns de la personalitat en un 57 % dels casos estudiats. I en un altre estudi realitzat el 1984 sobre metges en tractament en un programa específic per consum d'alcohol/drogues, un 5,9 % tenien una diagnòstic psiquiàtric previ¹⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. *Paice E, Rutter H, Etherell M, Winder B, McManus I C.* Stressful incidents, stress and coping strategies in the preregistration house officer year. *Med Educ* 2002 36:56-65
2. *Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J i Carbonell J.* La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clínica* Vol 117 n 13: 492-494.
3. *Frank E.* Physician Health and patient care. *JAMA* 2004 4; 292:637
4. *Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M i Valls C.* Salut, gènere i exercici professional. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Informes i estudis. Fundació Galatea, 2007
5. *Stanton J, Caan W.* How many doctors are sick ? *BMJ* 2003; 326:S97
6. The Missue of alcohol and other drugs by doctors. A report of the working group on the missue of alcohol and other drugs. British Medical Association, 1998.
7. *Alonso Fernández F.* Morbilidad psiquiàtrica en los profesionales sanitarios. *Hispalis médica* 1988;45:199-213
8. *Aasland OG, Ekeberg O, Scweder T.* Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259-65
9. *Arrizabalaga P, Vall C.* Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc).* 2005;125(3):103-7.
10. Demografia col·legial. Col·legi de Metges de Barcelona, 2010.
11. Study on surgeon-surgeon marriages. *J Am Coll Surg* 2010;304(11):1181-1190
12. Estudio CHABS. Evaluación de la salud cardiovascular, entorno socio-sanitario y conductas preventivas de los médicos de AP de centros de salud del SNS. Elaborado por semFYC, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Chopra S, Stoile W, Stoile MO. Physician Burnout. *JAMA* 2004; 291:633
13. *Preece R M.* Pressure to wort through periods of short term sickness. *BMJ* 2011; 342:d3446 doi:10.1136/bmj.d3446 Editorial.
14. *Merlo LJ, Goldberg BA, Kolodner D et al.* Fentanyl and Propofol exposure in the operating room: Sensitization hypotheses and further data. *J Addic Dis* 2008;27(3):67-76.
15. *Nace EP, Dawis CW, Gaspari JP.* Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry* 1991; 148:118-120.
16. *Udel MM.* Chemical abuse/dependence: Physicians' occupational hazard. *J Med Assoc Ga* 1984;73-775-778.

Capítol 3

Tipus de trastorn mental i d'addicció en els metges

“La maladie d'un medecin est un grand scandale”

Montaigne

3. Tipus de trastorn mental i de substàncies addictives en els metges

3.1. Circumstàncies afavoridores

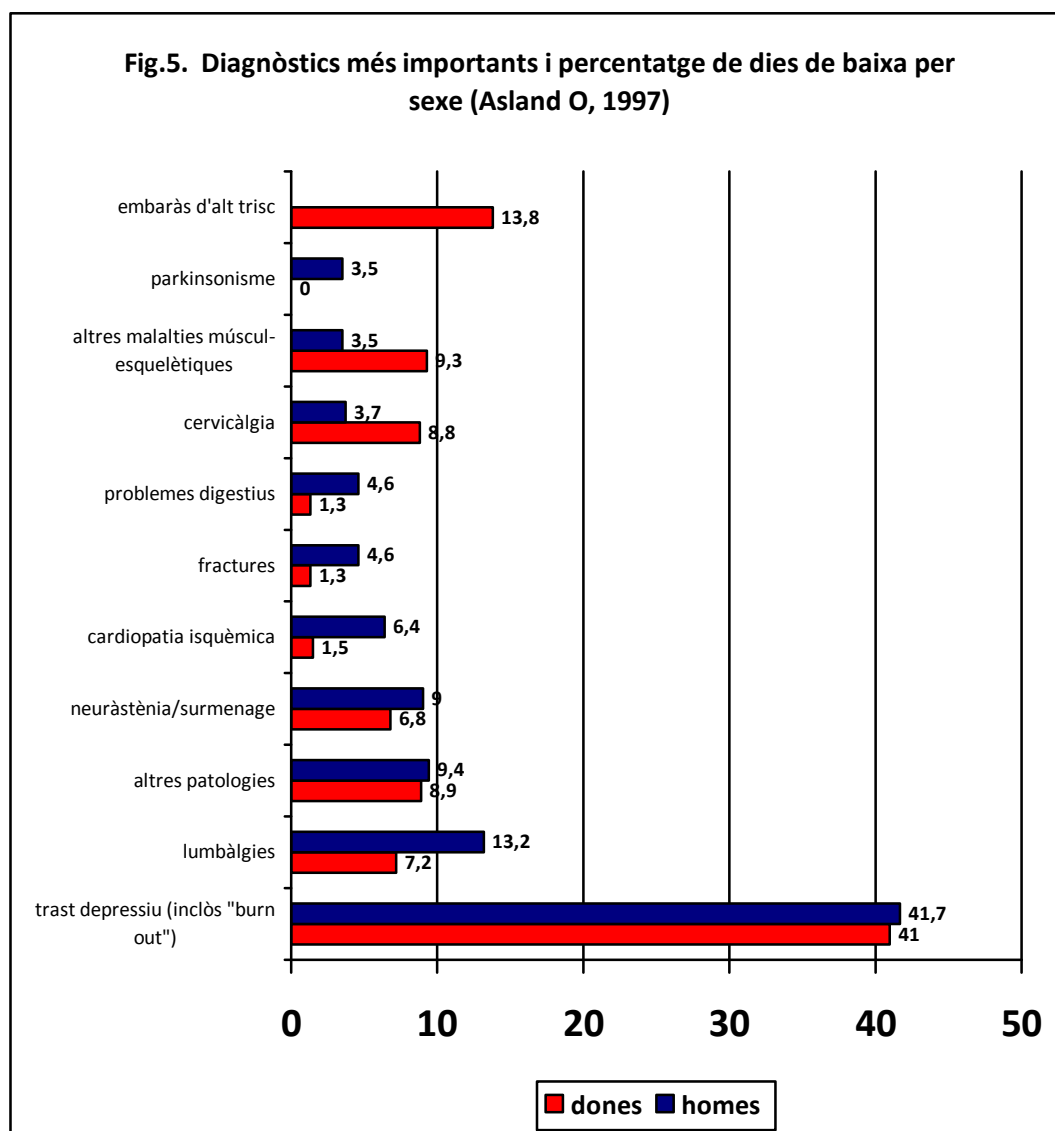
Com hem vist en el capítol anterior, hi ha una sèries de circumstàncies personals – individuals- i d'altres relacionades amb el mateix exercici que poden ser invocades com a afavoridores o de risc en la gènesi d'un metge malalt.

En un article publicat en el *Medical Journal of Australia* el 1998¹ es relacionaven els següents factors de risc en la població mèdica relacionats amb l'exercici¹:

- estrès en el període de formació acadèmica
- nivells alts de responsabilitat
- sobrecàrrega alta de treball
- necessitat de reciclatge continu
- cansament emocional al tractar a pacients greus
- facilitat d'accés a les substàncies psicotròpiques
- presència, sovint, de l'anomenada "personalitat vulnerable".

La personalitat vulnerable (o de baixa resiliència) seria aquella que té dificultats per adaptar-se a condicions desfavorables i inclouria algunes de les següents característiques: perfeccionisme excessiu, alt nivell d'autoexigència, elevades aspiracions de desenvolupament professional, aplaçament continuat de gratificacions personals, pocs recursos personals per a afrontar l'estrès, hipocondria, narcisisme, autoestima vulnerable (excessiva dependència de la valoració del altres) i dificultats en les relacions socials².

Aquest conjunt de circumstàncies donen lloc no només a símptomes psicopatològics, sinó també a altres patologies, tal i com assenyala el noruec Aasland en un article publicat el 1998 sobre la relació de queixes de salut i l'estrès percebut en el treball. En aquest estudi (*Figura 5*) la principal causa de dies de baixa en els metges foren els símptomes depressius, inclosos el *burn-out*, seguit de les molèsties lumbars³.



Un dels factors més freqüentment invocats com a risc en els professionals sanitaris és l'automedicació. A la província de Victòria, Austràlia l'automedicació dels professionals sanitaris està regulada per llei. Això significa que, des del punt de vista legal, existeix la prohibició explícita d'autoprescripció en aquest territori. Això ha donat lloc a alguna publicació com la de Rosvold i Tyssen⁴, en la que es reflexiona sobre aquest tema. Si bé l'article mencionat és un fet de que l'autoprescripció en els metges és molt freqüent (més del 80 %), les taxes de metges malalts no és ni molt menys tan elevada. D'altra banda, l'autoprescripció no és solament una causa de deteriorament en el metge, sinó un símptoma de la poca cura de la seva pròpia salut, que retarda el diagnòstic i el tractament correctes. Si bé és cert que la prescripció ha de fer-se només després d'un examen

mèdic objectiu, només aleshores l'autoprescripció podria considerar-se il·legal. Tot i així, la legislació sobre l'autoprescripció no és possible que elimini el risc dels metges d'obtenir i abusar de substàncies. Donat que l'autoprescripció és tan habitual en metges homes com en metges dones^{5,6}, podríem concloure que s'ha d'incrementar la promoció de la salut en tot el col·lectiu mèdic i alertar-lo del risc de l'automedicació. Aquesta alerta caldria traslladar-la ja durant els anys de formació en les Facultats. Un estudi realitzat per la Fundació Galatea durant els anys 2010-2011 (pendent de la seva publicació) entre una mostra d'estudiants de medicina de 4rt curs revela, a banda d'un alt nivell molt elevat de patiments psicomeocional –superior al de la població d'estudiants del seu nivell- un taxa d'autoconsum de medicaments també massa elevada (especialment d'analgèsics i psicofàrmacs).

En realitat, la idea del metge malalt està poc analitzada en la professió, probablement pel rebuig conscient o inconscient del metge a fer de pacient. S'invoquen algunes raons per poder explicar aquesta actitud i que ja han estat referides.

La por a la malaltia i al patiment afavoreix l'actitud de no valorar adequadament símptomes que en un pacient normal adquirien major rellevància. Però la por a la falta de confidencialitat que pot comportar-li dificultats en la relació amb els seus col·legues i els seus malalts i els "inconvenients" derivats de la pròpia condició de malalt podrien constituir, en realitat, les raons de més pes⁷.

Un important percentatge de metges decideix fer de metge de sí mateix quan es troben malament. A banda de les raons exposades amb anterioritat, s'afegeix el fet de que sovint, el metge posa en qüestió les recomanacions que rep d'un col·lega i no seguir-les si no coincideixen amb el seu propi criteri⁸.

Per si fos poc, més notable és l'actitud negativa o abstencionista dels metges davant les revisions periòdiques de salut o davant les recomanacions preventives, en general⁶.

La prevalença de trastorns crònics es semblant a la de la població de la mateixa classe social, amb alguna excepció, com la presència de major sobrepès i diabetis en els metges homes.

Hi ha una coincidència generalitzada entre diversos estudis^{5,9} en l'alta prevalença de malestar psicològic, patiment, sobretot en les dones, significativament superior en comparació al de la població de la seva mateixa classe social i, en especial, entre la població mèdica menor de 45 anys.

3.2. La medicina, una professió amb riscos psicosocials

Com ja s'ha assenyalat anteriorment, l'exercici de la medicina comporta un nivell important d'estrès laboral. Les causes d'aquest estrès son diverses i inclouen aspectes institucionals, assistencials, polítics i personals. Així, les hores de dedicació, la pressió assistencial, l'existència de conflictivitat familiar, la manca o la privació d'hores de son, les dificultats del dia, la incapacitat pel maneig de les situacions límits, són causes invocades, especialment en l'època de residència i que poden afavorir a una pèrdua d'autocura d'un mateix, a l'automedicació, tenint en compte el fàcil accés a substàncies tòxiques, etc. Identifiquem aquestes causes:

Taula 2. Factors relacionats amb la feina

Període formació llarg
Necessitat d'actualització contínua dels coneixements
Contacte amb situacions emocionalment impactants

Taula 3. Factors relacionats amb l'individu

Elevada exigència i autocrítica
Falta de recursos individuals per enfrontar-se a les situacions
Poc temps per gaudir d'activitats lúdiques i recreatives
Relacions familiars empobrides

Taula 4. Factors relacionats amb l'organització

Increment constant de la pressió assistencial
Increment constant de les tasques burocràtiques
Allunyament de la presa de decisions assistencials que després afecten la pràctica clínica
Poc suport i supervisió clínica, poc treball en equip
Poc control de les condicions de treball

Taula 5. Factors socials i polítics
Increment del nombre de queixes i denúncies i litigis contra metges
Major control polític sobre el treball dels professionals
Pressió del mitjans de comunicació
Increment de les expectatives de la població

3.3. Tipus de trastorn mental i de substàncies addictives

No es coneixen les xifres amb exactitud, tot i que hi ha abundant bibliografia sobre una prevalença major de l'esperada per als trastorns addictius i alguns trastorns psicopatològics en la professió sanitària.

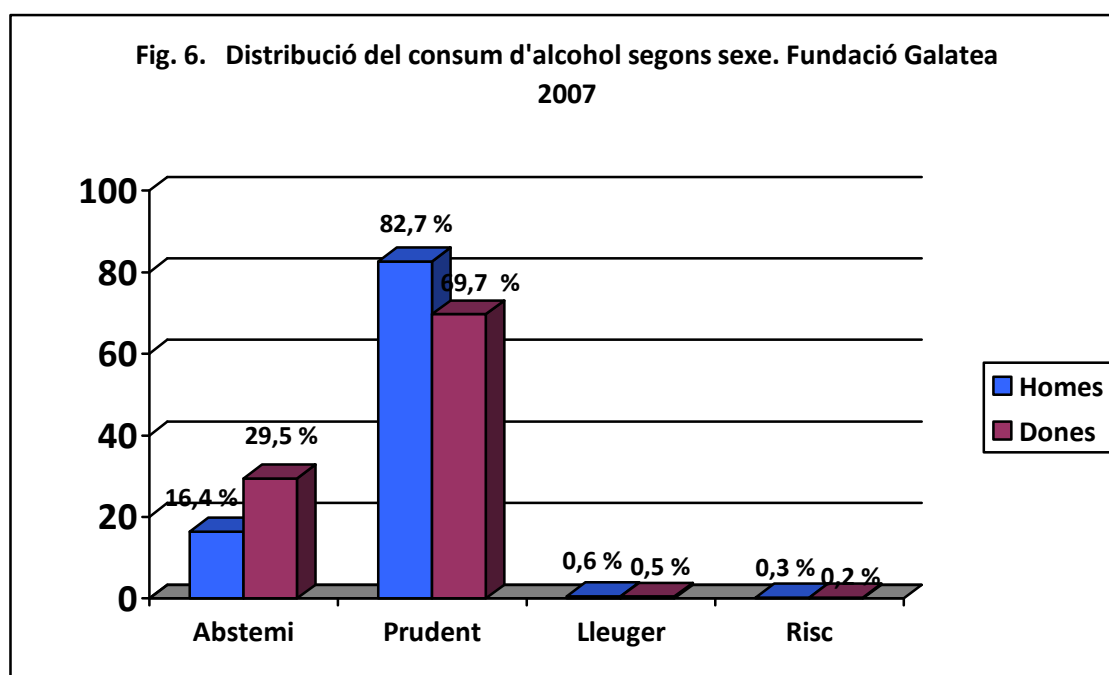
En un estudi en què s'avaluava a professionals sanitaris del National Health Service (NHS) els metges tenien en comparació amb la població general una major prevalença de trastorns psiquiàtrics menors (26.8 % vs 17.8 %)¹⁰.

En el mateix estudi, la prevalença actual de trastorns depressius entre els metges és d'un 10-12 % i 1 de cada 15 patirà algun problema de dependència a l'alcohol o a altres tòxics en llarga de la seva vida professional, estimada en uns 40 anys. I el 5% dels sanitaris en llarg de la seva vida professional posaran en risc la seva pràctica a causa d'aquests trastorns.

Tot i que alguns estudis assenyalen que les taxes d'alcoholisme són similars a les de la població general i que el consum de drogues inclús és inferior, l'ús de benzodiacepines i opiàcis és superior. La major prevalença de trastorns per consum de substàncies en els professionals sanitaris en comparació amb la població general és atribuïble en gran part a la facilitat d'accés a les substàncies d'abús i a l'elevada incidència d'autoprescripcions i autotractaments dels professionals sanitaris que arriba fins els 80 % en el nostre medi¹¹. D'altra banda, la major incidència de psicopatologia i consum d'alcohol en alguns professionals en concret com els que treballen en el camp de la salut mental o les addiccions es pot deure (dificultats per al maneig de pacients potencialment violents, manca de recursos, responsabilitat sense autoritat, manca de disponibilitat de llits hospitalaris i sobrecàrrega laboral entre altres circumstàncies)¹².

Entre els trastorns addictius que trobem en els metges, el consum d'alcohol és el més prevalent entre totes les especailitats i la seva presència és consistent i es manté en llarg del temps¹³. En un estudi realitzat en residents anglesos per Birch i cols el 1998¹⁴ es va trobar que només el 6 % era abstemi i 1 de cada 10 mostraven un consum d'alt risc, tot i que el més cridaner de l'estudi era que 1 de cada 5 residents anglesos presentava "binge drinking" (beure per emborratxar-se). Un altre estudi, també anglès, realitzat per Firth-Cozens¹⁵ en una mostra de 318 estudiants de medicina de 4rt any, avaluats durant l'època d'estudiant, en acabar l'especialitat i després de 8 anys va observar el següent: el 65 % de la mostra bevien com a estratègia per afrontar l'estrès i un 11 % reconeixien que consumien alcohol "amb freqüència". El més destacat d'aquest estudi és que els patrons de consum eren consistents en llarg del temps amb una correlació de 0.42 entre els nivells de consum en llarg dels 8 anys. És a dir, que el consum d'alcohol en el metge deixat a la seva evolució tendeix a augmentar amb el temps.

L'estudi de la Fundació Galatea⁵ va mostrar els següents resultats respecte al consum d'alcohol (*Figura 6*).



D'altra banda, el risc de no tractar els trastorns mentals com els addictius en els metges pot portar al desenvolupament de patologia dual. Així, és freqüent que un professional sanitari amb un trastorn afectiu que s'automedita acabi desenvolupant un trastorn addictiu (a psicofàrmacs o alcohol) i viceversa: un metge amb problemes d'alcohol que evita sol·licitar ajuda té una alta probabilitat de

desenvolupar un problema psiquiàtric. Aquesta observació està sent cada vegada és més invocada, com ho indica un estudi-revisió realitzat el 2008 per Ethan O. Bryson¹⁶.

Un estudi publicat sobre l'evolució del diagnòstic en llarg de deu anys en els metges que sol·liciten ajuda en el programa per a sanitaris de Chicago mostrà que el percentatge de metges amb patologia dual canvia significativament entre els atesos en els anys 80 i els 90, essent el percentatge de pacients amb patologia dual en aquest últim grup un 20 % més gran (és a dir, va passar d'un 40 a un 60 %). Els diagnòstics que formaven la patologia dual amb més freqüència eren la dependència d'alcohol per un costat i els trastorns d'ansietat i depressius, i en l'eix II, el trastorn narcisista de la personalitat¹⁷.

D'altra banda, també s'observen diferències en funció de les substàncies d'abús, com, per exemple, el cas del fentanil, usada en el 94,4 % per anestesistes o cirurgians¹⁸. Psiquiatria i medicina d'urgències apareixen com a àmbits amb major prevalença de consum d'alcohol, i la primera on més s'empren benzodiacepines. I mentre en els metges de família i els ginecòlegs l'ús d'opiacis té una moderada prevalença, són els opiacis majors els més prevalents entre anestesiolòlegs i urgenciòlegs¹⁹.

Suïcidi

S'observa també la major morbi-mortalitat del suïcidi en els metges en comparació amb la població general. No és l'objecte la seva anàlisi en aquesta tesi, però és un fet evident la gran prevalença entre la professió mèdica. No existeixen estudis epidemiològics fiables al nostre país que ens permetin fer tampoc una comparació amb la població general, probablement raons de tradició de la nostra cultura d'ocultació d'aquesta conducta podria invocar-se com a causa d'això. Un estudi-cas control realitzat el 1987 per l'*American Medical Association* i l'*American Psychiatric Association* sobre metges homes morts per suïcidi versus aquells morts per causes naturals va revelar que els metges morts per suïcidi tenien més malalties cròniques (mentals i físiques), més consum d'alcohol (34 % vs 14 %), s'automedicaven més (56% vs 22 %), tenien més intents previs de suïcidi (34 % vs 6%) i ingressos psiquiàtrics (33 % vs 7 %). A més, els metges morts per suïcidi referien en comparació amb els morts per causes naturals una menor satisfacció en el treball i actituds més crítiques, amb menys amics i més preocupacions econòmiques.

Un altre estudi més recent, publicat el 2011 per l'American College of Surgeons considera que el suïcidi entre metges és una causa desproporcionada de mort²⁰. A Europa, els països escandinaus sí han fet alguna publicació al respecte, destacant els estudis d'Aasland²¹. En la mateixa línia, Crawford²² també va evidenciar que la prevalença més gran de suïcidi en metges respecte a la població general (*Taula 6*).

Taula 6. Comparativa de prevalença de suïcidi entre metges i població general. Michael Crawford 2003.

	<i>Trast mental</i>	<i>Depressió</i>	<i>Suïcidi</i>	<i>Abús drogues(*)</i>
<i>Població general</i>	15 %	5%	6/100.000	5 %
<i>Doctors</i>	28 %	10 %	15/100.000	15 %

Algunes especialitats semblen mostrar una major vulnerabilitat, com és el cas d'anestesistes o els professionals que treballen en salut mental. Entre aquests darrers, la incidència de trastorns depressius i el consum d'alcohol és més gran que en la resta dels professionals sanitaris, essent la taxa de suïcidi entre els psiquiatres el doble que en la resta d'especialistes²³.

Un autor nordamericà, B. M. Shanon, relata els factors de risc més importants de suïcidi entre metges: trastorn de conducta tipus A (Cluster), excés d'esperit crític cap ells mateixos o els altres, canvis d'humor freqüents, situació de divorci, separació o viure sol, abús de substàncies, patir malalties cròniques, automedicació, possessió d'armes de foc. La taxa de suïcidi, segons el mateix autor, és un 40 % superior en metges que en homes de la població general, però en el cas de les metgesses aquest percentatge es situa en un 130 % respecte a les dones de la població general. En aquest sentit, un estudi posterior realitzat entre població mèdica femenina identificava els factors estressants que incrementen la taxa de suïcidi entre aquest grup de metges i els factors protectors²⁴.

Si situem la mort relacionada amb una sobredosi fatal, la seva freqüència és elevada, segons els estudis, entre el 7-18 % entre els metges amb addicció a substàncies²⁵.

Finalment, cal destacar que els errors en la praxi contribueixen a llevar l'estrès del metge, havent-se identificat com a causa dels riscs no només de depressió o d'abús de substàncies, sinó inclús de suïcidi²⁶.

3.4. Detecció

A banda de la simptomatologia pròpiament mental, clarament relacionada amb el malestar psicològic, alguns autors⁵ defensen que la presència d'algun símptoma físic com el dolor i/o el cansament de llarga durada poden ser l'expressió somàtica, a voltes la primera o l'única, d'un trastorn mental. Les dorsolumbàlgies, per exemple, motiu freqüent de baixes laborals i invalideses poden estar estretament relacionades a malalties somàtiques o degeneratives, però també a la sobrecarrega física i emocional, i a les condicions dels treballs remunerats i del treball domèstic. I associat amb això s'hi troba el consum d'analgèsics i antiinflamatoris. Aquest fenomen, més present en les metgesses, pot constituir un senyal d'alarma que identifiqui un professional malalt o en situació de risc.

Sovint, la detecció d'un metge malalt no és fàcil, per quant per les seves característiques poden arribar a ocultar durant molt temps els seus problemes i perquè, a voltes, les circumstàncies vitals i professionals ho poden dificultar més (situació familiar precària, entorn social empobrit, treballar sol, etc.). Amb tot, hi ha una sèrie de signes que poden cridar l'atenció d'un tercer (observador):

- Problemes legals
- Canvis d'humor freqüents
- Problemes familiars
- Problemes de salut i baixes freqüents
- Irritabilitat
- Pèrdua d'autocura/higiene, deixadesa
- Aïllament progressiu
- Comportament imprevísible
- Accidents freqüents
- Problemes econòmics

En l'àmbit laboral podem trobar altres signes d'alerta:

- Absències inexplicables

- Incompliment d'horaris laborals
- Errors mèdics
- Autoprescripció
- Negligència de responsabilitats
- Fetor alcohòlic
- Tremolor inexplicable
- Conflictes amb els col·legues
- Disminució de la productivitat
- Falles en les respostes o lentitud per respondre preguntes
- Balbucejar
- Deteriorament en el rendiment del treball
- Queixes de pacients i/o companys
- Presència inesperada
- Rondar en hores inusuals
- Prescripció inadequada de grans dosis de narcòtics
- Increment de l'ús del servei (WC)

D'altra banda, els signes o símptomes en els que hom pot sospitar que pateix aquesta condició per la seva presència continuada i/o associada són:

- quan familiars o amics recomanen que busquis ajut
- davant l'abús de menjar o drogues o alcohol
- trobar-se deprimat i/o ansiós
- trobar-se exhaust
- cefalees
- disfuncions gastrointestinals
- sentir-se infeliç
- irritabilitat augmentada
- alteracions en el ritme del son
- anhedònia
- abandonament i negligència respecte als pacients
- negligència i abandonament respecte a un mateix

D'una manera esquemàtica, la Professora Elisabeth Paice, del deganat de la Universitat de Londres, va descriure una compilació de comportaments que mostren els principals signes a tenir en compte (de fet, són una aportació similar i actualitzada a la que Talbott, Angres i Bettinardi-Angres ja van descriure amb

anterioritat²⁷⁾ i que poden ajudar a objectivar la presència de psicopatologia i que es detallen a la *Taula 7*.

Taula 7.

Comportament	Exemples
Rigidesa	Dificultat per reconèixer quan s'han de llimar aspreses Abstenir-se de comprometre's Dificultat per prioritzar Problemes en el tracte amb ambigüitat i incertesa
Ràbia continguda	Brots amb col·legues Discussions amb infermeres Confrontacions inapropiades amb pacients Denúncies i contradenúncies
Desaparició en l'acte mèdic	Arribar tard, marxar aviat Excessives baixes per malaltia Estar-se al lloc del treball però no localitzar-lo "Busca" perdut o espatllat Demanant als col·legues per poder dormir una hora No ser localitzat en una necessitat
La síndrome del by-pass	Pacients demanant per veure un altre metge Infermeres cridant primer un metge sènior Metges joves o residents acudint a veure el cap, al marge o darrera del metge Rebuig dels companys a fer el servei amb el metge
Presa de decisions pobra/judici empobrit	Inseguretat a l'hora de prendre un procediment Pèrdua de confiança en les pròpies decisions/judicis Decisions preses per evitar confrontacions o Prenent altres decisions que les que s'han de prendre Decisions preses amb poca claredat i raonabilitat No saber quan seguir una recomanació o abstenir-se de seguir-la Fallar en el reconeixement de les pròpies limitacions/demanar ajuda als altres Fer judicis precipitats sense considerar els fets

El que en la pràctica resulta fonamental és com actuar quan hom detecta o té la certesa de que un metge presenta els signes i/o símptomes abans relatats i que el poden orientar sobre una situació d'excés d'estrés, depressió o altra psicopatologia, associada o no a una conducta addictiva a l'alcohol o altres drogues. Perquè, en general, la majoria de metges, amb independència de l'edat, sexe o altra condició són proclius a atorgar a un col·lega el benefici del dubte en la negació d'aquest davant un comportament irregular. En part per 'solidaritat' professional, de preveure les conseqüències negatives d'un procés disciplinari, o perquè no se

senten capaços d'actuar o, simplement, perquè enfrontar-se al problema pot ser pitjor perquè els abocarà a la pèrdua del que hauria estat "un bon metge".

Firth-Cozens²⁸ assenyala que hi ha pautes de maneig descrites a la literatura sobre els moments en els que els individus mostren un estat de fortaleza exagerada davant situacions d'estrès i que cal saber identificar:

- quan la confiança i l'autoestima es converteixen en arrogància i grandiositat
- quan l'escrupolositat es converteix en dependència a la feina
- quan la prudència es converteix en obsessió o excés de cautela
- quan l'encant es converteix en manipulació
- quan l'astúcia es converteix en cinisme

Pot ser difícil explicitar els dubtes, perquè tots ells poden ser infundats, però quan hom té la seguretat de que hi ha quelcom que és inadequat en l'actuació d'un col·lega, l'actuació correcta passa per actuar aviat i "no deixar podrir" la situació.

BIBLIOGRAFIA

1. *Douglas RM, Sibthorpe BM.* General practice Stress: winds of change buffet general practitioners. *Med J Aust* 1998 August, 169: 126-127.
2. *Riley GJ.* Understanding the stresses and the strains of being a doctor. *MJA.* 2004;1981:350-3
3. *Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H.* Health complaints and job stress in Norwegian physicians. The use of an overlapping questionnaire design. *Social Science and Medicine* 1997; 45(11):1615-1629.
4. *Rosvold E, Tyssen R.* Should physicians self-prescribing be restricted by law ? *The Lancet.* 2005 Apr 16-22;365 (9468): 1372-4
5. *Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M i Valls C.* Salut, gènere i exercici professional. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Informes i estudis. Fundació Galatea, 2007.
6. *Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø.* Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Medicine.* 2005;3-16
7. *Paice E, Rutter H, Etherell M, Winder B, McManus IC.* Stressful incidents, stress and coping strategies in the preregistration house officer year. *Med Educ* 2002;36:56-65
8. *Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J i Carbonell J.* La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med. Clínica* 2000 Vol 117 n 13:492-494
9. *Frank E.* Physician Health and patient care. *JAMA* 2004 4;292:637
10. *Wall TD; Bolden RI, Borril CS, Carter AJ, Golya DA, Hradý CE, Haynes CE; Rick JE, Shapiro DA, West MA.* Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br j Psychiatry* 1997; 171: 519-523
11. *Stanton J, Caan W.* How many doctors are sick ? *BMJ Career Focus* 2003; 326:97
12. *Rabin S.* Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychology* 1999; 72: 159-169.
13. *Strang J et al.* Health care professionals referred for treatment of alcohol and drug problems. *Alcohol and alcoholism* Vol 36, Issue 2, pag 160-164.
14. *Birch, D., Ashton, H. and Kamali, S. (1998)* Alcohol, drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in North East England. *Lancet* 352, 785
15. *Firth-Cozens J.* New research on Stress in Doctors. Personal Communication, 2003
16. *Ethan O. Bryson.* Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology,* 2008 November;109(5):905-917.

17. *Angres D H, McGovern MP, Shaw M, Rawal P.* Psychiatric comorbidity and physicians with substance use disorders: a comparison between the 1980s and 1990s. *J Addict Dis.* 2003; 22(3): 79-87.
18. *McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai L et al.* Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypotheses* 2006;66:874-882.
19. *Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DV et al.* Resident physician substance abuse, by speciality. *Am J Psychiatry* 1992;149(10):1348-1354
20. *Tait D Shanafelt MD et al.* Suicidal Ideation among American surgeons. Special Report. *Arch Surg.* 2011;146 (1):54-62. doi:10.1001/archsurg.2010.292
21. *Aasland OG, Ekeberg O, Scweder T.* Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259-65
22. *Crawford M.* Unpublished report presented tot the Royal Society of Medicine. London 2003.
23. *Rich CL, Pitts FN Jr* Suicide by psychiatrists: a study of medical specialist among 18.7730 consecutive physician deaths during a a five-year period 1967-72. *J Clin Psychiatry.* 1980, 41 (8): 261-3.
24. *Fridner A; Belkic K, Marini M, Minucci D, Pava L, Schenck-Gustafsson K .* Survey on Recent Suicidal Ideation Among Female University Hospital Physicians in Sweden and Italy (The HOUPE Study):Cross-Sectional Associations With Work Stressors. *Gender Medicine/Vol ,N 1,* 2009.
25. *Booth JV, Grossman D, Moore J, Lineberger c et al.* Substance abuse among physicians: A survey of academic anaesthesiology programs. *Anesth Analg* 2002;95:1024-1030.
26. *Schernhammer E.* Taking their own lives-the higah rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005,352:2473.6.
27. *Talbott D, AngresD, Bettinardi-Angres K.* Healing the healers: the addicted physician. *Psychosocial Press.* 1998
28. *Firth-Cozens J, Harrison J.* How to survive in Medicine personally and professionally. *Wiley-Blackwell. BMJ Books* 2010.

Capítol 4

Conseqüències dels trastorns mentals i conductes addictives en els metges

"Helping others is good, but teaching them to help themselves is better"

Jarke Jerveil

4. Conseqüències dels trastorns mentals i conductes addictives en els metges

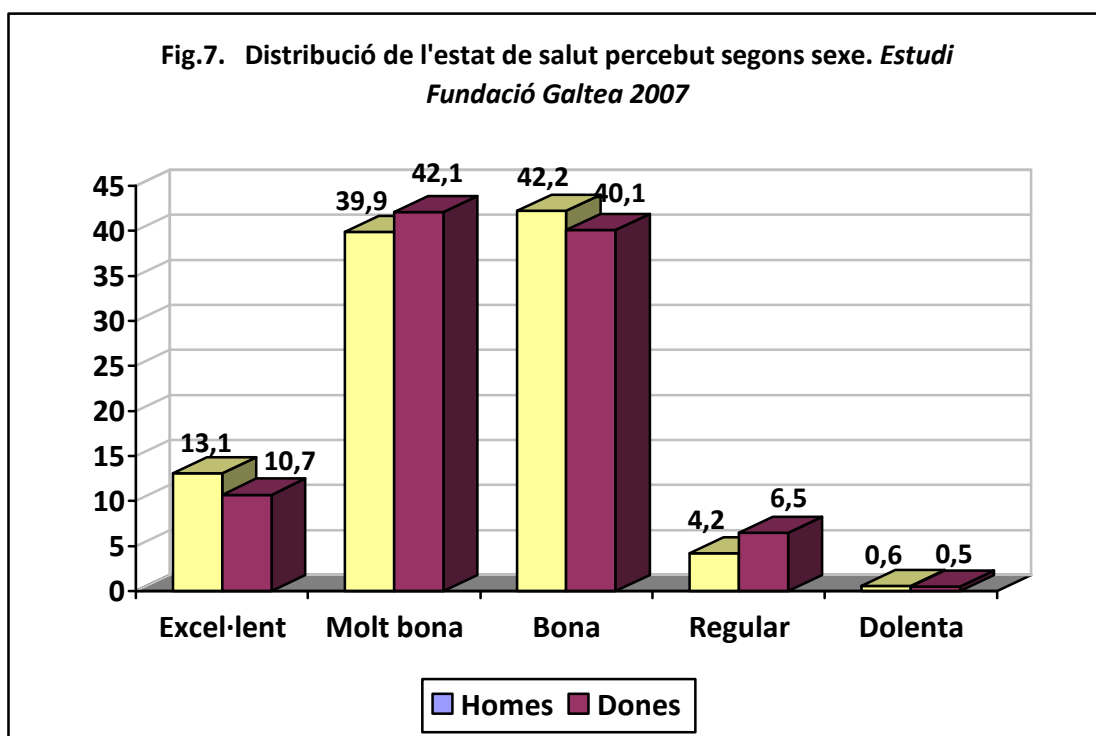
Diversos estudis han avaluat les conseqüències que poden derivar-se tant a nivell individual com sobre el seu entorn. *Talbott i Benson* ja van identificar-ne el 1980 les principals a través del seu estudi *Impaired Physicians: The Dilemma of identification*¹. Vegem quines són.

4.1. Sobre la pròpia salut

Com hem vist a anteriorment, el problema derivat de la dificultat de reconèixer i assumir la realitat d'un metge malalt, especialment quan aquest pateix un trastorn mental i/o una addicció, aquest no acostuma a comportar-se com ell mateix recomana fer-ho als seus pacients. No sap, no pot o no vol demanar ajuda. No acudeix als serveis sanitaris i, si ho fa, massa sovint ho fa de manera inadequada (per exemple, consulten amb un col·lega amic sense tenir cita prèvia o realitzen visites de "passadís").

Aquesta actitud, en part reflexa el pensament del subconscient col·lectiu, el tòpic *un metge mai cau malalt*, basat en el mite de la invulnerabilitat, com si el metge estigués vacunat contra les malalties. I si aquestes apareixen són negades amb freqüència, sobretot si es tracten d'afeccions mentals.

En general, els estudis realitzats arreu on s'analitza el nivell de salut dels professionals de la medicina indiquen que és satisfactori. En el cas de Catalunya, la mostra estudiada per la FG el 2007 mostrava que l'estat de salut dels metges i metgesses de Catalunya era bo. Només un 4,8% dels homes el consideraven regular o dolent i en les dones, aquest percentatge era d'un 7%, sense que aquesta diferència fos considerada estadísticament significativa (*Figura 7*).



Quan es va analitzar separatament els dos sexes, es va observar que els metges que treballen en un CAP tenen una major proporció de salut regular o dolenta (10%) que els que treballen a altres llocs - per exemple 1,3% en els que treballen en un servei mèdic d'un hospital. Aquest fet que es repetia en les metgesses que treballen als CAP (8,5% de mal estat de salut).

Respecte a la població ocupada de Catalunya, es va comprovar que eren similars als de les persones de la mateixa classe social, i inferiors als del total de la població ocupada. Tot i així, un 21,1% de les dones i un 16,2% dels homes d'aquest estudi presentaven patiment psicològic. I un fet a destacar és que s'observà una relació estadísticament significativa, tant per a dones com per a homes, entre la salut mental i diferents aspectes de la satisfacció com veurem més endavant (*Taula 8*).

Si ens centrem en l'àmbit de les malalties mentals i les addiccions, la qüestió és més complexa com ja he assenyalat anteriorment, per quan es tendeix a la minimització del problema. La negació de la malaltia s'origina de la combinació entre la por de ser vist massa escrupolós i la por a errar en l'auto-diagnòstic davant altres col·legues. La negació comporta retards en el diagnòstic: molts metges esperen a consultar més temps del que un pacient ordinari o el seu entorn haurien fet en la mateixa situació. Per exemple, els metges addictes retarden un promig de set anys la demanda de tractament².

Però, una vegada acceptada la malaltia i el diagnòstic, el metge malalt i el seu entorn tendeix a autogenerar-se una expectativa d'una ràpida recuperació. Un exemple d'això, el trobem en l'escurçament dels períodes de baixa laboral recomanats o en l'inici de l'activitat laboral abans d'hora.

Pel comú dels pacients ser un bon pacient significa no exhibir massa debilitat o queixes innecessàries, complir les instruccions del metge i ser raonablement sociable amb els altres pacients. Els metges-pacients no ho acaben de tenir tan clar. Afronten el dilema entre acceptar el rol del "bon pacient" o portar la iniciativa en el seu propi tractament. Igualment, el dilema és per al metge responsable de la seva atenció: aquest pacient inusual ha de ser tractat com a la resta o se li han de donar més responsabilitats en el seu propi tractament ?

A més, no és infreqüent veure que molts metges que acostumen a ser els responsables de la salut dels seus familiars i propers supediten allò que necessiten (per exemple, temps de baixa o d'ingrés) perquè "han de tenir cura" dels seus familiars, dels seus pacients o dels seus propis companys que els estan fent la suplència.

La manca de suficient confidencialitat o la por –sempre subjectiva- de ser identificats pels seus propis col·legues i pacients o de perdre els prestigi professional o, fins i tot la feina, els fa ocultar el problema. A aquest fet s'hi suma la reticència i incomoditat d'alguns metges per tractar companys malalts perquè, sovint, aquests anticipen el que pot ser un tractament de llarga durada amb un pacient difícil que li pot qüestionar les decisions terapèutiques i que el seu seguiment pot ser massa complex.

Tot això suposa que els professionals de la salut, especialment els metges, acostumen a ser els més desatesos en termes de salut, de manera més significativa en l'àmbit mental, entre la població general.

D'altra banda, cal assenyalar que el metge malalt de llarga evolució pot acabar presentant alteracions en l'ordre físic com el deteriorament de la higiene personal i el vestuari, accidents, crisis emocionals, múltiples signes i símptomes amb somatitzacions associades que determinen també nombroses baixes.

4.2. Sobre l'entorn familiar i social

No sempre resulta fàcil la identificació d'un metge malalt, doncs, la negació de la malaltia i el rebuig a la petició d'ajut el porten sovint a intentar emmascarar els símptomes. A més, la capacitat del metge malalt de protegir la seva feina a expenses d'altres dimensions de la seva vida és alta pel que habitualment és la família la que en resulta afectada en primer lloc.

Així, la majoria d'estudis examinats permeten suggerir alguns comportaments en el sí familiar, com el rebuig d'activitats familiars o absències inexplicades de la llar. Però també poden coexistir violència física dins la llar, baralles i, fins i tot, abusos. Els problemes sexuals són freqüents: impotència, infidelitat, conducta sexual desinhibida, indiscrecions sexuals, etc.. Per part de la parella també s'observa amb freqüència la co-dependència (que pot dificultar encara més el seu abordatge terapèutic). I, finalment, la separació i divorci instat pel cònjuge.

A nivell social, apareix un progressiu aïllament, deixant de participar en les activitats socials. Es compromet, però després no acudeix a les activitats, donant excuses, a voltes, poc consistents. Amb el temps, la seva conducta es fa imprevisible en les activitats socials, arribant a ser poc inadequada en festes, reunions o en bars i restaurants, àdhuc inapropiada en el referent a les despeses econòmiques, excessives per al seu nivell adquisitiu.

4.3. Implicacions a nivell professional i laboral

A banda de l'augment de baixes laborals freqüents ja citat anteriorment, cal destacar les absències injustificades. El metge malalt (sovint depenent del seu estatus laboral, si és estatutari) experimenta nombrosos canvis de treballa en els darrers 5 anys. Tanmateix també s'observa intervals inexplicats entre els treballs en els que es difícil precisar quin tipus d'activitat va realitzar. Sovint, s'observa que aquests professionals treballen en feines de nivell inferior al seu currículum o habilitats.

També és freqüent que rebutgin les entrevistes familiars a l'hora d'accedir a una feina a ser acompanyat de la família en actes socials relacionats amb la seva feina. Com també rebutgen els exàmens mèdics del servei de medicina preventiva o laboral del centre, bé sigui en el moment de la incorporació, ja sigui en l'examen mèdic anual o periòdic.

A la consulta, el metge malalt sovintaja l' incompliment de les cites de les agendes amb els pacients, absentant-se sense justificar, surt de la consulta i tarda en retornar o realitza l'assistència més lenta de l'habitual. No és estrany observar hostilitat, rebuig i conducta poc raonable amb superiors, amb la resta de l'equips els pacients i també "la síndrome de la porta tancada" (excessiva estona tancat a la consulta i sol). L'autoconsum de psicofàrmacs és també una dada freqüent, amb descens d'aquests en la farmaciola, manca de mòrfics.

D'altra banda, els pacients es queixen sobre la conducta del metge que sovint es mostra amb comportaments variables en funció de l'estat psicomecional (i de consum) d'aquell moment.

En el medi hospitalari, realitza rondes a mitjanit (per insomni o cerca de fàrmacs). I, com en l'àmbit ambulatori, es produeix un descens en la qualitat de l'assistència (p.e. escriu ordres mèdiques inapropiades o amb lletra més il·legible del que acostumava).

La persistència d'aquesta situació acaba generant informes de canvis de conducta per part de l'equip o del seu superior. O, a urgències, on no és inhabitual la manca de disponibilitat o de resposta adequada a una demanda d'atenció. I, finalment, el metge malalt pot acabar involucrat en judicis per mala praxi i sancions contra el centre.

Però si, com sostenia a l'inici, el fenomen de la salut del metge adquireix una dimensió i transcendència més gran perquè no només estem referint-nos a un dret individual, sinó a un deure, un problema de salut pública, per quant del seu estat se'n pot derivar un correcte exercici de la medicina.

Hi ha diversos estudis^{3,4,5} que apunten sobre l'actitud proactiva sobre els hàbits i activitats preventives sobre els pacients hauria d'anar en concordància amb l'actitud dels metges cap a la seva salut. Per exemple, els metges no-fumadors aconsellen més deixar de fumar als seus pacients o els que practiquen regularment exercici físic, el mateix. Actitud probablement també esperada pels pacients. Probablement,, doncs, mantenir uns hàbits saludables no només permetria al professional adquirir uns nivells de salut i benestar satisfactoris sinó que la seva imatge i els seus consells tindran més valor per als seus pacients.

En el cas contrari, especialment si ens referim a l'àmbit de les addicions, la qüestió no només distorsiona la imatge i la credibilitat d'aquell professional, sinó que pot qüestionar la seva capacitat per al bon exercici. No només davant els seus pacients, sinó també davant dels propis col·legues motiu de reflexió com apunten les

conclusions d'alguns estudis realitzats a través d'enquestes realitzades sobre cirurgians als EE.UU. i al Regne Unit².

Tanmateix, cal considerar que aquells professionals de la salut que mostren nivells més alts d'estrès i *burnout*, bé sigui per fracàs dels mecanismes adaptatius o per manca d'estratègies efectives, o ambdues, poden desenvolupar la seva feina amb una menor qualitat de l'habitual.

Firth-Cozens, el 1997 va identificar en una mostra de 82 professionals que l'estrès era assenyalat per la meitat dels enquestats com la causa directa d'una menor qualitat de l'assistència (*Taula 8*). Concretament, l'estrès era referit pels metges com una causa directa del 7.4 % dels errors mèdics greus sense conseqüència letal i del 2.4 % de les morts de pacients (*Taula 9*). Un altre estudi presentat per la mateixa autora dissecionava encara més aquestes causes autopercebudes⁶.

Taula 8. Efectes de l'estrès sobre l'acte a l'acte mèdic (autopercepció)

Efectes	freqüència	%
Baix estàndard de qualitat	41	50.00
Irritabilitat i enuig	33	40.20
Error greus sense mort	6	7.40
Mort del pacient	2	2.40

Taula 9. Causes de la falta de cura en el pacient (autopercepció)

Atribucions	Freqüència n=94	%
Cansament	54	57.4
Sobrecàrrega de treball	26	27.7
Depressió o ansietat	8	8.5
Efectes de l'alcohol	5	5.4
Avorriment	1	1.0

4.4. La síndrome del *burn out* en els metges

Fou el 1974 quan Freudenberg va descriure per primera vegada aquesta síndrome, a l'observar en voluntaris que treballaven amb persones amb toxicomanies que, després d'un determinat temps, gran part d'ells patia una progressiva desmotivació cap a aquest tipus de treball, juntament amb símptomes d'ansietat i depressió. La persistència d'aquesta situació els produïa una modificació de la seva conducta fins arribar a ser insensibles, poc comprensius i àdhuc agressius amb els pacients que no corresponien a les seves expectatives de curació.

De fet, aquesta síndrome, també anomenat *desgast professional* és un risc psicosocial del treball en professions que, com les sanitàries, s'ocupen de les persones i requereixen d'una activitat d'integració d'informació complexa de tipus cognitiu-afectiu, així com la realització d'una sèries de conductes coherents amb el rol desenvolupat. Com s'ha vist i veurem, determinades variables organitzacionals i carències en recursos adaptatius d'afrontament poden facilitar el desenvolupament del procés de desgast en els professionals. "Es tracta -com molts autors sostenen- d'un greu i creixent problema de salut pública que afecta a un nombre significatiu de professionals sanitaris, el que pot arribar a comprometre seriosament la qualitat assistencial, la seguretat dels pacients, l'eficiència del sistema nacional de salut pública i la sostenibilitat de l'Estat del Benestar"⁷.

A la literatura mèdica hi ha abundants estudis sobre el fenomen del desgast professional, del professional cremat, comunament conegut com la síndrome del *burn out*. Tots ells coincideixen en assenyalar que els metges tenen índexs d'estrès laboral i burn-out més elevats en comparació amb altres grups professionals se similar nivell econòmic⁸. Es calcula que 7 de cada 10 metges reconeixen estar estressats per la seva feina.

Amb tot, un dels inconvenients observats quan s'aprofundeix en aquest fenomen es troba en la difícil delimitació de quan ens referim a un problema més de manifestacions de malestar per un entorn psicosocial i laboral difícils de quan la situació s'expressa en forma de malestar psicopatològic. Aquests inconvenients resideixen també en que són de difícil objectivació, per quan tenen una gran càrrega de subjectivitat i d'intangibilitat. La seva avaluació, per tant, requereix, en primer lloc, concretar aquesta realitat abstracta a través de models teòrics que expliquin l'estat de salut i, en segon lloc, mesurar, mitjançant escales, les dimensions de risc identificades pels models. Un dels abordatges més emprats per

explicar la relació entre els factors de risc psicosocials i la salut és el que fonamenta el balanç exigències psicològiques-control-suport social⁹.

Aquestes exigències psicològiques, això són, el volum de treball, la pressió del temps i les interrupcions que obliguen al professional a deixar momentàniament les tasques per tornar-hi més tard, i que acostumen a relacionar-se amb una planificació inadequada o amb descoordinació. El control sobre el contingut de la feina té dues subdimensions: oportunitat de desenvolupar les pròpies habilitats, és a dir, fer una feina en la qual la persona té la possibilitat de treballar en allò que millor sap fer (treballs creatius i variats); i autonomia. A més, per damunt de les tasques, és necessari considerar la importància del control de les decisions de la unitat/equip, la participació en aquestes⁴.

Quan parlem de suport social haurem de referir-nos tant a la relació personal com a l'aspecte operatiu que implica comptar amb companys i superiors competents, que exerceixen adequadament el lideratge i que cooperen per tirar la feina endavant. La situació més negativa per a la salut es caracteritza per altes exigències psicològiques, baix control i baix suport social. També és negatiu treballar de manera aïllada¹⁰.

Alguns estudis han mostrat l'efecte nociu sobre la salut, també física, de la falta d'equilibri entre l'esforç i les compensacions en el treball¹¹. El treball remunerat té com a possibles fonts de compensació el salari adequat a l'esforç, el reconeixement o valoració del treball, i el control de l'estatus, és a dir, el grau de certesa sobre el propi futur, o de compliment de les expectatives que cadascú s'ha creat sobre un mateix. Les amenaces al futur de la feina remunerada minen la percepció sobre l'eficàcia del propi treball, el mestratge i l'autoestima, a causa de la vivència continuada de sentiment de ràbia i frustració, de por, de bloqueig o d'irritació (Siegrist J. 1996)¹².

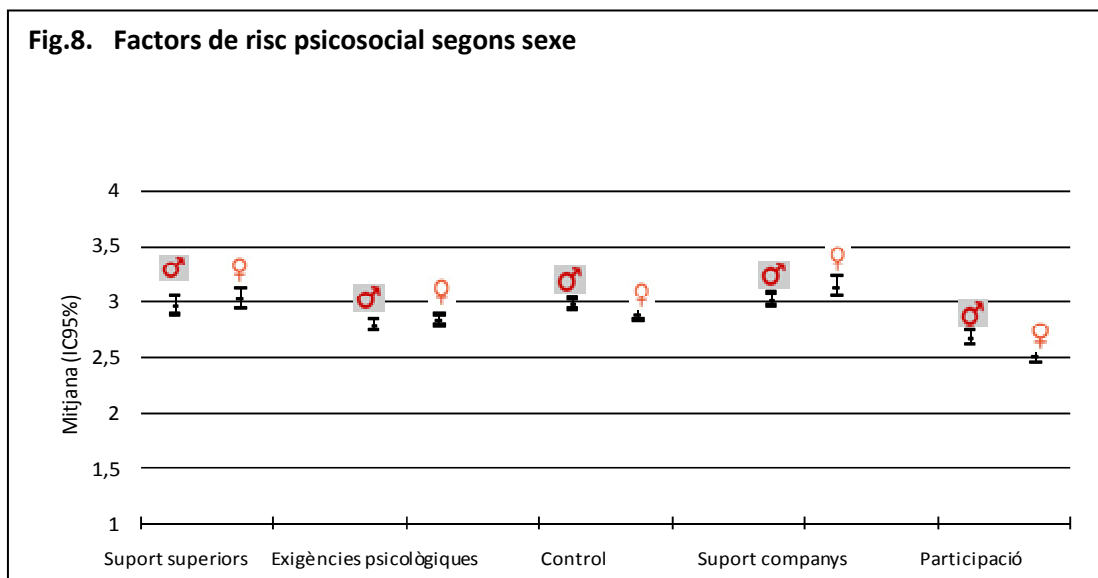
Des del punt de vista del control d'estatus són amenaces: la inestabilitat laboral (Aratacoz i cols 2004)¹³, la falta de perspectives de promoció, els canvis no desitjats, o la inconsistència d'estatus. En definitiva, realitzar una feina per sota de la pròpia qualificació trenca unes expectatives de vida futura que la persona s'havia plantejat. Algunes corrents psicològiques defensen que la situació de falta de balanç entre l'esforç i compensacions no es manté durant un llarg període de temps i, per tant, no té importància fisiològica. Les persones, d'acord amb aquesta hipòtesi, actuen per equilibrar el balanç, reduint el seu esforç o les seves expectatives. El problema rau en que, en l'actualitat, la majoria dels professionals sanitaris, els metges, no tenen llibertat per prendre aquesta decisió en un mercat laboral amb

una alta inestabilitat i competitivitat. Aquesta circumstància fa que, entre les persones menys qualificades es mantingui de forma crònica la situació de desequilibri entre l'esforç i les compensacions per conservar el lloc de treball. entre els qualificats, com és el cas dels metges, el desequilibri està entre l'esforç i les compensacions per desenvolupar la carrera professional.

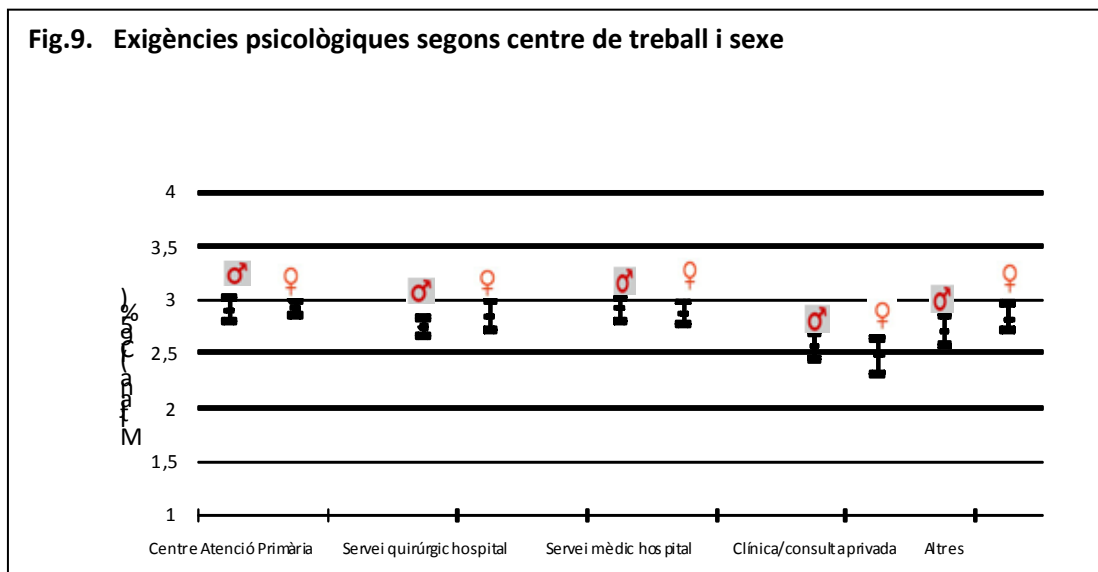
Però també hi ha també altres variables com les personals, vulnerabilitats prèvies, l'existència d'antecedents psiquiàtrics, l'edat (augmenta el risc a mesura que passen els anys), i el gènere (en funció de l'àmbit assistencial on es desenvolupa l'activitat professional). I també les relacionades amb la ideologia dominant, això és el culte a l'individualisme enfront a l'estímul del treballa en equip i l'altruisme solidari o l'exigència de resultats quantitatius que poden posar en qüestió la qualitat assistencial. D'altra banda, com molt bé assenyala Mingote⁷, l'atenció al pacient és la primera causa de satisfacció, però també d'estrès dels professionals sanitaris. El desgast en aquests s'origina sovint per diversos mecanismes com són: la identificació amb l'angoixa del pacient i dels seus familiars, la reactivació dels seus propis conflictes, la frustració d'unes perspectives terapèutiques poc realistes, per frustracions en el desenvolupament de la carrera professional, i per conflictes amb els companys/es de treball. Contràriament, una adequada formació psicosocial pot permetre al professional sanitari tolerar millor i afrontar de forma més satisfactòria l'ansietat que té lloc de manera inevitable en la seva feina amb el pacient i els seus familiars.

Les exigències psicològiques, el control sobre el contingut del treball, el suport social en el treball i les compensacions són els quatre eixos generals bàsics que expliquen l'efecte dels riscos psicosocials sobre la salut. Els trastorns associats van des dels situats en l'esfera psicosocial a curt termini (ansietat, depressió, insatisfacció laboral, trastorns psicosomàtics) als de l'esfera biològica a més llarg termini (trastorns cardiovasculars, úlceres d'estómac o dolor d'esquena, entre altres).

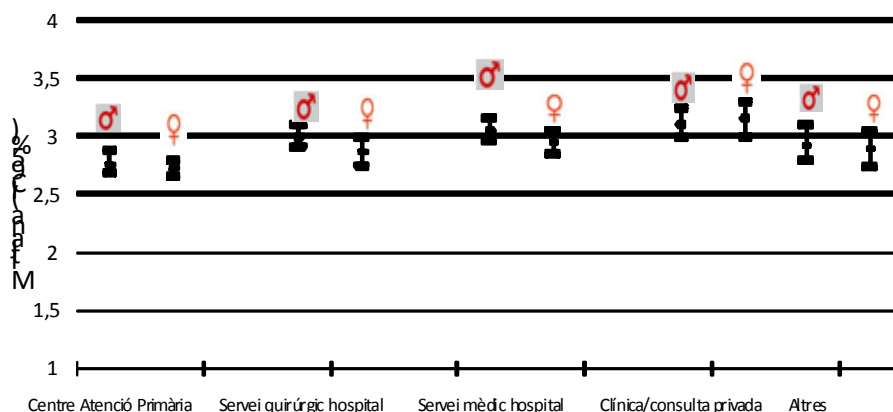
En l'estudi publicat el 2007 per la Fundació Galatea⁴, en el cas dels metges totes les dimensions psicosocials que es van analitzar se situaven en un nivell mitjà-alt, tret de la participació en les decisions de la unitat, que estarien en un nivell mitjà, sense observar-se diferències de gènere pel que feia al suport social dels superiors ni a les exigències psicològiques. En canvi, el control sobre la feina i la participació en les decisions de la unitat són menors en les dones i el suport dels companys és superior. Aquestes diferències de gènere trobades en el control i la participació es mantenien també en les persones que no tenien càrrecs de comandament (*Figura 8*).

Fig.8. Factors de risc psicosocial segons sexe

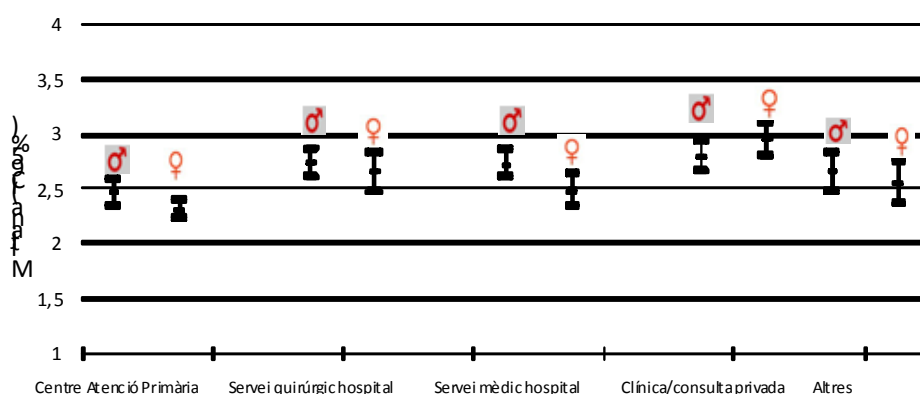
Com s'aprecia a la *Figura 9*, les exigències psicològiques són similars, i sense diferències de sexe, als CAPs i als centres hospitalaris. En canvi, destaquen les exigències més baixes en els homes que treballen als serveis quirúrgics d'hospitals i en el homes i dones que treballen a clíniques i consultes privades.

Fig.9. Exigències psicològiques segons centre de treball i sexe

D'altra banda, el nivell de control dels metges que treballen als CAPs és significativament menor que el dels que treballen als serveis hospitalaris. Cal remarcar el menor control de les dones en comparació amb els seus col·legues homes als serveis quirúrgics i mèdics d'hospital (*Figura 10*).

Fig.10. Control del treball segons centre de treball i sexe

Si fem referència a la participació en les decisions de la unitat en l'estudi de referència de la FG s'observa que aquesta era menor als CAPs que als serveis d'hospitals. Destaca la menor participació de les dones en comparació dels homes tant als CAPs com als serveis mèdics d'hospitals. Aquestes diferències es mantenen després de restringir l'anàlisi a persones sense càrrec de comandament (*Figura 11*).

Fig.11. Participació en les decisions de la unitat segons centre de treball i sexe

Així, les característiques de l'entorn psicosocial difereixen segons el centre de treball. els metges que treballen a l'atenció primària tenen més exigències psicològiques, menys control sobre el seu treball i menys participació en les

decisions de la unitat/equip, sent més remarcable en el cas de les dones. Cal destacar que les exigències són menys baixes en els homes que treballen als serveis quirúrgics dels hospitals i en els homes treballen en clíniques i consultes privades i, finalment, assenyalar que les dones que treballen en l'àmbit hospitalari reben menys suport dels seus companys i companyes.

La insatisfacció laboral entre els metges d'atenció primària i o d'altres situacions – especialment d'urgències hospitalàries- és superior que entre els metges de serveis hospitalaris. La temporalitat del contracte també és un indicador d'insatisfacció (Figures 12, 13 i 14).

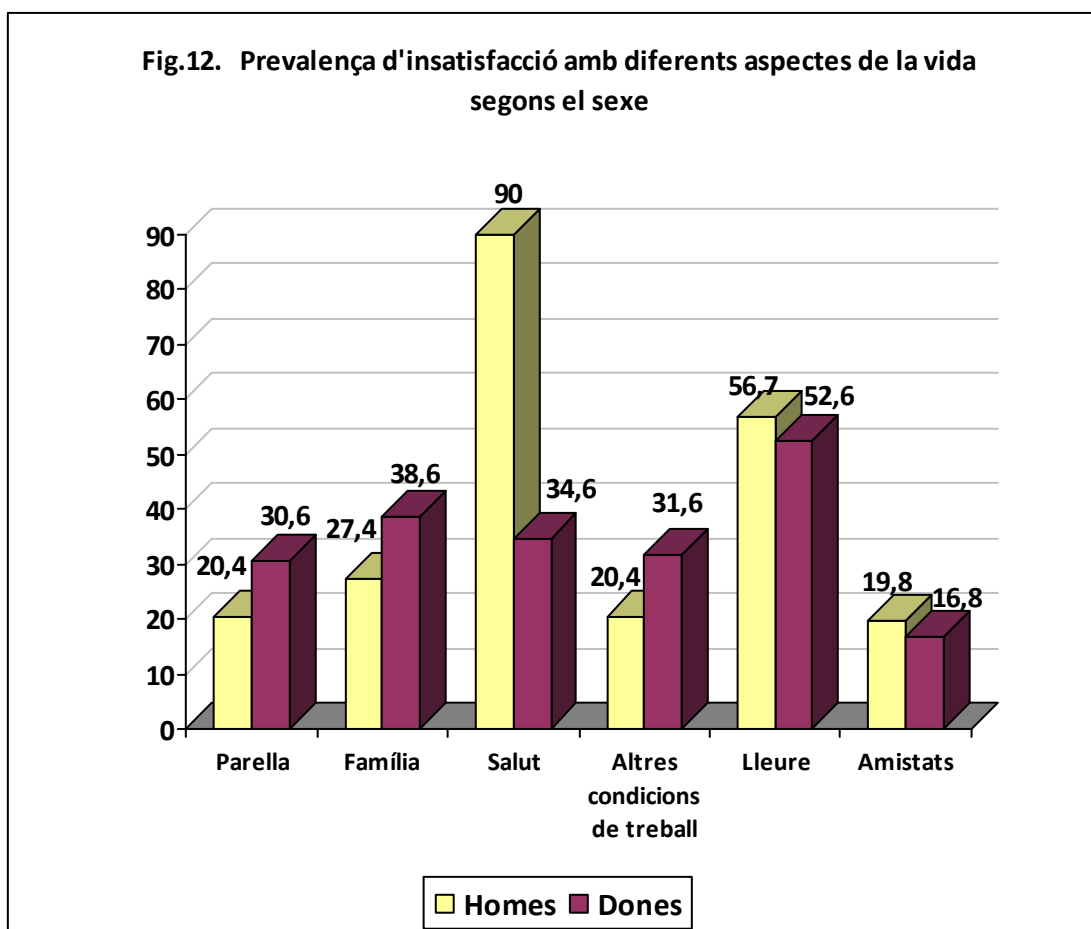


Fig.13. Insatisfacció amb les condicions de treball segons centre i sexe

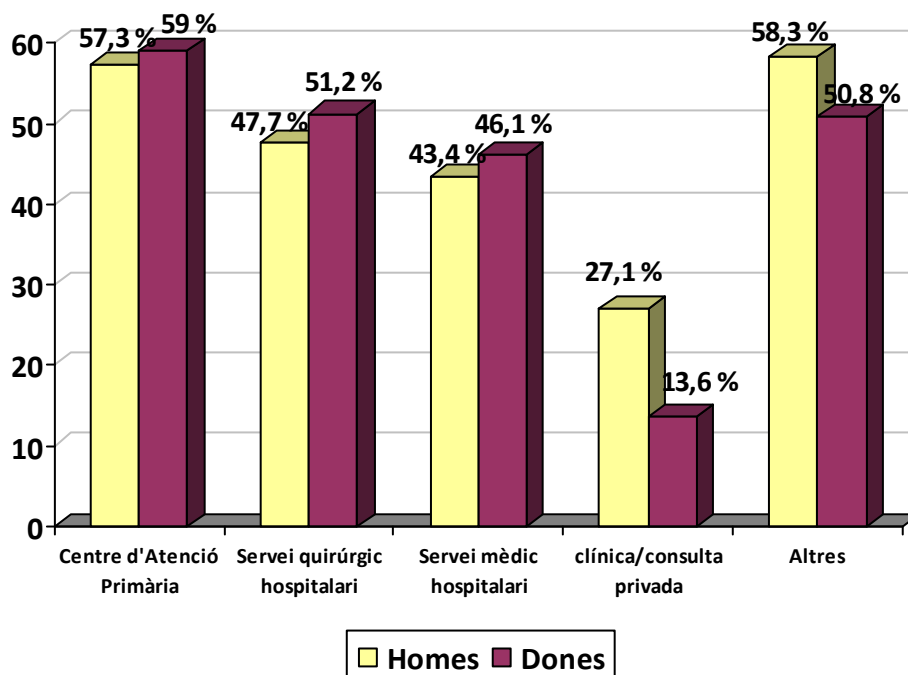
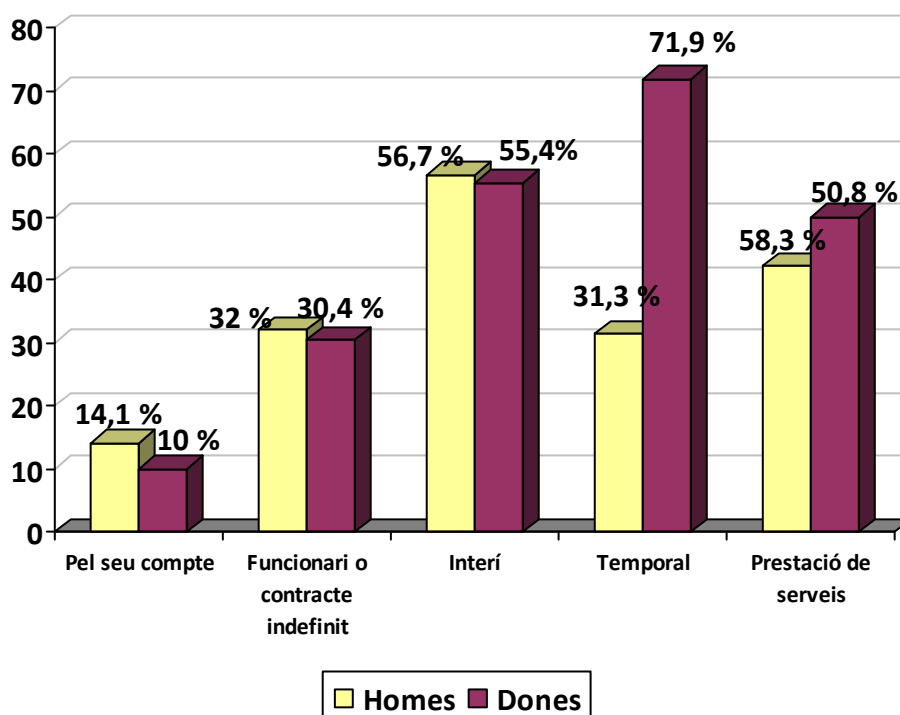
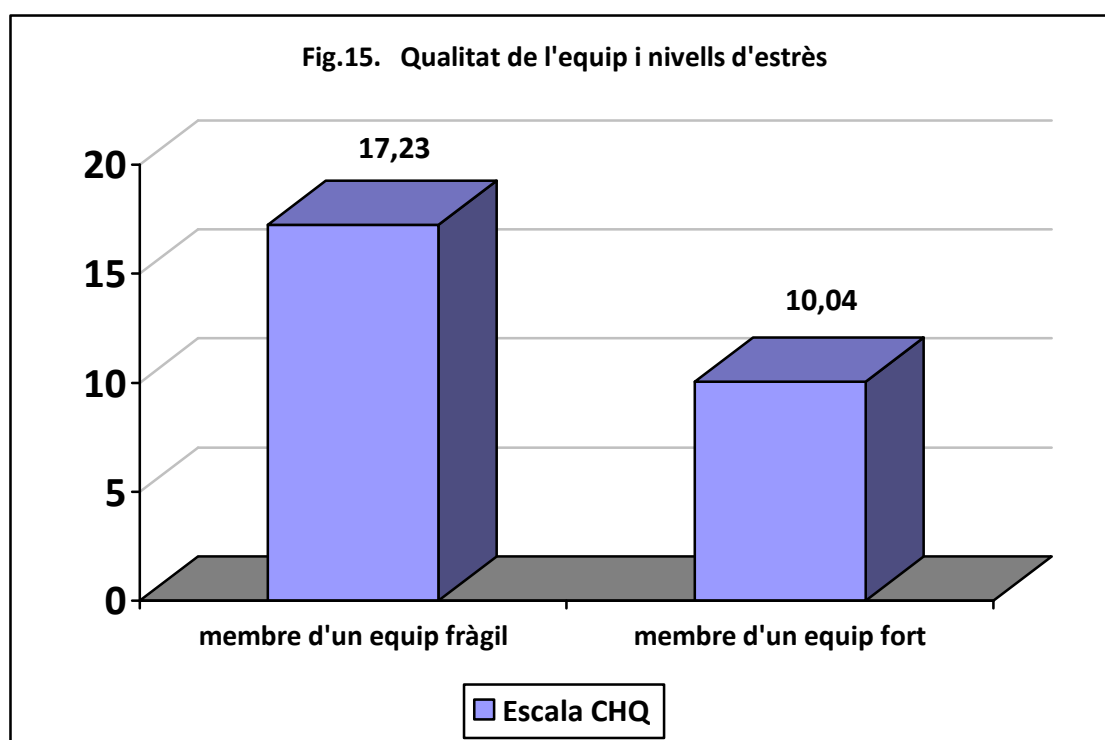


Fig.14. Prevalença d'nsatisfacció amb les condicions de treball segons el tipus de relació laboral i sexe



Les diferències de gènere en la presentació de la síndrome del *burn out* semblen també estar relacionades amb la forma en que els professionals de la salut percebeixen l'estrès. En les dones l'estrès laboral està en relació al grau d'esforç emocional rebut dels companys (tendeixen a experimentar més estrès en idèntiques condicions laborals a menor reforç emocional). En els homes, l'estrès sembla estar més en relació amb l'estil de vida, la salut mental i la càrrega de treball. En aquest sentit, Estryn-Behar assenyala la importància de millorar els elements estructurals on es desenvolupa l'activitat laboral i el treball en equip com a elements protectors¹¹. Mentre que Firth-Cozens mostra en un estudi com la presència d'un bon equip puntua menys en l'escala d'estrès CHQ (Figura 15)¹⁴.



Segons un estudi d'Arrizabálaga i Valls-Llobet publicat el 2005¹⁵ les dones que exerceixen la medicina tenen un risc més gran de patir depressió, 'burnout' o síndrome del professional cremat i assetjament moral en el treball que els seus col·legues masculins. Novament, la sobrecàrrega assistencial i la pressió laboral associades a la necessitat de conciliació amb la vida familiar i domèstica apareixen com les causes per les que segons les autores les metgesses manifesten insatisfacció. Mentre que els homes ho farien més a través de símptomes somàtics diversos.

En un treball recent realitzat a Espanya entre 2.583 metges d'atenció primària¹⁶ conclouia, entre altres punts, que les condicions laborals i professionals influeixen significativament en el seu estat de salut, sobretot el nombre d'hores de treball,

l'excés de càrrega assistencial i les tasques burocràtiques i que una mala salut del professional es tradueix en un increment dels errors mèdics, en una major derivació a altres especialistes, en la modificació dels criteris terapèutics i en l'absència de comunicació amb el pacient. Concretament, l'estrès o la càrrega assistencial té una repercussió en la eficiència de la seva feina i, en conseqüència, en la qualitat assistencial que reben els pacients. Això es pot manifestar, segons els autors d'aquest estudi, en el deteriorament del tracte personal i humà amb els pacients, en la manca d'atenció i concentració en la solució dels problemes clínics, etc. . En el estudi, el grau d'estrès va resultar ser significativament més gran entre les dones i en les edats entre 41 i 51 anys i en aquells amb més càrrega de treball i nombre de pacients/dia.

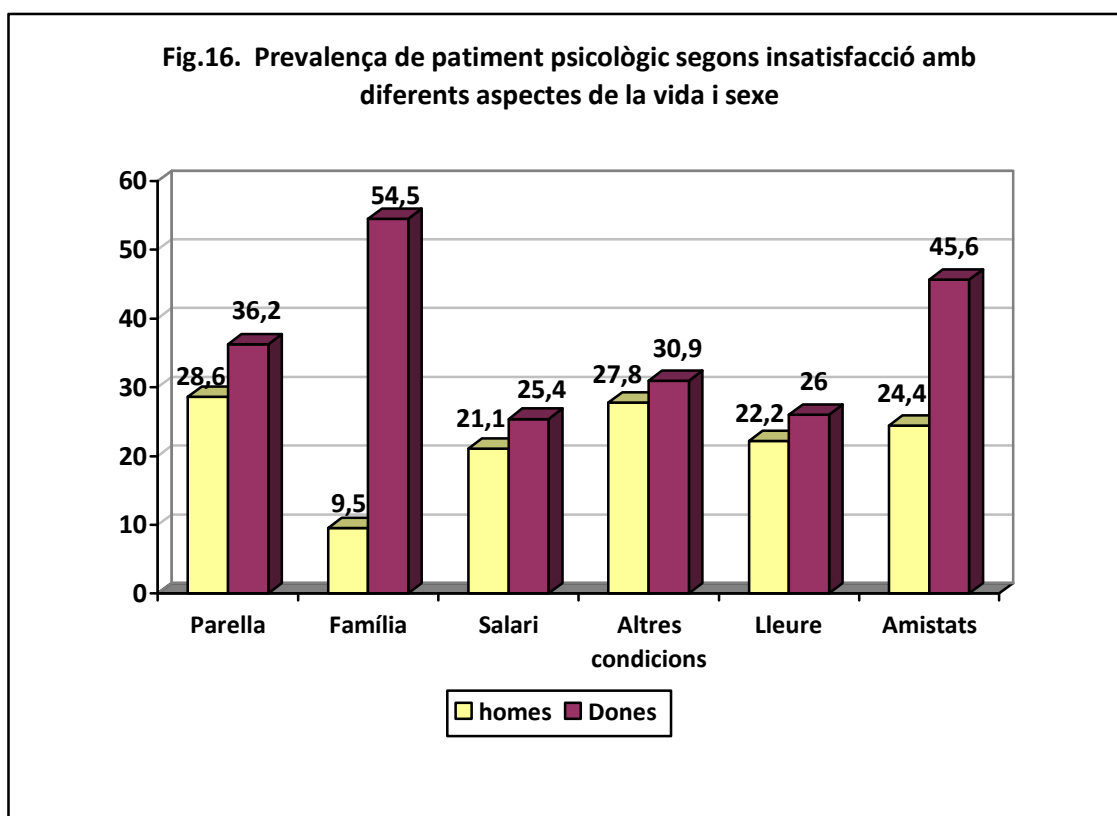
Els resultats de l'estudi de la Fundació Galatea coincideixen amb altres estudis realitzats^{17,18}. Si bé la major part d'aquests mostren que la prevalença de *burn out* en professionals sanitaris està entorn al 30 %, hi ha altres que refereixen percentatges superiors. Tenint en compte les tres dimensions del *burn out* mesurades pel *Qüestionari de Maslach (MBI)*¹⁹, esgotament emocional, despersonalització i falta de compensació, alguns indiquen que, entre un 46-80 % (segons els estudis) dels professionals de la salut tenen alts nivells d'esgotament emocional, del 22-93 % altes taxes de despersonalització (desinterès per la cura del pacient) i del 16-79 % no es consideren realitzats en la seva feina. Els homes i dones més joves puntuen més alt el cansament, probablement explicat per l'alt nombre d'hores treballades i la insatisfacció amb el temps de lleure.

En l'estudi de la FG les metgesses més que els metges puntuaven alt l'escala de dolor expressant problemes d'ergonomia al lloc de treball, situacions d'estrès i sobre càrrega laboral (veure *Figures 8, 9, 10, 12, 13 i 14*). Cal destacar, finalment, que en comparació amb la població general i amb la de classe social tipus I l'autopercepció sobre el nivell de salut és més satisfactori, però, en canvi els nivells de patiment psicològic són més alts (*Taula 10*).

Taula 10.

	Metges		Catalunya		Població ocup. de classe social 1 Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	4,8 %	7,0 %	10,4 %	15,9 %	3,5 %	6,7 %
Patiment psicològic	16,2 %	21,1 %	9,1 %	16,6 %	12,6 %	17,8 %

Així, el que més afectava la salut mental de les dones era la insatisfacció amb les relacions familiars, i en canvi, aquest era l'únic aspecte que no tenia una relació estadísticament significativa amb la salut dels homes. Per als homes, el que més afectava la seva salut mental era la insatisfacció amb la relació de parella (*Figura 16*).



Conseqüentment, i amb coherència amb aquestes dades no sorprèn el que altres estudis han posat en evidència en el sentit de que existeix una relació directament proporcional entre *burn out* i morbiditat psiquiàtrica: quant més alt és el nivell de

desgast professional s'observa major prevalença de trastorns mentals i percentatge superior de baixes laborals d'origen psiquiàtric¹⁴. Igualment, quan més gran és el desgast professional trobem major abús de substàncies, incloent el tabac, analgèsics i tranquil·litzants.

D'altra banda, hi ha evidència de que el nivell d'estrès i *burn out* es relaciona d'una forma directament proporcional amb els trastorns afectius (depressius) i el consum d'alcohol. Aquest últim pot ser utilitzat com a mecanisme de "coping" o mitjà per poder fer front a l'estrès i l'ansietat. Això és particularment freqüent entre les metgesses. Com es desprèn dels estudis de J Firth-Cozens, el risc en les metgesses de patir una depressió o problemes amb el consum d'alcohol està en relació amb l'estrès percebut en el medi laboral i en les queixes que sobre aquest s'aboquen²¹. La mateixa autora identifica també un nivell alt d'estrès i depressió entre la població resident com veurem en el capítol següent. En una línia semblant, articles recents, publicats criden l'atenció als responsables sanitaris per l'impacte negatiu del distrés en metges, sobretot dels més joves^{22,23}.

Amb aquestes dades s'evidencia també entre els metges que el desgast professional resulta, d'una banda, de la discrepància entre les expectatives i els ideals individuals, i d'altra, de la realitat de la vida professional.

BIBLIOGRAFIA

1. *Talbott GD and Benson EB*. Impaired Physicians: The dilemma of identification. *Posgraduate Medicine*, 1980
2. *Lusilla P, Gual A*. El médico enfermo. *Suplements d'Annals de Medicina*. Vol 90 Supl 4. Març 2007.
3. *Frank E*. Studentjama. Phycsian health and patient care. *JAMA* 68:58-64. 2004. Feb 4:291(5):637
4. *Frank E, Rothemberg R, Lewis C, Belodoff BF*. Correlates of Phycsians Prevention-Related Practices Findings from the women Physicians's Health Study. *Arch Fam Med* 2009; 9:359-367.
5. *Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C*. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Salut, gènere i exercici professional. 2007. Fundació Galatea
6. *Firzt-Cozens*. New research on Stress in doctors. Personal Communication. 2003
7. *Mingote JC*. El desgaste profesional del médico- El Médico Interactivo (-10 Junio 2010).
8. *Galvez M, Moreno B, Mingote JC*. El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas. 2009. Ediciones Diaz de Santos.
9. *Artacoz L*. Carga mental y factores de riesgo psicosocial. ¿estamos midiendo la mismo o son cosas diferentes ?. *Archivos de prevención* 2001; 4:91-2.
10. *JohnsonJV, Hall EM*. Work Place Social support and Cardiovascular Disease: A cross-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health* 1998; 78 (10) 1336-1342.
11. *Estry-Behar M*. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the french SESMAT study. *Emerg Med J* 2011;28: 397-410 doi: 10.136/emerg.2009.082594.
12. *Siegrist Jet al*. Health promotion in the work environment--old and new challenges for public health]. *Gesundheitswesen*. 1996 Sep;58 Suppl 2:152-4.
13. *Artacoz L i cols*. Unemployment and mental health: understanding the interaction between gender, family roles and social class. *Am J Public Health*. 2004; 94:82-8.
14. *Firth-Cozens J, Harrison J*. How to survive in Medicine personally and professionally. Wiley-Blackwell. BMJ Books 2010.
15. *Arrizabalaga Pilar, Valls-Llobet Carme*. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin* (2005); 125:103-7. Vol 125 num 3
16. Estudio CHABS. Evaluación de la salud cardiovascular, entorno socio-sanitario y conductas preventivas de los médicos de AP de centros de salud del SNS. Elaborado por semFYC, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Chopra S, Stoile W, Stoile MO. Physician Burnout. *JAMA* 2004; 291:633
17. *Firth-Cozens J*. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ* 2003; 326:670-1

18. *Molina Siguero A, Garcia Pérez MA, Alonso González M, Cecicilia Cermeño P.* Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de una área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31:564-74.
19. *Maslach C, Jackson SE* (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
20. *Da Silva H, Daniel E, Pérez A.* Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas esp Psiquiatría*, 1999; 27:310-20.
21. *Frith-Cozens J, Payne R.* *Stress in health professionals*. John Wiley & Sons. Chichester, 1999.
22. *Devi, Shamila.* Doctors in distress. *The Lancet*, 2011. Vol 377 pags 454-455
23. Study on stigma and mental health of medical students. *JAMA* 2010;304(11):1181-1190

Capítol 5

Condicions d'exercici de més risc

"The important thing is not to stop questioning"

Albert Einstein

5. Condicions d'exercici de més risc

5.1. L'etapa de la residència

Tal i com assenyalava en el primer capítol anterior, el metge ja des de la seva etapa d'estudiant es troba sotmès a un nivell d'estrès important. Hi ha diversos estudis que posen evidència que el nivell de patiment d'aquests és superior al de la resta d'estudiants del campus, i també s'ha observat una tendència a l'ús de substàncies psicoactives per millorar els rendiments acadèmics i afrontar aquest estrès^{1,2,3}.

Aquests mateixos estudis alerten de que aquest període d'aprenentatge acostuma a comportar un alt nivell d'estrès que, depenent dels factors ambientals – sociofamiliars- i de la vulnerabilitat personal del resident, pot alterar l'equilibri psicoemocional d'aquest i alterar aquest procés formatiu i , per tant, afectant la seva vida personal i professional.

Més enllà de l'exigent procés formatiu i de l'examen MIR, un altre element a significar són les incerteses en el trànsit d'estudiant a professional. L'inici de la residència posa en contacte al nou metge que surt del món acadèmic amb el món de l'assistència real. Destaquen com a condicions de major vulnerabilitat: cansament a passa del rol d'estudiant, acostumat a sortir amb èxit de les proves d'un sistema conegut i "segur", al rol de resident, en el que s'enfronta a una nova realitat on li apareixeran noves inseguretats i incerteses.

El resident comença a interaccionar amb els pacients d'una manera molt nova i molt intensa, es troba amb pacients reals, usuaris exigents i informats, ocasionalment conflictius. Però també s'enfronta a un sistema sanitari que li planteja dilemes ètics i morals, a la necessitat d'estar al dia en coneixements i tecnologies que avancen constantment, a la necessitat de desenvolupar habilitats de comunicació i relació, i a unes perspectives laborals de futur incert.

La pràctica real comporta també enfrontar-se a situacions amb una forta càrrega emocional: la mort, el dolor, el dol... Aquesta situació es dona dins d'un sistema organitzatiu que no sempre disposa de les condicions adequades per donar suport al metge resident en aquest procés de formació i que, a voltes, posar-lo en unes condicions d'una més gran vulnerabilitat: cansament a causa de les guàrdies,

pressió assistencial, difícil conciliació de la vida laboral i familiar, canvi de lloc de residència, sou limitat, etc..

La confrontació amb la realitat és el que inevitablement ha de permetre que el resident sigui un professional competent. És cert, però, que històricament, des de la professió mèdica s'ha assumit aquest període com un "sofriment obligatori". Són freqüents els comentaris com "Quan jo era resident encara era pitjor" o "la vida del resident ha de ser dura", donant per suposat que aquest és el camí que assegura l'aprenentatge correcte.

Malestar psicològic

En alguns casos, la incorporació al període de residència pot donar lloc a situacions de malestar importants, que interfereixen en el bon seguiment de la formació, i també poden actuar com a desencadenant o precipitador d'una psicopatologia que estava latent en l'individu. Es pot donar també el cas de que alguns candidats a especialistes presentin característiques patològiques (o *boder line*) de personalitat o pateixin algun tipus de patologia psíquica i/o física important, que facin que s'hagi de plantejar una possible inadequació per a l'exercici de determinades especialitats o, inclús, de la pràctica de la medicina.

Existeixen uns factors de risc de malestar o d'estrès específics en l'etapa MIR, més enllà dels comuns per a la professió mèdica: període formació llarg, necessitat d'actualització continua de coneixements, contacte amb situacions emocionalment impactants no viscudes amb anterioritat, elevada autoexigència i maneig inadequat (per excés o per defecte de l'autocrítica), falta de recursos individuals per enfrontar-se a les situacions diverses del propi exercici, poc temps per gaudir d'activitats lúdiques i recreatives i relacions familiars empobrides. Algunes d'aquestes situacions ja es venien insinuant en el període final de la formació de pregrau, però hom podria afegir altres de noves: un increment constant de la pressió assistencial i de les tasques burocràtiques, allunyament de la presa de decisions assistencials que després afecten la pràctica clínica, poc suport i supervisió clíniques, poc treball en equip, poc control de les condicions de treball, increment del nombre de denúncies i litigis contra metges, u més gran control polític sobre el treball i, finalment, la pressió dels mitjans de comunicació.

Com molt bé assenyala Firth-Cozens⁴, en el moment de la seva incorporació, el resident es veu obligat a respondre a les necessitats dels pacients i de la institució

on treballa, mentre les seves competències bàsiques estan en procés de construcció. La vivència de que les responsabilitats exigides pel sistema són excessives i prematures és habitual en aquesta etapa, i la sensació de que l'aprenentatge del rol es fa sobre la marxa, per osmosi, veient què fa un altre metge, sense raonar-ho, és bastant habitual i comú. L'estrès, el desànim, el distanciament... Sigui més o menys afortunada, aquesta situació comporta sempre un nivell d'estrès d'adaptació, i la conseqüència pot ser la desil·lusió i el desànim. A aquesta circumstància s'afegeix el fet de que les formes de resposta a l'estrès, per part dels professionals i les organitzacions sanitàries, tendeix al distanciament i a la deshumanització.

Aquests són els mecanismes de resposta que, a vegades, el resident aprèn ràpidament com a estratègia per fer front a l'estrès. S'ha d'insistir en que el maneig de l'ansietat i l'estrès requereixen un aprenentatge. Inclús en els casos en que pot haver-hi un bon recolzament per al l'aprenentatge tècnic, amb l'adquisició progressiva de responsabilitats i la supervisió d'un superior, es pot oblidar el caràcter global de l'aprenentatge. Factors com la necessitat de ser competitiu (on l'excel·lència tècnica i la necessitat de publicar en revistes amb *impact factor* és el que molt sovint més compta). L'imperatiu de prendre decisions malgrat la inseguretat, la sensació de falta de supervisió i de suport, la pressió assistencial per donar altes, per evitar ingressos dubtosos, les discussions amb altres estaments, enfrontar-se a l'exigència d'alguns usuaris i professionals, les agressions verbals i físiques, la falta d'ajut per part d'altres companys, el desordre horari (amb privació d'hores de son) poden condicionar negativament en la formació integral i en l'adquisició d'hàbits saludables per quant són en la pràctica la font principal de malestar psicològic en aquesta etapa.

Les relacions personals i el temps lliure juguen, així mateix, un paper fonamental en l'equilibri psicosomàtic. Els residents poden tenir la sensació de no tenir suficient control sobre les seves vides durant la residència.

D'altra banda, sorgeixen sovint problemes en l'entorn familiar, més encara si la parella també és un resident. S'ha de remarcar la importància dels vincles familiars i socials com elements de protecció davant l'estrès i el malestar. La incorporació de les dones a la professió mèdica està creixent de manera molt ràpida (en el moment actual, la proporció és 4:1⁵, i la possibilitat d'embaràs durant la residència és elevada. Malgrat l'existència d'una legislació favorable a la comptabilització de la vida familiar i laboral en el nostre país, la seva aplicació encara no és efectiva en tots els llocs de treball i, a vegades, predomina la cultura de l'eficientisme,

s'infravalora la importància de la salut de l'embarassada i les cures que necessiten els fills i la família en aquesta etapa de la vida.

Segons l'estudi realitzat per la Fundació Galatea² el 14 % dels metges residents enquestats van referir antecedents psiquiàtrics i el 30 % presentava patiment psicològic (triplicant la de la població catalana entre 24-30 anys (ESCA, 2006), però amb uns nivells alts d'autopercepció de salut satisfactòria o molt satisfactòria. Tan en aquest, així com en d'altres estudis (Morales et al 1995⁶, Ramírez et al 1996⁷ i Esteva et al 2006⁸) s'assenyala que la presència de malestar psicològic en el metge resident és independent de l'edat i del gènere.

Respecte els seus hàbits i estils de vida, cal dir que són millors en termes generals respecte a la resta de població comparable (per exemple en l'hàbit tabàquic, 10 % menys).

Tot i que alguns estudis (com els de Firth-Cozens) indiquen que el primer any de residència pot poc considerar-se una etapa d'especial risc de malestar psicològic i de major estrès, els resultats de l'estudi de la FG no van demostrar que hi hagués una prevalença diferenciada respecte al la resta d'anys de formació. Com tampoc es va observar diferències respecte a l'especialitat mèdica que realitzaven. Si, en canvi, s'identificà diferències de nivell d'estrès i malestar psicològic entre hospitals i centres, essent els de grandària més gran els que la incidència era major. Sobre aquest punt s'invocaren raons relacionades amb l'entorn relacional més procliu en els hospitals grans a la despersonalització.

Consum de fàrmacs i alcohol

El consum d'antiinflamatoris s'associa a la presència de malestar psicològic. Els que en consumeixen dupliquen la probabilitat de patir-ne. Així, la població de residents, l'estudi de la FG revelava que un 60% dels residents enquestats en el darrer mes n'havia pres, la immensa majoria per iniciativa pròpia.

Respecte al consum de fàrmacs no s'observà grans diferències respecte al comportament observat en els metges sèniors⁹. Però, sí que caldria destacar el consum d'alcohol en el que el 19.4% manifesten haver fet al menys una consumició en el darrer dia de treball (*Figura 17*). Percentatge que s'eleva al 69.4 % quan es refereix als caps de setmana (*Figura 18*). No sembla, doncs, que la gran majoria de metges enquestats presenti consums de risc.

Fig. 17. Consum d'alcohol darrer dia feiner

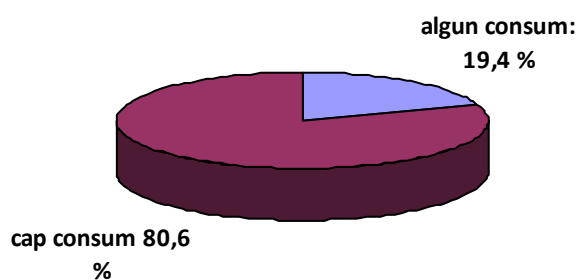


Fig.18. Consum d'alcohol darrer dia festiu

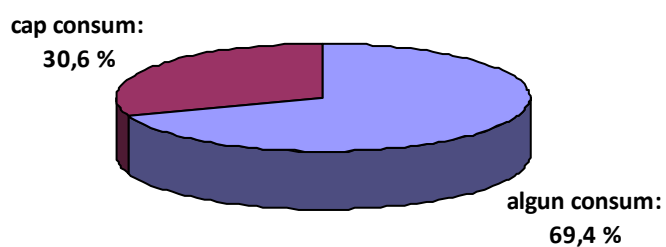


Fig.19. Consum d'alcohol el darrer dia de guàrdia

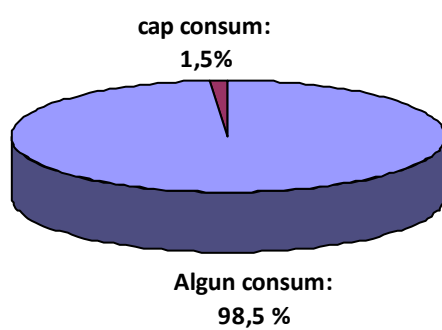
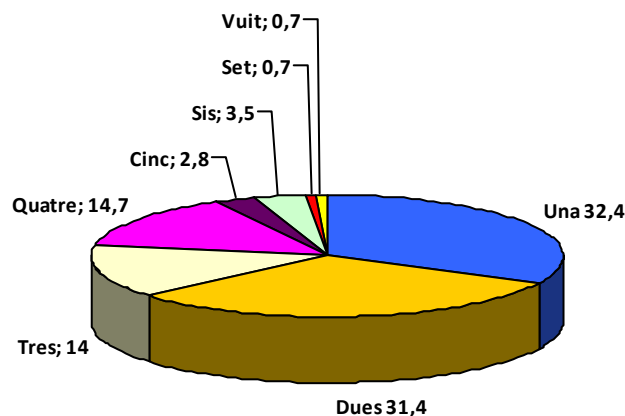


Fig.20. Unitats consumides d'alcohol darrer dia festiu (%)

D'altra banda, 9,7 % manifestava consumir antidepressius, d'aquests enquestats gairebé tots ho feien per iniciativa pròpia. Un 7,3 % afirmava haver consumit tranquil·litzants en el darrer mes i un 3,9 % haver consumit en el darrer mes alguna substància psicoactiva diferent de l'alcohol o el tabac. Cap d'aquestes circumstàncies, però, va ser relacionada en general amb la presència de malestar psicològic (a diferència del que passa en metges sèniors). Però aquestes dades objectiven diferències amb altres estudis^{10,11} que evidencien que el consum de psicofàrmacs és encara més significatiu i superior respecte la resta de població comparable i un motiu de risc i, per tant, de preocupació.

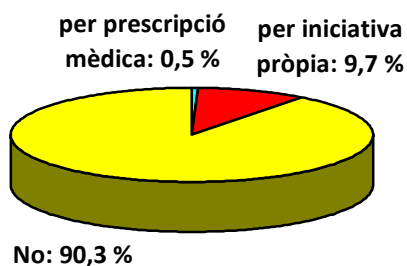
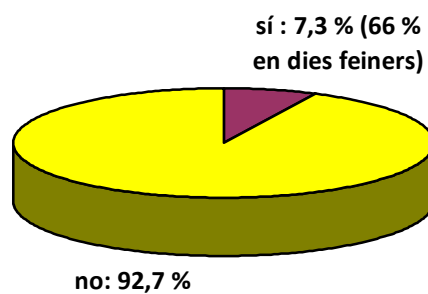
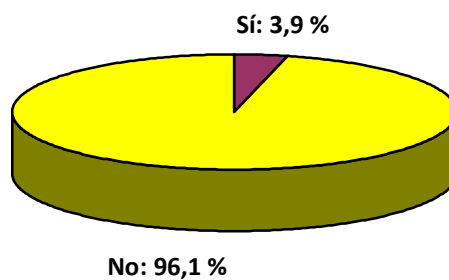
Fig.21. Consum d'antidepressius en el darrer mes

Fig.22. Consum de tranquil·litzants en el darrer mes**Fig.23. Consum de substàncies psicoactives (no alcohol ni tabac) en el darrer mes**

5.2. El metge davant la jubilació

En una professió com la medicina, que generalment s'exerceix de forma activa i amb gran implicació vocacional, el moment de la jubilació té unes repercussions personals que, a vegades, poden desembocar en situacions difícils. Tal i com passa amb altres temes, l'actitud dels metges ha estat sempre de minimitzar els problemes propis. Actitud compartida en la pràctica per les mateixes organitzacions i institucions on treballen.

Existeix una certa variabilitat en la forma com els metges afronten la seva jubilació. I, per tant, el nivell de preocupació. Aquesta no es circumscriu només als aspectes econòmics, sinó al canvi de status personal i es fa més evident davant l'aproximació a la jubilació, sent en la pràctica un problema ignorat no només pels mateixos metges, sinó per la majoria de les organitzacions sanitàries.

La professió de metge es representa en la major part del col·lectiu, com una professió principalment vocacional, on el plaer de l'exercici compensa els grans sacrificis que s'han de fer: una formació llarga i exigent que s'ha d'actualitzar permanentment, horaris que dificulten les conciliació amb la vida familiar i social, tensió assistència, tec.. La satisfacció laboral és vista, així, com una qualitat intrínseca de l'exercici. Aquesta vocació porta a mantenir una dedicació que omple una part important de la vida quotidiana més gran encara que en altres professions, i que acaba implicant el projecte vital i la figura identitària a nivell personal i social. El reconeixement professional i social constitueix una dimensió important de les seves vides⁵.

La jubilació, de fet, suposa un canvi de tot aquest escenari, i per tant, per a molts metges, un risc una amenaça. Per a molts, una incapacitat potencial per adaptar-se al canvi. Per a d'altres, una oportunitat. Per als menys, un alliberament. La jubilació és, de fet, una transició vital –absolutament personal i única com a vivència- que suposa un canvi significatiu que requerirà un esforç d'adaptació, que no només afectarà a una part de la vida –la professional- sinó que tindrà repercussions en l'esfera personal, familiar i social, probablement de salut, i també econòmica), i en la que apareix un futur desconegut i incert.

Sigui com sigui, el que en sí és un dret és viscut amb freqüència com una pèrdua dolorosa, una ruptura no desitjada, inclús, a vegades, com un empobriment comparable amb la mort d'un ser estimat. Una incapacitat per donar sentit a una nova etapa vital per a la que un no estava preparat per donar sentit o contingut. Un temor a redefinir la seva pròpia identitat personal i social, al marge de la professional. Més encara, si aquella havia quedat molt al marge¹².

Molts metges expressen dificultat per anticipar. Incapacitat per haver formulat amb anterioritat plans preventius tant econòmics com de desenvolupament personal, així com d'adquisició d'hàbits previs en l'àmbit de les relacions familiars i socials, en general, però també respecte la participació, la cultura, l'oci, l'esport, etc..

De fet, per a alguns metges la jubilació és viscuda com un esdeveniment inevitable en la trajectòria professional. És una obligació, més que un dret, que està en relació amb la legislació vigent i que no es veu en relació amb els desitjos d'un mateix, la capacitat d'afrontament ni amb els recursos de l'entorn. En aquest context, la jubilació implica una gran pèrdua, dolorosa per a la persona. Es perden unes expectatives de futur vital satisfactòries, ja que la vivència de la jubilació és la d'un reconeixement social que ja "no s'és útil i/o vàlid", l'entrada a una nova etapa sense objectius ni utilitat vitals.

D'altra banda, la jubilació és vista per bastants metges com una oportunitat de tenir temps per fer coses desitjables i quan encara es té salut. En aquests casos, la jubilació és vista com un dret que hom s'ha guanyat després de molts anys d'exercici professional que ja està al seu final, amb un sentiment de tancar aquesta etapa vital i obrir-ne una altra. De fet, és viscuda com un alliberament, també.

Un altre grup de metges veuen la jubilació com a una etapa "natural" de la vida. Una etapa més, en la que continuïtat amb la resta d'etapes és el que li dona sentit. Sent així, la jubilació no apareix com a una amenaça, sinó com un fet esperat i, per tant, no problemàtic. Probablement així podrà mantenir i desenvolupar els valors, les actituds i les creences que han orientat la seva vida adulta

Finalment, hi ha un petit grup de metges que observa la jubilació com una condició evitable. És una posició negacionista o d'evitació. Molt sovint això és fruit d'una estratègia per adaptar-se a la jubilació de forma gradual i, en aquest cas, la pràctica privada és utilitzada encara per augmentar el sentiment de control del procés i assegurar un "aterrament suau" en la jubilació. Hi ha, però, qui elabora una negació radical de la pròpia jubilació i la resistència a qualsevol mena de canvi. El recurs de la pràctica privada es fa aleshores amb el màxim de dedicació, sense contemplar cap altra alternativa, com si no passés res de nou. En ocasions, però, s'observa una actitud de desafiament i recança cap a les institucions que poden controlar el seu exercici.

L'abordatge, doncs, d'aquest fenomen –universal i indefugible– precisa del coneixement aprofundit i delimitació quantitativa i qualitativa d'aquests grans grups que he esmentat.

Així, es fa necessària d'una manera regular la promoció del debat i la reflexió dins el mateix col·lectiu mèdic, tot sensibilitzant de la importància de la preparació a la jubilació. Oferir cursos d'aproximació i preparació, oferir assessorament, etc..

També caldria emfatitzar durant l'etapa de pregrau i de residència en l'adquisició d'hàbits saludables, amb bon estils de vida i d'autocura, la necessitat de desenvolupar aficions i activitats regulars del temps lliure, àdhuc les que poden tenir un alt prestigi social.

D'altra banda, les organitzacions sanitàries i professionals haurien de generar espais de participació en comitès, comissions o d'expertesa, àdhuc de formació per a metges més joves.

5.3. El gènere

En les darreres dècades s'ha produït una feminització creixent de la professió mèdica. Aquesta dada demogràfica ha estat una qüestió encara analitzada per l'impacte que sobre la salut d'aquestes està generant en l'exercici d'una professió ancestralment organitzada i practicada per homes.

La divisió sexual dels treballs en l'àmbit domèstic i familiar és un fet entre els professionals de la medicina. Tot i que una proporció elevada de metges i metgesses afirmen compartir la cura dels seus fills, quan es tracta del treball de la llar, les metgesses són les que, de manera molt majoritària, es responsabilitzen d'aquestes feines a les seves llars, tot i que comparant-ho amb la població de la mateixa classe social, les metgesses són en una menor proporció les principals responsables dels treballs domèstics i de la cura de les persones. Aquest fet és destacable, per quant determina algunes de les manifestacions de desconfort de les dones que exerceixen la professió mèdica.

Hi ha diversos estudis que revelen que les metgesses manifesten major patiment psicològic i major puntuació en l'escala del dolor⁵ tenen més risc de patir depressions, assetjament moral i laboral o estrès que els seus col·legues masculins. De fet, sembla –segons alguns estudis– que les metgesses tenen un 60 % més de probabilitats que els seus companys de patir la síndrome del *burn out*. En l'actualitat, la presència de metgesses a Catalunya i a l'Estat espanyol és considerable. En les darreres dècades s'ha anat produint una feminització progressiva de la professió (*Figura 24*). Concretament, al Col·legi de Metges de Barcelona les metgesses representaven el 46 % del total dels seus membres (14.438 de 31.319 col·legiats a 31/12/2010) (*Figura 25*), percentatge que augmenta si només ens referim als professionals en exercici (*Figura 26*). Però, en

canvi, la presència de metgesses en àrees de responsabilitat de gestió o de comandament és molt minoritària com apunten estudis de poblacions i cultures ben diferents com la catalana o la noruega^{13,14}, però també de participació en les decisions de la seva unitat o centre. Algunes altres dades interessants que també caldria destacar ens les dona l'estudi *Salut, gènere i exercici professional* realitzat el 2007 per la Fundació Galatea⁹ mostra fet de que la majoria de metgesses treballa en l'àmbit de l'Atenció Primària, mentre que la majoria dels metges ho fa a l'àmbit hospitalari. La majoria de metges té més d'una feina, mentre que les metgesses treballen majoritàriament només a un lloc. La precarietat laboral és superior en la població femenina de la professió respecte a la masculina (*Taula 11*). El nivell d'insatisfacció laboral, essent moderat entre la població mèdica, és superior entre les metgesses (veure *Figura 12*).

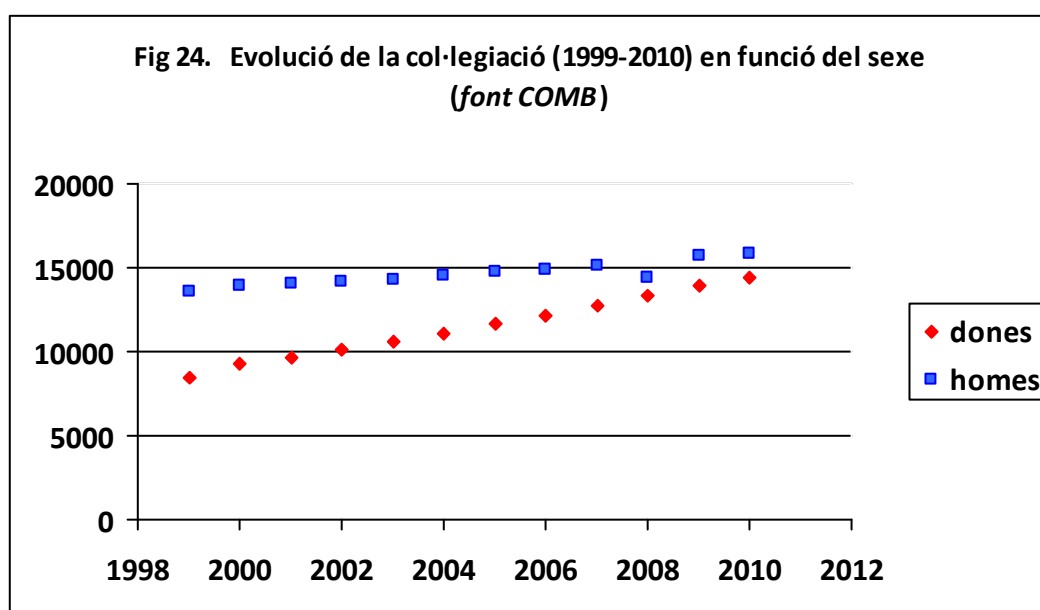


Fig.25. Piràmide d'edat dels metges del COMB, 2010 (font COMB)

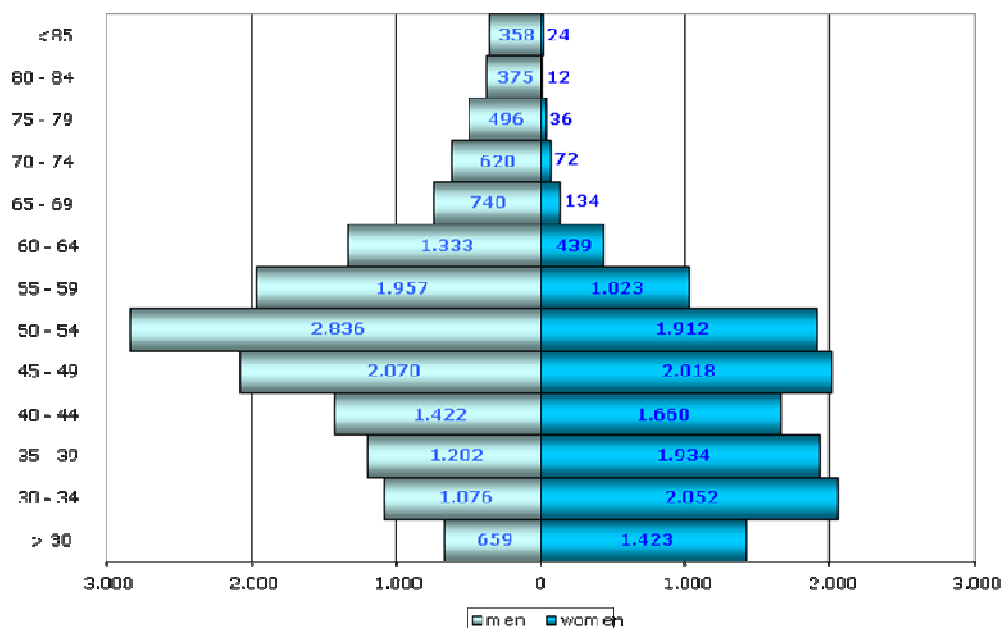
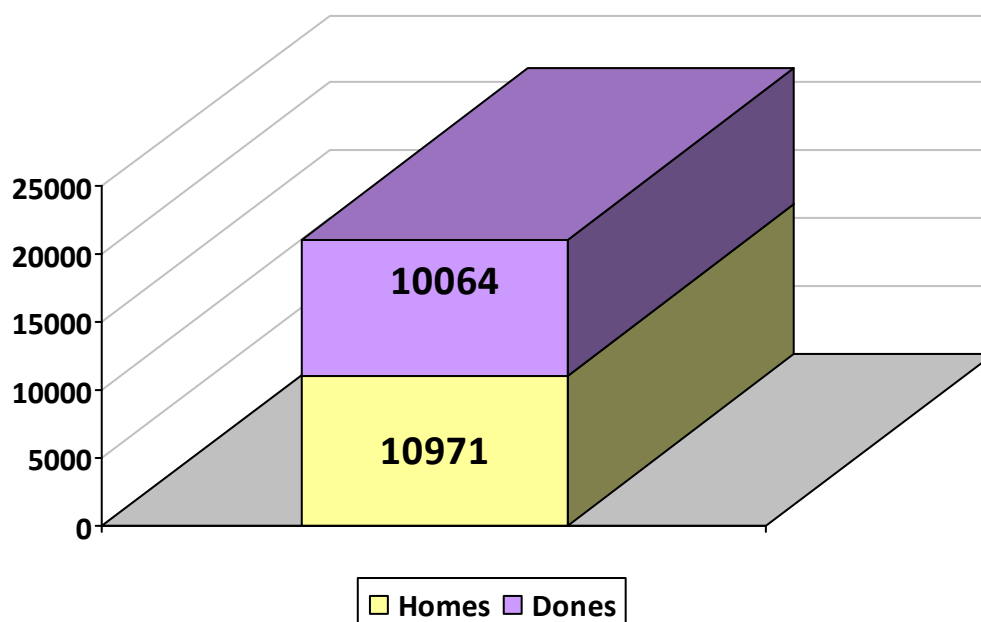


Fig.26. Metges amb la pòlissa de responsabilitat civil del CCMC. Font Servei de Resp. Civil del COMB



Aquesta situació d'especial risc de les metgesses podrien trobar-se en diverses fonts d'estrès: altes expectatives per voler comparar-se i, al menys, igualar-se als seus col·legues masculins, existència de rols múltiples amb doble jornada laboral

que inclou, d'una banda, la sobrecàrrega assistencial i la pressió laboral afegides a la demanda domèstica i familiar i la seva conciliació i, finalment, cal assenyalar les circumstàncies pròpies de l'ambient laboral amb agendes de guàrdies inflexibles, suport laboral inadequat, menor promoció i sou i problemes de diversa índole, major precarietat laboral i, ocasionalment, amb assetjament laboral i sexual ("harassment"), abús verbal i agressions en el treball.

Taula 11. Comparació de les condicions de treball dels metges amb la població ocupada catalana

	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
% contracte temporal en assalariats	23,5	33,2	14,4	20,0	4,3	11,5
Mitjana setmanal d'hores de treball	52,0	45,6	41,4	36,4	42,6	36,9
% Càrrec de comandament	33,8	18,7	28,0	16,8	51,5	37,0

Respecte al "mobbing" o assetjament en el treball, un estudi realitzat pel Col·legi de Metges de Madrid¹⁵, assenyala que el 22 % dels metges asseguren haver-lo patit, tot i que no es van detectar diferències significatives entre ambdós sexes.

D'altra banda, en una enquesta a 308 metgesses i 796 metges de Noruega¹⁶ enregistrats entre 1980 i el 1983 va mostrar que les dones iniciaven especialitats quirúrgiques en la mateixa mesura que els seus companys, però era més freqüent que abandonessin o canviessin d'especialitat. Les raons que atuien eren sobrecàrrega laboral i guàrdies que dificultaven la conciliació familiar. Amb tot, es va observar que algunes dones van canviar cirurgia per obstetrícia i ginecologia (especialitat comparable en termes de sobrecàrrega laboral). Per tant, haurien d'existir altres raons que expliquin l'abandonament de l'especialitat. Els mateixos autors apunten a la dificultat d'adaptar-se a especialitats tradicionalment masculines o la menor possibilitat de promoció en aquestes especialitats entre les dones.

En un altre treball, nordamericà, realitzat sobre més de 4.000 metges que van respondre a una enquesta nacional, el 47.7 % van informar d'assetjament laboral, especialment si eren divorciades o treballaven en especialitats "històricament

masculines” i el 36.9 % de les enquestades van reconèixer haver patit assetjament sexual, sobretot si eren joves i divorciades¹⁰.

En altres aspectes de la salut, les metgesses manifesten majors alteracions del cicle menstrual major risc de part prematur i de donar a llum nens de menor pes que la població general, malgrat seguir millors hàbits de salut i seguir més controls ecogràfics durant l'embaràs. Pel que alguns autors les consideren com un grup obstètric d'alt risc^{9,18,19}.

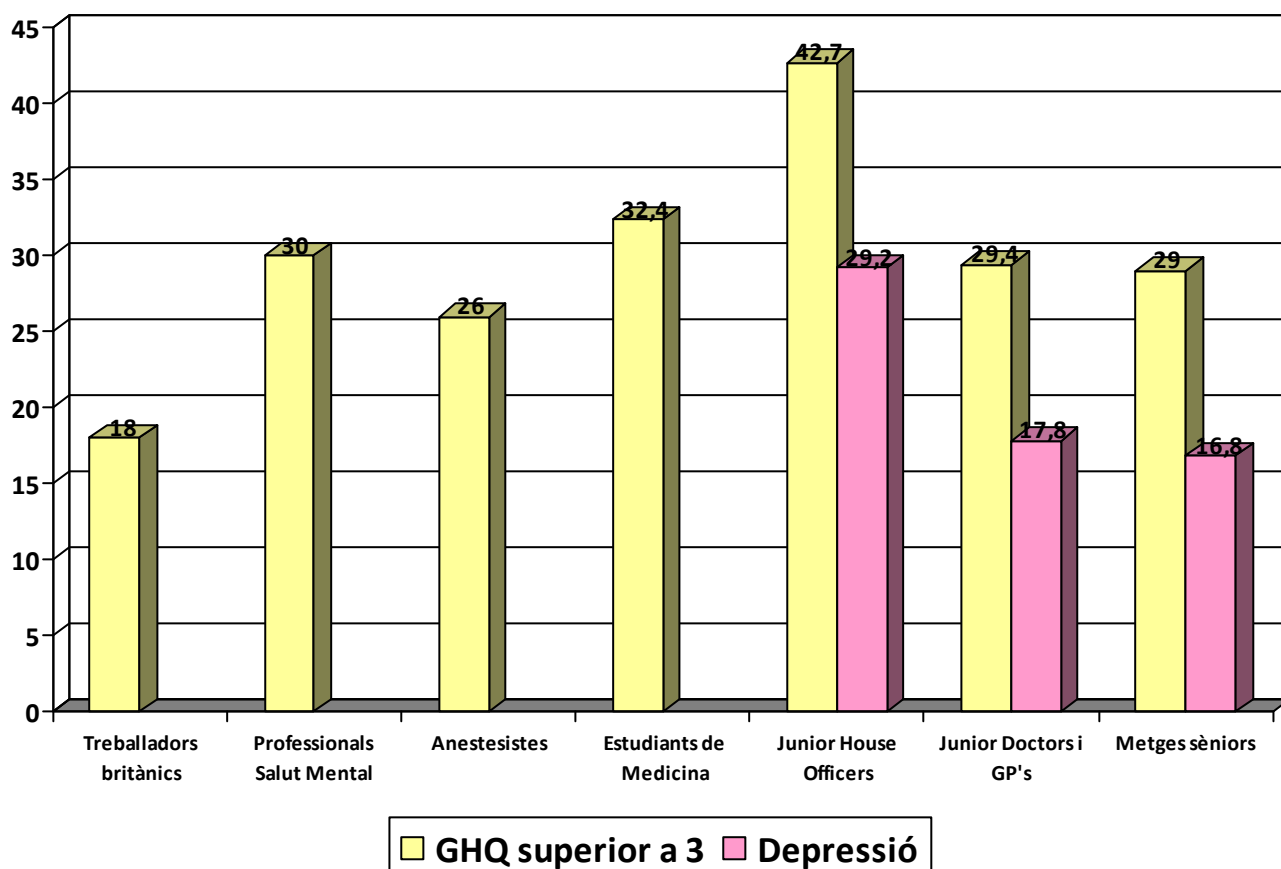
També hi ha algun estudi que demostra que pot haver-hi diferències de gènere en quant al consum d'alcohol. Així, les metgesses beuen igual o, a vegades, més que els seus col·legues masculins, especialment si treballen en el medi hospitalari i com una forma d'afrontar l'estrès. L'estrès familiar influeix, d'aquesta manera, quants més fills tenen (especialment grans) més empenen l'alcohol com a ansiolític (Firth-Cozens, 2002. Comunicació personal). A Catalunya un estudi realitzat per A. Gual (2005) mostrava que el risc mitjà entre els metges d'atenció Primària era més alt en les metgesses que en els metges. En canvi, en el estudi més recent de la Fundació Galatea, no mostrava diferències de consum d'alcohol entre els dos gèneres de 45 a 55 anys. Però, entre les dones joves sí que s'observava el doble de dones abstèmies (40 %) que d'homes abstemis (20 %), pel que sí que en llarg dels anys es produïa un augment de metgesses que declaraven un augment del consum.

En l'estudi d'Arrizabalaga i Valls-Llobet²⁰, ja mencionat al capítol anterior, s'aprecien diferències entre homes i dones metges respecte a les manifestacions de la insatisfacció que, en el cas de les fèmines es traduiria en major nombre de manifestacions de depressió i burn-out, especialment entre les que treballen en l'àmbit de l'atenció primària.

5.4. Especialitats de més risc

A tota la bibliografia consultada, hi ha una constant en assenyalar en que el grup on apareix major nombre de casos és el d'atenció primària, fonamentalment perquè són el grup més nombrós. Però, si analitzem les especialitats o àmbits de treball, caldria destacar la morbiditat dels professionals que treballen en els serveis d'urgències i les especialitats relacionades amb la salut mental –psiquiatria– i els anestesistes. Firth-Cozens ho assenyalava també en molts dels seus treballs (*Figura 27*).

Fig. 27. Estrès i depressió (SL-90): Proporcions per sobre del llindar. Firth-Cozens



En el capítol 3 ja s'assenyalava que la incidència de *burn out* en l'àmbit de l'Atenció primària o en urgències era superior. En el cas dels psiquiatres i anestesisistes, la taxa de suïcidi en aquestes especialitats era significativament més alta.

*Domino et al*²¹, van identificar alguns característiques específiques: 1 de cada 4 metges amb trastorns addictius recauen al menys una vegada, els anestesisistes tenen una prevalença major a la esperada, l'ús de opiacis, la co-morbiditat psiquiàtrica i la història familiar de addicció incrementen el risc de recaiguda, la presència simultània dels 3 factors incrementa dramàticament el risc de recaiguda i que la primera recaiguda incrementa el risc de recaigudes ulteriors.

Psiquiatria i Anestesiologia apareixen en nombrosos estudis com les especialitats on hi ha més incidència de metges amb problemes relacionats amb la salut mental i/o les addicions. Major vulnerabilitat expressada en major incidència de trastorns

depressius i el consum d'alcohol en comparació amb altres metges i professionals sanitaris, essent la taxa de suïcidi entre els psiquiatres el doble que en la resta d'especialitats²². Amb tot, hi ha alguns estudis que suggereixen que la prevalença real de l'abús de substàncies entre metges és desconeguda, mentre d'altres, que la prevalença és similar a la resta de la població²³.

Des de 1970, quan l'Associació d'Anestesisistes del Regne Unit va reportar la important incidència de casos de suïcidi entre els membres de la seva especialitat, es va defensar la necessitat de desenvolupar accions més proactives en la línia de prevenció i de suport amb serveis més o menys informals²⁴. I, més concretament, en l'àmbit de les addiccions, els anestesisistes destaquen per una major incidència en consum addictiu, amb un comportament diferenciat respecte al tipus de substàncies consumides –a banda de l'alcohol- si es compara amb la resta de professionals de la medicina, en les que apareixen sobretot els opiàcis, i també altres substàncies anestèsiques (propofol, ketamina, tiopental sòdic, lidocaïna, òxid nitrós i els anestèsics volàtils)²⁵. Això s'explicaria, entre altres raons, pel fàcil accés d'aquests professionals a aquestes substàncies. En un estudi recentment publicat per metges catalans²⁶ en el que es fa una revisió sobre l'abús de substàncies en anestesisistes s'apunta la necessitat de conèixer millor les causes d'aquesta més gran susceptibilitat.

Hi ha un fet important a destacar com és l'associació entre consum addictiu i altres psicopatologies. El 1991, un estudi realitzat per *Nace EP et al*²⁷ va objectivar la presència de trastorns de la personalitat en el 57 % dels metges addictes. Altres estudis realitzats confirmen aquesta associació. S'invoca que en molts d'aquests casos, els metges inicien el consum de substàncies addictives per autotractar-se els símptomes derivats de la seva personalitat psicopàtica o de l'existència d'alguna patologia psiquiàtrica prèvia (el que en psiquiatria s'anomena Patologia Dual).

BIBLIOGRAFIA

1. *Firth-Cozens J; Payne R.* Stress in health professionals. John Wiley & Sons. Chichester, 1999.
2. *Blancafort X, Masachs, L, Valero S i Arteman A.* Estudi sobre la salut del metge resident a Catalunya. Fundació Galatea, 2008.
3. *Firth-Cozens J.* Problemes de la salut dels metges. Fundació Galatea, 2001
4. *Firth-Cozens J.* Emotional distress in junior house officers. *BMJ* 1987; 295:533-536
5. Estudi sociològic dels metges del COMB. 2010. Col·legi de Metges de Barcelona
6. *Morales M, López Ibor JJ.* Estrés y adaptación al inicio de la formación médica postgraduada. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 1995; 23(5):141-148
7. *Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM.* Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet* 1996, 347:724-728
8. *Esteve M, Larraz C, Jiménez F.* La salud mental de los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin esp.* 2006;206(2):77-83
9. *Rohlfes I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C.* Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Salut, gènere i exercici professional. 2007. Fundació Galatea
10. *Earle L, Kelly L.* Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005; 51:242-247
11. *Schneider M, Bouvier M, Goehring C, Künzi B, Bovier P.* Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly* 2007; 137:121-126
12. *Sánchez Candamio M, del Valle A.* Estudi de necessitats dels professionals de la Medicina relacionades amb el moment de la jubilació. Fundació Galatea, 2005.
13. *Arrizabalaga P, Santamaria A, Merino a, Viñas O.* Does medicine still show and unresolved discrimination against women ? Experience in two European university hospitals. *J Med Ethics* 2009;35:104-106.
14. *Kværner KJ, Aasland O, Botten G: Female medical leadership: cross sectional study. BMJ. Jan 1999; 318:91-94*
15. *Mingote JC.* El desgaste profesional del médico. *El médico Interactivo* (10 Junio 2010).
16. *Gjerberg E.* Gender similarities in doctor's preferences-and gender differences in final specialisation. *Soc Sci Med* 2002;52:591-605
17. *Frank E, Brogan D, Shiffman M.* Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med* 1998 Feb 23;158(4):352-8
18. *Pilar Arrizabalaga, Mercè Fuentes, Carme Valls.* The female physicians's reproductive health. Based on the Report of Galatea Foundation of Catalonia.
19. *Miller NH, Ktaz VL, Cefalo NC.* Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *J reprod Med.* 1989 Oct; 34(10):790-6

20. *Arrizabalaga Pilar, Valls-Llobet Carme*. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc)* 2005;125:103-7 vol 125 num 03
21. *Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hanks L.* . Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA*. 2005 Mar 23;293(12):1453-60
22. *Rich CL, Pitts FN Jr*. Suicide by physicians. A study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. *J Clin Psychiatry* 1999; 72:159-169
23. *Brewster JM*. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA* 1987;257:2927-2930.
24. *Krizek TJ*. The impaired surgical resident. *Surgical Clinics of North America* 2004;84:1587-1604.
25. *Oxley, Joylon R*. Services for sick doctors in the UK. *MJA* 4 October 2004 Vol 181 n 7 pags 388-389.
26. *Garci-Guasch R, Roigé J, Padrós J*. Substance abuse in anaesthetists. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011 Dec 19.
27. *Nace EP, Dawis CW, Gaspari JP*. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry* 1991; 148:118-120.

Capítol 6

Experiència d'altres programes fins l'existència del PAIMM

"Silence is not always gold"

American Medical Association

6. Experiència d'altres programes fins l'existència del PAIMM.

6.1. En què es basen ? Com són ? A qui acullen ?

Els primers programes referenciats a la literatura d'atenció a metges malalts es van iniciar als Estats Units de Nordamèrica sobre la dècada dels 70 del segle passat. Des d'aleshores, de manera progressiva –encara que lentament- s'han anat extenent pel països occidentals, encara que persisteix el predomini anglosaxó.

La idea de crear Impaired Physician Programs va néixer sota l'impuls del Dr Douglas Talbot. Ja des del seu inici es van veure impregnats d'una filosofia punitiva, això és, d'una persecució de les conductes addictives en els metges i, amb posterioritat, de la resta de professionals sanitaris. Amb anterioritat, les conductes addictives ja foren reconegudes unes dècades abans com un problema que afectava la praxi mèdica. La publicació a la revista JAMA l'any 1973 de l'article "The sick physician"¹ va marcar una fita en el reconeixement i abordatge d'aquesta problemàtica, tot i que, absolutament centrada en les conductes addictives. De fet, l'alcohol, els opiacis legals i les benzodiacepines són, per aquest ordre, els tòxics d'abús de major prevalença entre els metges que consulten en programes especialitzats americans i canadencs².

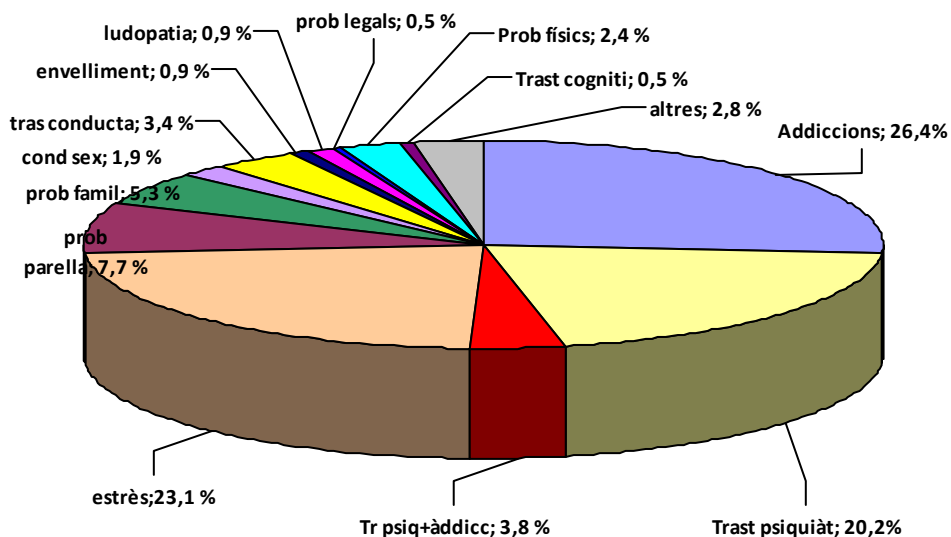
Durant la dècada dels 80 van aparèixer programes impulsats per diferents associacions professionals, i el 1990 es va crear la Federation of State Physician Health Programs. Aquests són entitats independents, creades en cadascun dels estats de la Unió, organitzats de manera diversa i amb àmbits i formes d'actuació també diversos, però tots ells amb el comú objectiu d'abordar quatre grans àrees: educació i prevenció, detecció precoç, avaluació i tractament i rehabilitació i monitorització del procés. La seva organització és també variada, tant des del punt de vista estructural, finançament, dependència jeràrquica, així com de funcionament i de relació amb les associacions o organismes professionals, fonamentalment l'AMA (American Medical Association).

En els darrers anys, aquests centres han començat a incorporar programes d'atenció i suport familiar, línies telefòniques d'ajuda, seminaris educatius per al maneig de l'estrès, accentuant la vessant preventiva de la seva acció.

Per influència veïna, Canadà va iniciar el seu camí uns anys més tard, amb un model menys persecutori més dirigit a la prevenció. El 1995 L'Ontario Medical Association va tenir la primera iniciativa a través de la creació del Physician Health Program² i el 1998 la CMA (Canadian Medical association) va publicar el 1998 la

Physician Health policy and well-being³ que va donar lloc a la creació el 2001 de la Canadian Physician Health Network i, posteriorment, el 2003, a la fundació de la Canadian Medical Association Center for Physician Health and Well-being, una organització que ha desenvolupat programes a totes les províncies canadenques. Aquests programes són independents dels organismes administratius tant provincials com estatals i depenen de les ordres mèdiques i de les associacions professionals. A diferència dels programes de la unió, els canadencs no restringeixen les seves activitats a l'àmbit de les conductes addictives sinó que atenen també els trastorns psiquiàtrics que poden interferir en la pràctica clínica. Més enllà d'activitats assistencials aquest programes inclouen altres serveis, com programes preventius, educatius, línia telefònica de suport permanent, així com amplis recursos informatius accessibles mitjançant el web del Centre for Physician Health and Well-being. Hi ha una coordinació a nivell general, però cada província té el seu programa amb equips de professionals que els dirigeixen. Probablement, un dels primers programes que es va posar en marxa va ser el de la província d'Ontario i que ha desenvolupat una important activitat, a través d'una intervenció que contemplava no només els problemes clarament relacionats amb salut mental i addicions, sinó també els de comportament (*Figura 28*).

Fig.28. Canadà: Ontario's Physicians Health Program (Brewsteer, 2002)



Al Regne Unit s'han desenvolupat nombrosos i variats recursos, la majoria de forma independent, i amb posterioritat als programes nordamericans i canadencs, a partir de la dècada dels 80 del segle passat. La primera iniciativa va sorgir de l'Associació d'Anestesistes de Gran Bretanya i Irlanda. El 1980 el General Medical Council va establir els "Health Procedures" per tal de protocolitzar l'abordatge de l'atenció als metges malalts amb problemes de praxis. Aquest model d'intervenció es centrava en els aspectes legals i contemplava quatre estadis d'intervenció: evidències preliminars, examen del metge malalt, supervisió del procés terapèutic i anàlisi final mitjançant un Health Committee.

El 1985 es va crear el *National Counselling for Sick Doctors*, organització que ofereix informació telefònica confidencial i disposa d'un panel d'especialistes en tot el Regne Unit i que actuen com a assessors confidencials del metge malalt que fa una demanda. Es tracta, doncs, d'un servei d'orientació, més que de tractament i que atén un nombre relativament baix de metges afectats. El 1997 es va crear la "Doctors Support Network", programa de suport basat en l'autoajut, chats, fóruns electrònics, línies de telèfon permanents, etc. . En aquesta mateixa línia, la British Medical Association disposa d'un programa amb una línia d'assistència telefònica (BMA Counselling Service) que des de 1996 atén especialment peticions relacionades amb l'estrès, problemes familiars, etc.. Finalment, en la mateixa línia, el 1995 es va crear la Sick's Doctor's Trust amb l'objectiu de tractar metges addictes. És una organització d'autoajut basada en els principis d'Alcohòlics Anònims i Narcòtics Anònims, i que disposa, àdhuc, d'un Centre de Tractament específic per a professionals sanitaris.

Amb posterioritat s'han desenvolupat iniciatives basades en les noves tecnologies, com és el cas del projecte CHILL (Chronic Illnes Matching Scheme) desenvolupat pel British Medical Journal. Iniciat el 2001, es dirigeix als lectors de tot el món i pretén aparellar professionals que es trobin en situacions personals i professionals similars amb l'objectiu de que puguin beneficiar-se de compartir les seves experiències de forma absolutament confidencial.

Ja més recentment, el National Health Service (NHS), a través de la National Patient Safety Agency va desenvolupar un programa, el National Clinical Assesment Service (NACS), arrel d'uns crims comesos per metges i infermeres durant la dècada dels 90. La finalitat d'aquest programa, en el que hi participaven també el General Medical Council (GMC) i organitzacions sanitàries era detectar professionals sanitaris que havien presentat problemes per exercir adequadament i avaluar si l'origen era per problemes relacionats amb la seva formació o

competència, trastorns mentals i/o addictius, trastorns neurològics degeneratius o trastorns de conducta de caràcter disruptiu i orientar adequadament el recurs o la solució més pertinent. Per raons probablement pressupostàries (el programa va néixer com a experiència pilot) les autoritats del NHS van decidir l'extinció del NACS.

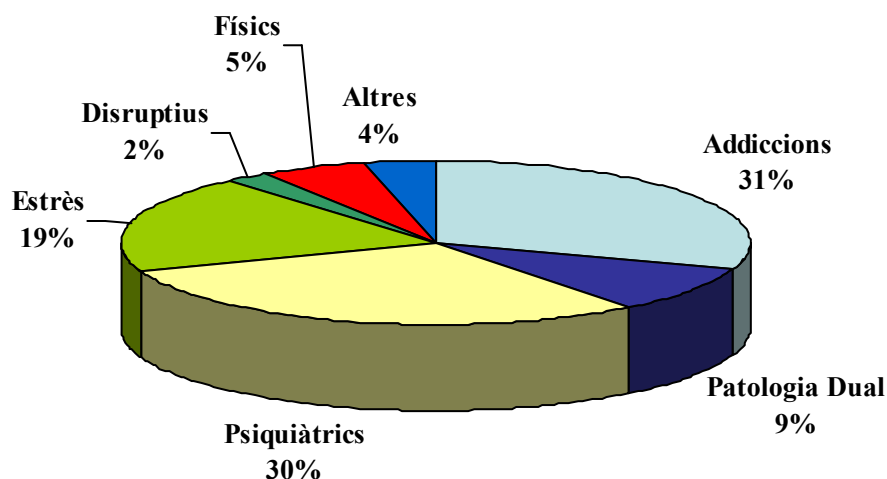
Fruit, però dels seus resultats i, probablement del coneixement de l'experiència catalana del PAIMM, fa 5 anys es posar en marxa per part de la mateixa National Patients Safety Agency del NHS ideel GMC, el *Practitioner Health Programme*, una iniciativa similar dirigida a metges i dentistes de l'àrea de Londres. Cal destacar els primers resultats favorables i l'avaluació crítica realitzada en la que es constata el grau d'acceptació altament positiva que està rebent per part dels mateixos professionals⁴.

Fora del Regne Unit són molt poques les iniciatives existents a l'àmbit europeu. La Irish Medical Association compta amb un programa similar al de la BMA, encara que molt més modest. Hi hagut diverses iniciatives, tímides, algunes de l'àmbit privat, que han començat a desenvolupar alguns programes. Però, encara no compten amb el recorregut necessari o la implicació suficient e les organitzacions professionals i de les respectives administracions sanitàries públiques perquè es pugui destacar-ne alguna. Darrerament, l'Associació Suïssa de Metges va anunciar que després d'una experiència pilot de tres anys pensen estendre un programa de suport –ReMed- a tots els metges de Suïssa (la població mèdica a aquell país ronda els 30.000 professionals) que pateixen depressió, *burnout* o altres trastorns mentals.

Darrerament, a França s'han començat a desenvolupar algunes iniciatives en diferents zones en les que s'ofereix atenció als metges malalts de manera voluntària, però sense existir encara cap recurs específic.

També a Austràlia s'han desenvolupat programes d'atenció al metge malalt. des de la dècada dels 80 del segle passat, el funcionament d'aquest programes és desigual, però cal destacar la tasca realitzada pel de New South Wales (Sydney). El *Doctor's Health Advisory Service* es va crear el 1982 sota el lema "Cap problema és massa greu ni massa trivial" seguint els models de tractament nordamericans, sobretot canadencs, atenent tant les patologies addictives com les psiquiàtriques^{5.6} (Figura 29). De igual manera, el Medical Council de Nova Zelanda ha desenvolupat fa anys un programa de suport al metge malalt.

Fig.29. Austràlia: Victorial Doctor's Health Program (Warhaft, 2004)



6.2. Resultats

Quan comparem diferents estudis sobre els resultats dels programes per a metges malalts es fa molt difícil donades les diferències metodològiques i de la complexitat desigual sobre les funcions que desenvolupen les diferents organitzacions professionals en l'àmbit de la regulació de l'exercici, les relacions amb les organitzacions i l'administració sanitària de cada país. Amb tot, hi ha suficients dades concloents sobre l'èxit de tractament en metges comparats amb la població general.

Els factors d'èxit d'aquests programes es basen en l'assistència en unitats altament especialitzades, on els pacients són atesos amb una estricta confidencialitat i especificitat. El fet de que els metges estiguin en un medi on la resta de pacients són com ells, professionals sanitaris, és altament motivador i desestigmatitzant, generant un alleujament dels sentiments de culpabilitat associats a la malaltia o al consum. Aquestes Unitats proporcionen al metge-pacient intervencions mèdiques i psicoterapèutiques freqüents i intenses, i en cas de ser necessari permeten realitzar internaments freqüents i, a voltes, perllongats.

Un cop donat d'alta, aquests programes proporcionen un seguiment longitudinal perllongat i inclouen teràpia de grup setmanal i screening toxicològic periòdic. En alguns casos, es fa necessari la realització d'un contracte terapèutic i una supervisió en el medi laboral i amb relació amb l'autoritat llicenciadora de l'exercici i l'associació professional

Les taxes de recuperació en metges addictes és superior a la població general. Reading⁷ en el *New Jersey Physician Program* informa d'una taxa d'abstinència després de dos anys d'un 83 % i Gallegos i cols⁸ troba per al *Georgia Impaired Physicians Program* una taxa de rehabilitació als 5 anys, entre el 75 i el 88 %, davant el 66 % de la població general. Morse i cols⁹ obtenen també taxes similars de recuperació en pacients i pacients de classe mitjana tractats en un programa protocol·litzat hospitalari: el 83 % en metges vs el 62 % de no-metges havien completat amb èxit el programa de tractament.

Un altre estudi més recent realitzat per Leape et al⁸ revelava la important l'eficàcia dels programes específics dirigits a metges.

Revisats, són molts els estudis publicats a la literatura mèdica^{10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24}, tots ells de països de cultura anglosaxona, que mostren experiències d'intervenció variades i que posen en evidència la seva eficàcia, superior als tractaments convencionals sobre població general. Tots ells assenyalen la confidencialitat com a punt fonamental per generar confiança entre la població mèdica. En molts d'aquests casos, existia complementarietat amb els òrgans estatals de regulació i d'habilitació de l'exercici (inclús amb reforç legislatiu) per conduir la recuperació i la rehabilitació professional²⁵. No oblidem que, en els casos dels programes dels EE.UU. els programes tenen un accent més persecutori i punitiu i es centren més en conductes addictives. No així els canadencs^{26,27}, els australians^{28,29} o els novazelandesos³⁰ que aborden el fenomen més des d'un punt de vista preventiu, sense deixat de penalitzar els casos de risc, i tenint en compte els altres trastorns mentals no addictius. Hi ha també una coincidència entre tots ells que en els casos d'addiccions la taxa d'abstinents és més alta que entre la població general, i se situa entre el 73-91 %, segons els casos.

Hi ha, però, alguns estudis que indiquen que en alguna especialitat, com l'anestesiologia, la rehabilitació total i el retorn a la pràctica professional pot arribar a ser molt difícil.

6.3. Factors que influeixen en la recuperació

La malaltia mental i els trastorns addictius que tendeixen a la cronicitat, pel que els pacients requereixen una monitorització estreta i continuada. En ocasions, i prèvia a la incorporació laboral molts programes de tractament desenvolupen una intervenció estructurada de retorn al treball mitjançant un contracte terapèutic i tutorització en el medi laboral. Inicialment, molts metges en procés de recuperació poden sentir-se incomodats i sentir que aquestes mesures són punitives, hostils o intrusistes. Tanmateix, quan comprenen i accepten el caràcter crònic i la naturalesa recidivant dels processos mentals i addictius on les recaigudes són freqüents o quan el tractament ha de fer-se en termes punitius (sota l'amenaça de la pèrdua de llicència o de suspensió de l'exercici), en ambdós casos l'acompliment i acceptació i, finalment, l'agraïment es posen de manifest.

En el programa de Georgia, als EE.UU, Talbott¹², el pioner d'aquests programes, postula 16 factors que semblen tenir un valor predictiu de recuperació amb èxit dels metges addictes:

1. El nombre de sessions de grup a les que s'atén per setmana
2. Un treball continuïtat i "en equip" amb el tutor
3. Detecció de tòxics en orina
4. Avaluació en cada etapa de la recuperació per ajudar al metge a evitar trampes emocionals (angoixa, culpa, depressió, ansietat, insomni).
5. Monitorització de conductes compulsives emergents: sexe, menjar, nicotina, joc, etc.).
6. Avaluació de l'estat actual de les teràpies i mesures farmacològiques.
7. Avaluació de les relacions familiars
8. Monitorització de l'estat físic
9. Nombre d'activitats de temps lliure per setmana
10. Avaluació del grau d'acompliment de les activitats terapèutiques proposades

11. Temps emprat a la setmana en fer exercici
12. Avaluació de factors estressants relacionats amb el treball (status professional, guàrdies i actituds en el sí del treball).
13. Monotorització de canvis del status financer
14. Formació mèdica continuada addicional
15. Autoavaluació de la qualitat del programa de recuperació.
16. Identificació dels aspectes més dèbils del programa de recuperació.

Aquells metges que s'esforcen en seguir el programa de tractament i es recuperen desenvolupen una actitud de gratitud i se senten més honestos amb sí mateixos, els seus companys i la seva família. L'experiència del tractament els ajuda també a comprendre millor la dificultat que experimenten els seus propis pacients amb el que surten reforçats com a metges.

Contràriament, hi ha alguns elements que poden suposar un risc de recaigudes més freqüent i empitjorar el pronòstic. Un estudi retrospectiu de 292 professionals sanitaris (82 %, metges) atesos en el programa per a metge de Washington entre 1991 i 2001 va detectar que s'ha d'advertir que malgrat els bons resultats d'aquests programes està descrit que en llarg del seguiment, 1 de cada 4 metges experimentarà una recaiguda. Malgrat un tractament monotoritzat i un seguiment continuat segeuix sent el major factor protector, hi ha alguns factors que poden incrementar les recaigudes en el consum de tòxics. Entre aquests factors es troben els següents: pertànyer a una especialitat de major risc (per presentar nivells més alts de *burn out* o més contacte amb psicofàrmacs com el cas dels anestesistes), l'ús de opiacis, la presència d'una malaltia mental concomitant al consum (patologia dual) i tenir una història familiar de trastorn addictiu suposen també un risc de recaiguda. La presència dels 3 darrers factors incrementa de manera important el risc de recaiguda i com per a tots els trastorns addictiu, el risc de subseqüents recaigudes s'incrementa després de la primera⁸.

Amb tot, la gairebé totalitat de la bibliografia consultada referent a l'experiència acumulada dels diversos programes existents coincideix en que programes estructurats de vigilància i tutela sobre els metges afectats que, a l'hora, facilitin l'adherència als tractaments produeixen resultats satisfactoris.

BIBLIOGRAFIA

1. The Sick Physician: Impairment by Psychiatric Disorders, Including Alcoholism and Drug Dependence. JAMA. 1973;223(6):684-687.
2. *Kauffmann M.* Physician substance abuse and addiction: recognition, intervention and recovery. Physician Health. Ontario Medical Review. October 2002.
3. *Talbott GD, Gallegos KV, Wilson Po, Porter TL.* The Medical Association of Georgia's impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians. JAMA; 1987 257 (21):2919-2930
4. Practitioner Health Programme. [http://: www.npsa.hs.uk/site-map/nhs-practitioner-health-programme](http://www.npsa.hs.uk/site-map/nhs-practitioner-health-programme).
5. Physician Health policy and well-being. West J Med. 2001 Jan;174(1):5-7
6. *Gastfried dr.* Physician substance abuse and recovery: what does it mean for physicians and everyone else ? JAMA 2005; 293: 1513-1515
7. *Reading E.* Nine years experience with chemically dependent physicians: the New Jersey experience. Md Med J 1992, 41:325-329.
8. *Gallegos K et al.* Relapse and recovery: five to ten year follow study of chemically dependent physicians-the Georgia experience. JAMA, March 23/30, 2005-Vol 293, No 12 p. 1453-1459
9. Leape L, Fromson JA. Problem doctors: Is there a system level solution ? Am Intern Med. 2006; 144:107-15
10. *Talbott G Douglas, Gallegos KV, Wilson PO Porter.* The medical association of Georgia's impaired physicians program. JAMA Vol 257 n 21 June
11. *Shore, James H.* The Oregon experience with impaired physicians on probation. An eight-year follow up. JAMA vol 257 n 21 June
12. *Talbott G Douglas.* Treating impaired physicians: fourteen keys to success. Virginal Medical Vol 113
13. *Conner S Lon.* Comparasion of imapired physician programs nationwide. MMJ Vol 37 n 3.
14. *Moffitt Ellis M.* MSMA Impaired Physicians Program: An Overview. Journal MSMA. Dec 377-78
15. *Miscall Brian G.* Monitoring recovering physicians: the New Mexico experience. Am College of surgeons Bull. Volt 76 n 3 March
16. *Simth J Darrel.* Treatment outcomes of Impaired Physicians in Oklahoma. J Okla State Med assoc. Vol 84. Dec.

17. *Ullwelling John J.* The evolution of the Oregon program for impaired physicians. *Amer Coll surg Bull* Vol 76 n 3. March.
18. *Blondell Richard D.* Impaired Physicians: the Kentucky experience. *KMA Journal* Vol 90 Feb 63-67
19. *Ziegler Penelope P.* Monitoring impaired physicians: a tool for relapse prevention. *Pennsylvania Medicine*. Oct 38-40.
20. *Lenton John.* The Georgia Impaired Physicians Program. *Journal of MAG*. Vol 80
21. *McLellan Thomas, Skipper Gregory et al.* Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ com*, 13 Nov 2008.
22. *New help for disabled physician.* *The Ohio State Medical Journal* September 1975. Pags 641-643
23. *Morgan Dolores, Johnson Vernon.* Intervention. A process for helping impaired physicians. *Journal of Florida M.A.* Vol 69 n 11. Pag 937-939. 1982.
24. *Brown Roger, Schneidman Barbara.* Physicians's health programs: what's happening in the USA ? *MJA*, 4 October 2004 Vol 181, n 7 pags 390-391
25. *Casper Edmund.* Establishment of the Colorado Physician Health program with a legislative initiative. *JAMA* Vol 260 n 5.
26. *Brewster JM; Kaufmann M, Hutchinson S.* Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ* 2008; 337:a2098
27. *Warhaft Naham.* The Victorian Doctors Health program: the first 3 years. *MJA*, 4 October 2004 Vol 181 n 7 pag 376-379
28. *Schattner P, Davidson S, Serry N.* Doctor's Health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *MJA* 4 October 2004 Vol 181. N7 pags 348-349.
29. *Wilhelm Kay, Reid Alison.* Critical decision points in the management of impaired doctors: the New South Wales Medical board program. *MJA* vol 181 n 74 October pags 372-375. 2004
30. *Richards JG.* Caring for the carers. *New Zealand Medical Journal*. Vol 102: 381-383. 1989.

Capítol 7

Responsabilitat de les institucions

“Caring for the carers”

F.G. Richards

7. Responsabilitats de les institucions.

7.1 De la corporació mèdica: vetllar per la bona praxi i ajudar al metge malalt

Tal i com ja s'ha exposat amb anterioritat, els metges malalts no atesos suposen un risc per a la salut dels seus pacients, essent, a més, causa d'innumerable problemes en els entorns familiar i laboral^{1,2,3}.

El metge malalt, tal i com es va definir en la posada en marxa del PAIMM, és aquell que pot veure afectada negativament la seva pràctica professional per problemes psíquics i/o conductes addictives a l'alcohol o a altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Fins fa pocs anys la majoria dels sistemes de salut europeus no tenien prevista – amb algunes salvedats^{4,5,6} – cap intervenció o programa específic per prevenir i atendre aquests casos. Les institucions sanitàries no disposen de cap dispositiu assistencial adequat i específic d'abordatge d'aquestes situacions, fóra dels usuals per a la població general. I el que acostuma a succeir en aquestes situacions és que no es faci cap intervenció institucional adequada, que molts metges afectats no demanin cap ajut i que, a més, no acudeixin als dispositius assistencials normals. I l'única resposta, en darrer terme, només fos a través d'una incapacitació laboral temporal o definitiva o bé, d'un procés disciplinari sancionador.

Davant aquesta realitat, i tenint en compte la seva funció reguladora de l'exercici i de garant de la qualitat de l'acte mèdic davant els ciutadans, s'ha anà plantejant el fet que els col·legis/ordres mèdiques haurien de poder desenvolupar intervencions encaminades a donar una resposta més proactiva. La tasca, d'entrada, no és fàcil d'implementar per quant en el nostre país, com en la majoria dels que l'exercici professional està lligat a una col·legiació obligatòria, les corporacions professionals també desenvolupen una funció protectora i de defensa dels seus col·legiats. Aquesta aparent confrontació d'interessos i objectius va poder superar-se amb la creació el 1998 del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) amb l'objectiu de fer compatibles les funcions de garant de la bona praxi amb l'ajut al metge en la seva malaltia i possibilitar, així, la seva rehabilitació^{7,8,9,10}.

De fet, en aquests darrers anys s'ha produït una progressiva presa de consciència sobre el desenvolupament més actiu de les funcions pròpies dels col·legis en aquest àmbit.

En altres models -pioners en la creació i desenvolupament d'aquests programes- com els de l'*American Medical Association* (AMA) o la *Canadian Medical Association* (CMA) es van instrumentar programes específics per atendre problemes de salut dels metges, instaurant acords de col·laboració amb els *Licensing o Registry Boards* de cada Estat/Província per als casos que havien estat causa de denúncia o de mala praxi. Cal destacar en aquest sentit la *Federation of State Physician Health Programs (FSPHP)*¹¹ en la seva tasca de dinamització i coordinació dels diferents programes estatals dels EE.UU., així com les conferències bianuals que l'AMA i la CMA –i ara, també la BMA- co-organitzen per a l'intercanvi d'experiències, l'impuls d'estudis i la publicació de guies.

Per aconseguir aquest objectiu, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) va impulsar el 1997 durant el procés d'elaboració del nou Codi de Deontologia¹² una reflexió sobre la necessitat de dinamitzar un canvi cultural professional davant el fenomen de la salut del metge quan aquest pogués condicionar o posar en risc la dels pacients. Un posicionament més imperatiu que ja havia fet temps enrere l'*American Medical Association* en els seus Principis d'Ètica Mèdica ("*Physicians have an ethical obligation to report impaired, incompetent, and/or unethical colleagues in accordance with the legal requirements in each state*") o l'*American College of Physicians* en el seu Manual d'Ètica ("*Every physician is responsible for protecting patients from an impaired physician and for assisting an impaired colleague. Fear of being wrong, embarrassment, or possible litigation should not deter or delay identification of an impaired colleague*").

Fruit d'aquest debat, l'Assemblea de Metges de Catalunya convocada per a l'aprovació del nou Codi de Deontologia va aprovar unànimement introduir dos articles que van constituir la base conceptual i ideològica de la creació del PAIMM. Amb posterioritat, a nivell d'Estat, el Consejo General de Colegios de Médicos de España va introduir els mateixos conceptes en el seu Codi¹³.

Així, la redacció dels dos nous articles del Codi de Deontologia català va quedar de la següent manera:

Art 101. El metge que se sàpiga malalt, que sigui coneixedor que pot transmetre alguna malaltia o que es vegi amb dificultats per exercir amb plena eficàcia la seva professió, té el deure de consultar un altre o altres

col·legues perquè valorin la seva capacitat professional i seguir les indicacions que li siguin donades.

Art 102. El metge que sàpiga que un altre metge, per les seves condicions de salut, hàbits o possibilitat de contagi, pot perjudicar els pacients, té el deure, amb l'obligada discreció, de comunicar-li i recomanar-li el qui pot aconsellar la millor actuació, i igualment té el deure de posar-ho en coneixement del Col·legi de Metges. El bé dels pacients ha d'esser sempre prioritari.

En el cas del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB), la possibilitat de crear el PAIMM podia haver estat possible, atès que la interpretació dels Estatuts col·legials vigents en aquells moments ja obrien aquesta possibilitat, per quant en el seu article 55 referit a *Prohibicions de l'exercici*, al seu epígraf n) explicitava "exercir la Medicina quan s'evidenciïn manifestament alteracions orgàniques, psíquiques o hàbits tòxics que l'incapacitin per a l'esmentat exercici, previ el reconeixement mèdic oportú". Sigui com sigui, les normes deontològiques aprovades suposaven un explícita declaració d'intencions.

Però, l'any 2008, després d'un procés obert amb tota la col·legiació, l'Assemblea de Compromissaris del COMB va aprovar una reforma estatutària en la que, a banda d'altres qüestions de caràcter menor, es van introduir alguns articles que venien a blasmar el posicionament ideològic que durant els darrers anys la corporació havia anat consolidant sobre la funció primordial de la institució, això és, la salvaguarda i defensa de la bona praxis mèdica i en el marc del concepte d'una plena autoregulació professional¹⁴. Conseqüentment, es van introduir nous preceptes en el règim sancionador que, a banda de catalogar les infraccions, explicitava conceptualment els instruments que comptava la corporació per fer efectiva aquesta funció de garant i incloent-hi el compromís del metge afectat a seguir unes indicacions determinades indicades per la corporació. Concretament, en el seu *article 52-Deures dels metges, epígraf f* explicita com a obligació la "d'abstenir-se d'exercir la professió quan existeixin alteracions orgàniques, psíquiques o hàbits tòxics que impedeixin un correcte exercici, i comunicar al Col·legi la seva possible situació de discapacitat, comprometent-se al seguiment de les recomanacions que la corporació efectuï".

Però, a més, l'article 75 dels mateixos Estatuts disposa que la vigilància i control de l'exercici té per objecte la garantia d'una adequada pràctica mèdica, quan hi hagi indicis de manca de la necessària plena capacitat i/o competència per al seu normal desenvolupament, amb risc per a la salut d'altres o del mateix col·legiat, així com,

conformar la consciència dels professionals respecte a com responsabilitzar-se dels problemes de salut que els mateixos poden patir i dels concrets deures que tota la professió ha d'assumir, atesa la transcendència social de la pràctica mèdica.

D'altra banda, l'article 76 estableix que les mesures preventives de control, que no tenen caràcter de sanció, poden consistir en requerir al metge d'abstenir-se de fer determinades activitats, als efectes de no posar en risc la salut dels seus pacients, es considera necessari exigir al metge malalt.

D'aquesta manera, es reconeixia estatutàriament i de manera implícita l'existència del fenomen del metge malalt com a un problema potencial de mala praxi i es posava l'accent, primer en la voluntarietat del propi afectat per demanar l'ajut corresponent (com s'explica més a bastament al següent capítol, aquesta és una de les bases fonamentals d'actuació del PAIMM). Però, també es subratlla el deure dels col·legues de ser proactius i evitar, així, l'actitud massa sovintejada –del que els metges no són una excepció– d'un corporativisme mal entès, a un sobreproteccionisme per “tapar”, silenciar o ignorar l'evidència. Igualment, amb el text estatutari, a banda de reforçar la nova línia deontològica, es subratlla l'imperatiu de que el metge afectat havia de seguir les recomanacions que li fossin realitzades.

Com ja he assenyalat abans, aquesta formulació conceptual es va ajustar a la tradició de la nostra cultura professional i corporativa, més procliu a fonamentar canvis des de la prevenció i la voluntarietat i deixant la via compulsatòria per als casos de risc real, tot desenvolupant mesures de control, prèvies a la sanció inhabilitatòria que, no pas una exclusiva acció persecutòria i punitiva, més arrelada en altres tradicions i que sustenten alguns dels programes nordamericans,.

A través d'aquesta via, el COMB ha pogut incoar expedients destinats a la vigilància i el control de l'exercici professional que aixoplugaven els procediments de Contracte Terapèutic Col·legial (CTC). Aquest CTC és el reflex documental d'un compromís per al compliment del tractament, assumit i signat pels diferents actors d'un procés de rehabilitació i control de l'exercici. La seva finalitat, per tant, és aconseguir la rehabilitació supervisada del metge malalt, mentre continua treballant amb imitació o no de la seva activitat professional com es veurà amb més detall al següent Capítol.

Àdhuc el mateix COMB va reforçar encara més les bases d'aquest canvi de paradigma en favor de la promoció i protecció de la salut dels metges i la salvaguarda de la bona praxi a través dels Documents de Posició Col·legial, *Deures*

ètics dels metges cap a la seva salut i la de les seves famílies i Deures dels metges cap a altres metges^{15,16}. En aquest segon cas, l'èmfasi es donava a la responsabilitat dels col·legues perquè: es tracta d'una obligació ètico-deontològica, per responsabilitat legal, per la seguretat dels pacients, per la imatge professional i perquè es tracta d'un company malalt al que cal ajudar.

7.2. Manifest de Barcelona

Molt aviat, i fruit d'aquesta preocupació i de la convicció de l'encert de l'opció endegada pel Col·legi de Metges de Barcelona –i, per extensió, la resta de Col·legis de Metges de Catalunya– es va resoldre que calia una acció paral·lela a l'exterior per divulgar-la i compartir-la. És, aleshores, quan va néixer la necessitat de trobar complicitats amb altres organitzacions professionals i líders en aquest camp per tal d'anar definint un model europeu propi d'abordatge d'aquest problema i, sobretot, per cridar l'atenció als responsables polítics, a les administracions i a les mateixes organitzacions professionals del continent sobre la necessitat d'abordar adequadament el problema des d'un punt de vista també d'interès públic.

L'any 2001, el COMB va organitzar la *1^a European Conference* sobre aquests programes¹⁷ que va convocar els principals especialistes en la matèria i que, a banda, de contrastar diferents experiències, i de suposar un gran suport al PAIMM i al seu lideratge dins l'Estat espanyol, va ajudar a la concreció de l'esboç del que anys més tard, el 2008 esdevindria l'*Associació Europea sobre la Salut dels Metges (European Association for Physicians Health, EAPH)*. En aquesta conferència, celebrada a Barcelona el març de 2001 es va aprovar el *Manifest de Barcelona*, una declaració que advertia sobre l'abast del problema i cridava l'atenció a poders i administracions públiques i a organitzacions professionals i sanitàries a una presa de consciència sobre el fenomen i a actuar decididament. El text aprovat fou el següent:

MANIFEST DE BARCELONA^{18,19}

Preàmbul

En llarg del segle XX el dret a la salut s'ha convertit en una realitat en la pràctica totalitat dels països europeus, i en el curs dels darrers decennis els trastorns mentals i les addiccions s'han anat considerant cada cop més com a malalties,

perdent gradualment la càrrega d'estigma social que tenien. Gràcies a aquests canvis, s'han anat integrant progressivament els serveis assistencials psiquiàtrics en els sistemes sanitaris generals, i la universalitat del dret a la salut i l'accessibilitat als serveis assistencials s'han estès pels països europeus.

Tot i així, en el cas dels metges en concret, i dels professionals sanitaris en general, hi ha una sèrie de factors que determinen paradoxalment, que siguin una població de les menys ateses, sanitàriament parlant.

En els darrers anys s'ha evidenciat que els professionals sanitaris, en general i, sobretot, els metges, no actuen degudament com a pacients quan estan malalts, en la majoria dels casos. A més, les malalties mentals i addictives encara tenen un fort estigma social, àdhuc dins el mateix col·lectiu sanitari, doncs, existeix una certa cultura de no demanar ajuda perquè "no sigui que els col·legues percebeixin la malaltia com una debilitat". D'aquesta manera, moltes baixes laborals, incapacitacions i inhabilitacions són conseqüència de trastorns pels que hi ha tractaments eficaços.

En el cas dels professionals de la salut, i sobretot, dels metges que pateixen aquests problemes, la por a que la pròpia malaltia sigui coneguda pels companys o pels pacients juga un paper dissuasori molt important a l'hora de demanar ajuda i, per tant, d'accedir al sistema de salut. En aquests casos, apareix una tendència important a viure aquests trastorns amb sentiments de culpa i amb una marcada tendència a l'ocultació, el que retarda la demanda d'ajut i empitjora el pronòstic. No es tracta tan sols d'un tema individual, sinó d'una qüestió de salut pública, pel que comporta a la vegada de risc per a la salut de la població general atesa per aquests metges.

Així, doncs, per proveir als professionals sanitaris d'una major accessibilitat als serveis de salut, especialment de salut mental, és necessari que es desenvolupin programes d'actuació a tots els països atenent als següents principis:

1. Els sistemes sanitaris han de garantir als professionals de la sanitat la mateixa accessibilitat al sistema sanitari que la població general.
2. El dret a la confidencialitat a l'accedir als tractaments és important per a tots els pacients, però es requereixen mesures especials per garantir aquesta confidencialitat als professionals de la salut que accedeixin al tractament,

sobretot, quan es tracta de trastorns psíquics i/o addictius perquè encara són estigmatitzants.

3. S'han de crear programes i serveis assistencials específics, ambulatoris i d'hospitalització, en nombre i en ubicacions geogràfiques suficients perquè els professionals afectats rebin el tractament adequat i en les condicions degudes.
4. Els col·legis professionals han de tenir un paper central en l'organització, gestió i control de la qualitat dels programes assistencials creats. I el finançament hauria de correspondre a les institucions públiques.
5. Es precis, doncs, que aquests programes no només es desenvolupin amb l'objectiu de millorar l'assistència als metges i altres professionals de la salut, sinó també per millorar la qualitat dels serveis sanitaris i, sobretot, per protegir la salut dels ciutadans.
6. Aquests programes també han de tenir una clara vocació preventiva, intentant facilitar a tots els professionals sanitaris, malalts o no, les condicions més idònies perquè els problemes que es detectin siguin abordats amb la major precocitat i efectivitat possibles.
7. És necessari desenvolupar la investigació, particularment en relació a la salut mental dels professionals de la sanitat i les seves condicions de treball.
8. La salut de tots els professionals sanitaris ha d'ésser promoguda tant a nivell individual com organitzacional, amb èmfasi especial en la salut mental.

Barcelona, 8 de novembre 2001

7.3. El paper de les administracions públiques: la protecció de la salut pública i de la qualitat assistencial

Si bé en el punt 7.1. he defensat que és en les corporacions professionals per coherència amb les funcions que tenen assignades on s'han d'ubicar els instruments bàsics, tant reguladors com assistencials del Programa, no és gens menys cert que aquesta competència no és exclusiva dels Col·legis, en un sentit més ampli. La responsabilitat de vetllar per la qualitat de l'acte assistencial és compartida amb altres agents, especialment l'administració sanitària pública. Més encara, si la obligatorietat de la col·legiació lligada a l'exercici no existís.

Efectivament, en el procés de l'acte assistencial hi intervenen moltes altres causes, a banda dels factors individuals ja tractats en els primer capítols, que poden ser causa directa o indirecta d'una situació psicopatològica relacionada amb una mala praxi o de pèrdua de qualitat.

Les causes podrien estar lligades als models de les organitzacions on els metges treballen, al funcionament dels equips i els lideratges interns, a la possibilitat o no de participació dels professionals en la presa de decisions -més enllà de les que les que són pròpies purament assistencials- sobre els centres on treballen i, finalment, en el grau d'autonomia professional. També cal destacar el paper dels pacients/familiars en tant a usuaris del sistema sanitari.

El que la gestió del PAIMM o de programes afins es faci des dels col·legis professionals i que n'asseguri el seu finançament no hauria de minvar la contínua i efectiva implicació i la responsabilitat dels poders públics, ans al contrari.

En els països on la col·legiació no és obligatòria les administracions sanitàries tenen un paper més actiu en el funcionament d'aquests programes. No tant, pel que fa a l'àmbit assistencial, però sí pel que fa al paper sancionador i de control dels casos de risc. I això és així perquè en aquests casos els òrgans de regulació de l'exercici depenen directament de les poders públics o de l'ocupador.

En els casos, com el nostre, en els que l'obligatorietat de la col·legiació està lligada a l'exercici aquesta implicació no serà tan directa sobre la situació concreta del metge malalt, però sí la seva responsabilitat en tant que ha de vetllar per la qualitat dels serveis que es presten. En conseqüència, ha de poder vetllar perquè existeixi el recurs, un programa específic que permeti abordar adequadament aquest fenomen.

En aquesta visió de cooperació, l'Administració pública hauria de prioritzar en els seus Plans i polítiques de salut l'abordatge i prevenció d'aquestes problemes. Amb els mateixos criteris de defensa de la qualitat assistencial hauria de disposar d'uns mínims instruments d'anàlisi per detectar de manera objectiva les disfuncions que han pogut motivar o condicionar una actitud o un acció inadequada en l'assistència i poder analitzar i situar la resposta més adequada.

De fet, hi ha algunes experiències (com el programa pilot del NHS) en que l'anàlisi no es limita només a identificar l'existència de trastorn mental o conducta addictiva en un professional concret, sinó a observar si aquesta situació va o no associada a dèficits formatius, o bé es tracta de problemes disruptius o de conducta i, en tot cas, si la incidència d'aquestes situacions va lligada a la presència d'entorns

laborals conflictius o a models d'organització que objectivament són generadors de situacions de risc de psicopatologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Wayne M & col. The Medical Marriage. Sustaining healthy relationships for physicians and their families. American Medical Association, 2000.
2. Firth-Cozens J. *Depression in doctors. En: Roberttson MM, Katona CLE editors. Depressions and physical illness. New York: John Wiley & sons, 1997.*
3. Firth-Cozens J, Redfern N, Moss F. *Confronting error in patient care. Unpublished report to the NHS R&D PRP, 2002.*
4. Health assessments. General Medical Council (GMC). www.gmc-uk.org/concerns/making_a_complaint/a_guide_for_health_professionals.asp
5. National Clinical Assessment Service. National Patient Safety Agency. National Health Service (NHS). www.ncas.npsa.nhs.uk.uk
6. Practitioner's Health Programme. www.ncas.npsa.nhs.uk/health/practitioner-health_programme.
7. Arteman A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. El médico como paciente. Jano Atención Primaria. Recursos asistenciales, formativos y de investigación, 2004.
8. Bosch X. *First impaired physicians therapy program appears to be successful in Spain. JAMA* vol 283, n 24 June 28 3186-3187
9. Casas M, Bruguera E, Gual A, Colom J, Arteman A, Padrós J. *Mental Health Programmes for the sick doctor. Images of Spanish Psychiatry. Editorial Glosa 2004.*
10. Bruguera E, Matalí JL, Roncero C, Casas M. El médico enfermo. Tratado de trastornos adictivos. 2006. Sociedad Española de Toxicomanías. Editorial Médica Panamericana.
11. Federation of State Physician Health Programs. www.fsphp.org
12. Codi de Deontologia-Normes d'Ètica Mèdica Mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Barcelona, 1997. Rev 2005.
http://www.comb.cat/cat/comb/normativa/codi_deontologic/home.htm
13. Consejo de Colegios de Médicos de España. Codi de Deontología. Madrid OMC, 1999.
<http://www.cgcom.org/sites/default/files/Codigo.pdf>
14. Estatuts Col·legi de Metges de Barcelona (COMB).
<http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/estatuts.pdf>
15. Deures ètics dels metges cap a la seva salut i la de les seves famílies. Document de Posició del COMB. www.comb.cat/cat/comb/publicacions/posiciocomb/home.htm
16. Deures ètics dels metges cap a altres metges. Document de posició del COMB. www.comb.cat/cat/comb/publicacions/sic/sic108/sic07.htm

17. *Bosch X.* New group to look at helping the sick doctors of Europe. *The Lancet*. Vol 358 n 9294. November 17. 2001
18. Manifiesto de Barcelona. Primeras Jornadas Europeas PAIME 2001. Butlletí de l'Organización Médica Colegial. Febrer 2001
19. *Casas M.* 1st European Conference PAIMM 2001: Care Programs for Health Professionals with Mental Disorders and/or Addiction Behaviours in Europe. *Eur Addict Res* 2002;8:155-156

2ª Part

Resultats

Capítol 8

El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

“Si tens aquest problema o coneixes a algú que ho pateixi, el silenci no ho resoldrà”

PAIMM

8. El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)

8.1. Els orígens

El 1996, la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Barcelona va constatar que en el conjunt de denúncies o queixes contra metges dirigides a la Corporació hi apareixia sempre un petit nombre de casos en els que d'una manera més o menys explícita es relatava l'existència de metges amb problemes diversos relacionats amb l'esfera mental i/o del comportament. Es constatà que fora d'un procés sancionador no hi havia altres instruments d'abordatge d'aquests casos. Més enllà, en l'àmbit laboral i professional, les mateixes organitzacions sanitàries, sobretot les públiques, igualment, només disposaven de mesures disciplinàries .

En aquell moment, els expedients que s'obrien i en els que s'objectivava aquest problema, no anaven més enllà de la sanció corresponent que no acostumava a constituir en el millor dels casos d'una suspensió temporal de l'exercici d'uns pocs mesos. D'acord amb el marc deontològic i estatutari només s'instaven recomanacions genèriques perquè aquell metge afectat anés a consultar un company especialista que el pogués atendre. En el pitjor dels casos, la suspensió era indefinida i, excepcionalment, es procedia a la inhabilitació. Però no s'oferia cap via per a la rehabilitació efectiva. En realitat, no hi havia una comprensió global sobre el rerefons d'un metge malalt que presentava defectes en la seva praxi com a conseqüència de la seva malaltia.

Es donava, doncs, una paradoxa dins el propi col·lectiu mèdic i de les mateixes organitzacions professionals i sanitàries. D'una banda, el discurs "oficial" insistia en proclamar una resposta que reivindicava considerar els que patien trastorns mental i/o addictius com a malalts, un problema sanitari que havia d'abordar-se com a tal, defugint de les accepcions moralistes i repressores (prejutjar l'afectat com a un delinqüent, un dèbil o un viciós), però quan aquest afectat es tractava d'un col·lega aquest discurs, a la pràctica, adquiria una dimensió ben diferent, potser no d'una manera explícita però sí en el pensament més íntim i en les actituds..

Com també era diferent i contradictòria l'actitud majoritària dels propis companys, per quant davant del problema, l'actitud d'ignorar-lo, menystenir-lo o "tapar-lo" era sovint la resposta més comú. De fet aquest corporativisme malentès tenia la seva justificació: la manca de confidencialitat (àdhuc entre els mateixos companys), la

por a que aquell col·lega pugui perdre la feina, l'existència només de mesures disciplinàries i no de mecanismes d'ajut, el propi desconeixement per part de la majoria de metges que aquestes malalties tenen tractaments eficaços, i també una idea molt impregnada en el subconscient de la professió de la possessió d'un cert grau d'invulnerabilitat davant la malaltia (àdhuc, la mental), condició aliena a la mateixa de metge. I, d'altra banda, el mateix metge malalt, presoner d'un procés que li dificultava assumir aquesta condició i poder rebre l'ajut corresponent, un risc per als seus pacients, es trobava lliurat a la seva sort

De fet, l'opinió entre els mateixos membres de la Junta de Govern testimoniava que tothom coneixia casos de metges malalts en els seus centres que, en el millor dels casos, eren "apartats" de les tasques assistencials o coberts per altres companys.

Davant aquesta constatació es va endegar un procés de reflexió més profund, que també va derivar uns anys en la realització i publicació de diversos estudis. Un d'ells, va permetre conèixer de manera més objectiva quina era l'actitud dels metges quan estaven malalts¹. Aquest treball confirmava la percepció que es tenia sobre aquest fenomen. La més significativa de les seves conclusions era que el metge no es comportava com la resta de la població quan emmalaltia. Un altre estudi realitzat per la *British Medical Association* el 2001² confirmava els mateixos extrems, ambdós ja referits al capítol 2. Recentment, un altre estudi realitzat en l'àmbit de l'atenció primària a Espanya (Estudio CHABS) ja relacionat al capítol 4 confirmava també aquests resultats.

En paral·lel, s'examinà la manera com s'abordava aquest problema en l'àmbit internacional. Respecte a Europa es comprovà la inexistència de programes específics, llevat d'algunes iniciatives basades en programes d'autoajuda (Regne Unit). Però, la majoria des existents es concentraven en l'estudi i l'avaluació del problema (Regne Unit, Suècia i Noruega).

Com ja he referit al capítol 6 només es va trobar la referència dels programes iniciats a la dècada dels 70 del segle passat a EE.UU. i, amb posterioritat al Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. Tots ells indicaven uns bons resultats, sobretot, en el que feia referència a la taxa de recuperació dels afectats i l'eficàcia dels sistemes assistencials i de control respecte als programes convencionals amb la població general.

8.2. El disseny del Programa

Amb la constatació del problema, i examinats els antecedents, el COMB va decidir el 1997 dissenyar un programa específic per abordar aquest problema, al mateix temps que obria la reflexió i el debat al conjunt de la professió coincidint amb la redacció del nou Codi de Deontologia. Fruit d'aquest debat, com ja s'ha explicat en el capítol anterior, es van introduir dos nous articles que sustentaven des del punt de vista deontològic el canvi de paradigma de la professió cap al fenomen del metge malalt.

Partint, doncs, d'aquestes reflexions i debats i de les experiències exitoses estrangeres el mateix President del COMB, Dr Miquel Bruguera, va comissionar al Secretari, Dr Jaume Padrós -ambdós impulsors de la idea- per tal que es realitzés el disseny d'una intervenció global, tant en els aspectes assistencials, com en els d'avaluació i control de l'exercici.

Amb aquesta finalitat, es va encarregar a una comissió d'experts ad hoc, composta inicialment pels Drs. Miquel Casas i Antoni Gual. Aquesta comissió a la que es van integrar els Drs. Antoni Arteman, Joan Colom i Eugeni Bruguera va proporcionar els elements bàsics que haurien de configurar el programa assistencial. I fou Arteman l'encarregat de concretar el detall del projecte. Al mateix temps es va demanar a la Comissió de Deontologia i als serveis jurídics del COMB perquè establissin les bases per a la formulació col·legial del Programa.

En la seva concreció havien de donar-se dues condicions. Una primera, que la conducció del nou Programa es fes des de la mateixa corporació professional, atès que la funció reguladora de la praxi mèdica era explícitament col·legial perquè permetia assegurar millor la segona condició: l'especificitat basada en la confidencialitat. Superats els problemes més de concepte, l'obstacle fonamental residia en el finançament del Programa. La posició del COMB era de que els recursos havien de provenir fonamentalment de l'Administració, perquè els metges precisaven una atenció específica i perquè per al COMB era clar que, a més, es tractava d'una qüestió de protecció de la salut dels ciutadans (atès que afectava directament la qualitat assistencial dels serveis sanitaris). Però, en tant que el Programa pretenia també atendre altres aspectes no clínics (socials, laborals, formatius, etc.) finalment es va optar per un co-finançament (80% Generalitat de Catalunya-20% CCMC). Aquesta proposta fou ben acollida i compresa pels responsables del Departament de Sanitat de la Generalitat, així com la globalitat del projecte. Tant és així que el Programa ha gaudit fins a data d'avui del total suport dels diferents equips comandats pels Consellers E. Rius, X. Pomés, M. Geli i

B. Ruiz. El primer pressupost del PAIMM (1998-1999) fou de 589.000 Euros i el del 2011 (juntament amb el Programa *Retorn* per a infermeres) fou de 2.155.000 Euros (80% Generalitat-20% Col·legis de Metges de Catalunya-Col·legi d'Infermeria de Barcelona).

Així, el 15 de setembre de 1998^{4,5} es va signar el conveni entre el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya i el Col·legi de Metges de Barcelona que permetia la posada en marxa del *Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt* (PAIMM). Poques setmanes després els Col·legis de metges de Girona, Lleida i Tarragona es van adherir, sent a partir d'aquell moment el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya la institució titular del Programa. La gestió del mateix va anar a càrrec del COMB i, des de l'any 2003 de la Fundació Galatea (que fou creada dos anys abans).

A partir de l'any 2000 el PAIMM es va anar estenent en el conjunt de l'Estat espanyol, per bé que de manera desigual. Gairebé totes les Comunitats Autònomes i Consells autonòmics de col·legis de metges tenen desplegat el seu propi programa seguint les línies bàsiques d'actuació del model català. Tots aquests disposen de dispositius assistencials de caràcter ambulatori, prenent la Unitat d'Hospitalització del PAIMM de Barcelona com a referència per als casos que precisen ingrés. El diferent grau d'implementació i activitat d'aquests programes es degut a diferents factors: l'existència de col·legis i Consells petits amb dificultats per desplegar actuacions que preservin la confidencialitat, desigual desenvolupament en l'exercici de la funció reguladora i de control de la praxi, diferent implicació de l'Administració sanitària de cada Comunitat Autònoma (en algunes no hi ha participació econòmica). Cal destacar, en aquest sentit, l'impuls que *l'Organización Médica Colegial de Espanya* ha donat des del primer moment a l'extensió del model català de atenció al metge malalt en el conjunt de l'Estat.

8.3. Què és el PAIMM ?

8.3.1. Ideologia

El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) és un programa dedicat a l'assistència de metges que pateixen trastorns mentals i/o conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, incloses els psicofàrmacs. El programa existeix perquè aquests metges malalts acostumen a amagar la seva malaltia i no acudeixen al sistema sanitari per demanar ajut, com la resta de la població, i poden posar en risc la seva praxi sobre els seus pacients. Al mateix temps, el PAIMM

contribueix enormement en assegurar als ciutadans fins allà on és possible, que els metges es troben capacitats per a un exercici professional segur^{6,7,8}.

Els trets que han configurat la seva ideologia des de la seva creació han estat el seu caràcter no persecutori, no punitiu (llevat dels casos de risc), de promoure l'accés voluntari, la seva filosofia preventiva i de promoció de la rehabilitació. Aquests signes d'identitat específics del PAIMM es subratllen en contraposició a altres models en els que la seva acció es concentra només sobre patologies addictives i les intervencions són més persecutòries, sense posar tan accent en la rehabilitació dels metges afectats.

Fruit de l'acord establert amb el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya el programa pot atendre a qualsevol metge en exercici col·legiat a Catalunya, reforçant la idea de que la seva justificació fonamental és ser un instrument regulador de la praxi mèdica alhora que d'ajut al metge a superar la seva malaltia i possibilitar la seva rehabilitació professional.

El programa es caracteritza per l'atenció integral, que inclou no només l'assistència sanitària directa, sinó que també procura l'atenció social, l'assessorament legal i laboral i, en algunes ocasions, formació complementària i prestació social i econòmica temporal. Tot això és vàlid tant en casos d'accés voluntari com en els casos d'acció compulsatòria o disciplinària.

L'accés al Programa és estrictament confidencial. Aquesta característica és essencial i esdevé la pedra angular del programa com també ho és la seva especificitat, donat que ambdós garanteixen de forma absoluta l'anonimat del metge i atenua, en gran mesura, l'inicial recel a rebre tractament en el sí d'un programa col·legial.

Aquest esquema fonamental inicial ha experimentat molt poques variacions des de la seva posada en marxa^{9,10,11}.

8.3.2. Dos àrees d'intervenció

En el PAIMM s'han desenvolupat dos àrees clarament diferenciades. Una primera, la col·legial, que llevat dels casos implicats en processos disciplinaris o de control de l'exercici per part del Col·legi no estableix relació informativa amb la seva base de dades, garantint la inviolabilitat del sistema de comunicació del Programa.. Dins d'aquesta àrea hi ha la porta d'entrada al programa en el que presencialment, o bé

a través d'un telèfon directe (la gran majoria de casos) s'estableix el mecanisme de classificació de la demanda i es procedeix de manera automàtica a l'execució d'un protocol de confidencialitat: canvi d'identitat (cognoms), restricció d'accés a l'adreça de la Unitat de Tractament, maneig de les comunicacions confidencials, àdhuc de tercers. Aquesta àrea, gestiona, en funció del cas, l'instrument a aplicar en funció de la complexitat del cas, com la identificació de la demanda, el seu origen i tipificació, coordinació amb altres institucions i l'execució coordinada amb els procediments col·legials quan es tracta de casos relacionats amb expedients de control de l'exercici.

La segona àrea, l'assistencial, on es proporciona pròpiament el tractament psiquiàtric i psicològic amb una alta especialització en patologia dual (això és, trastorn mental en associació amb conductiva addictiva). La ubicació del centre és anònima, un espai exclusiu, discret, allunyat del centre de Barcelona, , discret i allunyat del centre de la ciutat per tal de preservar al màxim la confidencialitat. L'activitat desenvolupada en aquest centre es centra en tres àmbits: la Unitat d'hospitalització que consta de 22 llits, en habitacions individuals amb bany i TV, la Unitat de Consulta Ambulatoria que inclou atenció psiquiàtrica i psicològica tant individual, com grupal i, finalment, l'Hospital de Dia per a 15 places on es porta a terme l'activitat més encaminada a la rehabilitació. Compta amb un staff compost per 7 psiquiatres, 5 psicòlegs, 1 metge internista, 6 infermeres, 4 auxiliars, 1 Fisioterapeuta i 1 Treballadora social.

D'altra banda, i com a espai específic, tant per a procediments col·legials com per a assistencials hi ha l'apartat de formulació de Dictàmens, on s'avaluen aquells metges que en un procés de denúncia objectiva de mala praxi o de sospita raonada de possible malaltia que pot interferir en el seu exercici, neguen l'existència de trastorn mental o addictiu. Per indicació formal de la Junta de Govern del Col·legi de Metges s'avalua la possible existència de malaltia que pugui justificar la inclusió d'aquell metge afectat al PAIMM. A través d'aquest mecanisme s'instrumenta en funció dels casos l'alternativa a un procés que conduiria a l'adopció, si s'escaigués, d'aquelles mesures de control de l'exercici contemplades al Estatuts Col·legials i que es recollirien en el "Contracte Terapèutic Col·legial" (com es veurà més endavant), o bé la suspensió de l'exercici, arribant inclús a la inhabilitació professional. En altres casos, i per iniciativa dels terapeutes, aquest recurs és emprat per a determinar un millor diagnòstic i possible interferència sobre l'exercici en el decurs del procés assistencial.

8.3.3. Accés al Programa

Des de la seva posada en marxa, el PAIMM disposa de tres vies fonamentals d'accés: a) *voluntària*, espontània o no, i pot produir-se per inducció de la família o dels col·legues; b) a través d'una *comunicació confidencial* per escrit de tercers, col·legues, pacients, amics i c) a través de *denúncia o queixa formal* de tercers i sempre vehiculada per acord de la Junta de Govern del Col·legi o instat d'ofici per aquest mateix davant informacions raonades i/o contrastades.

La via voluntària d'accés ha estat des dels seu inici la via d'entrada més desitjada i cobejada. I pels resultats obtinguts –que es detallaran més endavant- s'ha mostrat enormement eficaç, per quant possibilita l'accés de casos en el seu estat més inicial (prevenció secundària), una millor autoconsciència i una actitud més proactiva dels companys del metge afectat. La pedra angular que fa d'aquesta via la fonamental – com la de tot el Programa- és la confidencialitat. Totes aquestes vies han estat canalitzades a través de la Unitat d'Acollida i Seguiment de Processos (UASP), la majoria de les quals a través d'una primera avaluació i comunicació telefònica d'ús exclusiu i amb preservació absoluta de la confidencialitat.

Per fer possible aquesta confidencialitat s'han desenvolupat uns protocols d'actuació per garantir-la des de la mateixa entrada al Programa. Un sistema informàtic de canvi de nom dels afectats té cura de fer-ho possible. En els casos de denúncia o queixa formal o de sospita raonada de malaltia que pot interferir en la praxi (prèvia a l'elaboració del dictamen procedent) en els que presumiblement es produirà una acció bé disciplinària, bé de control de praxi, la confidencialitat es manté per part del Programa amb algunes limitacions, concretades pel contracte Terapèutic Col·legial i/o per l'expedient col·legial que eventualment s'hagués obert aquell metge. De qualsevol manera, part de "l'èxit" del cas també rau en la tasca de "case management" que aquest tipus de problemes requereix.

Amb algunes comptades excepcions, l'entrada al Programa assistencial de la gran majoria de casos es realitza per la via ambulatoria, i és a partir d'aquest moment quan es dissenya un programa terapèutic que, eventualment, pot incloure el seu ingrés en la Unitat Hospitalària/Internament. També és en aquest moment quan el metge malalt signa un document d'acceptació d'entrada al Programa, deixant la signatura del Document de Consentiment Informat per al moment de la 1^a visita. Depenent de si el cas va associat o no a un expedient col·legial aquests aniran associats a un tipus de Contracte Terapèutic Col·legial, com veurem més endavant.

Cal destacar que en el disseny inicial es va creure que amb l'existència d'una sola Unitat d'Internament per a una àrea que compregués la Península Ibèrica i el sud de França podria ser suficient i permetria a través d'un model d'escala el seu sosteniment econòmic sense dificultats. La realitat actual és que, tot i haver rebut algun ingrés d'algun país estranger, la Unitat d'Hospitalització/Internament només està essent essencialment utilitzada per la majoria de col·legis de metges espanyols. Aquesta Unitat, l'ambulatori i l'Hospital de Dia estan ubicats a la Clínica Galatea (*Imatge 1*)

Imatge 1. Clínica Galatea, Barcelona



En la pràctica, el Programa disposa de diversos recursos per al tractament dels pacients:

- A nivell ambulatori, avaluació i visites de seguiment pel psiquiatre, psicoteràpia individual o grupal, psicodiagnòstic i *screening* de tòxics en orina. Excepcionalment, en casos lligats a procés de control de l'exercici per part del Col·legi es realitzen anàlisis de cabell.
- A l'Hospital de Dia es realitzen activitats de rehabilitació i entrenament en habilitats socials i prevenció de recaigudes, millora de les capacitats per afrontar l'estrès i activitats de resocialització, diferenciant el tipus de programa en funció de si es tracta de patologia mental o addictiva..
- A la Unitat d'Hospitalització o Internament, avaluació mèdica i psiquiàtrica, psicodiagnòstic i tractament integral del trastorn mental i/o addictiu, incloent-hi la desintoxicació/deshabituació de tòxics, psicoteràpia individual i grupal, entrenament en habilitats socials i exercicis de prevenció de recaigudes, activitat física i activitats en el temps lliure.

Com ja he assenyalat anteriorment, totes aquestes àrees estan coordinades entre sí i, eventualment, amb la col·legial. A més, existeix una coordinació entre els professionals del PAIMM de la Unitat d'Internament i els psiquiatres dels Programes homòlegs d'altres comunitats autònomes que deriven casos per a ingrés, mantenint-se una comunicació directa en tot el procés pre i durant l'ingrés i, sobretot a l'alta. Cal dir que el pacient participa en aquesta coordinació i està informat en tot moment, de tal manera que es fa possible un acompanyament adequat en tot el procés^{12,13,14}.

La previsió d'activitat es va fer tenint en compte els estudis ja referenciats sobre la prevalença d'aquestes patologies en els metges. Així, tenint en compte que la totalitat de metges en exercici a Catalunya s'aproxima als 23.000, hom va calcular uns 120-150 nous casos/any aproximadament.

8.3.4. Difusió

Un dels fonaments que ha fet d'aquest Programa una iniciativa coneguda i acceptada pel conjunt de la professió ha estat el procés de difusió realitzat. Així, durant aquest anys, s'han realitzat presentacions a les Juntes Facultatives de gairebé tots els centres sanitaris públics de Catalunya tant hospitalaris com d'atenció primària i alguns de privats. Igualment, s'han incentivat i organitzat trobades amb tutors de residents de les diferents especialitats i centres tant a nivell de Catalunya com de l'estat espanyol.

Paral·lelament a l'acció directa, tant el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya com del mateix PAIMM, a través de la Fundació Galatea, s'han editat diverses publicacions sobre el Programa. Posteriorment a la seva edició en català, es va fer una edició en castellà per al conjunt de col·legiats espanyols^{15,16}.

8.4. Resultats de l'activitat assistencial (*fins a 30 de juny de 2010*)

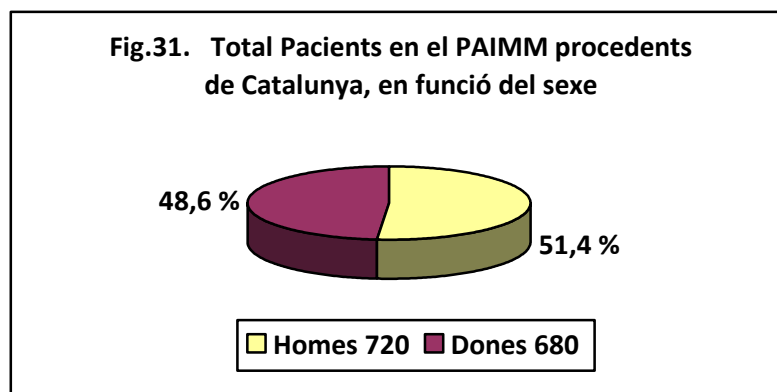
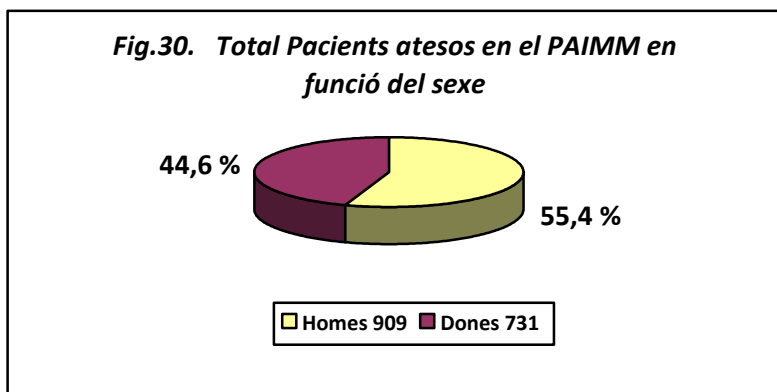
8.4.1. Accés i gènere

Des de la seva posada en marxa, el 25 de novembre de 1998, fins a 30 de juny de 2011 el PAIMM ha atès 1.713 metges, dels quals 1.399 són de Catalunya. En l'actualitat, el nombre de metges col·legiats a Catalunya és de més de 37.000,

encara que són uns 23.000 aproximadament els que es troben en situació d'exercici. Cal recordar que els pacients atesos provinents de la resta de l'Estat espanyol (310) i de l'estranger (4) només van utilitzar la Unitat d'Internament. Del total de metges atesos, el 55,4 % foren homes (909 casos) i un 44,6 % dones (731 dels casos) , amb una edat mitjana dels pacients entre 41 i 55 anys (54 % entre 35 i 55 anys, el 40 % entre 40-50 anys) (*Figura 30*).

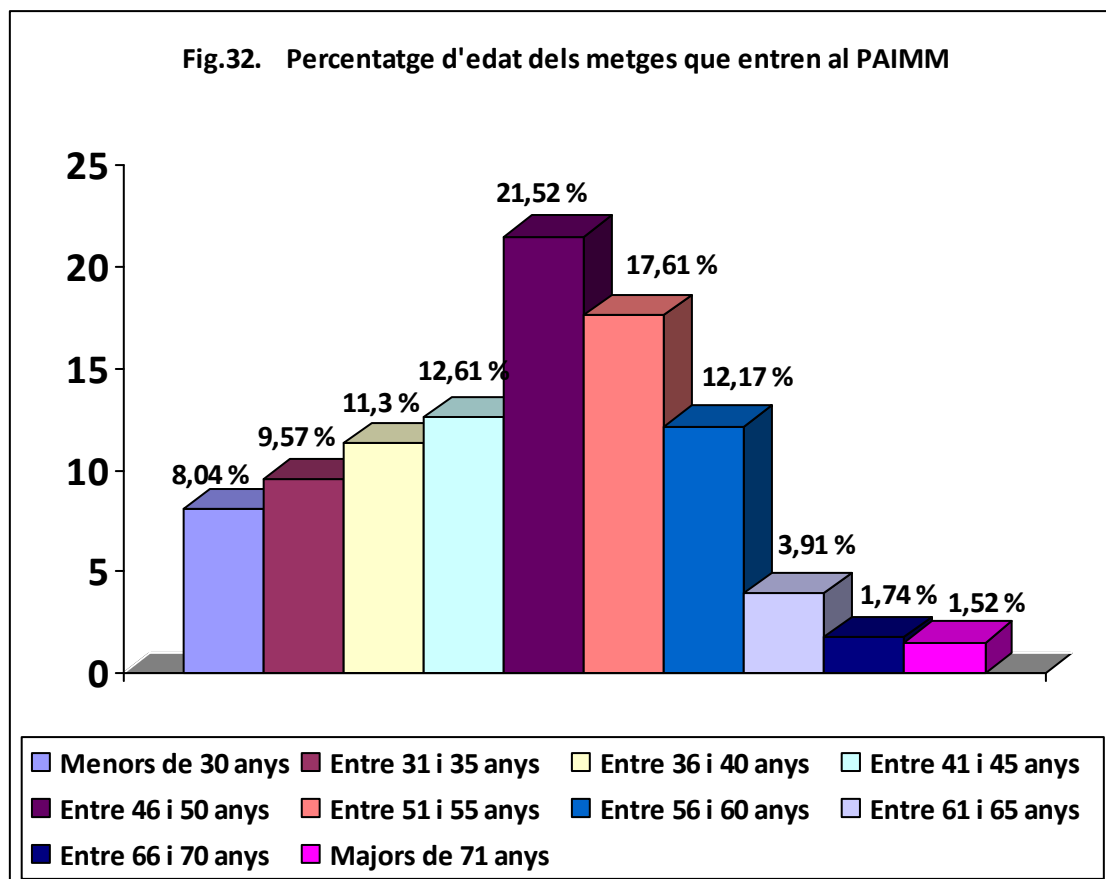
Si tenim en compte només el nombre de metges atesos provinents de Catalunya (ambulatoriament, hospital de dia i internament) aquests sumen 1399, amb una distribució més equilibrada respecte al gènere (homes 719:51,4% i dones 680:48,6%) (*Figura 31*).

Cal destacar que des de la posada en marxa del Programa, les dades corresponents al sexe han anat evolucionant cap a un increment progressiu de metgesses, molt correlacionat a la progressiva feminització de la professió¹⁷ (veure figura 25).



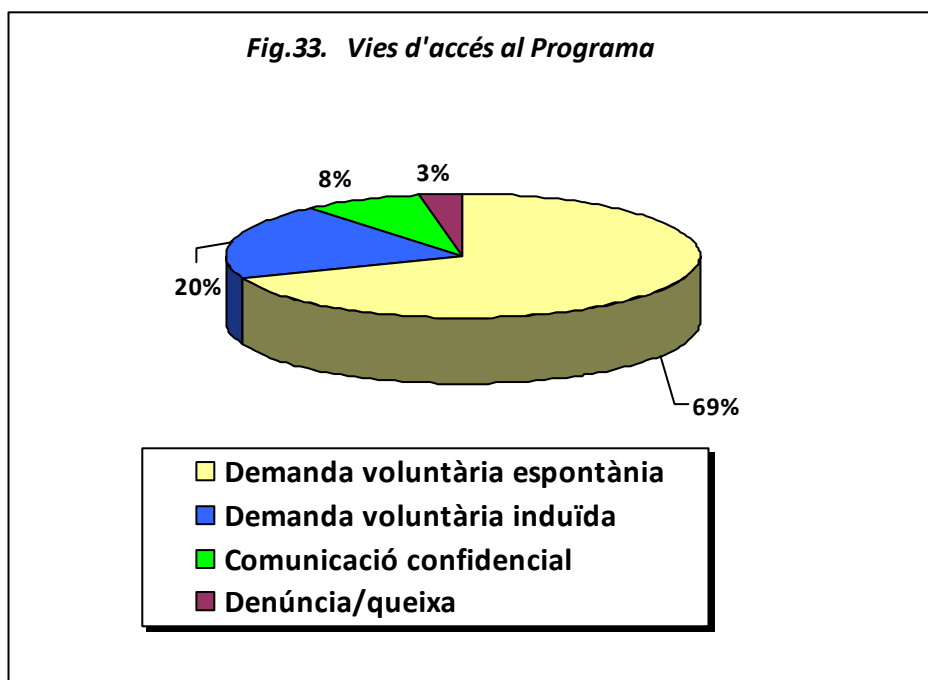
8.4.2. Edat

El grup més nombrós (gairebé el 40 % dels casos) fou el d'edats compreses entre 46-55 anys (*Figura 32*)



8.4.3. Vies d'accés

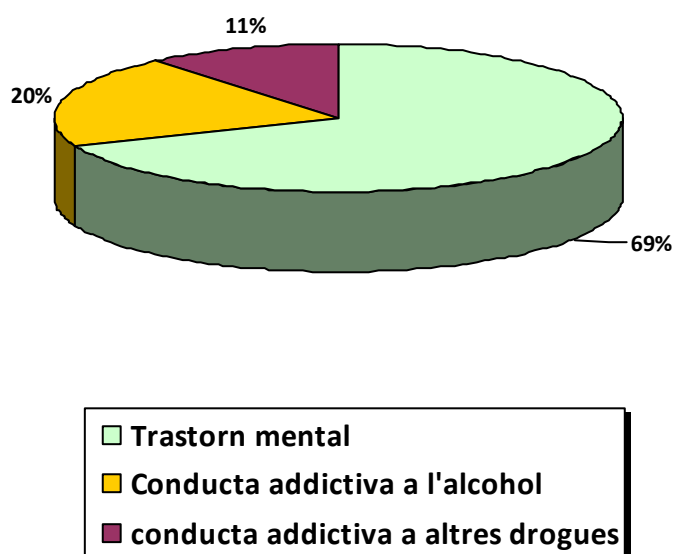
De les vies d'accés previstes, gairebé tres quartes parts dels casos van utilitzar la voluntària. Una quarta part fou la induïda i només un 11 % va provenir d'una comunicació confidencial o a través d'una denúncia. Vull emfatitzar que el fet que la majoria de pacients (89 %) hagi accedit de forma voluntària suposa un *feedback* tremendament positiu, no només per als pacients, sinó també per al mateix Programa , atès que indica el grau de credibilitat i acceptació que té per al conjunt de la professió i fins a quin punt es confia en la salvaguarda el principi de confidencialitat. (*Figura 33*).



8.4.4. Motius d'entrada (patologies)

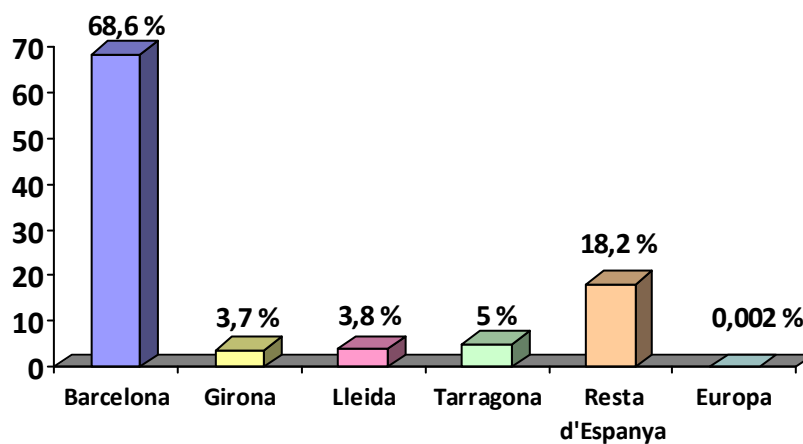
Dels motius d'entrada al Programa i classificats en el moment de l'accés per patologies principals, foren: un 69 % per algun trastorn mental, un 20 % per addicció a l'alcohol i, finalment, un 11 % per addicció a altres drogues. Cal assenyalar que en molts casos es produeix una associació de problemes mentals i/o d'addiccions, el que en terminologia psiquiàtrica es denomina patologia dual (veure figura). Com hom podria esperar, aquestes proporcions difereixen si considerem només els pacients hospitalitzats. Els casos que han requerit ingrés hospitalari han estat el 36.8 % dels pacients atesos. I el nombre de pacients que van requerir nous reingressos fou el 24.7 %. Igualment, la dependència a l'alcohol era el diagnòstic de trastorn addictiu més prevalent, afectant més els homes que les dones. La causa més freqüent d'ingrés són les conductes addictives, que suposen les 2/3 parts dels casos, sent el 1/3 restant el motiu d'ingrés el trastorn mental. La dependència a l'alcohol, com he dit abans, constitueix el principal motiu d'ingrés hospitalari del metge malalt, amb el 32 % dels casos, el consum d'altres drogues és el del 17 %, la patologia dual en el 21 % i el trastorn mental en el 30 %.. Els trastorns depressius suposen el 62.25 % dels casos amb trastorn mental. En els pacients que ingressen s'identifica la patologia dual com a una nova categoria que adquireix rellevància clínica. El 45 % d'aquests casos està constituïda pel binomi conducta addictiva a l'alcohol més depressió^{12,18,19} (Figura 34).

Fig.34. Motiu/diagnòstic d'entrada



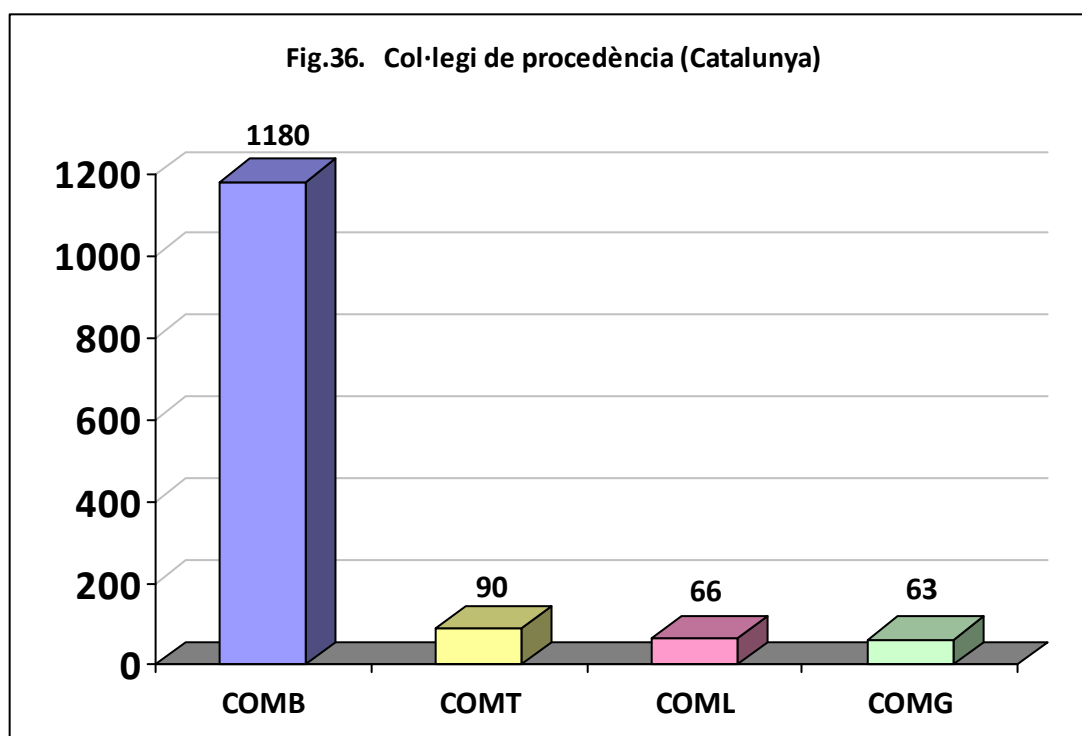
8.4.5. Procedència dels pacients

Fig.35. Percentatge de pacients atesos segons procedència geogràfica



Catalunya

El 84,36 % dels metges atesos provinents de Catalunya (68,6 % del total) eren membres del COMB.



Procedents de fora de Catalunya

(Aquests pacients només han emprat els serveis de la Unitat d'internament)

Espanya

Durant el període assenyalat, 310 metges provinents de la resta de l'Estat espanyol va ser atesos pels serveis del PAIMM. La totalitat d'aquests pacients ho va fer a través de la Unitat d'Internament. I, òbviament, es tractaven tots ells de casos complexos, usualment greus que requerien ser ingressats. Tres quartes parts dels ingressats eren homes (74,5 %). I la causa més freqüent fou la relacionada amb l'addicció a l'alcohol (211 casos, 68,1 %), ja fos com a únic diagnòstic (34,2 %), ja fos associada a altres addiccions (16,2 %), ja fos associada amb alguna psicopatia (11 %), ja fos amb totes variants associades (6,8 %).

En el 8,7 % dels casos el motiu d'ingrés fou una patologia psiquiàtrica. Però, en altres 81 casos (26,2 % del total) aquesta anava associada a alguna conducta addictiva.

Entre els casos d'addicció a altres substàncies, cal destacar la addicció als opiàcids, cocaïna, amfetamines, benzodiacepines i altres psicoestimulants. Una constant molt prevalent en molts d'aquests casos és la múltiple associació de drogues.

Fig.37. diagnòstics dels metges ingressats provinents d'Espanya

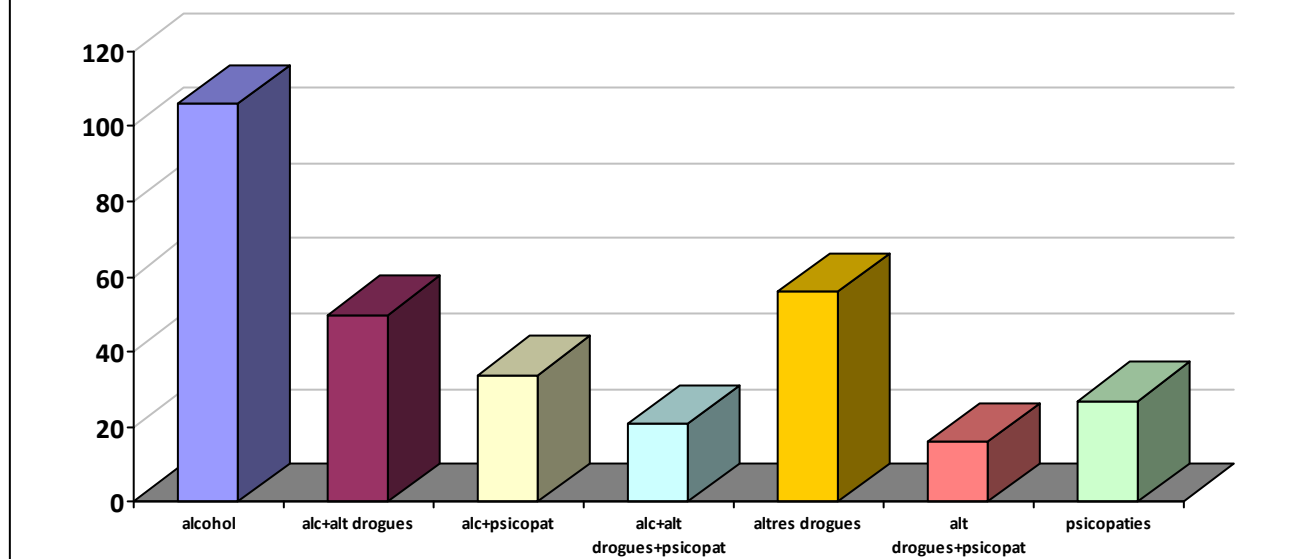
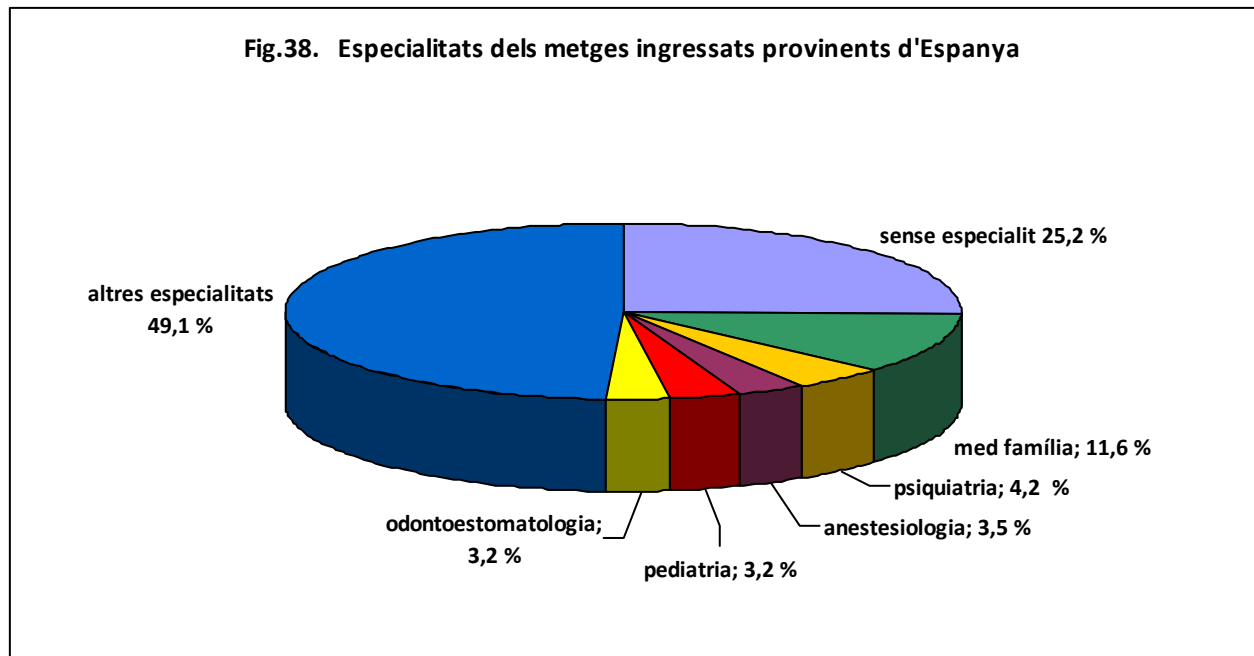


Fig.38. Especialitats dels metges ingressats provinents d'Espanya



Per bé que les dades no són extrapolables, cal significar la constant de que les especialitats que més requereixen ingressos són, a banda dels metges sense especialitat, les de medicina de família, psiquiatria, anestesiologia, pediatria i odontoestomatologia. En els casos dels anestesiòlegs s'observa que la causa més

freqüent era l'addictiva, especialment als opiacis, mentre que entre els psiquiatres ho eren l'alcohol i els psicofàrmacs. Cal destacar, igualment, la incidència d'dontoestomatòlegs (*Figura 38*).

Estrangers

Durant aquest període es va ingressar 4 pacients estrangers, 3 procedents de Portugal i 1 de França. El diagnòstic d'ingrés fou en tots ells l'alcoholisme i van acudir per una demanda voluntària. 2 eren metges generalistes, 1 psiquiatre i 1 oto-rino-laringòleg.

8.4.6. Especialitat dels metges atesos

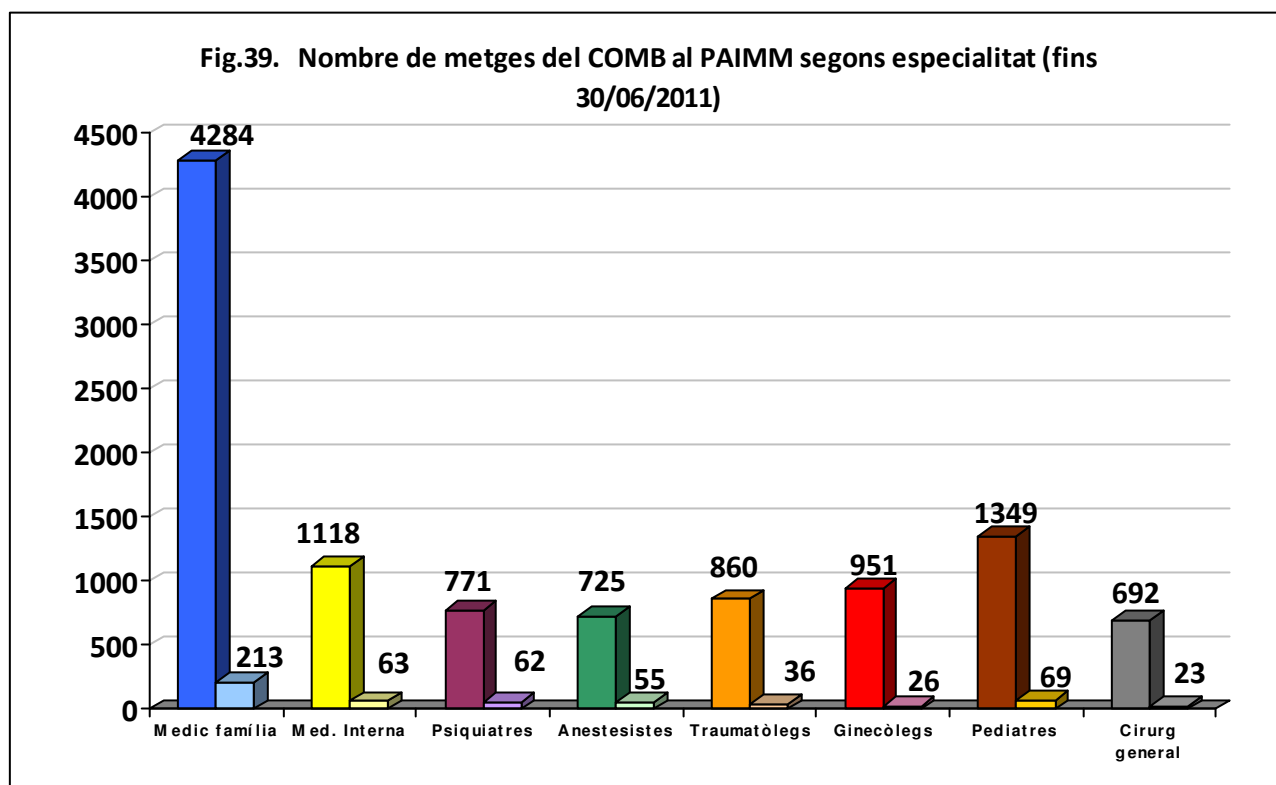
La immensa majoria dels metges atesos (43,1 %) treballava en l'àmbit no hospitalari, proper a l'atenció primària. Cal destacar que la majoria d'aquests (58,4 %) va manifestar no tenir cap títol d'especialista. La solidesa d'aquesta dada és important per tenir-la en compte, perquè són els propis pacients qui la van proporcionar i no, com acostuma a passar, que en algunes ocasions (aproximadament el 15 % dels casos, segons l'experiència del COMB) els metges que tenen un títol d'especialista demoren uns anys el seu enregistrament a les oficines col·legials). També cal subratllar que la major incidència en el Programa de metges sense el títol d'especialista coincidiria amb la d'altres estudis en el sentit d'assenyalar aquesta condició com un factor de risc i de precarietat. Les dades del servei d'Ocupació del COMB mostren que un 40% dels metges inscrits en aquest servei no tenien especialitat i la seva sol·licitud era per cercar una feina, front el 20 % dels seus companys especialistes.

A banda del grup de metges sense especialitat, el grup dels metges de Família és el més atés en valors absoluts (18 % del total). Si no tenim en compte els metges que treballen a l'atenció primària, en conjunt, no hi ha massa diferència en la incidència entre els metges que treballen en especialitats quirúrgiques respecte dels altres. Cal destacar, però, especialitats com psiquiatres i anestesisistes amb una incidència durant aquest període del 8,04 i 7,6 % respectivament sobre les seves especialitats. Aquests darrers resultats concorden amb els d'altres estudis realitzats a nivell internacional (*Taula 12;Figura 39*).

Taula 12. Metges atesos segons especialitats i incidència (fins 30/06/2011).

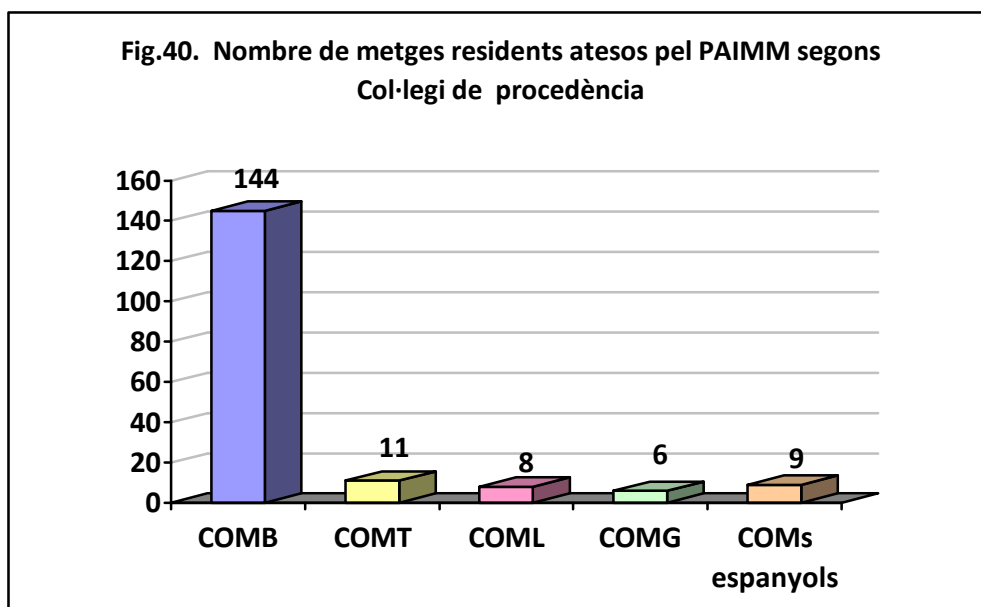
Especialitats	Total COMCat	Total COMB	Incid sobre espec (COMB)
Sense especialitat	353	286	9 %
Medicina Família	251	213	5 %
Pediatría	84	69	5,1 %
Medicina Interna	75	63	5,6 %
Psiquiatria	69	62	8,04 %
Anestèsia	58	55	7,6 %
Traumatologia	42	36	4,2 %
Ginecologia	35	26	2,7 %
Cirurgia General	27	23	3,3 %
Altres	432	354	

*segons dades del COMB



8.4.7. Metges Residents

Durant aquest període el PAIMM ha atès 178 metges residents, dels quals 159 procedien de Catalunya. Aquests van suposar el 11,3 % del total de metges procedents de Catalunya. Cal destacar que és a partir de la posada en marxa del Programa sobre la salut dels MIR de la Fundació Galatea, el 2006, que es produeix un notable increment dels casos atesos.



En la Taula següent s'observa l'increment de la casos de metges resident atesos, en el que l'aparició del Programa sobre la salut del Mir de la Fundació Galatea iniciat l'any 2007 i la seva difusió (a través de tallers i sessions informatives) sembla haver influït en la demanda d'atenció d'aquest grup de metges.

Taula 13. Evolució dels casos MIR atesos en el PAIMM (2000-2010)

Període	Anys	Casos	Casos/any
2000-2005	6	47	8
2006-2009	4	84	21
2010	1	32	32

8.4.8. Situació laboral dels metges en el Programa

Respecte al seu estat laboral, en una revisió comparativa transversal realitzada els anys 2003 i 2008 s'observà que la gran majoria de metges que eren atesos pel PAIMM estaven treballant mentre seguien tractament en el Programa. I mentre, el 2003 un 16 % estava de baixa laboral, ja fos per indicació dels terapeutes o pel seu metge de capçalera, el 2008 aquest percentatge disminuïa fins el 7 % (*Taula 14*). Aquestes dades favorables a la política rehabilitadora del Programa queden també paleses més endavant quan observem la situació laboral dels metges que han precisat signar un Contracte Terapèutic Col·legial com a instrument de control del seu exercici (*veure Figura 53*).

Taula 14. Situació laboral dels metges en el PAIMM

Situació laboral	2002	2008	Diferències
Treballant	73 %	83 %	+10
De baixa laboral	16 %	7 %	-9
Buscant feina	5 %	4 %	-1
A l'atur	4 %	4 %	0
Jubilat/retirat	2 %	2 %	0

8.4.9. Ingressos

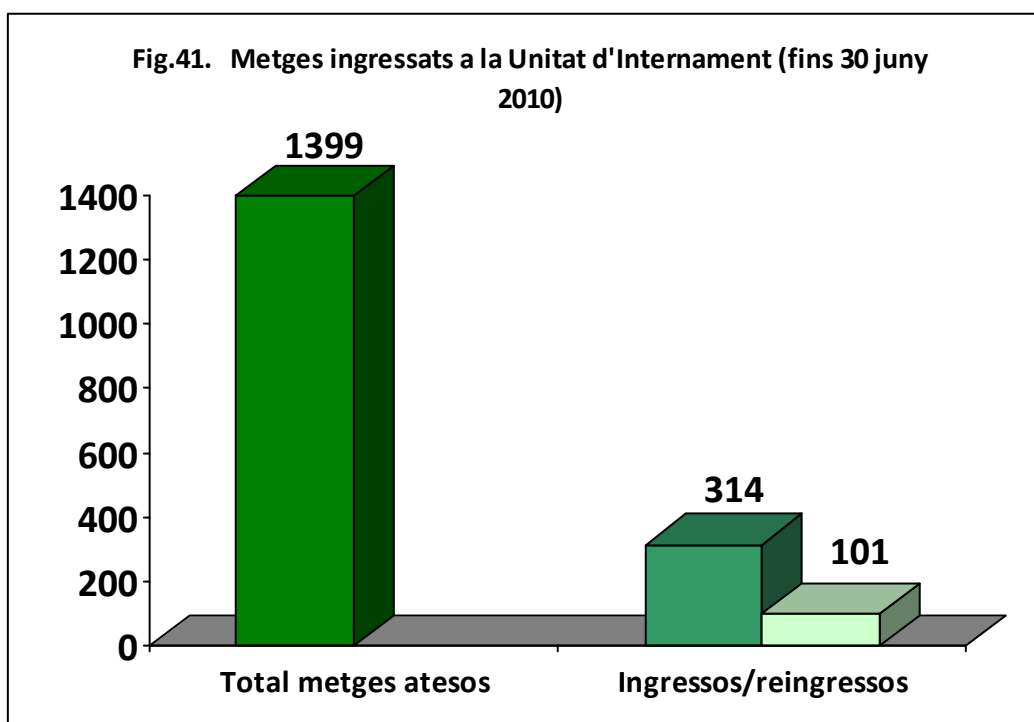
La Unitat d'internament es va posar en marxa a finals de 1999 i fins el 2000 no es va iniciar la sistematització de recollida de dades, que són les que s'han emprat. Respecte a les dades dels metges procedents de fora de Catalunya ja han estat exposades a l'apartat 8.4.3., i la seva extrapolació no és objecte d'aquest estudi, tot i advertir la diferència significativa respecte als diagnòstics que justificaren l'ingrés.

Dels 1399 metges procedents de Catalunya atesos pel PAIMM, 967 (69 %) la majoria només van precisar tractament a nivell ambulatori. I gairebé sempre d'aquests ho van fer a través dels mateixos serveis assistencials del Programa.

Només el 2,7 % van fer el seguiment amb un psiquiatre aliè a l'equip assistencial del Programa.

Procedència

314 metges procedents de Catalunya (22,4 %) van precisar ingrés a la Unitat d'Internament. D'aquests, 101 van precisar reingressar, al menys en una ocasió, durant el període 2000-2010.



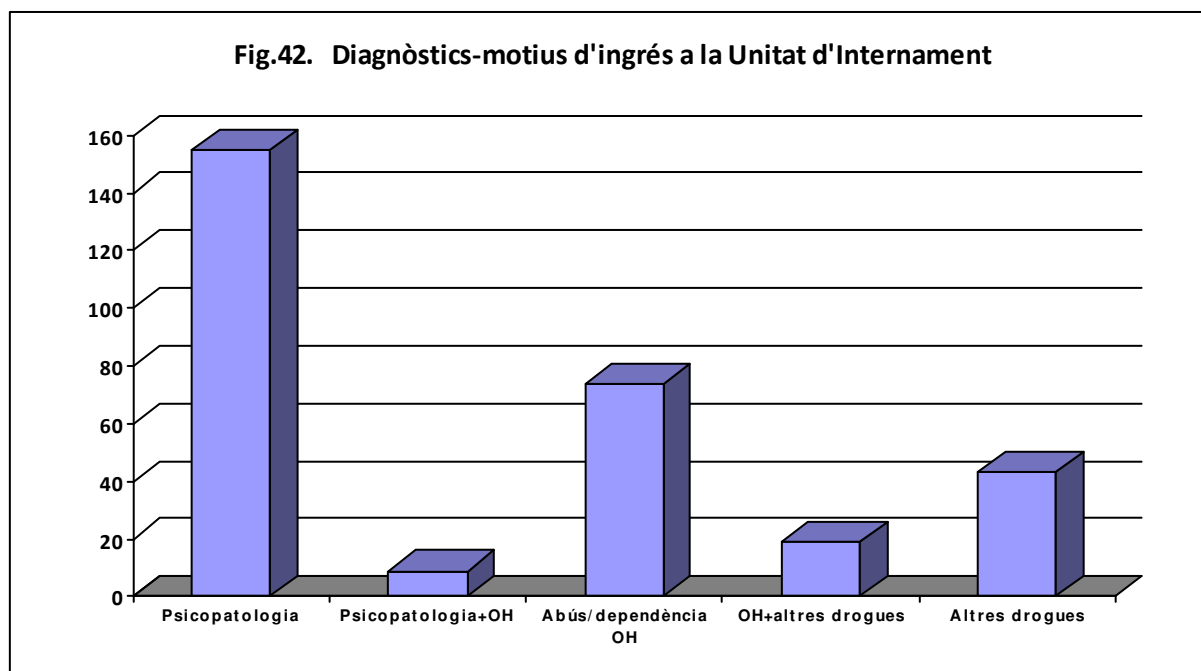
Respecte al sexe, es mantenen les proporcions generals observades en la població atesa de metges al PAIMM, així un 45 % dels metges ingressats foren dones.

Diagnòstics

Respecte als diagnòstics, a diferència de l'objectivat amb els casos de metges procedents de la resta de l'Estat, cal destacar que la psicopatia/malaltia psiquiàtrica constituïa en el 53,2 % dels casos el diagnòstic d'ingrés. En el 3,1 % del total de casos també s'associava a consum d'alcohol.

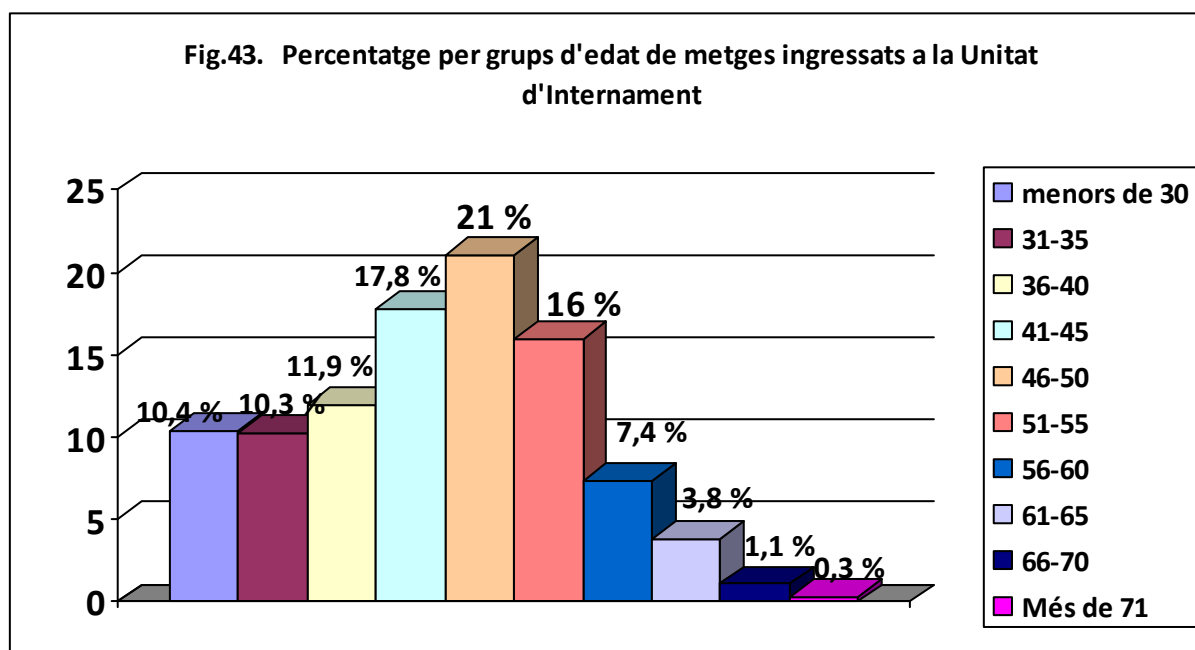
Respecte a la conducta addictiva, el 32 % dels casos ho fou per abús o dependència d'alcohol o associat a altres drogues (25,7 % d'aquests). El 14,8 % foren –i per

aquest ordre- les benzodiacepines, opiacis, la cocaïna i altres psicoestimulants, sols o associats (*Figura 42*).



Edat

El percentatge per grups d'edat dels metges que van requerir ingrés en la Unitat d'Internament va ser molt similar als que van entrar en el Programa, per bé que destaca un discret augment dels menors de 30 anys (*Figura 43*).

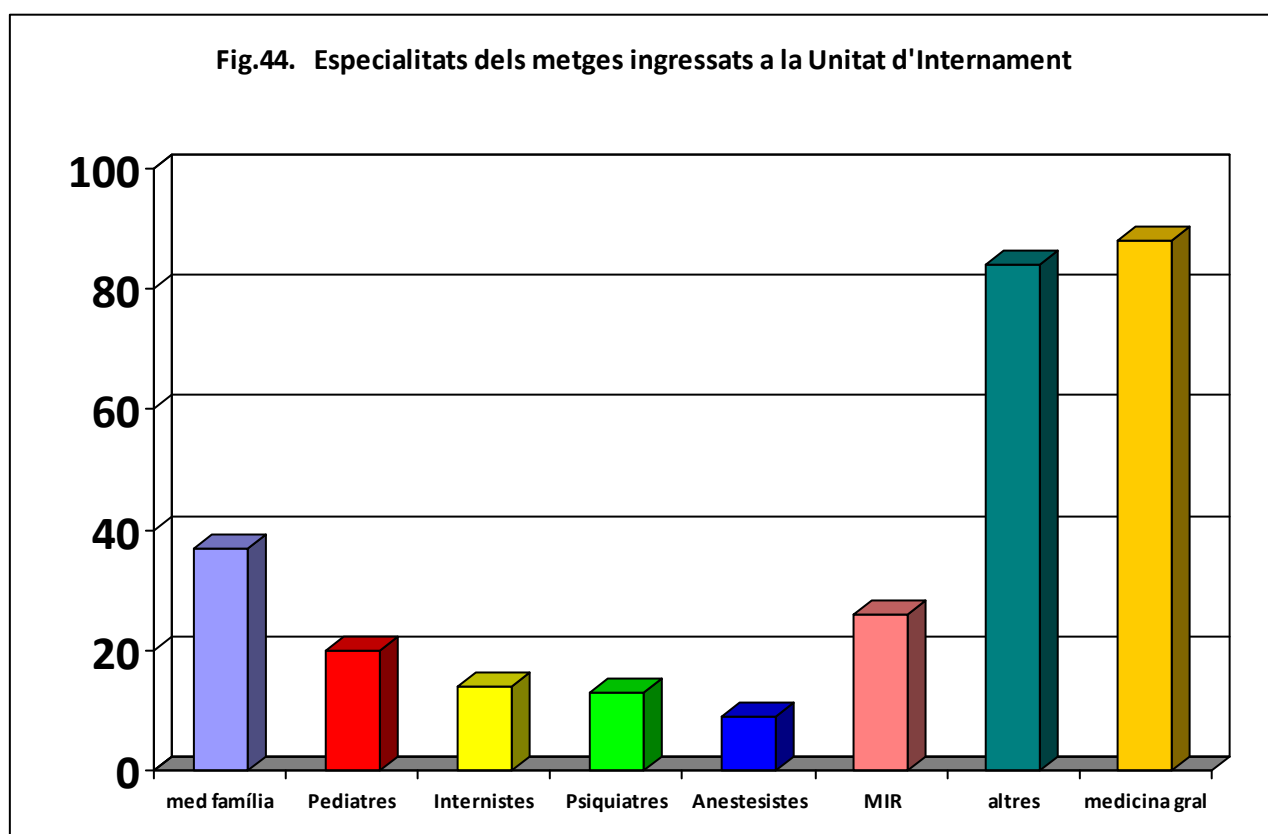


Especialitats afectades

La distribució per especialitats destaca la medicina de família (on predominen les dones) amb un 12,7 % dels casos i, sobretot la pediatria, amb un 6,9 % dels casos. Crida l'atenció que aquesta especialitat tingués una major incidència que la d'especialitats amb més morbiditat esperada, com la dels psiquiatres (4,5 %), anestesistes (3,1 %), internistes (4,8 %), ginecòlegs (2,4 %) o la d'estomatòlegs (2,4 %).

Amb tot, cal emfatitzar que un 30 % dels casos es tractaven de metges sense especialitat o que es dedicaven a l'àmbit de la medicina general.

Una altra dada especialment rellevant fou l'especial incidència de metges residents, amb un 8,9 % del total de casos. La majoria d'aquests el diagnòstic fou una psicopatologia que sovint havia debutat en el període de residència.



8.4.10. Activitat assistencial. Programes clínics

L'activitat assistencial es va concretar amb visites, complementades amb psicoteràpies individuals i la realització de psicometries, estudis neuropsicològics, dictàmens i control de tòxics.

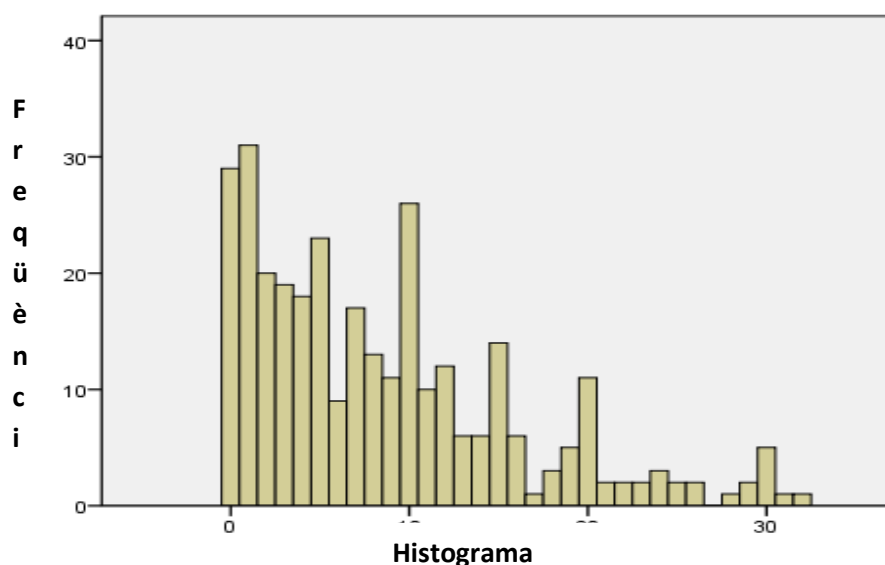
Mentre restaren ingressats, els metges van poder beneficiar-se també de la mateixa oferta assistencial que en els casos ambulatoris, a més de les psicoteràpies de grup.

8.4.11. La demanda de tractament

Un dels objectius en que s'orienten actualment les prioritats d'alguns investigadors, clínics i d'organitzacions que treballen en l'àmbit del metge malalt és com desenvolupar estratègies per animar els metges a demanar ajuda quan pateixen algun trastorn mental i/o addicció. Sabem que quan més aviat es fa el diagnòstic i s'inicia el tractament corresponent més bon pronòstic hi haurà. La presa de consciència és més gran i no existeix el grau de deteriorament físic, mental, sociofamiliar i professional que quan el procés s'ha cronificat.

Probablement aquest temps de demora té diverses causes, com he assenyalat amb anterioritat, però caldria subratllar que els metges tracten de convèncer-se a sí mateixos que els seus símptomes són alteracions mèdiques cròniques, però transitoris, derivats de l'estrès professional. I d'altra banda, es mostren sovint refractaris a les situacions de manca de confidencialitat dels eventuais tractaments alternatius. Finalment, per què obviar-ho, també el retard en demanar ajuda pot residir en la dificultat de trobar un col·lega que es presti a tractar un procés mental o addictiu crònic.

En un estudi realitzat per l'equip assistencial del PAIMM el 2007¹⁹ va mostrar que la mitjana de temps entre l'inici dels símptomes i la demanda de tractament (entrada al Programa) fou d'uns 8.51 anys i que l'edat mitjana es situava en els 46,6 anys (*Figures 45*). Aquests resultats indiquen que en l'experiència del PAIMM, malgrat l'existència d'una via voluntària emprada per al gran majoria de metges malalts atesos, la mitjana del temps de demora des de l'inici del símptomes a l'entrada al Programa és lleugerament superior en el cas de conductes addictives, si ho comparem amb altres estudis²¹.

Fig.45. Temps (anys) de demora des de l'inici de símptomes i el primer tractament

En aquest mateix estudi no es van observar diferències en la situació personal (casat, separat, divorciat o solter) que justifiquessin la tardança en demanar ajuda per a tractament, com tampoc el fet de que el metge malalt s'estigués autoprescrivint prèviament.

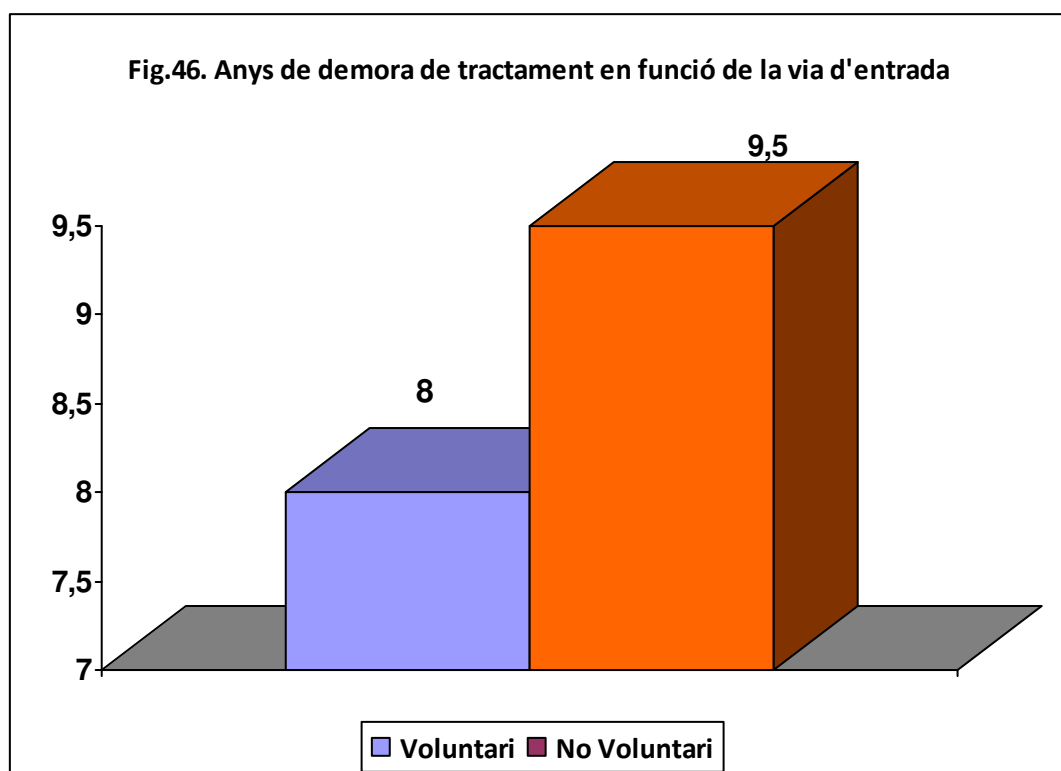
En canvi, sí que es va observar que la demora sí que anava associada amb més prevalença a les següents condicions:

- home i gran
- psiquiatre
- dependent, passiu/agressiu i amb trets de personalitat antisocial
- dependència a l'alcohol
- presència d'alguna alteració cognitiva

Cal destacar que les condicions que precipitaven aquesta demanda foren la condició d'una història d'intent de suïcidi (*Taula 15*) i els trastorns del comportament. L'entrada no voluntària, ja fos per comunicació confidencial o bé per denúncia mostrava una major demora en el temps d'entrada al Programa (*Figura 46*).

Taula 15

Comportament de suïcidi en l'admissió i conducta suïcida en el passat (en pacients ingressats en la unitat d'Hospitalització del PAIMM). 2007		
	<i>n (%)</i>	<i>Mitjana (SD) anys demora</i>
Pensaments suïcides actuals	8 (2,6)	7,8 (7,3)
Intent de suïcidi actual	13 (4,2)	3 (3,5)
Conducta suïcida prèvia	62 (18.5)	6,5 (6,8)



En el mencionat estudi es mostrava que els metges malalts amb conductes addictives, associades o no a trastorn mental (patologia dual), especialment amb addicció a l'alcohol tingueren un temps de demora per demanar ser atesos superior als que només manifestaven un trastorn mental

I respecte als diagnòstics addictius, cal destacar que el consum de cocaïna, seguit de l'alcohol i les benzodiacepines foren els comportaments addictius amb abús que retarden més la demanda de tractament. Però, quan es tractava de dependència, el consum de cànnabis i benzodiacepines, però sobretot l'alcohol, esdevenien els comportaments addictius que més retarden la demanda.

8.5. La confidencialitat del Programa

La confidencialitat, i ja com he indicat amb anterioritat, és una de les bases fonamentals en les que ha operat el PAIMM.

Totes les accions que s'efectuen en el marc del Programa, tant col·legials i administratives, com clíniques i avaluadores, ha estat sotmeses a normes d'estricta confidencialitat.

Així, tota la documentació administrativa i clínica dels pacients del PAIMM, tant en paper com en suport magnètic, està degudament protegida i tan sols és accessible als professionals i personal acreditat. El telèfon de la Unitat d'Acollida i seguiment de Processos (UASP) és directe i és atès pels metges que la componen.

En tots els casos que han precisat dels serveis terapèutics o canviar el nom del PAIMM s'ha procedit a canviar el nom i a assignar un nom fictici que és emprat com a "identificador" del pacient en tots els serveis assistencials del programa (utilitzant el segon cognom de l'àvia materna del metge malalt).

Des de la mateixa UASP s'ha portat un registre confidencial de casos amb el nom vertader i el nom fictici i les altres dades personals per tal de tenir degudament identificats els casos en tractament.

D'altra banda, el correu postal adreçat al PAIMM és inviolable i es porta un registre específic d'entrades i sortides.

En els casos en els que el metge malalt, el pacient, sol·liciti qualsevol document en que hagi de figurar el seu nom real, ha d'autoritzar-ho expressament per escrit. La custòdia de tots els altres documents també se segueix el mateix criteri.

A l'ingrés al programa, el metge malalt ha de fer constar per escrit els noms d'aquelles persones autoritzades a rebre informació, sense poder lliurar cap informació a tercers. Cal destacar que el consentiment a l'aixecament de la mateixa és del tot necessari degut al principi de confidencialitat del Programa. Per poder informar a terceres persones, caldrà que el mateix metge-pacient ho expliciti per escrit. Aquesta mesura no serà d'aplicació quan el sol·licitant sigui el Ministeri Fiscal, Jutges, Tribunals, Síndic de Greuges, síndic de Comptes o els seus equivalents a nivell d'Estat, en l'exercici de les funcions que tenen atribuïdes. I, òbviament, amb les degudes precaucions, en les processos disciplinaris o sancionadors col·legials en els que es pugui trobar immers el metge per mala praxi, que el mateix metge haurà hagut d'autoritzar en el moment de la seva incorporació al Programa a través de la signatura d'un document d'acceptació.

La ubicació de la Unitat Clínica també és objecte d'aquesta confidencialitat, que no es comunica més que als afectats, als que a l'ensem se'ls demana que no difonguin aquesta informació. A la mateixa Unitat Clínica, les sales d'espera de les consultes externes són individuals, a fi i efecte d'evitar que els metges malalts coincideixin el mínim possible amb altres usuaris. I, finalment, l'accés a la Unitat està exclusivament reservat als pacients, als professionals terapeutes i a aquelles persones que així es determina.

8.6. El PAIMM i el control de la bona praxi

8.6.1. El marc

En el capítol anterior m'he referit a la funció reguladora de l'exercici i de garant de la qualitat de l'acte mèdic davant els ciutadans que els Col·legis de Metges tenen encomanada per la seva pròpia naturalesa a través de les funcions atribuïdes per la Constitució Espanyola i la Llei 7/2006 del Parlament de Catalunya de 31 de maig de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals²². L'obligatorietat de la col·legiació ha de permetre que aquesta funció es desenvolupi. La tradició generalitzada en el conjunt de les organitzacions professionals dels països del sud d'Europa és diferent per quan els seus orígens no es troben tant en la defensa de la professió i de l'acte mèdic, com succeeix en les organitzacions del nord d'Europa i d'influència anglosaxona. En aquest països, l'exercici no està condicionat a la pertinença obligada a l'associació professional, perquè la "col·legiació" no és

obligatòria. Els òrgans de regulació de regulació i control estan reservats a l'administració, encara que hi ha casos on existeixen instruments executius que compten amb la participació dels professionals (per exemple, el cas del regne Unit, on existeix la prestigiosa *British Medical Association*, però les funcions reguladores ens troben en el *General Medical Council*). El cas del Canadà seria semblant. Però, no en el dels EE.UU. on hi ha una clara separació dels rols, i són els *boards* dels diferents Estats els qui ostenten la funció de registre i control dels professionals.

En el cas dels països llatins, com el nostre, la col·legiació és obligatòria perquè són les Ordres/Col·legis els que tenen la funció delegada del registre i el control de l'exercici. Aquesta qüestió de la obligatorietat, però, està sent motiu de discussió política i legal a nivell de l'Estat espanyol, on s'han produït alguns conflictes en algunes Comunitats Autònomes entre les administracions sanitàries i els col·legis professionals al qüestionar-se la titularitat de les funcions (control de praxi, formació continuada, acreditació) que aquests desenvolupaven o haurien de desenvolupar.

No és el cas de Catalunya, on existeix un amplíssim consens polític i social sobre la separació d'aquestes funcions i al voltant de la obligatorietat de la col·legiació per als professionals sanitaris en exercici i que es va veure reflectida amb l'aprovació per part del Parlament de Catalunya de la Llei 7/2006, de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals. I, d'altra banda, aquestes funcions formen part de la potestat col·legial pròpia.

Així, doncs, i en el tema que ens ocupa, els Col·legis de metges de Catalunya es troben davant la necessitat de donar resposta a dos obligacions: vetllar als ciutadans una bona praxi mèdica, això és, un exercici professional de qualitat i, alhora, ajudar als metges a superar la seva malaltia amb una especial vocació rehabilitadora. Aquesta aparent contradicció de funcions que en alguns casos poden aparèixer va estimular a que el disseny del PAIMM fos més imaginatiu a l'hora de resoldre-les.

8.6.2. Protocols per a la garantia de la bona praxi

Les mateixes característiques i essència del PAIMM estan impregnades d'aquesta filosofia. La pertinença i gestió del mateix a la corporació professional n'és un la conseqüència. I el seu finançament per part de l'Administració Pública n'és un altre. No es tracta d'un programa només assistencial ni d'un recurs elitista.

La porta d'entrada ja delimita en l'accés al Programa unes normes i protocols, no només per garantir amb el canvi de nom una major confidencialitat des de l'inici, sinó per assenyalar a qui acudeix de manera voluntària o induïda que el Programa i els serveis assistencials no són un pur recurs gratuït d'ajut, sinó que comporta l'assumpció d'unes normes de compromís i conducta.

Així, el juny de 2010 una comissió integrada per l'equip l'assistencial del PAIMM, la direcció del Programa col·legial, i de l'àrea jurídica van aprovar a proposta dels primers uns *Protocols de Funcionament del PAIMM* i uns *Protocols Assistencials* prèviament definits i aprovats per l'equip clínic del Programa.

Així, els casos que accedeixen de manera voluntària espontània o induïda (i que representen el 89 % dels atesos) hauran ser admesos quan es constati que pateixen un trastorn mental, addictiu o trastorn dual (coexistència d'un trastorn mental i/o de personalitat, més un problema addictiu), que accepti tractar-se pels terapeutes del Programa i que accepti el pla terapèutic que si li proposa. Així, la no signatura del document d'Acceptació d'Entrada al Programa o la no-acceptació el pla terapèutic que si proposi a la 1^a o 2^a visita són motius d'exclusió del Programa.

En la pràctica, i com he assenyalat abans, la Demanda Voluntària per rebre els serveis del PAIMM pot ser: Espontània, que és quan el metge malalt demana tractament per la seva única voluntat; Induïda, que és aquella que es produeix quan el metge malalt acudeix essencialment per la pressió d'algú del seu entorn familiar o laboral, amb molt ascendent i/o autoritat sobre ell; Induïda de risc, qualificada així quan l'inductor no ho comunica a la Unitat d'Acollida i Seguiment de Processos (USAP) ni als òrgans col·legials corresponents, i el mateix metge malalt tampoc ho ha explicat en el moment de l'acollida al programa. Aquests darrers casos acostumen a ser diagnosticats "a posteriori".

D'altra banda, existeix una altra via d'entrada, la realitzada per Comunicació Confidencial, això és, quan una tercera persona informa a la UASP sobre un possible metge malalt. En aquest supòsit, es demana tota la informació del cas, ajudant a conduir-la cap a una demanda voluntària per part de l'afectat quan això és possible i no s'han evidenciat riscos per als pacients, o bé, quan es tracta de situació de risc ajudant a formalitzar aquella informació cap a l'òrgan col·legial.

Finalment, existeix una altra via d'entrada, la Denúncia o queixa Formal, aquella que informa directament al responsable col·legial mitjançant una denúncia formal (per escrit o compareixença) sobre l'existència d'un metge malalt amb praxi inadequada o de risc. En aquesta via també s'inclouen aquells casos en els que el

Col·legi instrumenti d'ofici per acció disciplinària o de control de praxis o derivats per altres informacions.

Els protocols del PAIMM contempnen que en qualsevol dels casos, sigui quin el tipus de demanda, si de la informació es posa de manifest un risc per a la pràctica mèdica, s'informarà al Secretari de la Junta de Govern o la persona delegada de la Junta a l'efecte del Col·legi d'aquell metge malalt per tal de determinar quin tipus d'actuació s'haurà de dur a terme.

Cal emfatitzar el paper fonamental que exerceixen tant els professionals assistencials com els responsables de l'UASP a l'hora de buscar un equilibri entre la cerca de compromís, confiança i adherència dels metges afectats als professionals que els atenen i al pla terapèutic que han de seguir amb les obligacions deontològiques, ètiques i legals que tenen sobre la salvaguarda del bé dels pacients.

Així, la condició de metge com a responsable d'aquesta UASP, sotmet el procés d'acollida i classificació als principis de garantia abans esmentats i als de confidencialitat. En aquestes consultes, habitualment telefòniques, es recull aquella informació necessària per poder fer una valoració adequada del cas (dades personals, col·legiació, exercici, el grau de voluntarietat de la demanada, gravetat del cas, possibles implicacions de caràcter laboral i possible risc per a la praxi professional). És des d'aquesta Unitat on el metge malalt se l'informa de que haurà de signar un document d'acceptació d'entrada al programa (abans de la primer visita), com a pas previ obligatori per accedir al tractament.

Situacions de risc i voluntarietat de la demanda

L'experiència acumulada durant aquests anys ha permès definir uns criteris per a la detecció dels casos de risc per a la praxi en situacions en les que s'han accedit al Programa de forma voluntària o induïda, sense altra informació addicional. Aquesta experiència té el seu origen en la constatació de que alguns d'aquests casos, i també els derivats d'una comunicació confidencial, es tractaven, en realitat, de situacions de risc però que, per diferents motius el Col·legi no era informat. Això explica, com es veurà més endavant, que en l'anàlisi de les intervencions en casos de risc, el nombre de signatures de Contractes Terapèutics Col·legials no s'ajusta al nombre de casos integrats al Programa per una comunicació confidencial. Aquesta constatació és el que va conduir, entre d'altres, a l'aprovació l'any 2009 de la revisió dels Protocols de funcionament del PAIMM abans al·ludits.

Així, en l'actualitat, en aquests casos de risc no informats prèviament, tant la UASP com els terapeutes durant tot el procés assistencial intenten esbrinar el grau de risc per a la pràctica de la professió, bé perquè el mateix metge malalt ho comuniqui al ser-li preguntat o no o per afirmació més formalitzada del comunicant confidencial, bé per queixes dels pacients recollides formalment, bé per manifestacions reiterades i concretes de companys i/o superiors, bé pel terapeuta, un cop historiat o segons la seva evolució i comportament en el procés terapèutic. En aquests casos, la UASP informa –sempre de manera confidencial- al membre de la Junta del Col·legi delegat expressament per a aquesta funció, valorant conjuntament la informació rebuda i avaluant els possibles riscos que puguin existir.

El problema crucial en aquestes situacions és determinar el grau de voluntarietat d'una demanda i obtenir, en la mesura del possible, tota la informació relacionada amb el cas. Aquesta és una tasca que, perquè sigui realitzada exitosament, precisa d'una acurada actuació, tant per part de la UASP com dels propis terapeutes. L'assoliment d'aquest objectiu, però, precisa també del concurs i de la complicitat de la/les persona/es inductora/es (col·legues, superiors i/o familiars) perquè també informin sobre el cas directament a l'UASP o, segons la gravetat, a la Junta del Col·legi. Per aconseguir aquesta actitud proactiva, ha estat molt important la idea que en la professió i el seu entorn es té sobre la salvaguarda de la confidencialitat i dels principis que inspiren l'actuació del PAIMM, o sigui, la defensa de la bona praxi i l'ajut del metge malalt per sortir del seu problema.

En definitiva, es tracta d'implicar des del primer moment a l'entorn professional i/o familiar del metge afectat de que en casos de risc no n'hi ha prou en "adreçar-lo directament" al Programa. El deure deontològic dels companys no pot limitar-se a una recomanació passiva de tractament. La seva implicació, per molt incòmoda que pugui resultar, ha de ser més compromesa.

Comissió de Seguiment Col·legial del PAIMM

Ja des de l'inici de la posada en marxa del Programa es va veure la necessitat de crear un espai per valorar els casos complexos en el que es fa necessària una avaluació individualitzada dels casos, tenint en compte els aspectes clínics, d'evolució, personals, socio-familiars i de risc per a l'exercici. Una aproximació integral tenint en compte aspectes jurídics i deontològics.

En els primers anys d'existència del PAIMM es va crear, inspirant-se en els models americans, una Comissió d'Ajut al metge malalt que tenia la finalitat ajudar a què

els procediments col·legials i assistencials funcionessin el més correctament possible. Aquesta comissió es reunia anualment per revisar i aprovar els protocols de funcionament del programa. Aquesta Comissió estava formada per 16 col·legues independents, de reconegut prestigi professional i humanístic i que havien d'assegurar l'equanimitat i rigors dels procediments col·legials emprats en els casos PAIMM. Amb el temps, aquella Comissió es va anar adaptant a les necessitats i especificitats del Programa a una Comissió de Seguiment Col·legial. En l'actualitat, aquesta Comissió té com finalitat supervisar el compliment dels protocols del programa i alhora proposar les modificacions o actualitzacions que s'escaiguin. I, fonamentalment, la d'estudiar i valorar els casos de metges malalts que des de la UASP o a proposta del terapeuta del PAIMM li siguin traslladades per la seva especial complexitat, i trasllat, si s'escau, a la Junta de Govern del Col·legi de la proposta de mesures corresponents, així com els casos que des de la Junta de Govern també es necessiti plantejar.

Aquesta Comissió de Seguiment Col·legial està composta per: el Coordinador del PAIMM, el Secretari/a o representant de la Junta del Col·legi, el President o un representant de la Comissió de Deontologia, el responsable de la UASP, el gerent del PAIMM, dos terapeutes, responsables clínics del Programa i un membre de l'assessoria jurídica del Col·legi.

8.6.3. Les intervencions en casos de risc

8.6.3.1. Control preventiu de l'exercici. El Contracte Terapèutic Col·legial (CTC)

Finalitat i característiques

Com ja he assenyalat al capítol anterior, el Col·legi de Metges té una funció de garant d'una adequada pràctica quan hi ha es constata una manca de la necessària plena capacitat i/o competència per al seu normal desenvolupament, amb risc per a la salut d'altres o del mateix col·legiat.

Per fer-ho efectiu, el Col·legi estableix unes mesures preventives de control, que no tenen caràcter de sanció, i que poden consistir en requerir al metge d'abstenir-se de fer determinades activitats que, als efectes de garantir l'adequada pràctica

mèdica, es considera necessari exigir al metge malalt en qüestió l'abstenció d'uns determinats actes o procediments o, inclús, de l'exercici professional en general.

En el cas d'un metge malalt en el que es donen aquestes circumstàncies, aquest control específic es materialitza a través d'una fórmula en la que la supervisió i el seguiment terapèutic, lligats a una avaluació de la conducta i de la praxi de l'afectat, són essencials. L'instrument emprat per la nostra corporació i que s'aplica sota la cobertura d'un Acord de Junta específic de mesures preventives de control, i singular per a cada cas, és el Contracte Terapèutic Col·legial (CTC).

El Contracte Terapèutic Col·legial –inspirat en els contractes terapèutics emprats a nivell exclusivament assistencial- és un reflex documental d'un compromís de diverses parts per al compliment del tractament en un àmbit de control de l'exercici. El seu objectiu és vincular el metge malalt al procés rehabilitador i implicar a tots els afectats –assistencials o no- en aquest procés mentre el metge malalt mentre continua amb la supervisió i/o limitació de la seva activitat professional. Així, el CTC és signat entre el metge malalt, el seu responsable assistencial, el membre de la Junta del Col·legi delegat i, eventualment, un tutor/a.

El CTC es posa en marxa quan existeix un risc de mala praxi (aquesta habitualment ja s'ha posat de manifest prèvia a l'ingrés al PAIMM), malgrat haver aconseguit una estabilització clínica del metge malalt o quan existeix l'evidència de que el metge malalt necessita tractament i nega o minimitza el seu problema, o bé en situacions de recaiguda acompanyades d'una tendència negativa del procés assistencial.

La figura del tutor, que acostuma ser un col·lega, company de la feina, ben acceptat pel pacient (inclús, a voltes, a proposta del mateix metge malalt) que desenvolupa una funció de seguiment de l'evolució del metge malalt en relació a les seves actituds, comportament i praxi, amb la finalitat de detectar les possibles alteracions d'ànim o de conducta que puguin afectar la pràctica professional.

Les condicions terapèutiques i d'exercici professional poden venir determinades pel Col·legi, fent-se necessària la seva intervenció directa en casos com: quan el terapeuta del PAIMM i la UASP ho comuniquin al Col·legi; quan hi hagi indicis de manca de la necessària capacitat i/o competència pel normal desenvolupament amb garantia de l'adequada pràctica mèdica, amb risc per a la salut de tercers o del propi metge malalt; quan el cas ha accedit mitjançant una Comunicació Confidencial o una Demanada Voluntària induïda que hagi estat informada també

per tercers, una Demanda Voluntària Induïda de Risc o una denúncia formal. En aquest cas, la UASP ha d'informar a la Junta de Govern del Col·legi corresponent.

O també, quan el terapeuta observa un gran incompliment de les seves pautes terapèutiques prescrites al metge malalt, amb risc per al propi procés rehabilitador o per a la praxi d'aquest. En aquests casos, el terapeuta ho comunica a la UASP, tot indicant-li quins continguts del CTC creu més apropiats al cas, i la UASP ho posa en coneixement de la Junta del Col·legi corresponent, qui concretarà la proposta de mesures de control de l'exercici adients.

El Contracte Terapèutic Col·legial es signa en la seu col·legial corresponent, en tant que és funció intrínseca de la corporació professional vetllar per la garantia de la bona praxi i de l'aplicació de les mesures que ho facin possible, en funció de les funcions que té encomanades d'acord amb la legislació, els seus Estatuts i el Codi de Deontologia.

D'altra banda, l'experiència acumulada durant aquests anys al PAIMM també ha demostrat que el CTC és alhora un instrument de protecció del metge malalt davant una eventual denúncia per causes alienes a la malaltia que ha justificat el CTC o bé, per una situació de risc de discriminació relacionada amb prejudicis o l'existència d'un estigma anterior i que podrien esdevenir obstacles per a la rehabilitació d'aquell professional.

Compromisos dels signants del CTC

Els compromisos dels "signants" del CTC, més enllà del deure deontològic de preservar la màxima confidencialitat, són els següents:

- el Secretari, o algú delegat a aquest efectes, de la Junta del Col·legi, qui dirigeix l'acte de la signatura explicitant a les parts els seus compromisos, que posa al servei del Metge Malalt i del seu terapeuta els recursos pertinents (PAIMM) sota condicions de confidencialitat i que puguin ajudar-lo, si està bé, davant la seva empresa, arribat el cas. Igualment, i escoltades les altres parts, especialment del Metge Terapeuta proposarà les condicions del CTC, que , com he assenyalat abans, formarà part del conjunt de mesures preventives per al control de l'exercici que la mateixa Junta col·legial haurà arbitrat per al cas concret, i també es determinarà, per tant, la durada de les mateixes, així com del mateix CTC.

-el Metge Malalt accepta i reconeix el seu "problema", això és els riscos reals i/o potencials existents sobre el seu exercici a conseqüència del seu trastorn patològic. I, per tant, accepta també les indicacions col·legials i les referents al seu exercici condicionat a l'acompliment d'aquelles.

-el Metge Terapeuta (psiquiatre) que està tractant al Metge Malalt, que accepta ser el terapeuta del cas i que descriu les pautes de tractament i control indicats, específicament, tant com es cregui necessari, el règim de visites de seguiment, la freqüència dels controls toxicològics i les teràpies individuals i/o de grup. Per tal que les condicions terapèutiques i d'exercici professional puguin ser determinades pel Col·legi, caldrà que el Metge Terapeuta emeti un informe sobre el Malalt en el que destaquï principalment el risc per a la praxi. Amb aquesta finalitat, es poden incloure recomanacions sobre les possibles mesures a prendre (p.e., controls toxicològics i altres mesures terapèutiques).

-el Tutor, habitualment un col·lega, excepcionalment un familiar. Aquesta figura, proposada pel Col·legi, acostuma a ser algú que estigui a prop del dia a dia del Metge Malalt. la seva funció, que en la mesura del possible hauria de ser ben entesa i acceptada per ell, és la de seguir l'evolució del Metge Malalt pel que fa a les actituds i el comportament i a la seva praxi, amb la finalitat de detectar a temps possibles alteracions de l'ànim o de la conducta que fossin susceptible d'una recaiguda o d'una falta d'acompliment de les indicacions del psiquiatre. Arribat el cas de que el procés no fos l'esperat, aquest Tutor està obligat a informar al terapeuta del PAIMM i, sobretot, a la Junta de Govern del Col·legi a través del Secretari o la persona delegada a aquests efectes.

-Ocasionalment, i en funció del cas, un responsable assistencial de l'entitat on treballa el Metge Malalt amb la finalitat d'ajudar a assegurar el procés rehabilitador i el d'afavorir el seu reingrés laboral.

Tant el Metge Terapeuta com el Tutor han d'enviar regularment a l'UASP (i aquesta, haurà d'informar al responsable col·legial) informació corresponent al seguiment del procés i a l'acompliment de les indicacions i compromisos, així com les actituds i la conducta del Metge Malalt respecte al CTC.

Per tal de facilitar la consecució dels objectius del CTC, en el moment de la seva signatura el Metge Malalt allibera del deure de secret professional al Metge Terapeuta respecte al Tutor i al Secretari o membre de la Junta delegat a aquests efectes, per tal que puguin avaluar conjuntament, segons s'escaigui, aquells aspectes rellevants respecte al seguiment i compromisos contrets al CT.

El Secretari/delegat de la Junta traslladarà, igualment, al metge malalt, que l'incompliment dels preceptes de les esmentades mesures comportarà l'obertura d'un expedient sancionador que podrà comportarà, fins i tot, la suspensió de l'exercici professional.

8.6.3.2. Els dictàmens

Els dictàmens psiquiàtrics formen part intrínseca de l'activitat col·legial i del PAIMM i són també un altre instrument que la corporació té a disposició per donar compliment a les funcions que, d'acord amb el marc legal aquell té encomandes en l'àmbit d'assegurar capacitat i seguretat en l'exercici. En el nostre cas, la seva finalitat és determinar l'existència o no de psicopatologia que impedeixi o limiti un exercici professional adequat.

El Dictamen és un document elaborat per un psiquiatre independent (que no intervé en el procés assistencial), on s'expressa el resultat de l'exploració especialitzada de les condicions mentals d'un metge (en el que es podran incloure, eventualment, proves complementàries, neuroimatge, anàlisis de drogues i/o tòxics, etc.) i la seva capacitat per a l'exercici professional, i que ha estat instat pel seu Col·legi, bé d'ofici, bé a instàncies d'altres, prèvia informació o indicis de l'existència d'una psicopatologia.

Aquest instrument no assistencial que ofereix el PAIMM ha servit per clarificar o ratificar un diagnòstic psiquiàtric o addictiu i avaluar l'orientació que pogués tenir un cas concret i la viabilitat del procés terapèutic, però també per identificar si d'aquella avaluació se'n derivava una possible afectació sobre l'exercici professional del metge afectat i poder així plantejar eventualment mesures de control de l'exercici.

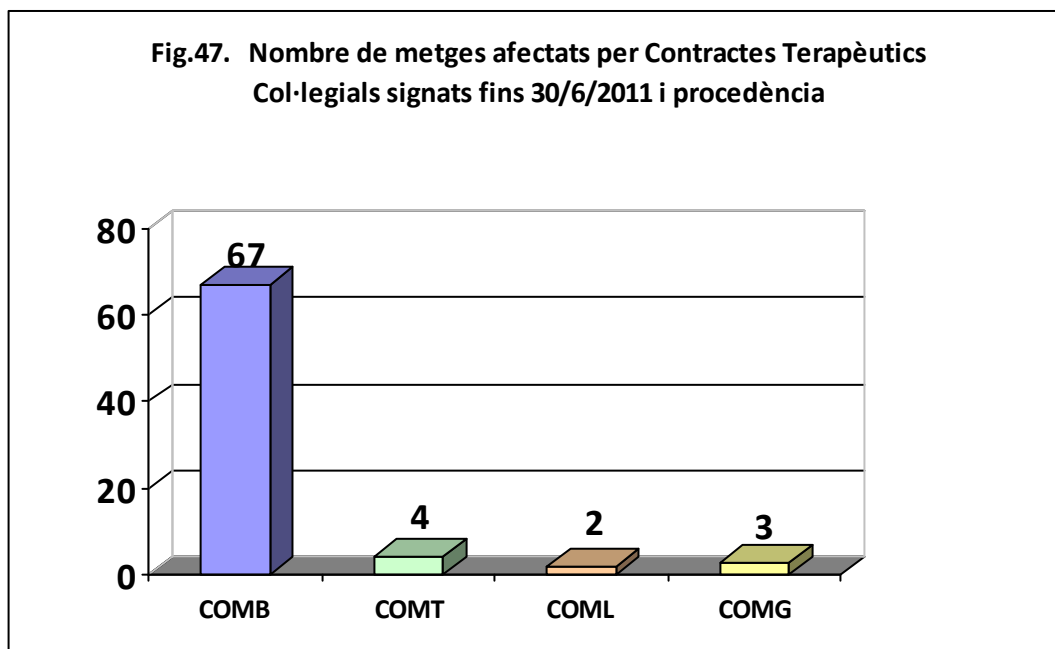
En la nostra experiència, a més, el pèrit psiquiatre explica la seva funció a l'avaluat i l'informa de les finalitats de l'examen, els límits de la confidencialitat i el seu destí.

Així, i com veurem més endavant, del resultat d'un dictamen se'n deriven actuacions posteriors, com: mesures de control de l'exercici lligades amb CTC, inhabilitacions, incapacitats, baixes laborals, , etc..

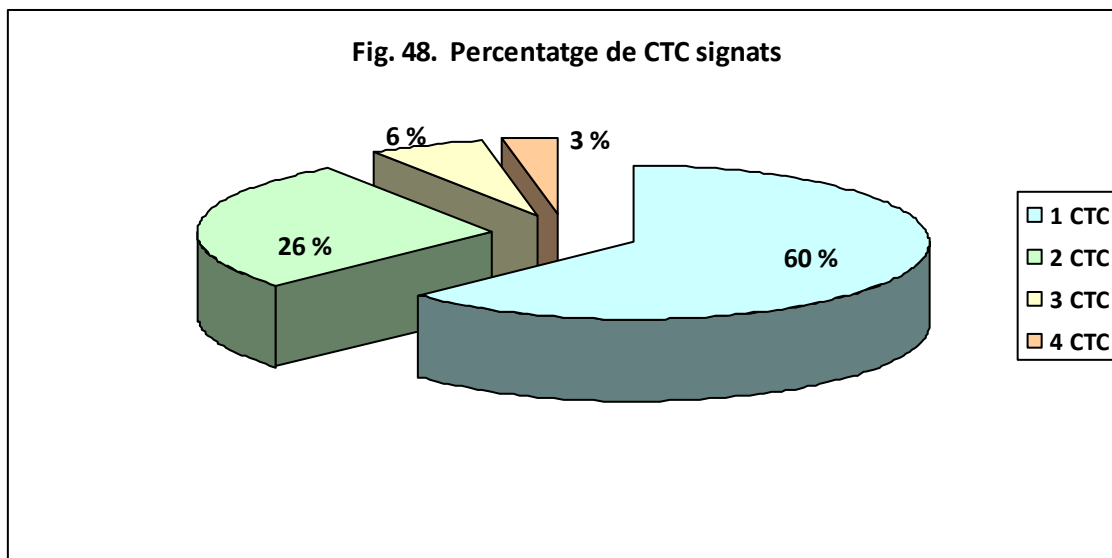
8.6.4. Resultats de l'activitat de control desenvolupada

8.6.4.1. A través de Contractes Terapèutics Col·legials (CTC)

Durant el període assenyalat (fins el 30/06/2011), dels 1.399 metges col·legiats a Catalunya que han seguit tractament en el PAIMM, el nombre de pacients sotmesos a mesures de control de l'exercici ha estat 76 (5,4 %), havent-se signat 139 Contractes Terapèutics Col·legials. Cal recordar que el CTC és la via defensada pel Programa per a un millor control dels pacients que minimitzen el seu problema en un context de risc per a la seva praxi, i així poder forçar a un millor compliment del tractament. D'aquests 76 CTC, 67 eren col·legiats de Barcelona, 4 de Tarragona, 3 de Girona i 2 de Lleida (*Figura 47*).

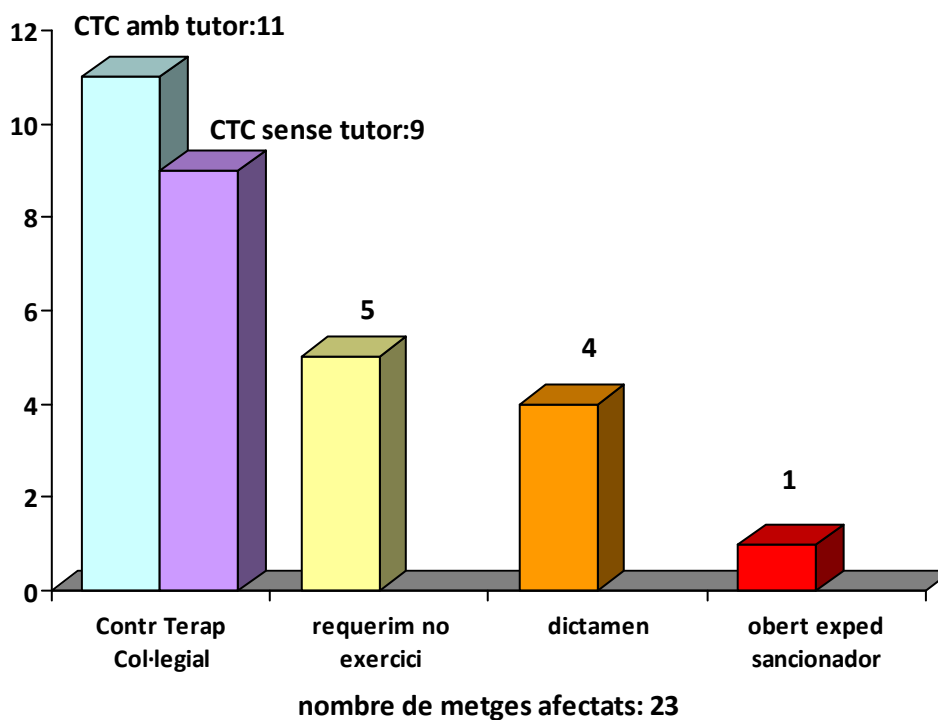


La majoria dels metges (60 %) que van precisar mesures de control de la seva praxi només van precisar signar un Contracte Terapèutic Col·legial. Però, un 40 % va necessitar la signatura de dos o més (*Figura 48*).



En els darrers anys, s'han perfeccionat els procediments col·legials de control de praxi en relació a metges malalts que havien tingut alguna queixa/denúncia o en els que s'havia objectivat algun ris objectiu de que la seva condició pogués afectar la qualitat del seu exercici. En el cas del Col·legi de Metges de Barcelona, cal destacar que durant el període 2009-2010, dels 281 procediments col·legials tramitats en relació al control de l'exercici professional es van realitzar 26 acords pels òrgans col·legials relacionats amb el PAIMM i que van afectar 23 metges amb la finalitat d'aplicar mesures específiques de control que van requerir limitacions totals o parcials de l'exercici, així com establiment d'una tutela d'aquests: es van signar 20 Contractes Terapèutics Col·legials, dels quals 11 van ser amb un tutor; es van fer 5 requeriments per deixar d'exercir totalment o parcialment, es van sol·licitar 4 Dictàmens pericials per determinar la patologia i el risc per a l'exercici i en 1 cas es va obrir un expedient sancionador que, amb posterioritat va derivar en una suspensió temporal de l'exercici (*Figura 49*).

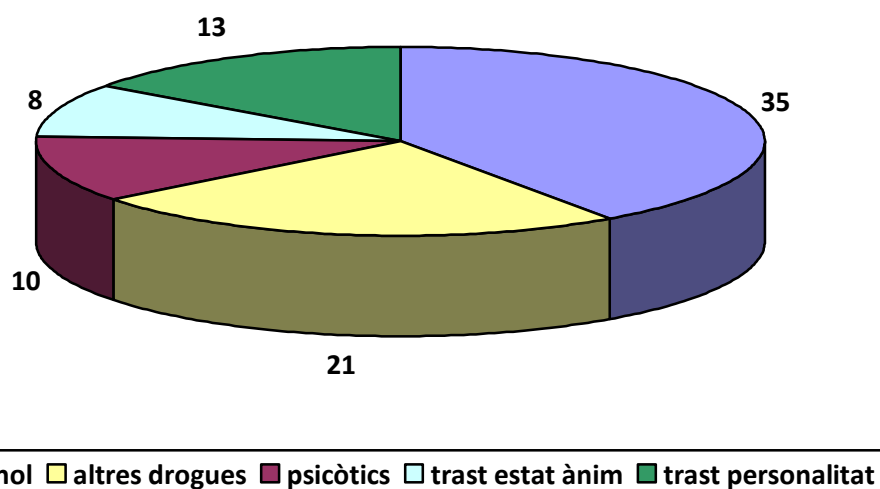
Fig.49. Mesures de control de l'exercici relacionades amb PAIMM. COMB 2009-2010



Diagnòstics

Dels diagnòstics identificats, cal destacar que 56 casos (72,7 %) van correspondre a problemes relacionats amb addiccions, essent l'alcoholisme (62,5 % d'aquests) la causa patològica més important. També caldria subratllar els 13 casos (16,9 %) corresponents a trastorns de la personalitat. Igualment, també s'ha de destacar l'acció sobre els casos afectats de trastorns psicòtics (13 %), per quant una característica molt genuïna del PAIMM, a diferència de molts programes estrangers de referència, és l'abordatge actiu d'aquestes patologies fent-lo compatible amb l'exercici (Figura 50).

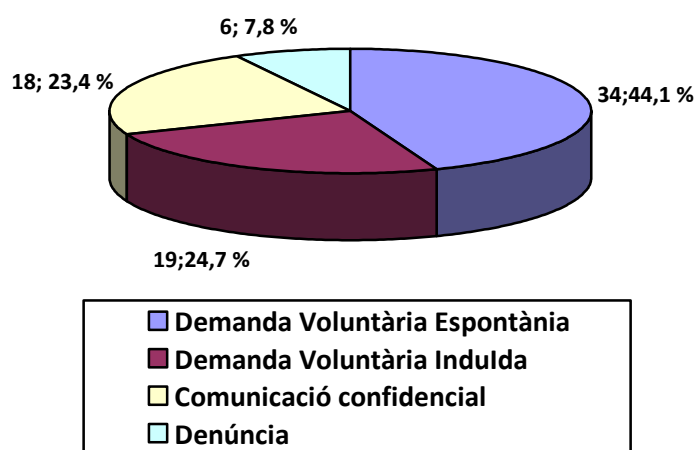
Fig.50. Diagnòstics dels MM en Contracte Terapèutic Col·legial



Via d'accés

Mentre la via d'accés de la major part de metges malalts amb CTC fou la Voluntària induïda (41,9 %), la via d'accés de la majoria dels metges tractats al PAIMM ha estat la Voluntària espontània (84 %) (*Figura 51*).

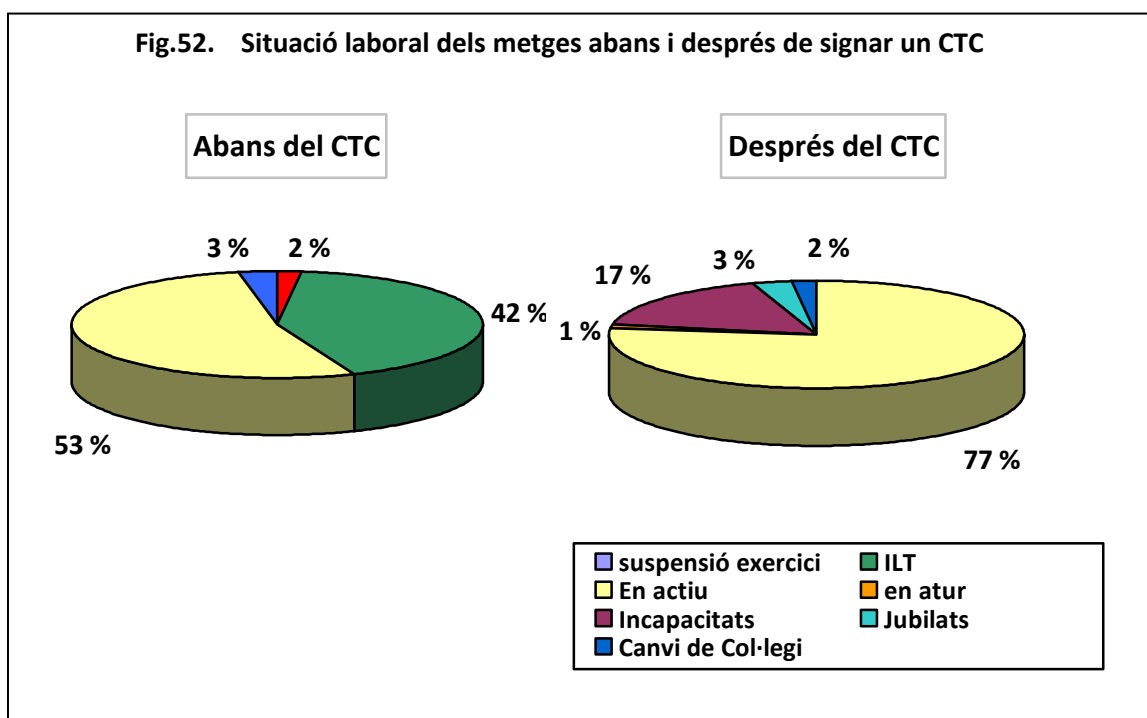
Fig.51. Vies d'accés dels metges amb CT



Situació laboral

Abans de la signatura del CTC un 44,2 % dels casos es trobava ja en situació de baixa laboral (ILT), instada ja des del primer moment pels mateixos terapeutes del PAIMM, d'acord amb els òrgans col·legials. La signatura del CTC habilitava al metge a poder tornar a treballar sota condicionants explícits. Això explica que, un cop signat el CTC la gran majoria de metges (76,6 %) CTC podien tornar a treballar. En 11 casos 14,3 % , però, van requerir en algun moment que des dels òrgans col·legials se'ls apliqués la suspensió de l'exercici per incompliment de les mesures contemplades en el CTC o per risc objectivat de la seva praxi professional (*figura 49*).

Així, hom pot observar que amb aquesta mesura l'acció rehabilitadora tutelada és altament eficaç i, a més, permet tornar a treballar encara que en alguns casos, i sempre de manera individualitzada, amb mesures de control de l'exercici per assegurar reincorporació progressiva (limitació de guàrdies o d'algunes activitats, restricció de talonari d'estupefaents, formació complementària, etc.). (*Figura 52*). Tot i que es va observar la presència de major precarietat laboral en alguns dels casos que va precisar CTC.



Especialitat

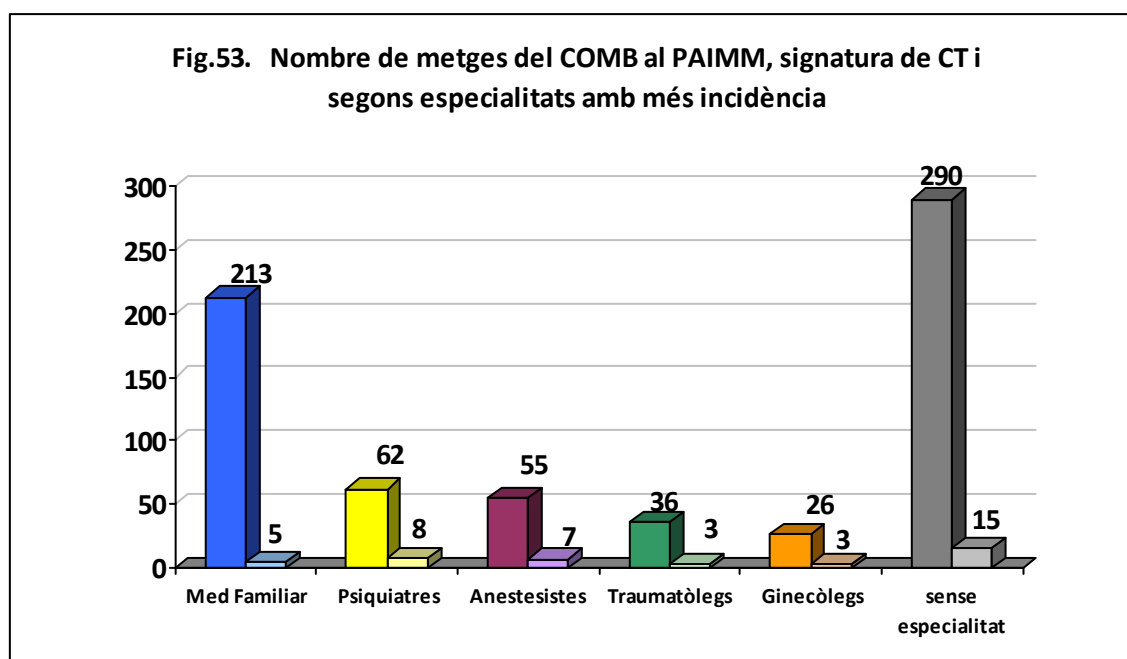
Entre metges sotmesos a CTC, cal destacar que el grup d'afectats més nombrós era el dels que no constava títol d'especialista (25 %), de la mateixa manera que és el grup que ha estat més atès en nombre total per part del PAIMM. Cal fer notar que, malgrat que l'enregistrament col·legial del títol d'especialista és un requisit obligatori, no tots els metges realitzen aquest procés pel que les dades referides al metges sense especialitat probablement no són exactes, per bé que molt aproximades. Si tenim en compte aquestes dades es podria inferir que la situació de *no especialitat* podria significar per sí sol un factor de risc, al menys lligat a situacions de major vulnerabilitat i precarietat com assenyalen alguns estudis sociològics de la professió.

Crida igualment l'atenció l'alta incidència d'especialistes en psiquiatria i anestesiologia en comparació amb altres especialitats i en funció del nombre total de metges atesos pel PAIMM. D'aquestes dades podria inferir-se que el comportament sobre la demanda voluntària de tractament és en aquests grups inferior en proporció a altres i que els casos greus presentats són proporcionalment superiors a altres grups d'especialistes (*Taula 16*).

Taula 16. Metges procedents de Catalunya atesos pel PAIMM, per especialitat, i segons CTC

Especialitats	Total	Amb CTC	ratio
	1.399	76	0.054
Sense especailitat	353	19	0.053
Medicina Família	251	5	0.019
Pediatría	84	3	0.035
Medicina Interna	75	5	0.066
Psiquiatria	69	10	0.14
Anestèsia	58	7	0.12
Traumatologia	42	3	0.071
Ginecologia	35	4	0.11
Cirurgia General	27	2	0.074
Altres	405	18	

En els cas dels metges del COMB, 67 van ser els que van ser sotmesos a un procés preventiu de la seva pràctica, a través d'un CTC. Entre les especialitats, interessa subratllar que el grup en el que va haver major incidència de CTC va ser el dels metges sense especialitat. Per especialitats, es mantenen les mateixes, en una proporció semblant al nombre d'afectats total atesos pel PAIMM (representats a la *Figura 39*), per bé que crida l'atenció el grup dels de Medicina Familiar i Comunitària que tenint un índex d'ús del PAIMM important, en canvi, la incidència de signatures de CTC és significativament menor, si la comparem amb els psiquiatres o anestesistes (*Figura 53*).



Residents

En el cas dels metges residents, 8 metges (4,4 % del total de MIR atesos) van precisar de l'aplicació de mesures de control amb CTC. En aquest cas, la distribució per especialitats d'aquests varen ser per igual: Medicina Familiar i Comunitària, Anestesiologia, Hematologia, Geriatria, Anàlisis Clíniques, Cardiologia i Psiquiatria.

Nombre i duració dels CTC

El 40,5% dels pacients van signar més d'1 CTC, i el 17,5% d'aquests van necessitar més de 2 CTC. Més del 75 % dels casos van estar, al menys 12 mesos sota control d'un CTC (*Taules 17 i 18*).

Taula 17

Nombre de CT per pacient	
1 CT	40
2 CT	21
3 CT	4
4 CT o més	12

Taula 18

Duració dels CT	
Sense determinar	24
2 mesos	2
6 mesos	46
9 mesos	13
12 mesos	55

Sector professional

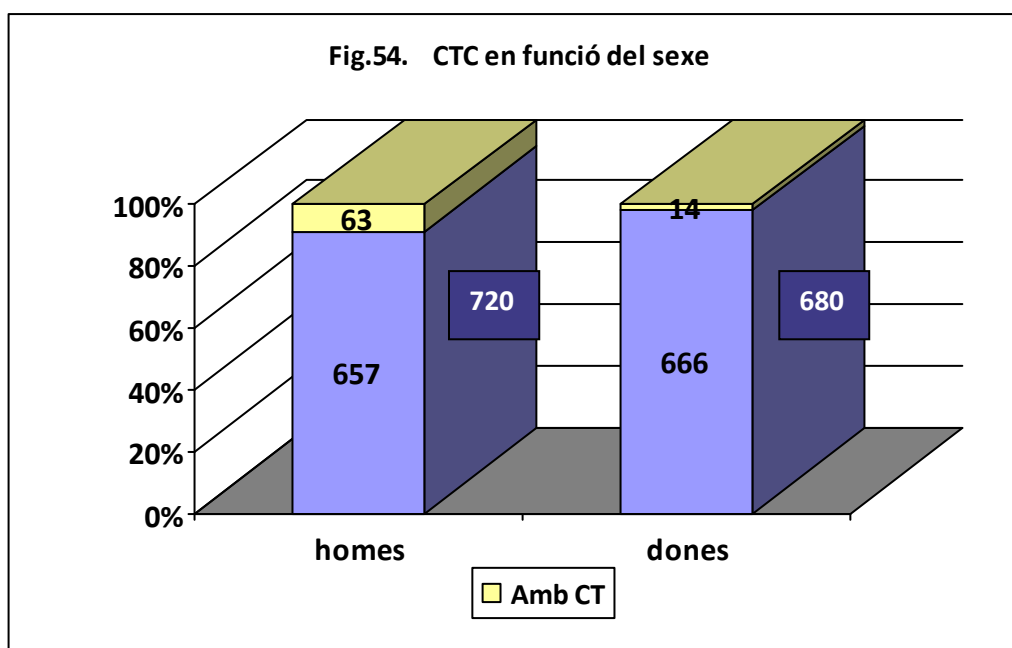
La majoria dels afectats per CTC (87 %) treballaven al sector públic, per bé que el 17 % ho feien també al privat. Un 13 % desenvolupaven la seva activitat només al sector privat (*Taula 19*).

Taula 19

Sector Treball	
Sector públic	54
Sector privat	10
Privat i públic	13

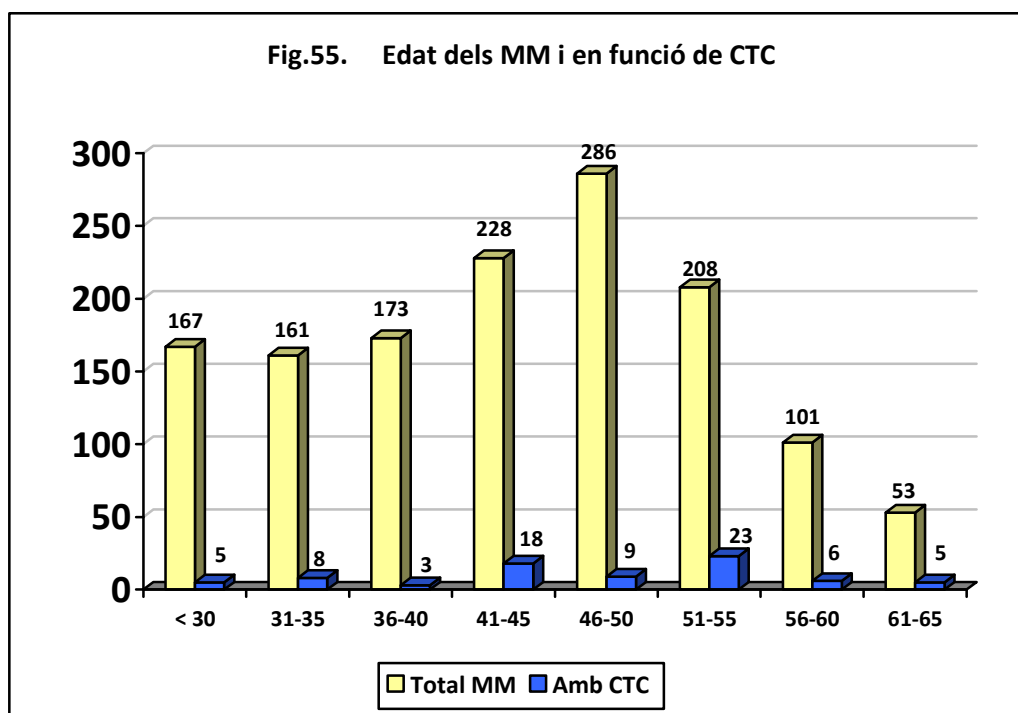
Les diferències segons sexe

Mentre la proporció de metges i metgesses atesos al PAIMM s'ha mantingut en un equilibri al fet demogràfic col·legial, aquest proporció s'altera quan ens referim als casos identificats de risc. Els homes van signar més CTC que les dones, amb una proporció de gairebé de 5:1. (*Figura 54*)



Edat

El 51,6 % dels metges atesos al PAIMM tenien una edat compresa entre 41 i 55 anys, i 67,5 % dels CTC signats corresponien a metges de la mateixa edat (*Figura 55*).



Tutors

Al menys, el 73 % dels CTC es van signar amb la figura d'un tutor, la majoria de les vegades, un col·lega (de l'equip o un superior).

Taula 20

Sense Tutor	MM, Terapeuta i COM	20
Amb Tutor	Familiar i COM	5
	Institució i COM	2
	Superior/company i COM	49

Taula 21

Exitus durant CT	4
Suïcidi	1
Complic post int quirúrgica	1
sobredosi	2

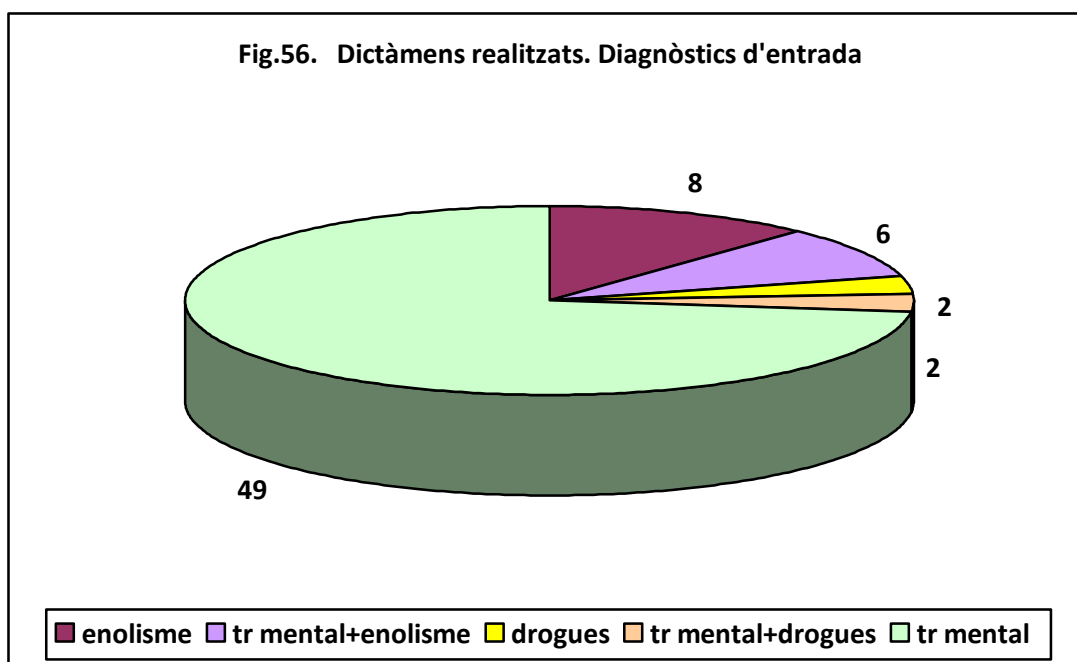
Per poder avaluar millor la importància de l'acció reguladora de l'exercici és interessant observar quines intervencions va realitzar el COMB, per exemple, durant l'any 2010. En la seva funció de control preventiu de l'exercici professional, dels 183 procediments col·legials que es van obrir, 12 casos (6,5 %) tenien relació directa amb un metge malalt i van precisar mesures de control preventiu de l'exercici condicionades per l'acompliment, entre d'altres, de les clàusules o compromisos contemplats en un Contracte Terapèutic Col·legial.

8.6.4.2. Dictàmens realitzats

Fins el 30/6/2011 s'han realitzat dictàmens a 67 metges col·legiats a Catalunya: el diagnòstic-causa més freqüent fou en tres quartes parts dels casos (50) per trastorn mental (*Figura 56*).

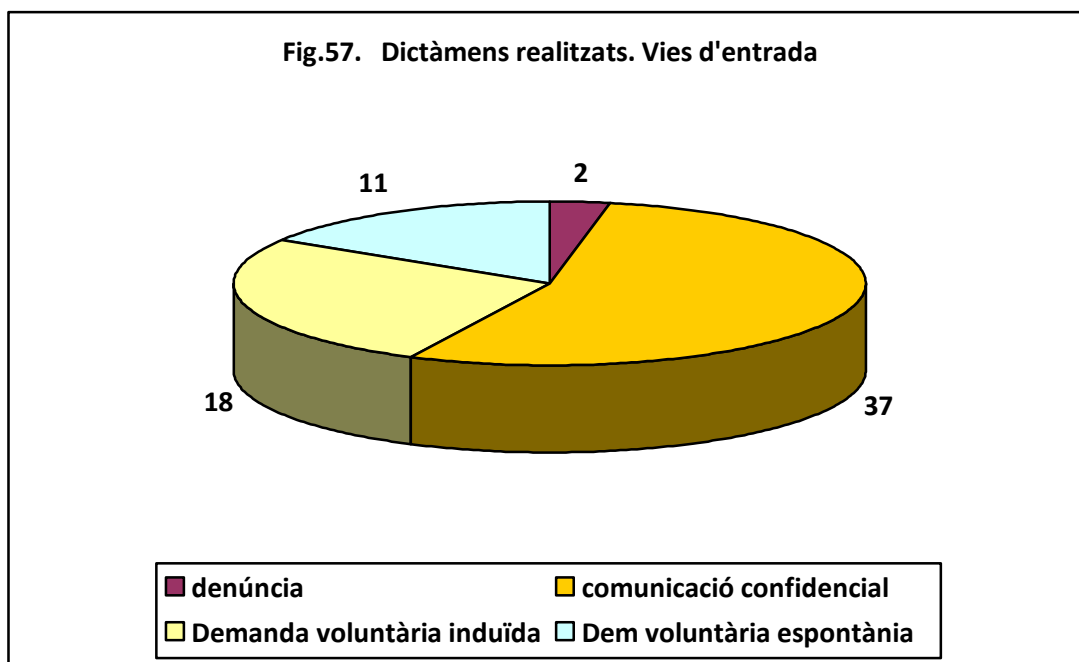
Diagnòstics

El diagnòstic en les $\frac{3}{4}$ parts dels casos fou el trastorn mental, essent l'alcoholisme l'addicció amb més incidència (12 %). Cal destacar que en un 6% dels casos es va identificar una associació entre patologia addictiva i trastorn mental (patologia dual).



Vies d'entrada

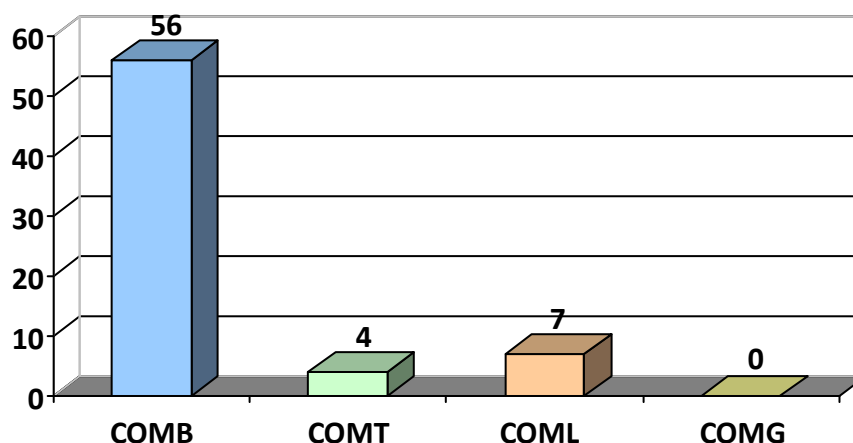
Les vies de demanda dels Dictàmens i que foren instruïts i formalitzats a través de les Juntes de Govern col·legials, atenent la gravetat, risc o circumstàncies dels casos a través de situacions de denúncia i comunicació confidencial, 39 casos (57,3 %). En les demandes espontànies, 11 (16,2 %) foren els mateixos metges terapeutes els que els van proposar, generalment dins el mateix procés assistencial. La resta, derivats de demandes voluntàries induïdes, 18 (26,5 %) la sol·licitud de dictàmens va correspondre de manera variable, entre els responsables assistencials i els responsables col·legials (*Figura 57*).



Procedència

La majoria dels dictàmens (83,6 %), com era de preveure, eren metges del COMB (*Figura 58*).

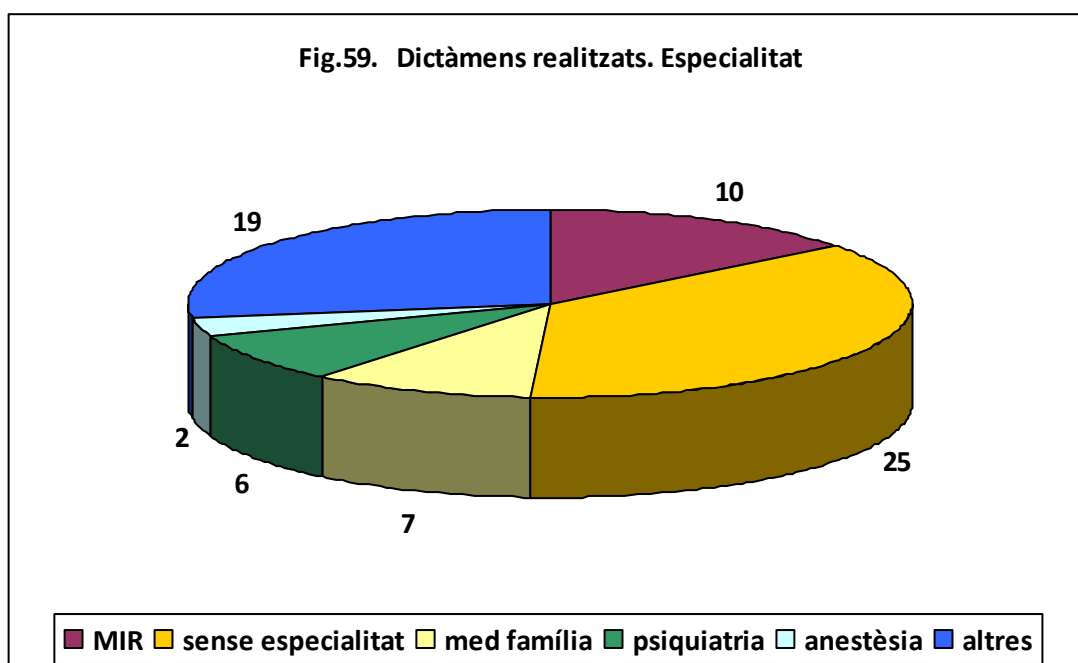
Fig.58. Nombre de dictàmens i Col·legi de procedència



Especialitat afectades

En aquest àmbit es repeteix la constant observada en l'apartat dels CT, en el sentit de que és el grup de metges sense especialitat el que ha generat més demanda. El mateix patró que per especialitats on, com era d'esperar, el grup de metges de família és el més nombrós. Psiquiatria fou proporcionalment la que presentava major prevalença (*Figura 59*).

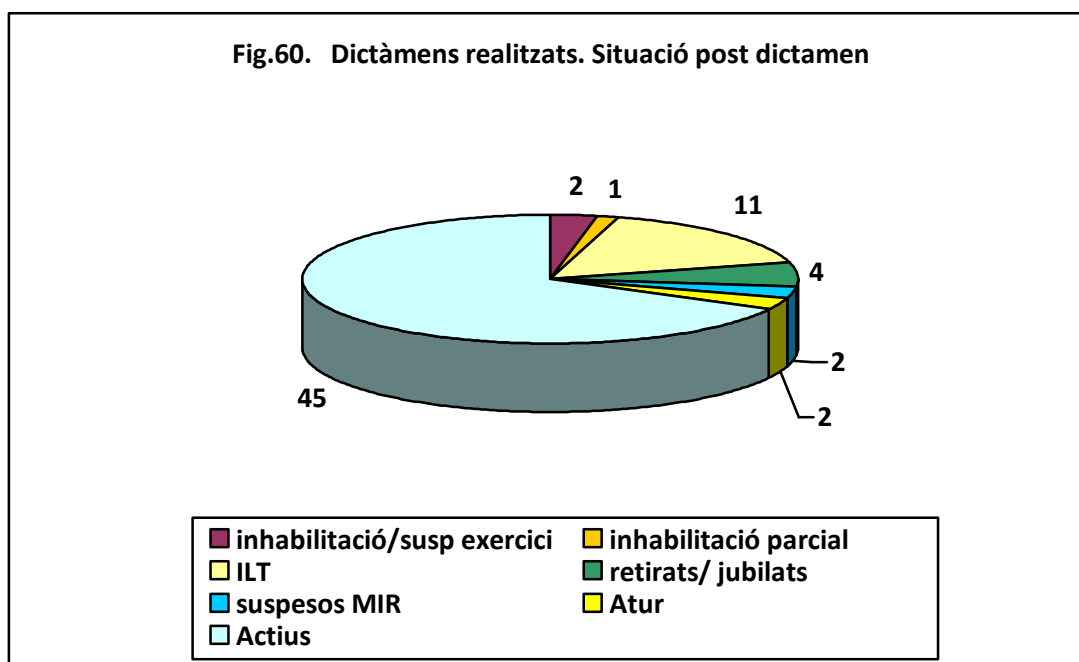
Fig.59. Dictàmens realitzats. Especialitat



Respecte a la situació derivada de l'emissió dels Dictàmens, cal assenyalar que un 67,2 % dels casos va poder continuar treballant.

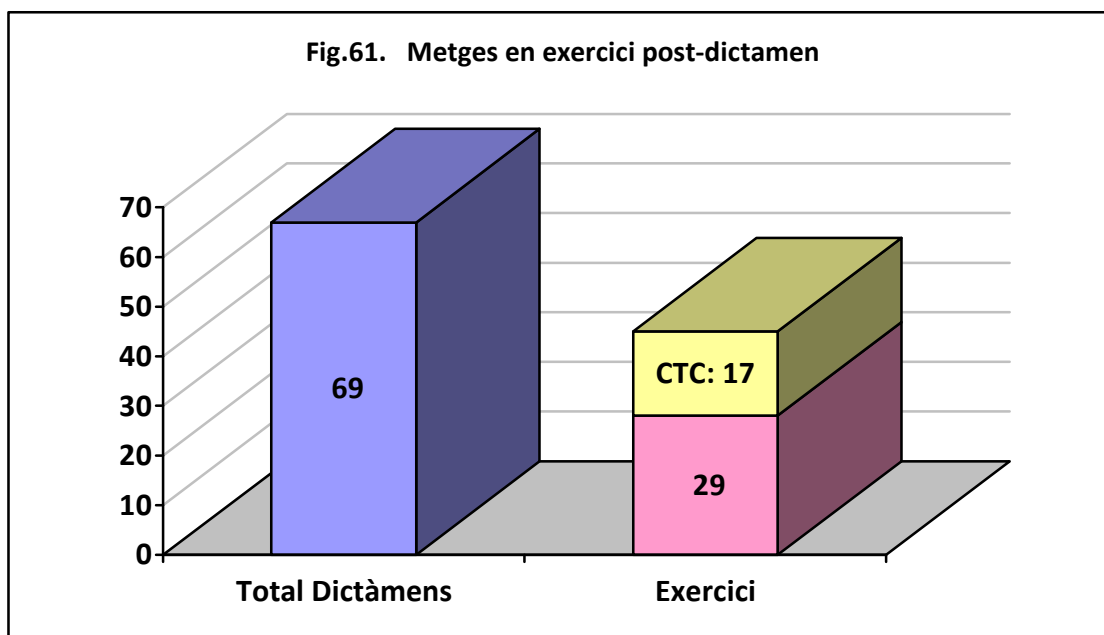
Situació post-dictamen

És important destacar els 11 casos (16,4 %) corresponents a invalidesa. Aquest ha estat l'instrument emprat per a la suspensió de l'exercici pactada entre els òrgans col·legials i el metge malalt. Aquesta fórmula ha estat més emprada pels col·legis de metges de Catalunya per evitar el procés traumàtic d'una inhabilitació professional. Això ha estat possible perquè la filosofia corporativa d'intervenció en aquests casos ha estat la d'exercir una acció de convenciment –i seducció– per aconseguir l'aquiescència de l'afectat i, de comú acord amb ell, apartar-lo de l'exercici, a través de la gestió d'un diagnòstic psicopatològic raonat cap a una incapacitat o invalidesa objectiva sense perdre els drets de prestacions econòmiques, socials i col·legials. El mateix procediment es va seguir amb el grup de 4 metges (6 %) que, per raons d'edat, es van poder acollir a una jubilació., que només s'ha incoat directament en 2 casos. La inhabilitació (o suspensió de l'exercici), ja fos total o parcial, només ha representat un 4,4 % del total de casos dictaminats. Així, la xifra tota de casos que va ser apartats de l'exercici per diversos procediments fou de 20, el que ha representat el 29,8 % del total de casos dictaminats (*Figura 60*).

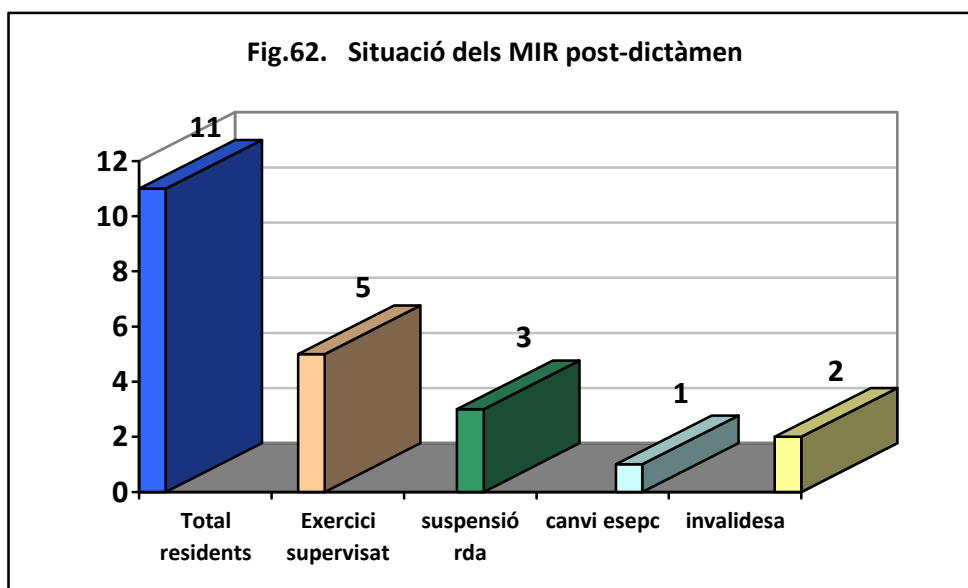


Com ja he assenyalat abans, 45 dels 67 casos dictaminats (67,2 %) van poder continuar exercint. Dels dictàmens realitzats, un 25,3 % (17 casos) van poder exercir amb mesures de control de l'exercici que incloïen la signatura d'un Contracte Terapèutic. Si aquesta xifra la comparem amb el nombre total de metges

que van poder continuar exercint després de la realització d'un dictamen (45 casos), el percentatge d'aquests que va precisar un control col·legial va ser del 37,7 % (Figura 61).



Del col·lectiu dels MIR, 10 (14,9 %) van ser sotmesos a un dictamen. D'aquests, 3 van ser suspesos de la seva residència, 1 va haver de canviar d'especialitat i 2 van ser causa d'invalidesa. La totalitat del 6 residents que van poder continuar realitzant la seva formació ho van fer de forma condicionada en 3 d'ells a través d'un control col·legial a través d'un CTC, i 2 a través dels seus tutors de formació hospitalària (Figura 62).



BIBLIOGRAFIA

1. *Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J i Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. 2000. Med Clínica Vol 117 n 13: 492-494.*
2. *T Thompson W i col Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health. BMJ 2001; 323:728-731*
3. *Estudio CHABS. Evaluación de la salud cardiovascular, entorno socio-sanitario y conductas preventivas en los médicos de AP de centros de salud del SNS. SemGYC, SEMG i SEMERGEN. 2011*
4. *Conveni Departament Sanitat-COMB-Consell de creació del PAIMM. 1998.*
5. *Bosch Xavier. First impaired physicians program appears to be successful in Spain. JAMA vol 283 n 24 June 28, 3186-3187.*
6. *Arteman A. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Información Psicológica n 77 pag 22-28.*
7. *Casas M. El programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) del Colegio de Médicos de Barcelona. Medicina Clínica Vol 117 n 20 Dic 15*
8. *Bosch Xavier. Catalonia makes plans to help addicted doctors. The Lancet Vol 352 n 9133 Sep 26 pag 1045*
9. *Arteman A. ¿Qué hacer cuando el paciente es un colega ? dos años de experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)? Adiciones Vol 13 n 1.*
10. *Arteman A. ¿Quién cuida de nuestra salud ? Cuatro años y medio de experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Rev Formación Médica continuada en Atención Primaria Vol 10, suplemento 4. Sept 2003, pag 5-10.*
11. *Padrós J. El médico enfermo. Humanitas. Jul 2009*
12. *Bruguera E. Los programas de tratamiento para profesionales de la salud enfermos en España. Anuario de investigación en adicciones.*
13. *Lusilla MP, Roncero C. Doctores y adicciones: el programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.*
14. *Roigé J, Padrós J, Arteman et al. The anaesthesiologist in the "Integral Care Programme for sick physicians" (PAIMM) in Catalonia. Eur J Anaesth 2003;20(suppl):197*
15. *EL PAIMM. <http://paimm.fgalatea.org/>*
16. *El PAIME. http://paimm.fgalatea.org/cast/home_cast.htm*
17. *Demografia col·legial 2010. Font COMB.*
18. *P. Lusilla, Antoni Gual. El médico enfermo. Suplements d'Annals de Medicina. Vol 90. Supl 4. Març 2007.*

19. *Lusilla MP, Roncero C, Blasi A, Bruguera E, Arteman A, Gual A.* The Integral Care Program for sick physicians (PAIMM) of the Medical Council of Barcelona. Carrà G, Clerici M. Dual Diagnosis: filling the gap. Paris. John Libbey Eurotext; 2003.
20. *Lusilla P, Gual A, Bruguera E, Casas M.* Delay in seeking help among impaired imaptient physicians. Ponència presentada a la 20101 International Conference on Physician Health "Physician Health and Resiliency in the 21st Century"
21. *Brooke D, Edwards G, Taylor C.* Br J Addict. 1991; 86(8):1011-1016)
22. Llei 7/2006, de 31 de maig de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals. DOG 4651 de 6 juny de 2006

Capítol 9

Del PAIMM a la Fundació Galatea

“No solament has de fer el que és correcte sinó fer-ho en el moment adequat”

Hipòcrates

9. Del PAIMM a la Fundació Galatea

9.1. l'atenció d'altres professionals de la salut

Ja des de la posada en marxa del PAIMM hi va haver la voluntat de desenvolupar programes similars per al conjunt de professionals de la salut. Les anàlisis sobre les necessitats, el perfil, comportament d'aquests tenien moltes similituds amb els metges. I, com en el cas d'aquests, els referents continuaven sent els nordamericans i canadencs que, amb diferents programes havien comprès l'abordatge del problema. Així, infermeres, dentistes, farmacèutics i veterinaris i altres, constituïen un objectiu a abordar. Amb aquest desig d'estendre l'experiència assistencial, es va concretar la creació amb el Col·legi d'Infermeria de Barcelona la posada en marxa el 2000 del *Programa Retorn*. Les característiques d'aquest programa són similars als del PAIMM i és la institució corporativa qui té la porta d'entrada, però compartint els mateixos serveis assistencials. L'Administració sanitària catalana n'ha assumit el seu finançament amb les mateixes condicions que en el cas del PAIMM. Recordem que la participació dels Col·legis de Metges de Catalunya i del Col·legi d'Infermeria de Barcelona és el del 20 %.

Darrerament, i fruit de la presa de consciència dels òrgans de govern de les respectives corporacions, també s'han creat els programes d'atenció per a veterinaris –*Programa Assís*– i farmacèutics –*Programa Itaca*– amb el mateix model d'intervenció i d'assistència i de finançament. I s'està en procés de reflexió i diàleg amb les direccions dels col·legis d'Odonto-estomatòlgues, de Psicòlegs, de Fisioterapeutes i professionals del Treball Social.

9.2. Després d'un temps de reflexió, un projecte més ampli

L'any 2001, després de 3 anys de funcionament del PAIMM i de l'aleshores recent creació del Programa Retorn, des de la direcció dels programes i de la Junta de Govern del COMB es va veure la necessitat de trobar un instrument de gestió més adequat (fins aleshores la gestió global del programa es feia des de la institució corporativa), alhora que es va constatar que l'acció que s'estava duent tenia un component bàsic assistencial i de control de la praxi. Però, no es coneixia prou la realitat del fenomen del metge malalt, i, per extensió, la del conjunt dels professionals de la salut en el nostre àmbit. Cal recordar que la gairebé totalitat

dels estudis publicats sobre el tema fins aquell moment eren de països anglosaxons.

D'altra banda, es considerava que havent-nos centrat en l'àmbit de l'atenció, calia posar més èmfasi en els aspectes preventius i conèixer més a fons les situacions i els grups d'especial risc d'emmalaltir.

Aquesta reflexió va coincidir també amb l'evolució que els programes dels EE.UU. i Canadà havien sofert i que els havia portat anys enrere a aprofundir sobre l'epidemiologia de la salut i el benestar dels professionals sanitaris i que, en esperit, va ser presa com a referència.

Així, aquell mateix any, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya va crear la Fundació Galatea (FG) amb la finalitat de treballar per la salut i el benestar dels metges i altres professionals de la salut, promovent estils saludables, fomentant estratègies de prevenció davant riscos d'exercir la professió i procurant que els professionals malalts puguin rebre l'assistència adequada a través de programes assistencials específics.

Des de la seva posada en marxa, la Fundació Galatea ha centrat la seva actuació en dos grans àrees. Una, assistencial, concentrada en els programes PAIMM, Retorn i els de recent instauració per a veterinaris i farmacèutics. I, altra, més de caràcter d'estudi i preventiu, amb diversos programes dirigits a la protecció de la salut de grups de risc o d'exercici.

El Patronat de la FG està compostat per diversos membres, els noms dels quals són aprovats pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. La seva composició contempla la presència de representants dels Col·legis de metges catalans, del Consell d'Infermeria de Catalunya, del Consell de Veterinaris de Catalunya, del Consell de Farmacèutics de Catalunya, de la pròpia Admistració sanitària i de dos institucions sense afany de lucre lligades a la professió mèdica, Mutual Mèdica de Catalunya i Balears i Assistència sanitària Col·legial.

Per al desenvolupament de les activitats d'estudi i de prevenció, la FG ha comptat amb el suport econòmic i l'aportació d'empreses de l'àmbit de la farmaindústria, deixant explícit en cada col·laboració la no existència de conflicte d'interessos. En aquest sentit cal destacar l'aposta realitzada per *Glaxo-Smith-Fline*, *Almirall* i *Merck-Sharp-Dhome*.

Durant aquests 10 anys, la FG ha desenvolupat diversos Programes:

La salut del metge jubilat¹, amb la realització d'un estudi qualitatiu sobre les necessitats dels professionals de la medicina relacionades amb el moment de la jubilació; D'aquest estudi n'han sortit nombroses iniciatives desenvolupades per part del COMB.

Salut, gènere i exercici professional², un estudi de salut realitzat entre 800 metges (47 %) i metgesses (53 %) en exercici (30-55 anys) a Catalunya, randomitzat. En aquest estudi realitzat per enquesta postal s'examinaven directament 209 variables agrupades en apartats que valoraven: nivell d'estrès psicològic, autopercepció dels nivells de salut, estils de vida (activitat física, dieta, hàbits, hores de son, temps lliure, consum de fàrmacs, inclosos els psicofàrmacs), entorn psicosocial, factors d'erisc sociofamiliar i salut reproductiva. El qüestionari es va dissenyar de tal manera que permetès la comparació amb l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2002 (Servei Català de la salut 2003).

La salut dels metges residents (MIR)³, un estudi randomitzat realitzat sobre 335 metges residents de Catalunya de manera aleatòria. Dels enquestats, el 32 % foren homes i un 68 % dones (ajustat a la proporció de gènere d'aquest grup de població mèdica), amb una edat promig de 28.6 anys. Es van analitzar 83 ítems agrupats en diferents variables, com patiment psicològic, presència de malaltia psiquiàtrica, autopercepció del nivell de salut, estils de vida (activitat física, hàbits, dieta, hores de son, temps lliure), consum de fàrmacs i condicions de treball. Amb posterioritat es van elaborar dos guies posteriors dirigides als serveis de prevenció de riscos laborals⁴ i als tutors i els professionals dels centres sanitaris docents⁵.

Aquests estudis es van contextualitzar dins un Programa específic sobre la salut dels MIR, perquè hom considerava aquesta etapa un moment adequat per a l'adquisició d'habilitats relacionals i per a l'autocura psicoafectiva, que permetés un exercici professional saludable, i, alhora, millorar la detecció i el tractament en la salut del metge resident per tal de facilitar l'adaptació del seu itinerari formatiu i l'èxit de la seva formació.

Es va editar, igualment, uns fulletons que s'han anat distribuint entre els metges residents de Catalunya, i ara també a nivell d'Estat, on es fan recomanacions per poder realitzar un exercici professional saludable.

Paral·lelament, la FG amb col·laboració amb el CCMC, l'OMC s'han realitzat en el conjunt de l'Estat diversos tallers amb tutors de diferents especialitats

La salut de l'estudiant de Medicina. Estudi randomitzat realitzat durant l'any 2010 entre la població d'estudiants de 4rt curs de les Facultats de Medicina de

Catalunya. Aquest estudi es troba en fase d'elaboració de les seves conclusions. La FG té intenció d'abordar a través d'un Programa específic els problemes dels estudiants, en col·laboració amb les Facultats de Medicina, en una línia semblant a la dels residents.

D'altra banda, la FG ha treballat intensament en la prevenció i l'abordatge de la síndrome del *Burn out* dels metges a través de l'organització de conferències i, més concretament, de tallers que s'han realitzat tant en la mateixa seu corporativa com en diferents centres sanitaris de Catalunya.

9.3. La projecció internacional

Des de la seva posada en marxa, el PAIMM ha tingut vocació de situar-se a l'avantguarda internacional. De fet, com ja he assenyalat en el Capítol 8, la font d'inspiració del Programa fores les experiències que ja existien, fonamental als EE.UU. Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. A Europa, els nuclis d'intervenció estaven localitzats al Regne Unit, on hi havia una diversitat d'iniciatives, algunes de recerca, altres fonamentades en l'autoajuda i als països escandinaus (Noruega i Suècia) on fonamentaven l'actuació en l'àmbit de la recerca i la prevenció. Però, només la *British Medical Association* i la *Norwegian Medical Association* s'havien implicat institucionalment en l'abordatge del problema del metge malalt.

9.3.1. 1ª Conferència Europea sobre PAIMM

Amb la convicció de que calia cridar l'atenció als responsables polítics i les administracions públiques i al conjunt d'organitzacions professionals es va organitzar el novembre de 2001 es va organitzar a Barcelona la 1ª Conferència Europea sobre aquest programes i que va concentrar diversos experts del continent sobre l'abordatge terapèutic del metge malalt⁶. Fruit del treball d'aquella trobada en va sortir el Manifest de Barcelona^{7,8}, una declaració de principis sobre la necessitat d'una presa de consciència sobre el fenomen del metge malalt i una crida als agents implicats a donar una resposta en un marc europeu. De fet, aquella conferència fou l'embrió del que anys més tard esdevindria l'*Associació Europea sobre la Salut dels Metges, European Association for Physician Health EAPH*.

9.3.2. L'extensió a l'Estat espanyol. Els Congresos Nacionales de PAIME

Fruit de l'inici de l'extensió del PAIMM en el conjunt del territori de l'Estat espanyol i de la necessitat d'implicar el màxim de responsables institucionals i de poder alhora crear un espai d'intercanvi d'experiències, el 2003 van néixer els Congresos Nacionales de PAIME. Des d'aleshores, s'han celebrat 4 edicions (Còrdova, Toledo, Barcelona i Màlaga).

Ja des del seu inici es va subratllar la necessitat de que el PAIMM havia de disposar d'un cos doctrinal que defineixi: Què és el PAIMM? Quines han de ser les característiques que defineixin les Unitats d'Atenció Ambulatoria del PAIMM ? etc.. Per això, es va crear una mena de *comissió nacional*, auspiciada per l'Organització Mèdica Col·legial, que s'havia d'encarregar de l'elaboració de guies d'actuació consensuades, que permetessin una estandarització de l'activitat –i de la qualitat de la mateixa- dels diferents Programes que s'anessin creant, i establint de manera transparent, uns criteris comuns d'homologació i registre sistemàtic de les dades de tots ells, i també havia d'impulsar l'extensió efectiva per tot el territori de l'Estat.

Es va remarcar el paper dels col·legis de metges potenciant els punts forts del Programa a l'hora de posar en funcionament l'activitat, reunir-se amb les Administracions sanitàries i difondre'l a la població en general, tot remarcant els punts forts que justificaven la seva existència:

- El Programa atén patologies que no són importants quantitativament, però sí que ho són qualitativament, per les conseqüències que es deriven de no donar-los un tractament.
- La integritat del Programa, que no ha d'estar basada únicament en l'atenció al procés, si no en la prevenció, promoció i, el que és més important, en la rehabilitació i reincorporació, si és possible, del professional al seu mateix lloc de treball.
- Aquest programa neix de la mateixa professió, que assumeix la seva pròpia responsabilitat emanada del nostre Codi d'Ètica i Deontologia, on es destaca que el bé del pacient està per sobre de tot i aplica mesures d'atenció i cura al metge que no pot exercir la seva professió amb garanties per problemes de malaltia.
- El PAIMM té com a objectiu final garantir la bona praxi a partir del millor estat de salut del metge.

- El PAIMM té com a característiques imprescindibles la confidencialitat i l'anonimat de les seves intervencions.

Recollint la filosofia del PAIMM català, s'ha defensat que les Administracions públiques han de garantir als professionals de la sanitat l'accés a aquests serveis d'atenció, assegurant el dret a la confidencialitat que, si ja és important per a la població general, necessita mesures especials per a ells, sobretot quan es tracta de trastorns mentals o addictius. I que el finançament hauria de correspondre a les Administracions sanitàries atès que aquest Programa, entre els seus objectius, no sols té el de millorar l'assistència als metges, sinó també la qualitat dels serveis sanitaris i, sobretot, protegir la salut dels ciutadans. Els col·legis professionals han de participar també en el finançament, fent-se càrrec dels programes col·legials que regulin el correcte exercici de la professió i possibilitin l'accés a l'assistència específica i especialitzada en condicions de confidencialitat.

Es va emfatitzar des del primer moment en que els PAIMM havien d'encaminar les seves accions a la promoció, la prevenció i també a la investigació, intensificant l'abordatge integral i personalitzat dels casos per a una millor identificació i tractament dels problemes, així com garantir un registre confidencial de les dades més rellevants.

Etapes com el pregrau i la formació MIR, la dona metge, la prejubilació, les característiques d'algunes especialitats, etc. Són camps on les unitats d'atenció ambulatoria (que s'haurien d'anar creant en el conjunt del territori) haurien de dotar-se d'afany investigador, completant els seus equips amb epidemiòlegs i altres professionals.

I ja, aleshores, hom va cridar l'atenció sobre a les conseqüències derivades de la inclusió de patologies emergents relacionades amb l'àmbit laboral (síndrome de desgast professional, mobbing, etc.) que podrien distorsionar no només els aspectes assistencials, sinó també els aspectes relacionats amb el seu finançament per la seva alta prevalença.

Tanmateix, en les darreres edicions es va subratllar la necessitat d'una major implicació per part de les corporacions en el desenvolupament d'instruments col·legials, d'acord amb les seves funcions, per al control, limitació i tutela dels casos de risc de mala praxi. Igualment, s'instava a intensificar aquelles iniciatives que permetin una rehabilitació i reinserció laboral més efectiva.

Els Congressos van fer notar també la necessitat d'una més gran implicació disn els PAIMM dels responsables mèdics dels serveis de Prevenció i de riscos i salut laboral

dels centres sanitaris.

I, finalment, s'ha emfatitzat sobre la necessitat d'estimular i promoure la redacció i publicació d'estudis per al millor coneixement de la realitat i de les experiències realitzades i consolidar, així, el lideratge internacional del PAIMM a Espanya.

El PAIMM, en el conjunt de l'Estat, s'ha consolidat com un programa de metges i per a metges que precisen atenció, però també és un dels exemples més clars del compromís d'una organització professional amb la professió i amb un important component de responsabilitat cap a la societat, al vetllar per la bona praxi professional, la qualitat i la seguretat en l'assistència.

Els darrers Congressos han explicat que l'actitud proactiva i de col·laboració entre les administracions sanitàries i els PAIMM col·legials s'ha mostrat necessària i és fonamental, tant per a la detecció, diagnòstic, tractament, així com per al posterior seguiment a la reincorporació laboral, un cop produïda aquesta. Així com també que les claus de l'èxit del Programa rau en la confidencialitat i confiança mantingudes.

Així mateix, i seguint la línia marcada pel referent català, el Programa és una resposta específica assistencial que no trenca la integritat del sistema sanitari i que ha de ser inclòs en la cartera de serveis normal, en les estratègies per millorar la seguretat dels pacients i en tots aquells plans d'acollida dels professionals al sistema sanitari.

D'altra banda, en el seguiment dels diferents programes, es va constatar la importància en el finançament complementari (que aporta el percentatge que no cobreix l'Administració sanitària de la Comunitat Autònoma a la que pertany el metge malalt, i que oscil·la entre el 10 i el 100 % del cost del tractament) que des de 2003 la *Fundación Patronato de Huérfanos y protección Social Príncipe de Asturias* ha ofert a través de les seves prestacions dirigides per al tractament i la rehabilitació dels metges afectats.

9.3.3. Lideratge i participació internacional

L'aparició del PAIMM el 1998 el convertí en la primera iniciativa de les seves característiques en l'escenari europeu. I, tenint en compte que en la seva definició i construcció es partia de les experiències de països com EE.UU, Canadà, Nova Zelanda i Austràlia els responsables del Programa van establir ben aviat relacions

amb les organitzacions i institucions d'aquells països referents per tal de reforçar millor les actuacions que s'havien iniciat amb el PAIMM i anar-les adaptant a la nostra realitat, així com de poder comptar amb un espai d'intercanvi i coneixement dels diferents programes i intervencions existents, alguns dels quals havien aparegut al mateix temps que el programa català.

La vocació tant dels dirigents com dels responsables assistencials del PAIMM era poder participar activament en els nous fóruns que s'havien creat. Concretament, a les Conferències que des de la dècada dels 90 del segle passat organitzava la Federation of State Physician Health Programs de la Federation of State Boards conjuntament amb l'American Medical Association (AMC), afegint-s'hi amb posterioritat la Canadian Medical Association (CMA) i la British Medical Association (BMA).

Cal destacar, en aquest sentit, la participació de la Fundació Galatea en la Conferència Internacional *Doctors' Health Matters - Finding The Balance* i que es va celebrar a Londres el novembre de 2008 organitzada per l'AMC, la CMA i la BMA i que va suposar el primer reconeixement al més alt nivell del PAIMM en l'esfera internacional⁹.

9.3.3.1. La creació de l'European Association for Physician Health

Tenint sempre a l'horitzó l'experiència de les Conferències que organitzaven els nordamericans i ja referides amb anterioritat, els responsables col·legials i de la Fundació Galatea vam veure la necessitat de poder comptar d'una referència compartida a nivell europeu.

Prèvia a la 1a Conferència d'experts en programes PAIMM, celebrada a l'Barcelona, el 8 de novembre de 2001 i ja citada anteriorment, com a punt de partida de la presa en consciència del problema a Europa, va haver-hi una trobada d'alguns experts on es va posar sobre la taula per primer cop aquest fenomen, *Oslo Conference. The Physicians role in transition. Is Hipocrates sick ?*

Ja, amb posterioritat, el 30 de gener de 2004, en el context de la celebració a Barcelona del Fòrum Internacional de les Cultures, es va celebrar una conferència "The impact of healthcare professionals in health society".

L'organització el 2005 a Greenwich (UK) del *European Workshop on handling concerns about the performance of doctors: sharing international experience*, organitzat pel NCAS (National Patients Agency Safety) del National Health Service

va constatar una vegada més la necessitat de comptar també amb la participació dels òrgans administratius de control i regulació de l'exercici professional¹⁰.

Com a continuació d'aquesta iniciativa, el gener de 2008 es celebrà la conferència europea "Handling concerns about the performance of doctors" organitzada a Oslo pel Research Institute de la Norwegian Medical Association a la que hi van participar representants de diversos països europeus¹¹.

El novembre de 2008, coincidint amb la Conferència Internacional *Doctors' Health Matters - Finding The Balance* s'organitzà a Londres sota l'auspici de l'AMA, CMA i la BMA, es va desencadenar un seguit de voluntats compartides entre diferents congressistes europeus per establir la concreció d'una aliança europea estable.

Així, 2009 es va bastir l'EAPH en la 1er *Meeting* fundacional que es va celebrar a Oslo, en el que van participar experts de països com Regne Unit, Noruega, Suècia, Àustria, Bèlgica, Finlàndia, Irlanda, Polònia i Catalunya i en el que es van abordar com a prioritats: el reconeixement dels problemes relacionats amb la salut dels professionals, com atendre les dificultats, el maneig del metge amb dificultats, el maneig de les organitzacions, aspectes polítics com el finançament i la regulació.

Amb posterioritat, el desembre de 2010 es va celebrar el 2on *Meeting* a Barcelona i el setembre de 2011 el 3er a Salzburg.

L'EAPH esdevé, així, una entitat de grups i individus al voltant de la salut dels metges amb una finalitat d'intercanvi d'informació i de treball conjunt per establir estratègies a diferents nivells amb la finalitat d'establir un estàndard europeu comú de suport als metges amb problemes de salut, proporcionant un fòrum per compartir coneixements i bones pràctiques sobre el tractament dels metges als metges, Influir i estimular el desenvolupament de serveis de salut específics per als metges i realitzar investigacions conjuntes sobre la salut i el benestar dels metges¹². En concret, la nova associació emfatitza sobre:

- Priorització en la promoció de la salut i el benestar dels professionals de la salut
- Detecció precoç en la prevenció de problemes abans
- Millora en els programes d'atenció
- Difusió dels objectius de l'EAPH
- Promoure l'implicació de membres de tots els països europeus en l'EAPH
- Dissenyar estudis multicèntrics a nivell europeu per tal d'obtenir fons de la Unió Europea

- Assessorar sobre l'efectivitat i eficiència de les intervencions i dels seus resultats.
- Els resultats haurien d'afavorir aspectes humans, no només aspectes econòmics
- Els responsables dels Hospitals haurien de tenir més cura sobre la salut dels metges, però no només ells.
- Les intervencions s'haurien de dirigir tan a individus com a organitzacions.
- Usar la informació sobre la salut dels professionals per ajudar a tot l'equip assistencial.
- Fomentar els grups de suport
- Detecció precoç en estudiants

BIBLIOGRAFIA

1. *Sánchez-Candamio M, del Valle A.* La salut del metge jubilat. Fundació Galatea, 2006
2. *Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M i Valls C.* Salut, gènere i exercici professional. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Informes i estudis. Fundació Galatea, 2007.
3. *Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A.* La salut del MIR. Fundació Galatea, 2008
4. *La salut del MIR. Guia per als serveis de prevenció de riscos laborals.* Fundació Galatea, 2009
5. *La salut del MIR. Guia per a tutors i professionals dels centres sanitaris docents.* Fundació Galatea, 2008
6. *Bosch X.* New group to look at helping the sick doctors of Europe. The Lancet. Vol 358 n 9294. November 17. 2001
7. *Casas M.* 1st European Conference PAIMM 2001: Care Programs for Health Professionals with Mental Disorders and/or Addiction Behaviours in Europe. Eur Addict Res 2002;8:155-156
8. Manifiesto de Barcelona. Primeras Jornadas Europeas PAIME 2001. Butlletí de l'Organización Médica Colegial. Febrer 2001
9. International Conference *Doctors' Health Matters - Finding The Balance*
<http://web2.bma.org.uk/dhc.nsf/content/DHC-Programme>
10. *European workshop on handling concerns about the performance of doctors: Sharing international experience.* National Patient Safety Agency: National Clinical Assessment Service (NCAS) 9-10 June 2005, London
http://www.legeforeningen.no/asset/37773/1/37773_1.pdf
11. Handling concerns about the performance of doctors. Conference 2008. Oslo
<http://www.legeforeningen.no/id/134355.0>
12. Healthy Physicians for a Healthy Society. 2nd Conference EAPH. Barcelona, december 2010. <http://www.eaph.eu/eaph.nsf/content/EAPH-barcelona>

3ª Part**Reflexions i Conclusions**

Capítol 10

Reflexions. Consideracions finals

"No et queixis de patir, que així aprens a socórrer"

Lao Tsé

Capítol 10.

Reflexions

Com s'ha pogut comprovar a través dels diferents capítols d'aquesta Tesi, el problema del metge malalt és un fenomen molt present en la professió mèdica. Malgrat constatar la seva important incidència, i que el seu estudi i coneixement estan esdevenint emergents, encara apareix minimitzat, quan no ignorat, per la mateixa professió i pels responsables sanitaris.

Efectivament, tot i havent-se identificat nombrosos factors predisponents, ambientals i precipitants, la idea d'invulnerabilitat del metge davant aquestes situacions continua molt present en el subconscient de la professió.

Sembla, també evidenciar-se que només en els països amb un fort arrelament de la cultura avaluativa, els nordamericans i els anglosaxons és on fins fa poc s'han desenvolupat les úniques iniciatives en l'àmbit de l'estudi, la recerca, o en el camp assistencial.

El fort estigma que acompanya aquestes malalties explicaria en part l'actitud minimitzadora o commiserativa del conjunt de col·legues i la resposta corporativa del silenci o l'ocultació.

Amb tot, cal indicar que amb el coneixement progressiu del fenomen també s'ha anat produint, encara que molt lentament, una major presa de consciència sobre la seva transcendència. Això és, no només per als propis individus afectats, no només per al conjunt de la professió, sinó per com pot afectar a la qualitat de l'acte mèdic i al sistema sanitari en el seu conjunt.

El fenomen del metge malalt ha estat relativament poc analitzat dins la mateixa professió mèdica, fóra dels estudis i programes que des de la dècada dels 70 del segle passat es van iniciar als EE.UU. i, amb posterioritat, a Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. A Europa, el problema ha començat a ser abordat des d'algunes experiències posteriors endegades per noruegs, suecs, britànics i catalans.

En aquesta Tesi, s'ha considerat com a definició de metge malalt la que considera que és aquell que presenta trastorns psíquics o mentals i/o conducta addictiva a l'alcohol o altres drogues i que per aquesta causa pot veure's afectada la qualitat de la seva pràctica professional.

Hi ha una certa coincidència entre diversos estudis en situar la prevalença d'aquest problema de salut sobre el 12 % dels metges en llarg de la seva vida professional (estimada en uns 40 anys).

El problema del metge malalt obre també alguns interrogants sobre la seva prevenció i sobretot com atendre'l de manera eficaç i eficient. L'aproximació que aquesta Tesi ha fet sobre l'experiència de diversos programes i intervencions posa de manifest que és necessària la implementació de recursos específics, donada la idiosincràsia dels mateixos metges a l'hora de demanar ajut o assistència i com volen ser atesos en cas de precisar-ho. Aquest punt és clau per explicar els resultats d'aquestes accions. I és que l'element de la confidencialitat apareix com l'eix fonamental en el que es basen aquestes intervencions.

Sembla demostrat que, a banda dels factors individuals o lligats a la història de cada persona, existeixen uns factors predisponents i, altres afavoridors. L'estrès que acompanya l'exercici de la professió mèdica ja és present a la formació de pre i de post grau, la convivència amb el patiment dels altres, la competitivitat acadèmica, la pressió assistencial, l'autoexigència, les expectatives dels pacients i llurs famílies, els errors i les demandes es subratllen de manera significativa.

Altres treballs i estudis publicats més recentment informen sobre un increment progressiu de la insatisfacció dels metges en el desenvolupament del seu exercici professional. Les causes invocades són múltiples, però es subratllen, a banda de les ja mencionades al punt anterior, les relacionades amb models d'organització i treball. Aquestes són d'especial importància en el nostre entorn, per quant l'actual crisi econòmic i del mateix sistema sanitari pot esdevenir per sí mateixos factors de desestabilització psicoemocional, però al mateix temps també en una oportunitat per als canvis de models que potencialment poden afavorir l'aparició de malestar, major vulnerabilitat i risc de desenvolupar aquestes patologies.

D'altra banda, l'altra qüestió fonamental a plantejar és si davant el problema d'un metge amb trastorn mental i/o una conducta addictiva la resposta ha de tenir un caràcter només preventiu i assistencial personalitzat en cada cas, o bé en tant que estem parlant de professionals que desenvolupen una funció protectora de la salut dels altres, la situació adquireix una nova dimensió en la que la mateixa professió mèdica –entesa com a el conjunt de metges- i la pròpia Administració sanitària tenen una responsabilitat d'abordar.

Per tant, és plausible defensar que en un marc de cultura autoreguladora, és a les organitzacions professionals, les corporacions, a qui hauria de correspondre la

responsabilitat d'abordar aquest problema. I, en tot cas, els governs i els responsables sanitaris els de posar les condicions perquè el fenomen tingui reconeixement en les directrius i prioritats del mateix sistema. Això encara vindria reforçat per les darreres tendències que en el món de les organitzacions empresarials s'han anat desenvolupant en la línia de defensar codis interns i de millorar de les condicions de l'exercici del treball i del desenvolupament professional.

Així, i per l'experiència acumulada per part dels països de referència abans esmentats queda demostrada l'eficàcia dels Programes assistencials específics dirigits a metges per atendre aquestes malalties, així com la taxa de recuperació si es comparen amb programes dirigits a la població general. També es subratlla la seva eficàcia quan són utilitzats en col·laboració amb els òrgans de control i regulació de l'exercici professional.

La transcendència d'aquest fenomen és important per quant un metge malalt, amb les seves característiques pròpies, pot veure's afectada la seva praxi i, per tant, la qualitat de l'acte mèdic i la salut dels seus pacients. Com a conseqüència, és evident que hi ha una responsabilitat compartida entre les organitzacions professionals i les administracions i gestors sanitaris a l'hora de fer front al problema.

Els països de més avantguarda en l'abordatge d'aquest problema van apostar des del primer moment perquè fos des de la mateixa professió que s'articulessin els mecanismes per fer-li front, a través de programes assistencials en col·laboració amb els òrgans oficials de regulació i control de l'exercici en els casos de més risc. Així, es comprèn que fossin les associacions més representatives qui lideressin la posada en marxa de programes específics d'atenció. Un sistema d'acord entre aquestes i els òrgans *-boards-* responsables del control i regulació de l'exercici ha possibilitat que s'abordessin els casos de més risc amb unes fortes garanties.

Amb tot, s'han observat algunes diferències entre alguns d'aquests programes de referència respecte a la metodologia i l'univers de metges a atendre. Així, mentre la majoria de programes dels diferents Estats dels EE.UU. van apostar per un model més persecutori dels metges amb problemes d'addicció, els seus veïns del nord, Canadà, apostaven per fórmules coercitives més rehabilitadores. I mentre els primers fixaven la seva atenció fonamentalment sobre les conductes addictives, els mateixos canadencs o els australians ho feien també sobre els trastorns mentals d'una manera més àmplia.

Al nostre país, l'exercici de la professió mèdica va lligada a la col·legiació obligatòria. I són els Col·legis, per tant, qui ostenten les funcions de regulació i control de l'exercici professional. Sembla, per tant, obvi que són aquests a qui correspon en primera instància escometre la solució del problema. Les administracions sanitàries públiques també tenen una responsabilitat d'afavorir solucions, atesa la seva funció de salvaguarda de la qualitat dels serveis sanitaris. Aquesta conceptualització va esdevenir el punt de partida a l'hora de decidir la creació, disseny i posada en marxa del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM).

Per tant, La creació del PAIMM per part del Col·legi de Metges de Barcelona i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya respon a la determinació de combinar dos objectius: assegurar la bona praxis mèdica i ajudar al metge malalt en la seva malaltia i rehabilitació.

Aquesta determinació va anar acompanyada, d'una banda, de la decisió de que els instruments assistencials havien de ser propis, específics i altament qualificats. I d'altra, a la predisposició favorable del departament de salut de fer possible el finançament del Programa. Amb aquesta mateixa finalitat es va posar en marxa una Unitat assistencial per al tractament tant ambulatori com d'internament dels metges afectats.

Per fer-ho possible el PAIMM disposà des de l'inici de diverses vies d'entrada, tot afavorint la voluntària –espontània o induïda- per sobre de la derivada de queixa o denúncia formal.

I en la mateixa línia, el PAIMM va recollir l'experiència de models més integrals. D'aquesta manera, s'ha tingut en compte, a banda de les addiccions, les patologies mentals. Fonamentalment, perquè es tractava de processos que igualment podien condicionar o invalidar la capacitat del metge per a exercir i en una majoria de casos podien obtenir una resposta terapèutica compatible amb l'exercici professional, i també perquè en un percentatge elevat, la condició d'addicció es dona associada a la presència d'un o varis trastorns mentals.

D'altra banda, des de la seva posada en marxa, el PAIMM ha formulat uns procediments que han promocionat més la via voluntària d'accés (per evitar o minimitzar l'ocultació del problema), d'ajut i rehabilitació, deixant la resposta de major control per a les situacions de risc de mala praxi, i sancionadora i disciplinària per als casos més greus.

Paral·lelament, es va desenvolupar una protocol·lització interna dels processos tant a nivell assistencial com col·legial, tenint en compte les bases que els Estatuts col·legials donaven tant des del punt de vista ètic-deontològic com jurídic-legal. D'especial importància a remarcar són els protocols de funcionament del PAIMM i, especialment, els de l'àmbit assistencial a l'hora de contemplar els casos de més risc i que podrien eventualment haver utilitzat una via d'entrada exclusivament assistencial, al marge de la corporativa. Aquesta eventualitat es dóna pel fet que una de les característiques del Programa ha estat el de poder diferenciar les vies d'entrada.

Una de les conseqüències d'aquest sistema tan particular del PAIMM ha estat la confiança generada al conjunt de la professió. La seva divulgació amb presentacions i edicions monogràfiques ha permès visualitzar la cara amable al mateix temps que ha interpell·lat sobre la responsabilitat corporativa i individual davant el fenomen concret d'un metge malalt.

Fonamental va ser que el naixement del PAIMM es gestés en el context del debat que s'estava produint sobre unes noves Normes o Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i que fou aprovat el 1997. I que, fruit d'això, el conjunt de la professió introduís dos noves normes o articles que apel·laven al capteniment que havia de tenir un metge que sabia que el seu estat de salut podia condicionar la seva praxi i al del metge que era coneixedor que un altre col·lega podia estar exercint amb aquestes limitacions, situant el bé dels pacients com el més important a protegir.

Aquestes premisses deontològiques poden ser considerades ben bé uns dels pilars ideològics del Programa. Els altres grans pilars són la funció rehabilitadora, abans mencionada i, sobretot, la confidencialitat, també al·ludida, i base dels procediments que el Programa ha desenvolupat, tant en la via assistencial com col·legial. En aquest sentit, cal subratllar els nombrosos instruments desplegats pel programa per assegurar aquesta confidencialitat.

Dins la funció rehabilitadora, cal destacar que les dades obtingudes permeten valorar de manera molt positiva el fet que el Programa ha possibilitat que la immensa majoria dels metges atesos poguessin continuar treballant, àdhuc els que han necessitat un control o monotorització de la seva praxi. Per tant, l'objectiu del PAIMM de possibilitar una continuïtat i/o reincorporació laboral dels metges afectats ha estat una realitat.

Les xifres obtingudes sobre el nombre total de metges atesos i el promig de nous casos apareguts durant els anys de funcionament del PAIMM permeten concloure que les previsions realitzades a partir de les dades prèvies de prevalença van ser correctes.

Respecte als que van precisar ingressos i als que van necessitar nous reingressos (en total una mica menys d'un quart del total de casos) en el futur caldrà fer noves anàlisis i estudis per avaluar les causes i els factors predisponents. De la mateixa manera, s'hauran d'analitzar les recaigudes –tan si han precisat ingrés o no– d'aquells metges atesos pel Programa.

Un altre element a treballar en el futur és el relacionat amb el temps de demora en la demanda de tractament i que també ha estat abordat en aquesta Tesi. Segons altres estudis hi ha evidència de que aquest factor esdevé pronòstic. Quan més temps, més cronificació i més dificultats d'abordatge tan clínic com professional.

S'ha observat una coincidència entre les dades obtingudes del PAIMM en comparació amb altres estudis publicats sobre Programes preexistents a altres països. Així, cal remarcar la major incidència en especialitats com anestèsia i psiquiatria.

També caldria remarcar la importància dels casos atesos de metges en període de formació, en el que ha predominat la psicopatologia per sobre de les conductes addictives, especialment entre els casos que han precisat ingrés en la Unitat d'Internament. Probablement això sigui degut a que el debut d'una gran part de les psicopaties es produeix en edats joves i sobrevingudes en etapes de gran estrès, com podria correspondre a l'etapa MIR. Un motiu de debat i reflexió a realitzar per part dels responsables docents i professionals és determinar si un metge en període de formació que debuta amb una psicopatia i supera el primer episodi pot ser considerat apte per continuar el seu període de formació i, per tant, de poder exercir la professió en el futur.

Una altra consideració és derivada sobre la necessitat d'aprofundir o destriar personalitats premòrbides o de major risc ja en el període de pregrau o, fins i tot, en l'entrada a la Facultat. I en cas de fer-se, si cal també, fer una avaluació continuada sobre aquests riscos. Aquestes preguntes són més obligades per quant l'actual sistema d'accés als estudis de Medicina al nostre país, i també la mateixa formació de pregrau, només té en compte mèrits acadèmics i no pas el d'habilitats, personalitat i altres qualitats imprescindibles per esdevenir un bon professional de la medicina.

D'altra banda, és molt probable que el progressiu augment de metges residents atesos detectat en els darrers anys sigui probablement degut també a la posada en marxa per part de la Fundació Galatea del Programa MIR, que ha ajudat a difondre una major conscienciació no només per part del col·lectiu afectat, sinó dels seus tutors i dels serveis de Prevenció i Salu Laborala l'hora de vehicular una demanda d'atenció. Caldrà fer un seguiment per veure si les accions formatives i de conscienciació sobre aquest col·lectiu comporten canvis positius. També en el que fa referència a la visió estigmatitzadora, o en l'altre extrem commiserativa, que sobre el problema d'un company malalt es té per part d'una gran part de la professió.

Així, sembla evident que determinats valors intrínsecs de la professió mèdica, com l'autoexigència, la competitivitat, la capacitat de resiliència, l'empatia o l'autoajuda i la solidaritat haurien de ser reivindicats, però, a l'hora, en equilibri.

Respecte a la dimensió reguladora de l'exercici, el PAIMM ha esdevingut un bon instrument. La mateixa acció assistencial i l'adhesió terapèutica ja aconsegueix ser un tipus primari de control de l'exercici, a través del consell directe dels terapeutes quan l'afectat té consciència de malalt. Però les dades obtingudes permeten asseverar que els mecanismes adoptats han estat correctes.

Cal recordar, un cop més, que a diferència d'altres països, la col·legiació obligatòria és un requisit indispensable per a l'exercici professional al nostre país. Així, en el nostre cas, el PAIMM ha hagut de compaginar dos funcions que en alguns casos podrien aparèixer confrontades. D'una banda, el Col·legi de Metges ateses les seves competències i funcions ha de vetllar per un correcte exercici dels seus membres. D'altra,, en tant que organització dels metges, ha de procurar pel seu benestar ajudant-los davant les dificultats i en la seva rehabilitació.

Ambdues missions s'han de poder realitzar en la mesura del possible amb el màxim respecte a la confidencialitat dels casos i amb independència. La dificultat ha sorgit a partir d'alguns casos que emprant una via voluntària d'accés a l'àmbit assistencial del Programa s'ha pogut objectivar per part dels terapeutes uns riscos evidents per a la bona praxi i/o poca consciència de malaltia per part dels afectats o amb seguiment defectuós per part d'aquests de les indicacions, pautes o controls indicats pels seus terapeutes. La dicotomia apareguda entre la necessitat de mantenir l'adherència i la confiança entre el metge malalt i el seu terapeuta versus la necessitat d'assegurar la bona praxi i , per tant, protegir la salut de tercers, no ha estat en ocasions fàcil de dilucidar.

Per aquest motiu tant els responsables assistencials del PAIMM van desenvolupar un seguit de protocols i guies per donar sortida a l'aparent conflicte. La creació d'una Comissió Col·legial d'anàlisi de casos difícils composta per responsables d'ambdós àmbits (col·legial i assistencial) ha possibilitat l'anàlisi individualitzat i una solució raonable per a aquests casos.

Exceptuant aquestes situacions, la realitat és que el desenvolupament per part del Col·legi de Metges de Barcelona d'una política de control de l'exercici basada igualment, en una filosofia de protecció dels pacients i de caràcter rehabilitador ha permès que s'hagin pogut aplicar diferents mesures de prevenció, tutela i control de l'exercici condicionades al seguiment terapèutic en els casos de risc. I, en aquest sentit, la figura del Contracte Terapèutic Col·legial ha resultat ser un gran instrument per fer factible els objectius abans esmentats.

Com també ha estat una bona eina al servei d'aquesta funció controladora de l'exercici la realització de dictàmens especialitzats per tal de poder determinar en casos de risc amb diagnòstic i pronòstic no ben definits quina mesura havia de ser aplicada.

En aquest sentit, l'existència al nostre país d'un sistema de protecció social gairebé universal, ha fet possible que en determinats casos i situacions s'hagi pogut indicar i forçar la separació d'un professional del seu exercici a través d'incapacitats o invalideses, etc., deixant per a casos extrems la suspensió temporal o total o, inclús, la inhabilitació definitiva, a través de processos sancionadors, per als casos més extrems.

L'experiència enormement positiva de funcionament del PAIMM ha estat emulada des de 2003 pel col·lectiu de professionals d'Infermeria, a través del Programa *Retorn* i, darrerament, per Farmacèutics i Veterinaris amb els programes *Ítaca* i *Assís*, respectivament.

També, i en la mateixa línia argumental, caldria subratllar que l'experiència positiva desenvolupada per aquests programes, ha de poder servir per enfocar la resposta al mateix problema que es dona en professions en les que del seu exercici en depenen drets fonamentals de la població i que, per tant, l'existència del problema pot convertir-se en motiu d'alarma social. És el cas d'altres professionals com jutges, advocats, clergues, pilots d'avió, etc..

Finalment, com he argumentat al Capítol 7 calia assegurar la participació dels responsables de l'Administració sanitària en tant que responsables de la seguretat clínica i de la qualitat dels serveis. Cal, per tant, valorar molt positivament la

implicació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per quant la seva participació conveniada per fer possible l'existència del recurs assistencial específic ha estat fonamental.

Per acabar, es fa necessari també estudiar els probables factors protectors davant aquests problemes, com l'adquisició i conreu d'hàbits saludables tant físics com relacionals, psicosocials, i espirituals ja des de l'entrada al pregrau i el seu manteniment durant tota la vida professional. Igualment, el desenvolupament de l'ideari del professionalisme amb un manteniment equilibrat amb l'esfera psicoemocional, relacional i familiar.

Tanmateix, caldrà continuar realitzant estudis que permetin avaluar la relació entre la presentació de situacions de malestar psicoemocional –que, mantingudes en el temps, poden esdevenir factors afavoridors- i models d'organització sanitària. Alguns estudis publicats ja apunten aquesta influència, en relació amb el nivell d'autonomia, possibilitats reals de participació, treball en solitari o en equip, desenvolupament professional i lideratge.

Consideracions finals

1. En aquesta tesi he considerat com a definició de metge malalt aquella que considera el metge que presenta trastorns psíquics o mentals i/o conducta addictiva a l'alcohol, fàrmacs/medicaments o altres drogues i que per aquesta causa pot veure's afectada la seva capacitat i facultat per exercir correctament i, per tant, veure's afectada la qualitat de la praxi professional i esdevenir un risc per als seus pacients.
2. És una dada constant observada en tots els estudis realitzats que quan el metge emmalalteix no acostuma a comportar-se com ell mateix recomana als seus pacients ni a emprar els serveis assistencials habituals. Aquesta actitud s'accentua quan la malaltia té a veure amb patologia mental i/o addictiva. En aquestes situacions es produeix de manera habitual una actitud d'ocultació tant per part de l'afectat com del seu entorn.
3. El fenomen del metge malalt ha estat relativament poc analitzat dins la mateixa professió mèdica, fóra dels estudis i programes que des de la

dècada dels 70 del segle passat es van iniciar als EE.UU. i, amb posterioritat, Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. A Europa, el problema va començar ha ser abordat des d'algunes experiències posteriors endegades per noruecs, suecs, britànics i catalans.

4. Hi ha una certa coincidència entre diversos estudis en situar la prevalença d'aquests problemes de salut sobre el 10 i el 15 % dels metges en llarg de la seva vida professional (estimada en 40 anys d'exercici). Els resultats obtinguts per l'experiència del PAIMM coincideixen en aquelles prediccions realitzades.
5. I també hi ha coincidència en tots els estudis publicats en que la incidència d'aquest fenomen no difereix de manera significativa respecte a la població general.
6. Sembla demostrat que, a banda dels factors genètics, individuals i familiars o lligats a la història de cada persona, existeixen uns factors predisponents i, altres afavoridors. L'estrès que acompanya l'exercici de la professió mèdica ja present a la formació de pre i de post grau, la convivència amb el patiment dels altres, la competitivitat acadèmica, la pressió assistencial, la autoexigència, les expectatives dels pacients i llurs famílies, els errors i les demandes es subratllen de manera significativa.
7. Els treballs i estudis publicats més recentment informen sobre un increment progressiu de la insatisfacció dels metges en el desenvolupament del seu exercici professional. Les causes invocades són múltiples, però es subratllen, a banda de les ja mencionades al punt anterior, les relacionades amb models d'organització i treball on es poden donar elements de major despersonalització, manca d'autonomia i participació.
8. La transcendència d'aquest fenomen és important per quant un metge malalt, amb les seves característiques pròpies, pot veure afectada la seva praxi i, per tant, la qualitat de l'acte mèdic i la salut dels seus pacients.
9. Com s'ha comprovat, les característiques específiques del metge malalt el fan un pacient diferent i, per tant, és necessària una resposta assistencial també específica que tingui la confidencialitat com a element essencial en la seva instrumentalització.

10. Per l'experiència acumulada per part d'alguns països queda demostrada l'eficàcia dels Programes assistencials específics dirigits a metges per atendre aquestes malalties, així com la taxa de recuperació si es comparen amb programes dirigits a la població general. També es subratlla la seva eficàcia quan són utilitzats en col·laboració amb els òrgans de control i regulació de l'exercici professional.
11. Alguns països de més avantguarda en l'abordatge d'aquest problema van apostar perquè fos des de la mateixa professió que s'articulessin els mecanismes per fer-li front, a través de programes assistencials en col·laboració amb els òrgans oficials de regulació i control de l'exercici en els casos de més risc.
12. He defensat i defenso que hi ha una responsabilitat compartida entre les organitzacions professionals i les Administracions i gestors sanitaris a l'hora de fer front el problema.
13. Cal recordar que al nostre país, l'exercici de la professió mèdica va lligada a la col·legiació obligatòria. I són els Col·legis, per tant, qui ostenten les funcions de regulació i de control de l'exercici professional. Sembla, per tant, obvi que són aquests a qui correspon en primera instància escometre la solució del problema. Les administracions sanitàries públiques també tenen una responsabilitat d'afavorir solucions, atesa la seva funció de salvaguarda de la qualitat dels serveis sanitaris.
14. La creació i implementació del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) per part del Col·legi de Metges de Barcelona i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya es va fer amb la determinació autoreguladora de combinar dos objectius: assegurar la bona praxi mèdica i ajudar al metge malalt en la seva malaltia i rehabilitació.
15. La base conceptual del PAIMM ha comptat amb dos elements bàsics de suport. D'una banda, amb la introducció de dos articles al Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya que apel·laven al sentit de responsabilitat del metge malalt i a la del conjunt de col·legues d'un metge malalt quan aquest tingués poca consciència de la seva situació i suposés un risc per als seus pacients. I d'altra, el Col·legi de Metges de Barcelona amb la reforma dels seus Estatuts en una línia de possibilitar accions encaminades a un millor control de l'exercici i buscant la rehabilitació professional.

16. Una peça clau del PAIMM ha estat la de poder disposar d'una Unitat terapèutica específica tant per al tractament ambulatori com per a l'internament i amb un equip de professionals altament qualificats.
17. Els resultats obtinguts durant el període estudiat (nov 1998-juny 2011) -i després d'haver atès a 1.399 metges- han posat en evidència que el PAIMM ha estat un molt bon instrument d'ajut al metge malalt.
18. A través del seu específic procés d'accés la gran majoria de metges atesos ho han fet de manera voluntària. Aquest fou des del primer moment un dels objectius del Programa, això és, primar la voluntarietat en contrast amb la línia d'altres programes de referència que havien apostat per una acció més persecutòria. Això ha estat possible gràcies a la preservació de l'especificitat assistencial i de la confidencialitat com a signes més identitaris del Programa. També cal assenyalar el no haver exercit una política punitiva o fiscalitzadora en excés en el control de l'evolució dels casos no de risc, fent confiança en l'equip assistencial. Per tant, que el massiu ús de la via voluntària per part dels afectats ha esdevingut un indicador objectiu de la bona acceptació del Programa per part dels metges de Catalunya.
19. Amb tot, encara existeix una certa cultura de commiseració per part d'alguns metges cap a la situació d'un col·lega malalt que contribueix a la seva ocultació i al retard d'un eventual tractament.
20. El retard en la demanda de tractament, malgrat les facilitats oferides pel Programa esdevé un factor pronòstic negatiu. Així, malgrat la difusió realitzada, caldrà emfatitzar en el futur sobre els punts forts del Programa per tal de fer-lo més accessible al metge malalt. Una detecció precoç disminueix els riscos de mala praxi, augmenta les perspectives de bon maneig i les possibilitats d'una rehabilitació efectiva.
21. Sobre l'especialitat dels metges atesos, cal destacar la incidència de determinades especialitats com és el cas de psiquiatres i anestesisistes, dada que coincideix amb la majoria d'estudis publicats fins ara.
22. Respecte als metges residents, cal destacar que en els darrers anys s'ha produït un augment dels casos atesos d'aquest grup de professionals, sent en moltes ocasions la psicopatologia el diagnòstic en l'accés. Això podria explicar-se perquè és en edats joves i situacions d'estrès quan es produeix la major part del debut d'aquests trastorns. Això suggeriria probablement la

necessitat de realitzar una anàlisi i seguiment conjunts amb els serveis de Medicina Preventiva i de Salut Laboral dels centres sanitaris tant en el moment de la incorporació del metge com durant la seva formació de resident.

23. El Col·legi de Metges de Barcelona ha desenvolupat diversos mecanismes per salvaguardar legalment i deontològicament tots els processos que es duen a terme al PAIMM, tant en la vessant assistencial com en la col·legial i professional.
24. Respecte a la situació laboral, és rellevant assenyalar que els resultats obtinguts són contundents respecte a l'acció rehabilitadora, per quant la majoria de metges (més del 80 %) estaven treballant mentre estaven sent tractats en el PAIMM. I, especialment, s'ha de destacar l'acció i esforç rehabilitadors en els casos de més risc on, a més, es va precisar de mesures de control a través de signatura d'un Contracte Terapèutic Col·legial.
25. Menys d'una quarta part dels pacients atesos ha precisat ingrés en la Unitat d'Internament i, d'aquests, una tercera part ho han hagut de fer al menys en una altra ocasió. Caldrà en el futur avaluar els motius d'aquests reingressos, així com de les recaigudes dins el mateix programa. De la mateixa manera, es necessita més investigació per conèixer la relació entre les característiques dels metges i els components del programa respecte a les recaigudes, de manera que el monitoratge pugui adaptar-se a les necessitats específiques dels afectats.
26. El PAIMM ha esdevingut un bon instrument per al control de la praxi mèdica, per quant, mitjançant l'acció col·legial, ha desenvolupat mecanismes de control de l'exercici professional, articulant-los a través de la signatura de Contractes Terapèutics Col·legials (CTC) que han mostrat ser de gran eficàcia. Aquests CTC també han esdevingut un instrument de protecció del propi metge malalt davant tercers en el seu procés de rehabilitació.
27. Amb tot, cal assenyalar que la mateixa acció assistencial i l'adhesió terapèutica ja aconsegueix ser un tipus primari de control de l'exercici, a través del consell directe dels terapeutes quan l'adherència terapèutica és efectiva i l'afectat té consciència de malalt.
28. Ha estat molt intensa i notable la realització i confecció de nombrosos protocols assistencials i també de funcionament del PAIMM. Cal destacar,

especialment, els referents als casos de més risc i aquells pocs que havent ingressat de manera voluntària al Programa havien esdevingut casos de risc de mala praxi.

29. Una de les característiques del Programa, i afavorida pel fet de l'existència d'un sistema de protecció social, ha estat que per aconseguir que un metge malalt deixés d'exercir temporalment o de manera definitiva s'hagi emprat mesures de negociació i seducció perquè l'afectat s'acollís a la incapacitat laboral legal, deixant per a casos extrems o negacionistes la inhabilitació o suspensió de l'exercici a través d'un eventual procés sancionador o disciplinari.
30. La implicació de l'Administració sanitària, en el cas de Catalunya el Departament de salut de la Generalitat, ha estat fonamental per a la creació i manteniment del serveis assistencials del PAIMM, complint així la premissa defensada pels creadors del Programa de la seva funció vetlladora de la seguretat clínica i la qualitat dels serveis sanitaris.
31. Cal actuar en la formació de pregrau i de postgrau per afavorir l'adquisició de bons hàbits d'autocura tant físics com de l'esfera psicoemocional i relacional i d'autoajuda i solidaritat corporativa, i de coneixement dels factors de risc inherents al mateix exercici professional, emfatitzant aquesta acció sobre els docents i tutors de residents.
32. De la mateixa manera, caldria estudiar com afecten els models d'organització en el desenvolupament del malestar psicoemocional, desgast professional, així com de l'aparició de trastorns mentals i conductes addictives i el possible valor predictiu de trastorn.

Capítol 11

Conclusions

“El valor d’una estratègia depèn de la seva implementació”

Capítol 11. Conclusions

1. EL Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) és un model (no punitiu) d'assistència als metges que pateixen un trastorn mental i/o conducta addictiva a l'alcohol o altres drogues i que es planteja amb l'objectiu de la rehabilitació personal i professional. Alhora, té una missió de prevenir errors i mala praxi.
2. Es caracteritza per oferir una assistència sanitària directa, específica i en règim de confidencialitat, complementada amb altres prestacions col·legials com atenció personal, assessorament legal, formació complementària i prestacions socials.
3. El Programa compta amb dos àrees d'intervenció: una assistencial i una altra col·legial. Aquesta segona ha bastit procediments deontològics i jurídics per donar cobertura a tots els processos del Programa, especialment en els casos de metges amb risc de mala praxi.
4. Al Programa s'hi accedeix voluntàriament en un 89 % dels casos, a través d'una comunicació confidencial en un 8 % o bé, a través d'una queixa o denúncia formal al Col·legi en un 3 %.
5. Les patologies mental i addictiva afecten a homes i dones amb proporcions similars, amb predomini d'edat entre 40 i 55 anys.
6. Els diagnòstics principals dels metges atesos són: 69 % trastorns mentals, 20 % addicció a l'alcohol i un 11 % addicció a altres drogues.
7. Els metges que treballen en l'àmbit de l'Atenció Primària foren el grup atès més. Per especialitats, cal destacar psiquiatres i anestesistes com a grups amb major incidència. La condició de no-especialista i no comptar amb una feina estable s'identifiquen com a factors de major vulnerabilitat.
8. Els metges residents han representat l'11 % dels casos, amb un increment progressiu des de l'any 2007.

9. La demora entre l'inici dels símptomes i el primer tractament (entrada al Programa) és de 8.51 anys de mitjana, circumstància més evident en els casos de conductes addictives.
10. Només el 5.4 % dels casos han hagut de ser sotmesos a mesures col·legials de control de l'exercici durant el tractament a través de Contracte Terapèutic Col·legial.
11. Un 80 % dels metges han continuat treballant mentre eren atesos pel Programa.
12. Aquest programa és factible, compleix els objectius que van justificar la seva creació, dóna garanties professionals i també socials perquè permet detectar i ajudar millor el metge malalt, afavoreix i li permet tractar-se a través d'uns serveis assistencials específics i de gran qualitat, i perquè facilita al metge malalt la seva rehabilitació personal i professional i perquè a través dels mecanismes desenvolupats està contribuint de manera molt notable a complir amb la funció col·legial de regulació i de control de l'exercici professional.

El médico enfermo

Cómo diagnosticarlo, cómo tratarlo y rehabilitarlo, y cómo intervenir para garantizar la buena praxis. La experiencia del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) - *Programa de Atención Integral al Médico Enfermo*

Jaume Padrós Selma

RESUMEN

“En casa del herrero, cuchillo de palo”

Refrán popular

Introducción y antecedentes

Históricamente, el fenómeno de la salud de los médicos ha sido siempre controvertido. La sociedad, en general, ha atribuido a los médicos una supuesta posesión de invulnerabilidad ante la enfermedad, como si la misma condición de galeno comportara en sí mismo un escudo permanente, mágico y protector. De esta forma, parecería que el acceso a esos conocimientos y habilidades ajenas al resto de mortales les permitiera, incluso, poseer el secreto de la salud permanente y eterna. Y como no podía ser de otra manera, los médicos han participado de este subconsciente colectivo, siendo en la práctica -y demasiado a menudo- incapaces de asumir la condición de paciente cuando enferman.

Se conoce bien que en toda la etapa profesional del médico, incluyendo la fase de formación en la Facultad, el ejercicio de la Medicina va asociado a un nivel de estrés importante. Quizás podríamos considerar este estrés hasta cierto punto lógico y consubstancial en una profesión en la que se vive de cerca el sufrimiento, la enfermedad y la muerte que, además, exige un nivel de esfuerzo personal permanente para poder abordar numerosos retos: competencia y competitividad, una puesta al día constante de los conocimientos que son cambiados rápidamente, como cambiante es también el entorno profesional, de vez en cuando solitario, otros en equipo; el médico también tiene que convivir con las expectativas de la población en general, de los pacientes y las familias en particular. Expectativas que, a menudo, se transforman en presión asistencial y, ocasionalmente en demandas, quejas, denuncia o litigios; tiene que trabajar en un sistema que constantemente le delega tareas burocráticas que no son propias de su función y que lo aboca a una dialéctica constante sobre el grado de participación y autonomía en su toma de decisiones. Todo un amalgama de factores que, además, pueden afectar su relación con los pacientes. Los beneficios potenciales de la condición del médico -grado de satisfacción con la tarea que todos llevan al cabo, mejora o curación de un paciente, retribución económica adecuada, reconocimiento profesional y social, etc.- a veces, no son suficientes para compensar esta carga de estrés si esta se hace desproporcionada y sí, además, el médico no tiene una buena auto cura o su personalidad le hace especialmente vulnerable. Este estrés que podríamos considerar estimulante, creativo y favorecedor de crecimiento personal y profesional puede atravesar el umbral de la psicopatología, un malestar permanente que le puede empujar fácilmente a desarrollar trastornos mentales y/o conductas adictivas.

El problema del médico enfermo es sumamente complejo. Por eso, son muchos los factores que intervienen en su génesis, como lo son las condiciones específicas del

ejercicio médico –a diferencia del resto de la población- en las manifestaciones y respuestas frente a los tratamientos y, evidentemente, por la trascendencia social.

En la práctica, lo más trascendente del tema es que los problemas relacionados con un médico enfermo van más allá de la esfera personal. Tienen una mayor relevancia por el hecho de que son muchos los valores éticos que pueden entrar en conflicto o contradicción porque, en definitiva, del estado de salud mental del médico dependerá también de la capacidad de éste por ejercer su profesión correctamente. Como consecuencia de esto, no solo deberíamos referirnos a un problema específico de los profesionales de la medicina, sino también –y puede tener consecuencias sobre sus paciente- a un problema de salud pública.

Existen diversos estudios que muestran que cuando los profesionales sanitarios –especialmente los médicos- enferman, en general, no acuden al sistema sanitario como el resto de los pacientes, tampoco actúan como ellos mismos recomiendan. Además, cuando sufren enfermedades mentales o adictivas tienen miedo a ser identificados por sus pacientes y colegas, de ser estigmatizados, de perder su credibilidad y, eventualmente, su puesto de trabajo. Como consecuencia, esconden su problema y no piden ayuda, y acostumbran a ejemplificar un mal uso de los servicios sanitarios, y demasiado a menudo con la conmiseración del entorno.

Son muchos y diversos los factores que influyen en esta actitud de los médicos frente a su propia salud, fundamentalmente relacionados con la misma condición de profesional ejerciente: conocimientos de experto sobre la enfermedad, de los medios diagnósticos y de la terapéutica al uso, conocimiento del ambiente y del funcionamiento de los centros sanitarios, facilidad por automedicarse, miedo incrementado a la muerte, y la no existencia de un abordaje de estos temas en la formación de pregrado ni en el periodo de residencia. Por no citar el tópico estrés en el ambiente sanitario de que “sólo puede estar enfermos los pacientes”. Si tenemos en cuenta que, además, existe un porcentaje no menospreciable de médicos que consumen sustancias para intentar mantener su actividad profesional y el fácil acceso que éstos tienen sobre sustancias potencialmente adictivas a través de la autoprescripción. O bien, que pueden llegar a elevados niveles de estrés o incluso de *burn out*, es fácil inferir la existencia de un riesgo evidente para la propia salud y un condicionante negativo para su praxis, igualmente relevante, con el peligro para su salud de sus pacientes.

A esta actitud inadecuada sobre su salud se le añade una estigmatización de este tipo de enfermedades entre el mismo colectivo médico (muy superior que entre la población general), agravada por la falta de confidencialidad y del miedo –e incluso

terror- a ser reconocido o identificado por los colegas y los propios pacientes. Esta realidad es la que probablemente ha ayudado a conformar una cultura de silencio corporativista que ha perpetuado la negación de la realidad.

El fenómeno del médico enfermo ha estado motivo de estudios básicamente en el ámbito anglosajón. Solamente hace falta echar un vistazo la bibliografía correspondiente. No fue hasta la década de los 70 del siglo pasado que en los EE.UU. empezaron a identificar el problema. Desde entonces, se han publicado muchos estudios que han profundizado, no sólo sobre la realidad del médico enfermo, sino sobre sus causas, factores condicionantes y sus consecuencias. De esta manera se pusieron en marcha iniciativas asistenciales específicas que demostraron una gran eficacia en el abordaje de este problema. Con posterioridad, países como Canadá, Australia o Nueva Zelanda han ido desarrollando programas similares.

En Europa, fuera de algunas iniciativas en el ámbito de la investigación y de la autoayuda, no se generó ninguna iniciativa asistencial hasta puesta en marcha en 1998 del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) por parte del Col·legi de Metges de Barcelona y del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya y con la colaboración del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Hasta entonces, el programa ha atendido a más de 1.700 médicos.

Hipótesis

Con ésta tesis, quiero demostrar la factibilidad de una intervención terapéutica dirigida a los médicos con patología psiquiátrica y/o adictiva, así como su eficacia en los médicos tratados, incluyendo en el concepto de eficacia la posibilidad de reintegración a su actividad profesional. Y, como consecuencia, poder demostrar también que la existencia de una acción de estas características y bajo el paraguas de un programa colegial, puede resultar eficaz para el control de la buena praxis y, por lo tanto, puede contribuir a una garantía más grande de la calidad del acto médico y, consecuentemente, de la seguridad clínica de los pacientes.

Objetivos

En esta tesis se analizará el fenómeno del médico enfermo, la frecuencia en nuestra comunidad, los factores de riesgo y los predisponentes, así como la morbimortalidad y la influencia de las condiciones de trabajo en su aparición. Se

analizará los diferentes tipos de trastorno mental y conductas adictivas más prevalentes entre los médicos, su detección, su diagnóstico y las circunstancias favorecedoras, así como las condiciones profesionales de más riesgo. De manera muy especial se examinarán las consecuencias de éstas sobre el mismo médico y su propio entorno, especialmente el profesional, y como pueden afectar la buena praxis médica.

También se identificarán antecedentes de abordaje de este problema: programas y experiencias existentes en otros países, analizando sus resultados.

Finalmente, se hará un análisis del Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM), creado por el Col·legi de Metges de Barcelona y el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Se describirá su puesta en marcha, su estructura, sus procedimientos y protocolos de los mismos. No obstante, se analizará y se argumentará por qué la conducción de este programa debe recaer sobre la corporación médica y sobre la necesidad del concurso de Administración pública para asegurar su existencia.

Para complementar el estudio, se analizarán, también, los resultados del PAIMM a través de un análisis del seguimiento de los médicos atendidos, incidencias de remisiones y recaídas y, del riesgo de la mala praxis de estos casos. Finalmente, se identificará y se analizará la actividad colegial reguladora de la praxis en los casos en los que se tiene que intervenir.

La tesis es demostrar, en fin, la necesidad de que existan intervenciones para atender al médico enfermo, todas ellas basadas en la especificidad, la expertise y la confidencialidad y que se deben desarrollar en el marco de los programas que permitan a los Colegios de Médicos ejercer la función colegial de garantía de la buena praxis profesional.

Metodología

La metodología esencial de la tesis es, principalmente, de base expositiva y de revisión de la bibliografía existente en las principales revistas científicas y profesionales sobre la materia y de los programas existentes en otros países. Para favorecer su consulta, se ha optado por realizar la referencia correspondiente al final de cada capítulo. Finalmente, el trabajo se complementa con datos extraídos del mismo programa PAIMM, así como de los estudios y publicaciones en curso sobre la actividad asistencial y de control de la praxis del mismo programa, con una evaluación de estos datos obtenidos y que han permitido inferir las reflexiones y conclusiones finales.

Resultados y reflexiones

Como se ha podido comprobar, a través de los diferentes capítulos de esta Tesis, el problema del médico enfermo es un fenómeno muy presente en la profesión médica. A pesar de constatar su importancia incidencia, y que su estudio y conocimiento están siendo emergentes, aún aparece minimizado, cuando no ignorado, por la misma profesión y por los responsables sanitarios.

Efectivamente, a pesar de haberse identificado numerosos factores predisponentes, ambientales y precipitantes, la idea de invulnerabilidad del médico ante estas situaciones continua muy presente en el subconsciente de la profesión.

Parece también evidenciarse que sólo en los países con una fuerte cultura evaluativa, norteamericanos y anglosajones, es donde hasta hace poco se han desarrollado las únicas iniciativas en el ámbito del estudio, la investigación o en el campo asistencial.

El fuerte estigma que acompaña estas enfermedades explicaría en parte la actitud minimizadora o conmisericordiosa del conjunto de colegas y la respuesta corporativa del silencio o ocultación.

A pesar de ello, hay que indicar que con el conocimiento progresivo del fenómeno también se ha ido produciendo, aunque muy lentamente, una mayor toma de conciencia sobre su trascendencia. Esto es, no sólo para los propios individuos afectados, no sólo para el conjunto de la profesión, sino para cómo puede afectar la calidad del acto médico y al sistema sanitario en su conjunto.

El fenómeno del médico enfermo ha sido relativamente poco analizado dentro de la misma profesión médica, a excepción de los estudios y programas que desde la década de los 70 del siglo pasado se iniciaron en los EE.UU. y, con posterioridad, en Canadá Australia y Nueva Zelanda. En Europa, el problema ha empezado a ser abordado desde algunas experiencias posteriores puestas en marcha por noruegos, suecos, británicos y catalanes.

En esta Tesis, se ha considerado como definición del médico enfermo la que considera que es aquel que presenta trastornos psíquicos o mentales y/o conducta adictiva al alcohol u otras drogas y, que por esta causa, puede verse afectada la calidad de su práctica profesional.

Existe una cierta coincidencia entre varios estudios en situar la prevalencia de este problema de salud sobre el 12% de los médicos en alargar su vida profesional (estimada en unos 40 años).

El problema del médico enfermo abre, también, algunos interrogantes sobre su prevención y, sobretudo, cómo atenderlo de manera eficaz y eficiente. La aproximación que esta Tesis ha hecho sobre la experiencia de varios programas e intervenciones pone en manifiesto que es necesaria una implementación de recursos específicos, dada la idiosincrasia de los propios médicos a la hora de pedir ayuda o asistencia y el cómo quieren ser atendidos en el caso de precisarlo. Este punto es clave para explicar los resultados de estas acciones. Y es que el elemento de la confidencialidad aparece como el eje fundamental en la que se basan estas intervenciones.

Está demostrado que, además de los factores individuales o ligados a la historia de cada persona, existen unos factores predisponentes y, otros favorecedores. El estrés que acompaña el ejercicio de la profesión médica se encuentra ya presente en la formación de pre y post grado, la convivencia con el sufrimiento de los otros, la competitividad académica, la presión asistencial, la autoexigencia, las expectativas de los pacientes y sus familias, los errores y las demandas se subrayan de manera significativa.

Otros trabajos y estudios publicados más recientemente informan sobre un incremento progresivo de la insatisfacción de los médicos en el desarrollo de su ejercicio profesional. Las causas invocadas son múltiples, pero se subrayan, aparte de las ya mencionadas, las relacionadas con modelos de organización y trabajo. Éstas son de especial importancia en nuestro entorno, por cuanto la actual crisis económica y del mismo sistema sanitario pueden convertir por sí mismas en factores de desestabilización psicoemocional, pero, al mismo tiempo, también en una oportunidad para los cambios de modelos que potencialmente pueden favorecer la aparición del malestar, mayor vulnerabilidad y riesgo de desarrollar estas patologías.

Por otro lado, otra cuestión fundamental para plantearse es sí ante el problema de un médico con trastorno mental y/o una conducta adictiva, la respuesta tiene que tener un carácter solo preventivo y asistencial personalizado en cada caso, o bé en la medida que estamos hablando de profesionales que desarrollan una función protectora de la salud de los demás, la situación adquiere una nueva dimensión en la que la misma profesión médica –entendida como el conjunto de médicos- y la propia Administración sanitaria tienen una responsabilidad de abordar.

Por lo tanto, es plausible defender que en un marco de cultura autoreguladora, es a las organizaciones profesionales, las corporaciones, a quien debería corresponder la responsabilidad de cometer este problema. Y, en todo caso, los gobiernos y los

responsables sanitarios de poner las condiciones para que el fenómeno tenga el reconocimiento en las directivas y prioridades del mismo sistema. Esto, aún vendría reforzado por las últimas tendencias que en el mundo de las organizaciones empresariales se han ido desarrollando en la línea de defender códigos internos y mejorar las condiciones de el ejercicio del trabajo y el desarrollo profesional.

Así, y por la experiencia acumulada por parte de los países referentes anteriormente relacionados, queda demostrada la eficacia de los Programas asistenciales específicos dirigidos a médicos para atender estas enfermedades, así como la tasa de recuperación, si se comparan con otros programas dirigidos a la población general. También se subraya su eficacia cuando son utilizados en colaboración con los órganos de control y regulación del ejercicio profesional.

La transcendencia de este fenómeno es importante por cuanto un médico enfermo, con sus características propias, puede ver su praxis afectada y, por lo tanto, la cualidad del acto médico y la salud de sus pacientes. Como consecuencia, es evidente que hay una responsabilidad compartida entre las organizaciones profesionales, las administraciones y los gestores sanitarios a la hora de afrontar el problema.

Los países más avanzados en el abordaje de este problema apostaron, desde el primer momento, para que esa responsabilidad se ejerciera fuera desde la misma profesión se articularan los mecanismos a través de programas asistenciales y en colaboración con los órganos oficiales de regulación y control del ejercicio en los casos de más riesgo. Así pues, se comprende que fueran las asociaciones más representativas las que lideraran la puesta en marcha de programas específicos de atención. Un sistema de acuerdo entre éstas y los órganos *-boards-* responsables del control y la regulación del ejercicio han posibilitado abordar los casos de más riesgo con unas fuertes garantías.

Se han observado, con todo, algunas diferencias entre algunos de estos programas de referencia respecto a la metodología y el universo de médicos por atender. Así, mientras la mayoría de los programas de los Estados de los EE.UU. apostaron por un modelo más persecutorio de los médicos con problemas de adicción, sus vecinos del norte, Canadá, apostaron por fórmulas coercitivas más rehabilitadoras. Y mientras los primeros fijaban su atención, fundamentalmente sobre las conductas adictivas, los mismos canadienses o los australianos lo hacían sobre los trastornos mentales de una manera más amplia.

En España, el ejercicio de la profesión médica va ligado a la colegiación obligatoria. Por lo tanto son los Colegios quienes ostentan las funciones de regulación y control del ejercicio profesional. Parece, pues, obvio que estos son a quienes corresponde en primera instancia acometer la solución del problema. Las Administraciones sanitarias públicas también tienen una responsabilidad de favorecer soluciones, teniendo en cuenta su función de salvaguarda de la calidad de los servicios sanitarios. Esta conceptualización se convirtió en el punto de partida en el mismo momento en que se acordó la creación, diseño y puesta en marcha del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM).

Por lo tanto, la creación del PAIMM por parte del Col·legi de Metges de Barcelona y del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya responde a la determinación de combinar dos objetivos: asegurar la buena praxis médica y ayudar al médico enfermo en su enfermedad y rehabilitación.

Esta determinación fue acompañada de la decisión de que los instrumentos asistenciales debían ser propios, específicos y altamente cualificados. Con esta misma finalidad se puso en marcha una Unidad asistencial para el tratamiento, tanto ambulatorio como de internamiento de los médicos afectados.

Para que ello fuera una realidad, desde un principio el PAIMM dispuso de diferentes vías de entrada, favoreciendo la voluntaria –espontánea o inducida– por encima de la derivada de una queja o de una denuncia formal.

Y en la misma línea, el PAIMM recogió la experiencia de modelos más integrales. De esta forma, se ha tenido en cuenta, además de las adiciones, las patologías mentales. Fundamentalmente, porque se trataban de procesos que igualmente podían condicionar o invalidar la capacidad del médico para poder ejercer y, en una mayoría de casos, podían obtener una respuesta terapéutica que podría ser compatible con el ejercicio profesional, y también porque, en un porcentaje elevado, la condición de la adición se asocia a la presencia de uno o varios trastornos mentales (patología dual).

Por otro lado, desde su puesta en marcha, el PAIMM ha formulado unos procedimientos que han promocionado más la vía voluntaria de acceso (para poder evitar o minimizar la ocultación del problema), de ayuda y rehabilitación, dejando la respuesta de mayor control para las situaciones de riesgo de mala praxis, y sancionadora y disciplinaria para los casos más graves.

Paralelamente, se desarrolló una protocolización interna de los procesos, tanto a nivel asistencial como colegial, teniendo en cuenta las bases que los Estatutos

colegiales daban tanto desde el punto de vista ético-deontológico como jurídico-legal. Son remarcables los protocolos de funcionamiento del PAIMM y, especialmente, los del ámbito asistencial a la hora de contemplar los casos de más riesgo y que podrían utilizar eventualmente una vía de entrada exclusivamente asistencial, al margen de la corporativa. Esa eventualidad se da por el hecho porque una de las características del Programa ha estado poder diferenciar las vías de entrada.

Una de las consecuencias de este sistema tan particular como lo es el PAIMM, ha sido la confianza generada en el conjunto de la profesión. Su divulgación con prestaciones y ediciones monográficas ha permitido visualizar la cara amable al mismo tiempo que ha interpelado sobre la responsabilidad corporativa e individual ante el fenómeno concreto de un médico enfermo.

El hecho fundamental fue que el nacimiento del PAIMM se gestionó en el contexto del debate que se estaba produciendo sobre un nuevo Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya y que fue aprobado en 1997. Fruto de ello, el conjunto de la profesión introdujo dos nuevas normas o artículos que apelaban al comportamiento que debería tener un médico que sabía que su estado de salud podía condicionar su praxis y al del médico que era conocedor que otro colega podía estar ejerciendo con esas limitaciones, situando el bien de los pacientes lo más importante a proteger.

Estas premisas deontológicas pueden ser consideradas uno de los pilares ideológicos del Programa. Los otros grandes pilares son la función rehabilitadora, antes mencionada y, sobre todo, la confidencialidad, también aludida, y base de los procedimientos que el Programa ha desarrollado, tanto en la vía asistencial como colegial. En este sentido, se deben subrayar los numerosos instrumentos desplegados por el Programa para poder asegurar esa confidencialidad.

Dentro de la función rehabilitadora, hay que destacar que los datos obtenidos permiten valorar de manera muy positiva el hecho que el Programa ha permitido que la inmensa mayoría de los médicos atendidos pudiesen continuar trabajando, incluso los que han necesitado un control o monitorización de su praxis. Por lo tanto, el objetivo del PAIMM de posibilitar una continuidad y/o reincorporación laboral de los médicos afectados ha sido una realidad.

Las cifras obtenidas sobre el número total de médicos atendidos y el promedio de los nuevos casos aparecidos durante los años de funcionamiento del PAIMM,

permiten concluir que las previsiones realizadas a partir de los datos previos de prevalencia hayan sido correctas.

Con respecto a los que precisaron ingresos y a los que necesitaron nuevos reingresos (en total un poco menos de un cuarto del total de casos), en un futuro se deberán realizar nuevos análisis y estudios para poder evaluar las causas y los factores predisponentes. De la misma manera, se deberán analizar las recaídas – tanto si han precisado un ingreso o no- de aquellos médicos atendidos por el Programa.

Otro elemento a trabajar en un futuro es la relación entre el tiempo de demora en la demanda del tratamiento y que también ha sido abordado en esta Tesis. Según otros estudios, hay una clara evidencia de que este factor resulta ser pronóstico. Cuando más tiempo, más cronificación y más dificultades de abordaje clínico y profesional.

También se ha observado una coincidencia entre los datos obtenidos del PAIMM en comparación con otros estudios publicados sobre Programas preexistentes en otros países. Así pues, se debe subrayar la especial incidencia en especialidades como anestesia y psiquiatría.

Hay que remarcar, también, la importancia de los casos atendidos de médicos en periodo de formación, en el que ha predominado la psicopatología por encima de las conductas adictivas, especialmente entre los casos que han precisado un ingreso en la Unidad de Internamiento. Probablemente sea debido a que el debut de una gran parte de las psicopatías se produzca en edades jóvenes y sobrevenidas en etapas de gran estrés, como por ejemplo la etapa del MIR. Un motivo de debate y reflexión a realizar por parte de los responsables docentes y profesionales es determinar si un médico en periodo de formación que debuta con una psicopatía y supera el primer episodio puede ser considerado apto por continuar su periodo de formación y, por lo tanto, de poder ejercer la profesión en el futuro.

Otra consideración a realizar se deriva sobre la necesidad de profundizar o detectar personalidades premórbidas o de mayor riesgo ya en el período de pregrado o incluso en la entrada a la Facultad. Y en el caso de hacerse, si fuera necesario, mejor una evaluación continuada sobre estos riesgos. Estas preguntas son más obligadas por cuanto el actual sistema de acceso a los estudios de Medicina en nuestro país , y también la misma formación del pregrado, sólo tiene en cuenta los meritos académicos y no las habilidades, la personalidad y otras cualidades imprescindibles para poder ser un buen profesional de la medicina.

Por otro lado, es muy probable que el aumento progresivo de médicos residentes atendidos detectado en los últimos años, sea probablemente debido a la puesta en marcha por parte de la Fundación Galatea del Programa MIR, que ha ayudado a difundir una mayor concienciación no sólo por parte del colectivo afectado, sino también de sus tutores y de los servicios de Prevención a la hora de vehicular una demanda de atención. Se deberá realizar un seguimiento para ver si las acciones formativas y de concienciación sobre este colectivo, comportan cambios positivos. También en lo que se refiere a la visión estigmatizadora o, en el otro extremo, conmisericordiosa que sobre el problema de un colega enfermo se tiene por parte de una gran parte de la profesión.

Así, parece evidente que determinados valores intrínsecos de la profesión médica, como la auto exigencia, la competitividad, la capacidad de resiliencia, la empatía o la autoayuda y la solidaridad deberían ser reivindicados, pero a la vez en equilibrio.

Con respecto a la dimensión reguladora del ejercicio, el PAIMM se ha convertido en un buen instrumento. La misma acción asistencial y adhesión terapéutica ya consigue ser de un tipo primario de control del ejercicio, a través del consejo directo de los terapeutas cuando el afectado tiene conciencia de enfermo. Los datos obtenidos permiten aseverar que los mecanismos adoptados han sido correctos.

Deberíamos recordar, una vez más, que a diferencia de otros países, la colegiación obligatoria es un requisito indispensable para el ejercicio profesional en nuestro país. Así, en nuestro caso, el PAIMM ha debido compaginar dos funciones que en algunos casos podrían aparecer confrontadas. Por un lado, el Colegio de Médicos teniendo en cuenta sus competencias y funciones debe velar por un correcto ejercicio de sus miembros. Pero, por otro lado, en tanto que organización de los médicos, debe procurar por su bienestar, ayudarlos ante las dificultades y en su rehabilitación.

Ambas misiones se han de poder realizar en la medida de lo posible, con el máximo respeto a la confidencialidad de los casos y con independencia. La dificultad ha surgido a partir de unos pocos casos que habiendo utilizado una vía voluntaria de acceso al espacio asistencial del Programa se ha podido objetivar, por parte de los terapeutas, unos riesgos evidentes para la buena praxis y/o poca conciencia de enfermedad por parte de los afectados con seguimiento defectuoso por parte de éstos de las indicaciones, pautas y controles indicados por sus terapeutas. La dicotomía surgida entre la necesidad de mantener la adherencia y la confianza entre el médico enfermo y su terapeuta versus la necesidad de asegurar la buena

praxis y , por lo tanto, de proteger la salud de terceros, no ha sido en ocasiones fácil de dilucidar.

Por este motivo, los responsables asistenciales del PAIMM desarrollaron una serie de protocolos y guías para dar salida al conflicto aparente. La creación de una Comisión Colegial de análisis de casos difíciles compuesta por responsables de ambos ámbitos (colegial y asistencial) ha posibilitado el análisis individualizado y una solución razonable para esos casos.

Exceptuando estas situaciones, la realidad es que el desarrollo por parte del Col·legi de Metges de Barcelona de una política de control del ejercicio basada igualmente, en una filosofía de protección de los pacientes y de carácter rehabilitador, ha permitido que se hayan podido aplicar diferentes medidas de prevención, tutela y control del ejercicio condicionadas al seguimiento terapéutico en los casos de riesgo. Y, en este sentido, la figura del Contrato Terapéutico Colegial ha resultado ser un gran instrumento para hacer factible los objetivos antes de mencionados.

Como también ha sido un buen instrumento al servicio de esta función controladora del ejercicio la realización de dictámenes especializados para poder determinar en casos de riesgo con diagnóstico y pronóstico no bien definidos qué medida debía ser aplicada.

En este sentido, la existencia en España de un sistema de protección social, casi universal, ha hecho posible, en determinados casos y situaciones, que se haya podido indicar y forzar la separación de un profesional de su ejercicio a través de invalideces, incapacitaciones, etc., dejando la suspensión temporal, total o incluso la inhabilitación definitiva a través de expedientes sancionadores para los casos más extremos.

La experiencia enormemente positiva de funcionamiento del PAIMM, ha sido emulada desde 2003 por el colectivo de profesionales de Enfermería, a través del Programa *Retorn* y, últimamente, por Farmacéuticos y Veterinarios con los programas *Ítaca* y *Assís*, respectivamente.

En la misma línea argumental, deberíamos subrayar que la experiencia positiva desarrollada por estos programas, debe servir para poder dar una respuesta al mismo problema que se da en profesiones en las que su ejercicio dependen derechos fundamentales de la población y que, por lo tanto, la existencia del problema puede convertirse en motivo de alarma social. Es el caso de otros profesionales como juzgados, abogados, clérigos, piloto de avión, etc..

Finalmente, como he argumentado a lo largo de la Tesis, se debería asegurar la participación de los responsables de la Administración sanitaria, en tanto que responsables de la seguridad clínica y de la calidad de los servicios. Por esta razón, hay que valorar muy positivamente la implicación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, por cuanto su participación convenida ha sido fundamental para hacer posible la existencia del recurso asistencial específico.

Finalmente, es necesario, también, estudiar los probables factores protectores ante estos problemas como la adquisición y cultivo de hábitos saludables, tanto físicos como relacionales, psicosociales y espirituales, ya des de la entrada al pregrado y a su mantenimiento durante toda la vida profesional. No obstante, el desarrollo del ideario del profesionalismo con el mantenimiento equilibrado en la esfera psicoemocional, relacional y familiar.

Así mismo, se deberá continuar realizando estudios que permitan evaluar la relación entre la presentación de situaciones de malestar psicoemocional –que, mantenidas pueden convertirse en factores favorecedores- y modelos de organización sanitaria. Algunos estudios publicados ya apuntan esta influencia, en relación con el nivel de autonomía, posibilidades reales de participación, trabajo en equipo/aislamiento, desarrollo profesional y liderazgo.

Consideraciones finales

1. En esta Tesis he considerado como definición de médico enfermo aquella que considera al médico que presenta trastornos psíquicos o mentales y/o conducta adictiva al alcohol, fármacos/medicamentos u otras drogas y que por esta causa puede verse afectada su capacidad y facultad para ejercer correctamente y, por lo tanto, verse afectada la calidad de la praxis profesional y convertirse en un riesgo para sus pacientes.
2. Es un dato constante observado en todos los estudios realizados que cuando el médico enferma no acostumbra a comportarse como él mismo recomienda a sus pacientes ni a utilizar los servicios asistenciales habituales. Esta actitud se acentúa cuando la enfermedad tiene que ver con patología mental y/o adictiva. En estas situaciones se produce de manera

habitual una actitud de ocultación tanto por parte del afectado como de su entorno.

3. El fenómeno del médico enfermo ha sido relativamente poco analizado dentro de la misma profesión médica, fuera de los estudios y programas que desde la década de los 70 del siglo pasado se iniciaron en EE.UU. y, con posterioridad, en Canadá, Australia y Nueva Zelanda. En Europa, el problema empezó a ser abordado desde algunas experiencias posteriores lideradas por noruegos, suecos, británicos y catalanes.
4. Existe una cierta coincidencia entre diversos estudios en situar la prevalencia de estos problemas de salud sobre el 10-15 % de los médicos a lo largo de su vida profesional (estimada en unos 40 años de ejercicio). Los resultados obtenidos por la experiencia del PAIMM coinciden en esas predicciones realizadas.
5. Y también existe una coincidencia en todos los estudios publicados en que la incidencia de este fenómeno no difiere de manera significativa respecto a la población general.
6. Parece demostrado que, además de los factores genéticos, individuales y familiares o ligados a la historia de cada persona, existen unos factores que predisponen y, otros favorecedores. El estrés que acompaña el ejercicio de la profesión médica ya presente en la formación de pre y de post grado, la convivencia con el sufrimiento de los demás, la competitividad académica, la presión asistencial, la autoexigencia, la falta de autonomía y de participación, las expectativas de los pacientes y sus familias, los errores y las demandas se subrayan de manera significativa.
7. Los trabajos y estudios publicados más recientemente informan sobre un incremento progresivo de la insatisfacción de los médicos en el desarrollo de su ejercicio profesional. Las causas invocadas son múltiples, pero se subrayan, además de las ya mencionadas en el punto anterior, las relacionadas con modelos de organización i trabajo en donde pueden darse elementos de mayor despersonalización, falta de autonomía y participación.
8. La trascendencia de este fenómeno es importante, por cuanto un médico enfermo, con las características que le son propias, puede ver afectada su praxis y, por lo tanto, la calidad del acto médico y la salud de sus pacientes.

9. Como se ha comprobado, las características específicas del médico enfermo lo hacen un paciente diferente y es por ello que es necesaria una respuesta asistencial también específica que tenga la confidencialidad como elemento esencial en su instrumentalización.
10. Por la experiencia acumulada por parte de algunos países queda demostrada la eficacia de los Programas asistenciales específicos dirigidos a médicos para atender estas enfermedades, así como la tasa de recuperación, si se comparan con otros programas dirigidos a la población general. También se subraya su eficacia cuando son utilizados en colaboración con los órganos de control y regulación del ejercicio profesional.
11. La mayoría de los países más avanzados en el abordaje de este problema apostaron para que fuera desde la misma profesión donde se articulasen los mecanismos para acometerlo, a través de programas asistenciales en colaboración con los órganos oficiales de regulación y control del ejercicio para los casos de mayor riesgo.
12. He defendido y defiende que existe una responsabilidad compartida entre las organizaciones profesionales y las Administraciones y gestores sanitarios a la hora de acometer el problema.
13. Hay que recordar que en nuestro país, el ejercicio de la profesión médica va ligada a la colegiación obligatoria. Y son los Colegios, por lo tanto, los que ostentan las funciones de regulación y de control del ejercicio profesional. Parece obvio, por consiguiente, que es a éstos a quienes corresponde en primera instancia abordar la solución del problema. Las administraciones sanitarias públicas también tienen una responsabilidad en favorecer soluciones, atendiendo su función de salvaguarda de la calidad de los servicios sanitarios.
14. La creación e implementación del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) per parte del Col·legi de Metges de Barcelona y del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya se hizo con la determinación autoreguladora de combinar dos objetivos: asegurar la buena praxis médica y ayudar al médico enfermo en su enfermedad y en su rehabilitación.
15. La base conceptual del PAIMM ha contado con dos elementos básicos de soporte. Por un lado, con la introducción en 1997 de dos nuevos artículos en

el Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya que apelaban al sentido de responsabilidad del médico enfermo y también a la del conjunto de colegas de un médico enfermo cuando éste no tuviera conciencia y constituyera un riesgo para sus pacientes. Y por otro, el Col·legi de Metges de Barcelona con la reforma de sus Estatutos en una línea de posibilitar acciones encaminadas a un mejor control del ejercicio y persiguiendo la rehabilitación profesional.

16. Una pieza clave del PAIMM ha sido la de poder disponer de una Unidad terapéutica específica tanto para el tratamiento ambulatorio como para el internamiento y con un equipo de profesionales altamente cualificados.
17. Los resultados obtenidos durante el período estudiado (Nov 1998-Junio 2011) -i después de haber atendido a 1.399 médicos- han puesto en evidencia que el PAIMM ha sido un instrumento muy bueno de ayuda al médico enfermo.
18. A través del su proceso específico de acceso la gran mayoría de médicos atendidos lo hicieron de forma voluntaria. Este fue desde el primer momento uno de los objetivos del Programa, esto es, primar la voluntariedad en contraste con la línea de otros programas de referencia que habían apostado por una acción más persecutoria. Esto ha sido posible gracias a la preservación de la especificidad asistencial y de la confidencialidad como signos más identitarios del Programa. También debemos señalar el no haber ejercido una política punitiva o fiscalizadora en exceso en el control de la evolución de los casos no de riesgo, confiando en el equipo asistencial. Por lo tanto, que el uso masivo de la vía voluntaria por parte de los afectados constituye un indicador objetivo de la buena aceptación del Programa por parte de los médicos de Cataluña.
19. A pesar de esto, aún existe una cierta cultura de conmisericordia por parte de algunos médicos hacia la situación de un colega enfermo que contribuye a su ocultación y al retraso de un eventual tratamiento.
20. El retraso en la demanda de tratamiento, a pesar de las facilidades ofrecidas por el Programa se convierte en un factor pronóstico negativo. Así, a pesar de la difusión realizada, se deberá enfatizar en el futuro sobre los puntos fuertes del Programa para poder hacerlo más accesible al médico enfermo. Una detección precoz disminuye los riesgos de mala praxis, aumenta las

perspectivas de buen manejo y las posibilidades de una rehabilitación efectiva.

21. Sobre la especialidad de los médicos atendidos, hay que destacar la incidencia de determinadas especialidades, como es el caso de psiquiatras y anestelistas, dato que coincide con la mayoría de estudios publicados hasta ahora.
22. Respecto a los médicos residentes, hay que destacar que en los últimos años se ha producido un aumento progresivo de los casos atendidos de este grupo de profesionales, siendo en muchas ocasiones casos la psicopatología el diagnóstico en el acceso. Eso podría explicarse porque es en edades tempranas y situaciones de estrés cuando se produce la mayor parte del debut de estos trastornos. Todo ello sugeriría probablemente la necesidad de realizar un análisis y seguimiento conjuntos con los servicios de Medicina Preventiva i de Salud Laboral de los centros sanitarios ya fuese en el momento de la incorporación del médico como durante su formación de residente.
23. El Col·legi de Metges de Barcelona ha desarrollado diversos mecanismos para salvaguardar legalmente y deontológicamente todos los procesos que se llevan a cabo en el PAIMM, tanto en la vertiente asistencial como en la colegial y profesional.
24. Respecto a la situación laboral, es relevante señalar que los resultados obtenidos son contundentes respecto a la acción rehabilitadora, por cuanto la mayoría de médicos (más del 80 %) trababan mientras estaban siendo tratados en el PAIMM. Y, especialmente, hay que destacar la acción y esfuerzo rehabilitadores en los casos de más riesgo donde, además, se precisó de medidas de control a través de la firma de un Contrato Terapéutico Colegial.
25. Menos de una cuarta parte de los pacientes atendidos ha precisado ingreso en la Unidad de Internamiento y, de éstos, una tercera parte lo ha debido de hacer al menos en otra ocasión. En el futuro se deberán evaluar los motivos de estos reingresos, así como de las recaídas dentro del mismo programa. De la misma manera, se necesita más investigación para conocer la relación entre las características de los médicos y los componentes del programa respecta a las recaídas, de manera que la monitorización pueda adaptarse a las necesidades específicas de los afectados.

26. El PAIMM ha resultado ser un buen instrumento para el control de la praxis médica, por cuanto, a través de la acción colegial, ha desarrollado mecanismos de control del ejercicio profesional, articulándolos a través de la firma de Contratos Terapéuticos Colegiales (CTC) que han mostrado ser de gran eficacia. Estos CTC también han resultado ser un instrumento de protección del propio médico enfermo ante terceros en su proceso de rehabilitación.
27. Así mismo, debo señalar que la misma acción asistencial y la adhesión terapéutica ya consigue ser un tipo primario de control del ejercicio, a través del consejo directo de los terapeutas cuando la adherencia terapéutica es efectiva y el afectado tiene conciencia de enfermo.
28. Muy intensa y notable ha sido la realización i confección de numerosos protocolos asistenciales y también de funcionamiento del PAIMM. Hay que destacar, especialmente, los referentes a los casos de más riesgo y aquellos pocos que habiendo ingresado de manera voluntaria al Programa habían constituido casos de riesgo de mala praxis.
29. Una de las características del Programa, y favorecida por el hecho de la existencia de un sistema de protección social, ha sido que para conseguir que un médico enfermo dejase de ejercer temporalmente o de manera definitiva se hayan utilizado medidas de negociación y seducción para que el afectado se acogiera a la incapacidad laboral legal, dejando para casos extremos o negacionistas la inhabilitación o suspensión del ejercicio a través de un eventual proceso sancionador o disciplinario.
30. La implicación de la Administración sanitaria, en el caso de Cataluña el Departamento de Salud de la Generalitat, ha sido fundamental para la creación i mantenimiento de los servicios asistenciales del PAIMM, cumpliendo así, la premisa defendida por los creadores del Programa de su función veladora de la seguridad clínica i la calidad de los servicios sanitarios.
31. Se debe actuar en la formación de pregrado y de postgrado para favorecer la adquisición de buenos hábitos de autocura tanto físicos como de la esfera psicoemocional y relacional y de autoayuda y solidaridad corporativa, y de conocimiento de los factores de riesgo inherentes al mismo ejercicio profesional, enfatizando esta acción sobre los docentes y tutores de residentes.

32. De la misma manera, se debiera estudiar cómo afectan los modelos de organización en el desarrollo del malestar psicoemocional, del desgaste profesional, así como de la aparición de trastornos mentales y conductas adictivas y el posible valor predictivo de trastorno.

Conclusiones

1. EL Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) es un modelo (no punitivo) de asistencia a los médicos que padecen un trastorno mental y/o conducta adictiva al alcohol, fármacos, medicamentos u otras drogas y que se plantea con el objetivo de la rehabilitación personal i profesional. Al mismo tiempo, tiene una misión de prevenir errores y mala praxis.
2. Se caracteriza por ofrecer una asistencia sanitaria directa específica y en régimen de confidencialidad, complementada con otras prestaciones colegiales como atención personal, asesoramiento legal, formación complementaria y prestaciones sociales.
3. El Programa cuenta con dos áreas de intervención: una asistencial y otra colegial. Esta segunda ha conformado procedimientos deontológicos y jurídicos para dar cobertura a todos los procedimientos del Programa, especialmente en los casos de médicos con riesgo de mala praxis.
4. Al Programa se accede voluntariamente en un 89 % de los casos, a través de una comunicación confidencial en un 8 % o bien, a través de una queja o denuncia formal al Colegio en un 3 %.
5. Las patologías mental i adictiva afectan a hombres y mujeres en proporciones similares, con predominio de edad entre 40 i 55 años.
6. Los diagnósticos principales de los médicos atendidos son: 69 % trastornos mentales, 20 % adicción al alcohol y un 11 % adicción a otras drogas o fármacos.

7. El grupo más numeroso de médicos atendidos trabajaban en el ámbito de la Atención Primaria. Por especialidades, hay que destacar psiquiatras y anestesiastas como los grupos con mayor incidencia. La condición de no-especialista y no contar con un trabajo estable se identifican como factores de mayor vulnerabilidad.
8. Los médicos residentes han representado el 11 % de los casos, con un incremento progresivo desde el año 2007.
9. La demora entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento (entrada en el Programa) es de 8.51 años de media, circunstancia más evidente en los casos de conductas adictivas.
10. Sólo el 5.4 % de los casos han tenido que ser sometidos a medidas colegiales de control del ejercicio durante el tratamiento a través del Contrato Terapéutico Colegial.
11. Un 80 % de los médicos han continuado trabajando mientras eran atendidos por el Programa.
12. Este programa es factible, cumple los objetivos que van justificar su creación, da garantías profesionales y también sociales porque permite detectar i ayudar mejor al médico enfermo, favorece y le permite tratarse a través de unos servicios asistenciales específicos y de gran calidad, y porque facilita al médico enfermo su rehabilitación personal y profesional y porque a través de los mecanismos desarrollados está contribuyendo de manera muy notable a cumplir con la función colegial de regulación y de control del ejercicio profesional.

The sick doctor

**How to diagnose, treat and rehabilitate sick physicians and
how to intervene to insure a quality practice of medicine;
the experience of Programa d'Atenció Integral al Metge
Malalt (PAIMM) *Integral Care Program for Sick Doctors***

Jaume Padrós Selma

ABSTRACT

"The shoemaker's son always goes barefoot"

Popular saying

Introduction

Historically, the phenomenon of physician health has always been controversial and probably paradox. In general, society has attributed to doctors a supposed possession of invulnerability against illness, as if being a physician denotes in itself a permanent and magic protective shield. It would seem that access to this knowledge and abilities which are alien to the rest of mortals would even allow doctors to possess the secret of permanent and eternal health. And as it would be expected, physicians have participated in this collective subconscious, being in practice and all too often incapable of accepting when they become ill.

It is well known that in every professional stage of a doctor, even during early stages of faculty training, the practice of medicine comes with an important level of stress. Maybe this level of stress could be considered even logical in a profession where the person lives so close to suffering, illness and death and that on top of that requires a permanent level of personal implication to face numerous challenges: competence and competitiveness, keeping knowledge and skills up to date, and the changing work environment which sometimes denotes working alone or within a team. Physicians have to live up to societal expectations in general, and of patients and families in particular; expectations that often translate into healthcare pressure and occasionally into lawsuits and legal battles. A physician also has to work in a system which constantly delegates bureaucratic tasks that do not correspond to his or her duties and that takes a doctor into a constant dialectic about his/her level of participation and autonomy in the decision making process. It is an amalgam of factors that can affect the doctor-patient relationship. The potential benefits of being a doctor (level of satisfaction with work done, improvement or cure of a patient, an adequate economic retribution, professional and social recognition, etc.) is sometimes not enough to compensate for this level of stress when it becomes disproportionate, or if the physician does not have a good self-cure method, or their personality is excessively rigid which in turn makes them especially vulnerable. This stress that some might consider stimulating and favorable to personal and professional growth can become a psychopathology, a permanent discomfort that can lead someone to easily develop mental and addictive behavior disorders.

The case/problem of the sick physician is extremely complex as there are several factors involved in its genesis, just as there are in the specific conditions when practicing medicine- unlike the rest of the population- in the manifestations and responses to treatments and, evidently, because of its social transcendence.

In practice, what is most transcendental in this is that problems related with a sick physician go beyond the personal realm. They have an increased transcendentalism because of the fact that there are many ethical values that can enter in conflict or contradiction; the mental health of a doctor will depend on his or her capacity to practice their profession correctly. Consequently, we shouldn't just talk about a problem limited to the medical profession, but also, in so far as it can have consequences on patients, a public health problem.

Many studies demonstrate that when doctors become ill they do not behave as they often recommend their patients to do so. This is even more evident when the illness is related to a mental disorder or addictive behavior because fear of being found out by patients or colleagues, of being stigmatized, of losing credibility and ultimately losing their job also becomes a concern. Therefore, sick physicians often hide their problem, they do not seek help and tend to exemplify an ill use of healthcare services and all too often with the compassion of those around them.

There are many factors that can condition this attitude among doctors, fundamentally related with the very condition of being a doctor and knowing what they know, and having the possibility of medicating themselves and the non-existence of specific care resources. If we keep in mind that there is also a percentage, not a small one, of doctors who consume substances (analgesics and anti-inflammatory medications) to maintain an intense rhythm at work and the easy access that doctors have to these potentially addictive substances because of self prescription, or that levels of stress and burn out are high in the medical profession, it is easy to infer an evident risk in a doctor's health and a negative effect on their work, with just as an important risk to their patients health.

On top of this inadequate attitude about their health there is also the stigmatization of mental and addictive disorders among the medical collective (much higher than it is within the general population) made worse by a lack of confidentiality and of fear- even terror- to be considered or identified by colleagues or by patients as someone with this type of problem. This reality is probably what has helped to create a culture of corporative silence that has perpetuated the negation of reality.

In 1998, the Official Medical Association of Barcelona, the Catalan Medical Association, and the Department of Health of the Generalitat de Catalunya (the Regional Government of Catalonia) started the Integral Care Program for Sick Physicians (PAIMM) with the objective being to tend, in an integral fashion, to the needs of doctors who are suffering from problems of mental health and/or addictive disorders, in order to ensure that they receive suitable treatment and,

consequently, can practice medicine in the best possible conditions for the health of their patients.

History

The phenomenon of the sick physician has been an object of many studies in the Anglo-Saxon world. Just taking a look at the bibliography of this document demonstrates this. It wasn't until the 70's that the United States started to identify this problem. Since then, many studies have been published on the subject not just about the reality of the sick physician but also about its causes, conditioning factors and consequences. These studies lead to the creation of specific care initiatives which demonstrated to be greatly efficient in tackling the problem. Later, countries like Canada, Australia and New Zealand have gone on to develop similar programs.

In Europe, outside of a few initiatives in the realm of research and self-help, there was no care initiative put into place until 1998 when The Integral Care Program for Sick Physicians (PAIMM) was created by the Official Medical Association of Barcelona with the collaboration of the Catalan Medical Association and the Department of Health of the Generalitat de Catalunya (the Regional Government of Catalonia). Since then, the program has treated almost 2000 doctors.

Hypothesis

The objective of this thesis is to demonstrate the feasibility of a therapeutic intervention addressed to doctors with psychiatric and/or addictive pathologies, as well as its efficiency with treated doctors, including in the concept of efficiency the possibility of reintegration to the workplace. This thesis also seeks to demonstrate that the existence of this type of intervention, under the umbrella of a program like PAIMM, can be an efficient way to control the practice of medicine and therefore guarantee the quality of medical assistance and the clinical security of patients.

Objectives

In this thesis an analysis will be made of the phenomenon of sick physicians, its frequency in our community, risk factors and predispositions, as well as morbimortality and the influence of work conditions in its manifestation. An analysis will also be made of different types of mental disorders and addictive behaviors that are most prevalent among doctors, detection and diagnosis, favorable circumstances and higher risk work conditions. Consequences of all this will closely

be examined on the doctor and his/her environment, especially within the professional realm and how it can affect good praxis.

Past events in which this problem has been tackled will also be identified: existing programs and experiences in other countries will be analyzed.

Finally, an analysis of the Integral Care Program for Sick Physicians (PAIMM) created by the Official Medical Association of Barcelona and the Catalan Medical Association will be made. This document will describe how this program began, its structure, procedures and protocols. There will also be an analysis on why this kind of program should be carried out by medical corporation (Medical Association) and how necessary it is that the public administration assures its existence.

In order to complement this study, PAIMM results will be analyzed by examining how many doctors have been treated, incidences of remissions and relapses and the risk of malpractice in these cases. Finally, the Medical Association's regulatory activity will be analyzed in cases in which it had to intervene.

This thesis wants to demonstrate that treatments for sick physicians are necessary, that these treatments have to be specialized, carried out by experts and under strict confidentiality rules. It is important that this treatment is done under a framework in which a Professional Association can exercise its function to guarantee a correct practice of medicine.

Methods

Methods used in this thesis are initially (Chapter 1-7) just an exposition and revision of the existing bibliography found in scientific and professional magazines on existing material and programs in other countries. To make the consultation of this material easier, a reference to this is made at the end of each chapter. Finally, the work of this thesis is based (Chapter 8 and 9) on data taken from PAIMM as well as studies and that have allowed publications about healthcare and control of praxis of this program, with an evaluation of this data which has allowed for reflections and final conclusions (Chapters 10 and 11).

Reflections

As demonstrated throughout various chapters of this thesis, the problem of sick physicians is a phenomenon that is very real in the medical profession. Despite its high incidence and the fact that it is being studied more and more, medical and healthcare professionals seem to minimize its importance and even ignore it.

Indeed, despite having identified many predisposing and environmental factors, the idea that a doctor is invulnerable to these situations is still very present in the profession's subconscious.

It also seems evident that only in countries with a strong evaluative culture, North Americans and Anglo-Saxons, is where actions have been taken to study and research the healthcare field.

The strong stigma that accompanies these illnesses could partly explain why the medical community responds in silence or concealment.

It is to be noted, however, that as more has been learned about this phenomenon, an increased awareness of its importance has slowly emerged; not only about how important it is to those affected by it and the profession, but because it affects the quality of the medical and health system as a whole.

The phenomenon of physician health has been analyzed relatively little within the medical profession itself, apart from studies and programs carried out in the 70's in the US and later Canada, Australia and New Zealand. In Europe, the problem has been addressed through some experiences by Norwegians, the Swedish, British and Catalans.

In this thesis the definition of a sick doctor has been considered as someone that manifests psychological or mental disorders and/or addictive behaviors such as dependence on alcohol or other drugs which thereafter affects the quality of his/her professional work.

There is a coincidence between several studies that show the prevalence of this health problem at about 12% of doctors throughout their professional career (estimated at 40 years).

The problem of sick physicians sparks some questions about its prevention and especially about treatment being efficient. The approach used in this thesis about the experience of several programs and interventions show that it is necessary that specific resources be put into place given the idiosyncrasies of doctors themselves when asking for help and how they want to be treated in the case they need it; this is key to explain the results of these actions. Confidentiality is the cornerstone on which these interventions are based.

It seems proven that, aside from individual factors unique to each person, there are predisposing and favorable factors. The stress that goes along with practicing

medicine, having to live with the suffering of others, academic competitiveness, demands one imposes on oneself, patient and family expectations, medical errors and lawsuits, all really leave their mark.

Other studies published recently show a progressive increase in doctor dissatisfaction with their professional development. The reasons mentioned are numerous but those that stand out, apart from those mentioned above, are related to organizational and work models. This is particularly relevant in our environment, where the current crisis and healthcare system can in itself be a destabilizing psychological/ emotional factor, but it is also an opportunity to make changes in models that can potentially foster the emergence of discontent, increased vulnerability and development of these illnesses.

Moreover, another fundamental issue to consider is whether the treatment for doctors who have a mental disorder or addictive behavior should be limited to personalized preventive care in each case, or because doctors are protective of others health, the situation takes on a new dimension in which the medical profession itself – understood as the whole of physicians – and even the health administration have a responsibility here.

It is therefore plausible to argue that within a framework of self-regulatory culture, professional organizations and corporations should be responsible for tackling this problem. And in any case, governments and healthcare officials should set conditions so that this phenomenon has its due recognition within healthcare system's guidelines and priorities. This idea is even more reinforced by the latest trends in business organizations which defend internal codes of improving work conditions and career development.

The experience gained by countries mentioned herein demonstrate the efficiency of specific healthcare programs for doctors to treat these illnesses, also evident in recovery rates when compared to programs aimed at the general public. These programs prove to be even more efficient when they are used in conjunction with organs that control and regulate the practice of medicine.

This phenomenon is important because a doctor's sickness can affect the quality of the medical attention given and a patients' health. It is clear then that a shared responsibility exists between professional organizations and government health administrators when addressing this problem.

Countries in the forefront of tackling this problem have opted from the very beginning for the medical profession to create mechanisms to address it, via

healthcare programs in collaboration with official organs of regulation and control in higher risk cases.

Thus it is easy to understand that the most representative associations lead the implementation of specific care programs. A system between these associations and boards responsible for controlling and regulating the practice of medicine has allowed for high risk cases to be addressed with strong guarantees.

Some differences have been detected between some of these programs with respect to methodology and the universe of doctors to attend. So while the majority of programs of the US opted for a persecutory model to attend doctors with addictions, their neighbors in the north, Canada, opted for more coercive rehabilitating methods. And while the US focused their attention basically on addictive behaviors, Canadians and Australians focused on mental disorders in a broad spectrum approach.

In our country, the practice of medicine is tied to compulsory membership in a medical association. It is the medical associations that have the role of regulating and controlling the practice of medicine. It seems therefore obvious that they are the ones who have to find a solution to the problem. Public health administrations are also responsible for helping to find solutions given their role of safeguarding the quality of healthcare services. This conceptualization sparked the idea to design and create PAIMM (Integral care program for sick physicians).

Therefore, the creation of PAIMM by the Official Medical Association of Barcelona and the Catalan Medical Association responded to the determination of combining two objectives: to ensure good medical practice and help sick doctors through treatment and rehabilitation. This determination came accompanied on the one hand by the decision that resources used for treatment would have to be one's own, specialized and highly qualified; on the other hand the Health Department would be in favor of possibly financing the program. With this purpose a healthcare unit was created to assist doctors offering inpatient and outpatient treatment. To make it all possible, PAIMM has various ways to access its services; voluntary access – spontaneous or induced – is favored over that which comes from a formal complaint.

Along the same lines, PAIMM collected experience from more comprehensive models; besides addictions, mental disorders were also taken into account. Basically this was done because in the latter case, the physician's ability to perform could also be affected and in the majority of cases a therapeutic solution compatible

with the doctor continuing to practice could be obtained. Moreover, an addiction comes with the presence of one or various mental disorders in a high percentage of cases.

Since the program started, procedures have been implemented that have promoted voluntary access of a physician (to avoid or minimize hiding the problem), help and rehabilitation. These procedures allow for greater control of severe cases where there is a risk of malpractice and disciplinary sanctions.

At the same time, an internal protocol was developed of processes (treatment/care and those of the Medical Association) taking into consideration the associations statutes from an ethical-deontological as well as a legal point of view. It is especially important to highlight PAIMM's operating protocols, particularly those related to care in higher risk cases.

PAIMM's unique system has resulted in generating trust amongst the medical profession. It's dissemination via presentations and monographic editions has allowed for people to see the friendly side of the program and at the same time has been an opportunity to call on corporate and individual responsibilities in the face of a phenomenon so singular in nature as is the sick doctor.

The birth of PAIMM came when the Catalan Medical Association was debating a new Code of Ethics; it was approved in 1997. This was important for the program because it resulted in the creation of two new norms: one which addressed how a doctor should act in the case their health could affect their ability to practice. The second norm called on doctors who knew of a colleague practicing under such limitations and asked that the priority always be the patients' health.

These deontological norms can be considered one of the ideological pillars of the program. Other main pillars are the program's role in rehabilitation, mentioned before, and confidentiality (also mentioned) which is the foundation of the program's procedures – those related to care and also those of the Medical Association. It is important, then, to highlight the program's numerous instruments which ensure this confidentiality.

In its role in rehabilitation, it's important to note that available data allows for a very positive assessment of the fact that the program has made it possible for the immense majority of treated doctors to continue to work, even those who have needed monitoring. The objective of PAIMM to allow the continuity and/or occupational reintegration of sick doctors has therefore been a reality.

Statistics obtained with total number of doctors treated and the average number of new cases during the time PAIMM has been operative, allow for the conclusion that predictions made from previous data about prevalence were correct.

In regards to doctors who needed to be hospitalized and those who needed new readmissions (total is a little less than a quarter of total cases), new analysis and studies will have to be carried out in the future to evaluate causes and predisposing factors. In the same way, relapses of doctors who have been treated have to be analyzed (those that have needed hospitalization and those that didn't).

Another issue that must be worked on in the future is the delay in request of treatment, something that has also been addressed within this thesis. According to other studies there is evidence that this factor can lead to a prognosis. The longer the delay, the more chronic the illness becomes and the harder to tackle from both a clinical and professional point of view.

A coincidence has been found between data obtained from PAIMM when comparing it to other studies published on preexisting programs in other countries. The data indicates that there is an increased incidence in specialties like anesthesiology and psychiatry.

It is important to mention cases in which doctors in training have been treated; in these cases psychopathology has predominated over addictive behaviors, especially in cases where hospitalization has been necessary. This is probably because psychopathologies usually appear at a young age and especially in times of a lot of stress as is the case in the residency stage of a doctor. A source of debate and reflection by professors and teachers is to determine whether a doctor in training that presents a psychopathology and overcomes a first episode is fit to continue the training period and therefore become a doctor.

Another issue to consider is the need to discern premorbid personalities or those of higher risk during undergraduate studies and even upon college entry. And in the case this is done, a continued evaluation of these risks should also be considered. These issues are even more obligatory in the context of the current system of access to medical studies and undergraduate studies in our country. This system only takes into account academic merit and not skills, personality and other qualities essential in becoming a good medical professional.

It is probable that a progressive increase in medical residents treated in the last years is due to the creation of the MIR program (for residents) by the Galatea Foundation. This Foundation has helped spread greater awareness not just through

the medical collective but also through its tutors and services of Prevention and Occupational Health. It will be necessary to closely follow these initiatives to see if awareness brings positive changes.

It is thus evident that certain values intrinsic to the medical profession such as being demanding, competitive, resilient, empathetic, and having the ability to help oneself should be vindicated, but when all are well balanced.

In so far as regulating the practice of medicine, PAIMM has proven to be an efficient instrument. Treatment and therapy become a type of control through therapist advice when the person affected is conscious of being sick. But data obtained allows for the conclusion that mechanisms used have been the correct ones.

It is important to note, once again, that contrary to other countries, membership in a Medical Association is compulsory and a requirement to practice medicine in our country. So in our case, PAIMM has had to combine two functions that in some cases might appear to be conflicting. On the one hand, because of its functions and responsibilities, the Medical Association must ensure that members practice medicine correctly; on the other hand, because it is an organization of doctors, it must provide for their welfare by helping in the face of difficulties and in their rehabilitation.

Both missions should be carried out with the utmost respect for confidentiality and in an independent way. Difficulties have arisen in cases in which a doctor has voluntarily accessed the program and therapists have come to the objective conclusion that there are evident risks for malpractice. The dichotomy between keeping the doctors case confidential versus the need to ensure a correct practice of medicine has not been easy to elucidate.

For this reason, those responsible for care in PAIMM developed a series of protocols and guidelines to solve this apparent conflict. A committee of the Medical Association that analyzes difficult cases composed of personnel from both sides has allowed for an individualized analysis of each case.

With the exception of these few cases, the reality is that the policy created by the Official Medical Association of Barcelona to safeguard the practice of medicine, based in equal measure on protecting patients and caring for doctors, has allowed for different measures of prevention and control in cases of risk. And in this sense, the Professional Therapeutic Contract has been a great instrument to make the above mentioned objectives possible.

Another tool that has also worked as a control mechanism of the medical practice are specialized reports for high risk cases (with a diagnosis and prognosis not well defined) in order to decide measures to apply.

In this sense, the existence in our country of a social protection system has made it possible to separate a professional from the medical practice when needed, leaving temporal or total suspension and even medical license revocation for only extreme cases.

The enormously positive experience of PAIMM has been emulated since 2003 by the nursing collective through a program called *Retorn* and later by Pharmacists and Veterinarians with the programs *ítaca* and *Assís*.

It's important to emphasize that the positive experience from these programs can serve to find a response to the same problem found in other professions where the fundamental rights of the population are affected and in which, if a problem is detected can cause social alarm. This is the case for other professionals such as judges, lawyers, clergymen, airplane pilots, etc.

Finally, as I argued in Chapter 7, it was necessary to ensure the participation of Health Administration Officials as they are responsible for clinical security and the quality of services. The implication of the Health Department has been very positive; their participation has been fundamental in providing specific healthcare resources.

To finish off, it is also necessary to study probable factors that can protect the professional from falling ill like acquiring healthy physical, relational, psychosocial and spiritual habits; these should already be emphasized during the undergraduate stage and maintained throughout the professional career. Equally important is creating an ideology of professionalism which balances work with the psycho-emotional realm, relationships, and family.

Studies must continue to be conducted which allow the evaluation of the relationship between situations of psycho-emotional distress (an evaluation can bring on a favorable outcome) and organizational healthcare models. Some published studies already point to this influence, in relation with levels of autonomy, real possibilities of participation, working alone or within a team, professional development and leadership.

Final considerations

1. In this thesis I have defined a sick physician as a doctor who has psychological or mental disorders and/or an addiction to alcohol, drugs or medications; this disorder or addiction affects his or her capacity to practice medicine correctly and therefore to provide quality care to patients, even causing situations of risk.
2. A constant fact that appears throughout studies about sick physicians is that they do not act as they would advise their patients to do so when ill, nor do they seek the care that is needed. This attitude is accentuated when the sickness has to do with a mental or addictive pathology. In these cases what tends to happen is that the doctor hides what is happening.
3. The phenomenon of the sick physician has been studied relatively little within the medical profession except for studies and programs started in the 70s in the US and later in Canada, Australia and New Zealand. In Europe, the problem was approached later by Norwegians, the Swedish, British and Catalans.
4. There is a certain coincidence between various studies in situating the prevalence of these healthcare problems somewhere between 10 and 15% of doctors at some point in their professional career (estimated at 40 years). Results obtained by PAIMM match predictions made.
5. There is also a coincidence among all published studies in that the incidence of this phenomenon does not differ in any significant in relation with the general population.
6. It seems to be proven that, apart from genetic factors (individual and family or those linked to the past of each person) there are predisposing and favorable factors that lead to this phenomenon. The stress that accompanies the practice of medicine, present even during the undergraduate phase, having to live with the suffering of others, academic competitiveness, work pressures, demands put on oneself, patient and family expectations, medical errors and lawsuits all leave their mark.
7. Studies recently published indicate a progressive increase in the dissatisfaction of doctors in the development of their careers. The causes are

many but those that stand out apart from those mentioned above are organizational and work models.

8. The significance of this phenomenon is important because the condition of a sick doctor can affect the quality of care he or she provides as well as the health of his or her patients.
9. The specific characteristics of the sick doctor make a specific healthcare response necessary that has confidentiality as an essential element in its instrumentation.
10. The experience of other countries demonstrate the efficiency of specific healthcare programs aimed at doctors to treat these illnesses, as well as the recovery rate when compared to programs aimed at the general population. This efficiency is even more apparent when these are used in collaboration with organs of control and regulation of the medical profession.
11. Countries in the forefront of tackling this problem opted for the medical profession to create mechanisms to address it, via healthcare programs in collaboration with official organs of regulation and control in higher risk cases.
12. I have defended and defend that there is a shared responsibility between professional organizations, the Administration and healthcare managers when confronting this problem.
13. In our country, the practice of medicine is tied to compulsory membership in a medical association. It is the medical associations that have the role of regulating and controlling the practice of medicine. It seems therefore obvious that they are the ones who have to find a solution to the problem. Public health administrations are also responsible for helping to find solutions given their role of safeguarding the quality of healthcare services.
14. The creation of PAIMM by the Official Medical Association of Barcelona and the Catalan Medical Association responded to the determination of combining two objectives: to ensure good medical practice and help sick doctors through treatment and rehabilitation.
15. The conceptual basis of PAIMM has had two basic elements of support: the introduction of two norms in the Code of Ethics of the Catalan Medical Association which called on the sick physician's sense of responsibility as

well as that of his/her colleagues; the other was the Official Medical Association of Barcelona Statute reform which helped make a better control of the medical practice possible, as well as rehabilitation for doctors.

16. A key element of PAIMM has been to its unit for inpatient and outpatient care and its highly qualified team of professionals.
17. Results obtained during the period studied (November 1998-June 2011) – and after having treated 1.399 doctors- has proven that PAIMM has been a very effective instrument in helping sick physicians.
18. Through its very specific process of access the great majority of doctors treated have come to PAIMM voluntarily. This has always been one of the program's objectives: to emphasize voluntary access in contrast with other programs that have persecutory models. This has been possible thanks to the specialized care offered and confidentiality, pillars of the program. Also worth noting is that an excessive punitive policy has not been used to control the evolution of non-risk cases, showing confidence in the healthcare team. Therefore, massive voluntary access to the program indicates how well the program has been accepted by doctors of Catalonia.
19. There is still a culture of compassion by some doctors when they know of a sick colleague.
20. The delay in the demand for treatment, despite access to the program being easy, is a negative prognostic factor. This indicates that although efforts to make the program known have been successful, more work still has to be done to emphasize the programs strengths and make it more accessible to sick doctors. Early detection reduces the risk of malpractice, increases the prospects of good management and possibilities for an effective rehabilitation.
21. Of the doctors treated, there is an increased incidence in specialties like anesthesiology and psychiatry. This data coincides with the majority of studies published until now.
22. It is worth noting that in recent years, the treatment of medical residents has increased, in many cases the diagnosis being psychopathology. The explanation for this could be that these disorders tend to appear at a young age and during periods of stress. This suggests the need to analyze and

monitor doctors during residency and after they become physicians with the help of healthcare centers with services in preventive medicine and occupational health.

23. The Official Medical Association of Barcelona has developed diverse mechanisms to legally and ethically safeguard all the processes carried out in PAIMM.
24. Results indicate that PAIMM has been successful at rehabilitating physicians; the majority of doctors (more than 80%) continued to work while they were being treated by the program. It is important to note rehabilitation efforts in high risk cases where apart from control measures, a Professional Therapeutic Contract was also used.
25. Less than a quarter of patients treated have needed to be hospitalized and of these, a third has had to do it in at least one other occasion. An evaluation will have to be carried out in the future to find out why some doctors have needed to be readmitted, as well why relapses happen within the program.
26. The PAIMM has been a great instrument to control the practice of medicine; it has done it through the implication of the Medical Association via control mechanisms, articulating them through Professional Therapeutic Contracts (PTC) which have proven to be very efficient. These PTC also proved to be an instrument to protection of sick doctor against third party in his rehabilitation process.
27. It is necessary to note that healthcare measures and therapeutic adhesion is already a type of primary control of praxis through the direct advice of therapists, that is when there is adhesion to therapy and the patient is conscious of being sick.
28. The work that has been done to develop healthcare and operation protocols for PAIMM has been remarkable and intense. The protocols that apply to high risk cases deserve a special mention.
29. One of the features of the program, which has benefited from a social protection system, has been to negotiate that sick doctors stop practicing

medicine temporally or definitively and opt for legal work disability, leaving suspension and medical license revocation for extreme cases.

30. The implication of the Health Administration, in Catalonia's case it has been the Health Department of the Generalitat, has been fundamental for the creation and maintenance of PAIMM's healthcare services. This fulfills the premise by creators of the program that it is the Health Department that must help ensure clinical security and the quality of health services.
31. Actions must be taken during undergraduate and postgraduate studies to encourage healthy self-help habits, not only physical ones but also psycho-emotional and relational habits. Risk factors inherent to the practice of medicine also have to be emphasized through professors and resident tutors.
32. Following the same lines, it is necessary to study how organizational models affect the development of psycho-emotional distress, professional burn-out and the onset of mental disorders and addictive behaviors; it is important to also study how all of this can help to make a prognosis of an illness.

Conclusions

1. The Integral care program for sick physicians (PAIMM) is a healthcare model (non punitive) for doctors who suffer a mental disorder and/or addictive behavior to alcohol or other drugs. Its objective is to rehabilitate the sick physician both personally and professionally and also prevent medical errors and malpractice.
2. It offers a direct and specific healthcare assistance that is confidential. Other benefits offered (by the Medical Association) are personal care, legal advice, additional training and social benefits.
3. The program intervenes in two areas: healthcare treatment and on a professional level (via the Medical Association). For the second area, deontological and legal procedures have been put in place to cover the program's processes, especially in cases of doctors at risk of malpractice.

4. Access to Program is voluntary in 89% of cases, 8% of cases are derived from a confidential notification, and 3% arrive because of a formal complaint to the Medical Association.
5. Mental and addictive pathologies affect men and women in similar proportions, predominantly between the ages of 40 and 55 years of age.
6. Principal diagnosis for treated doctors: 69% mental disorders, 20% addiction to alcohol and 11% addiction to other drugs.
7. There is a high incidence of sick doctors that work in the Primary Care field. If we look at specialties, psychiatry and anesthesiology are the groups with the highest incidence. Not having a specialty or a stable job are factors that increase vulnerability.
8. Medical residents represent 11% of cases, with a progressive increase since 2007.
9. Delay between the onset of symptoms and first treatment (entry to Program) is 8.51 years on average, especially in cases of addictive behavior.
10. Only 5.4% of cases have been subjected to the Medical Associations measures of control during treatment using the Professional Therapeutic Contract.
11. 80% of doctors have continued to practice while they were being treated by the Program.
12. This Program is feasible, meets the objectives that justified its creation, provides professional and social guarantees because it can detect and help treat a sick doctor, it allows for a physician to obtain specific and high quality healthcare treatment, and it makes it easy for the sick doctor to rehabilitate both personally and professionally. The program contributes in a very significant way to accomplish the Medical Association's goal of regulating and controlling the practice of medicine.