



El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt i el control de l'exercici professional

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo
y el control del ejercicio profesional

The Integral Care Programme for Sick Physicians
and the Medical Practice Monitoring

El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt i el control de l'exercici professional

L'experiència del Col·legi de Metges de Barcelona

Edita: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i Fundació Galatea

Director: Dr. Jaume Padrós Selma.
Coordinador del PAIMM (1998-2013), president de la Fundació Galatea, vicepresident primer del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Col·laboradors: Dr. Antoni Arteman Jané.
Gerent de la Fundació Galatea.

Dr. Eugeni Bruguera Cortada.
Director de programes del PAIMM.

Dra. Carme Bule Albiol.
Responsable de la Unitat d'Acollida i Seguiment de Processos del PAIMM.

Dr. Miquel Casas Brugué.
Consultor científic del PAIMM.

Dr. Antoni Gual Solé.
Responsable de la Unitat de Valoracions Psiquiàtriques del PAIMM.

Sra. Mercedes Martínez Pérez.
Advocada de l'Assessoria Jurídica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Sra. Anna Mitjans Garcés.
Coordinadora de programes de la Fundació Galatea.

Sr. Ignasi Pidevall Borrell.
Director de l'Assessoria Jurídica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Dipòsit legal: B. 27382-2013

Estudi editat el novembre de 2013

Presentació

Una de les missions primordials del Col·legi de Metges és ajudar els professionals perquè estiguin en les condicions físiques i mentals per exercir la medicina correctament sense posar en risc la salut dels seus pacients.

Per aquest motiu es va crear el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt, i així, poder ajudar aquells professionals que pateixen malalties mentals i/o addictives i alhora assegurar la qualitat de l'acte mèdic i, per tant, de l'assistència. I tot això amb dues peculiaritats que l'han caracteritzat: la confidencialitat i la professionalitat com a valors d'excel·lència.

L'exercici de la medicina comporta alguns riscos: alguns tenen a veure amb cada individu, però la majoria estan relacionats amb les característiques pròpies de la professió mèdica i que poden condicionar molt el benestar i salut psíquica del metge. També la forma i model d'organització on s'exerceix i el context poden arribar a ser determinants favorables, però també en el sentit contrari.

Aquestes circumstàncies determinen la vulnerabilitat del professional que ha de gestionar situacions complexes amb un suposat equilibri psicoemocional. Una professió que treballa pel benestar i la salut dels seus conciutadans ha de poder vetllar amb els mateixos principis pels professionals que en tenen cura. Ha de procurar per la seva rehabilitació personal i professional i, quan excepcionalment això no sigui possible, ha de poder instrumentar amb eficàcia mesures de control o d'exclusió de l'exercici.

En gran part la qualitat del sistema sanitari i la confiança de la societat sobre la professió depèn del fet que instruments com el PAIMM serveixin amb eficàcia als seus objectius.

Em sento especialment orgullós dels resultats obtinguts, però sobretot dels valors que han impregnat el programa des de la seva creació, ara fa 15 anys. Felicitats, doncs, a tots els qui l'han fet possible. Procurem mantenir la seva excel·lència i millorar-lo dia darrere dia.

Dr. Miquel Vilardell Tarrés
President del Col·legi Oficial de Metges Barcelona

Índex

1. Introducció	7
2. La definició de metge malalt.....	8
3. Marc legal i deontològic	10
4. El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)	12
4.1. Àrees d'intervenció	13
4.2. Actuació del Col·legi de Metges	13
4.2.1. Vies d'entrada al Programa. Protocols per a la garantia de la bona praxi.....	14
4.2.2. Situacions de risc i voluntarietat de la demanda.....	15
4.2.3. La Comissió de Seguiment Col·legial del PAIMM (casos difícils)	15
4.2.4. Les intervencions en casos de risc i el control preventiu de l'exercici: el Contracte Terapèutic Col·legial (CTC)	17
4.2.5. Els dictàmens.....	21
4.2.6. Metges apartats de l'exercici	21
5. Conclusions.....	22
Referències i bibliografia	72

Introducció

Aquesta monografia presenta les bases conceptuals, jurídiques i ètico-deontològiques que han sustentat l'existència del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt, així com els resultats de l'activitat de control de l'exercici realitzada pel Col·legi de Metges de Barcelona des de la seva posada en marxa, el 1998.

Els resultats i l'experiència acumulada en aquests 15 anys han permès millorar i adequar els instruments i procediments del programa en totes les seves vessants. I han mostrat que aquesta iniciativa, a més de pionera a Europa, ha resultat molt positiva, tant per poder ajudar al metge amb problemes de salut mental i/o addiccions a superar el seu problema i a rehabilitar-se, com pel compliment de la funció principal de la corporació professional, és a dir, la de vetllar per la qualitat assistencial i de l'acte mèdic.

Diverses claus expliquen l'èxit del PAIMM: l'eficàcia dels tractaments aplicats, la taxa de recuperació i rehabilitació, la gestió personalitzada dels casos més complexos que han necessitat un procés de tutela i control de la seva praxi, l'acompanyament quan les conseqüències de la malaltia impedeixen l'exercici professional i reclamen una sortida digna... I, per sobre de tot, la confiança que el conjunt de la professió ha dipositat en el programa, prova d'una consciència activa d'autoresponsabilitat i solidaritat.

Cal, doncs, seguir millorant aquesta eina que està al servei dels metges i de la societat a la qual pertanyem i ens devem.

És també l'ocasió de destacar que si el PAIMM ha estat possible és perquè ha esdevingut una eina col·lectiva i plena de complicitats. És de justícia, doncs, fer un reconeixement de les moltes persones i institucions que l'han fet possible. En aquest sentit cal destacar: la qualitat humana i professional de l'equip assistencial; la dedicació, compromís i competència dels equips col·legials; els presidents, les diferents Junes de govern col·legials i comissions de deontologia; el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, els consellers i els seus equips pel seu decidit suport institucional, econòmic i estratègic; el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya pel seu impuls; tots els patrons de la Fundació Galatea per impulsar la consecució dels seus objectius; el Dr. Josep Fàbregas per haver posat en marxa, conjuntament amb el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, l'empresa Serra de Vilana que gestiona amb valentia, especialment en temps de crisi, la Clínica Galatea, l'equipament assistencial del PAIMM. A tots ells, el nostre agraïment.

Finalment, volem també agrair a Almirall la seva ajuda en l'edició d'aquesta monografia.

Dr. Jaume Padrós Selma

2

La definició de “metge malalt”

“Metge malalt” és un terme genèric per referir-se al metge 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. Aproximadament el 12% dels metges desenvolupen al llarg de la seva vida professional (estimada en uns 40 anys d'exercici) alguna patologia mental i/o addictiva.

Els metges malalts suposen un risc per a la salut dels seus pacients. Són, a més, causa d'innombrables problemes en el seu entorn familiar i laboral. La singularitat d'aquest problema rau en dos aspectes. En primer lloc, el metge malalt no sol comportar-se com la majoria dels pacients ni acostuma a seguir les pautes que recomana com a terapeuta: li costa demanar ajuda i sovint respon amb autodiagnòstic i autoprescripció, a més sol mantenir una actitud de negació o minimització del problema, de commiseració o ocultació quan l'afectat és un col·lega. El segon aspecte, conseqüència de l'anterior, té a veure amb la praxi professional del metge malalt, que es pot veure compromesa i esdevenir un risc per als seus pacients. Alhora, i al contrari del que solen fer amb els seus pacients, sovint els metges tenen una actitud professional inadequada quan el pacient és un col·lega.

Fins fa pocs anys, la majoria dels sistemes de salut europeus no preveïen cap intervenció o programa específic per prevenir i atendre els metges malalts. Les institucions sanitàries no disposaven de cap dispositiu assistencial adequat i específic d'abordatge d'aquests casos, a part dels usuals per a la població general. La resposta a aquesta situació era la incapacitació laboral temporal o definitiva de l'afectat, o bé un procés disciplinari sancionador.

Calia una opció més proactiva, i la resposta només podia venir dels col·legis i ordres mèdiques, la missió dels quals és regular l'exercici mèdic i garantir la seva qualitat davant els ciutadans. A Espanya, on 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. Tenint en compte aquestes premisses, el Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) va crear el 1998, amb la col·laboració de la Generalitat de Catalunya, el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM). El seu objectiu és fer compatibles les funcions de garant de la bona praxi amb l'ajuda al metge en la seva malaltia i possibilitar, així, la seva rehabilitació.

Accions precursorses

El fenomen del metge malalt ha estat objecte de nombrosos estudis en el món anglosaxó. Els Estats Units, pioners en aquestes qüestions, van iniciar en la dècada de 1970 el seu abordatge amb la identificació del problema, les seves causes, condicionants i conseqüències. Els Impaired Physician Programs, impulsats pel doctor G. Talbott i lligats als Licensing Boards nord-americans, solen citar-se com una iniciativa precursora, si bé van estar fortament impregnats des del principi d'una filosofia punitiva, és a dir, de la persecució de les conductes addictives en els metges i la resta de professionals sanitaris. La publicació a la revista JAMA l'any 1973 de l'article "The sick physician" va suposar una fita en el reconeixement i abordatge de les conductes addictives com un problema que afectava la bona praxi mèdica. L'alcohol, els opiacis legals i les benzodiazepines són, per aquest ordre, els tòxics d'abús de major prevalença entre els metges que consulten en programes especialitzats nord-americans.

Amb posterioritat, països com Canadà, Austràlia o Nova Zelanda han anat implementant programes similars. Totes aquestes experiències han mostrat una gran eficàcia en el tractament d'aquest problema, amb taxes de rehabilitació superiors a les de la població general.

A Europa, amb excepció d'algunes investigacions i treballs notables (Firth-Cozens al Regne Unit, Aasland i Tyssen a Noruega) i algun programa d'autoajuda, no es va generar cap iniciativa assistencial específica fins a la posada en marxa el 1998 del PAIMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt) per part del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC), amb la col·laboració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

3

Marc legal i deontològic

El 1997, durant el procés d'elaboració del nou Codi de Deontologia, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) va tractar el necessari canvi cultural professional davant la qüestió del metge malalt. Va ser un posicionament més explícit que el realitzat poc temps abans per l'American Medical Association (AMA) i la British Medical Association (BMA).

Fruit d'aquesta reflexió de canvi ètic-deontològic, l'Assemblea de Metges de Catalunya -convocada expressament per debatre i aprovar el nou Codi de Deontologia- es va mostrar unànimement favorable a introduir dos articles que van constituir la base conceptual i ideològica del PAIMM:

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 qui li 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 de ser sempre prioritari.

Amb posterioritat, el Consejo General de Colegios de Médicos de España va introduir els mateixos conceptes en el seu Codi.

En el cas del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), el marc legal marcat pels seus Estatuts de 1984 ja permetia abordar de manera específica aquest problema: l'article 55, referit a Prohibicions de l'exercici, destacava la prohibició d'exercir "quan s'evidenciïn manifestament alteracions orgàniques, psíquiques o hàbits tòxics que l'incapacitin per l'exercici, previ el reconeixement mèdic oportú".

La reforma de 2008

El 2008, després d'un nou procés obert a tots els col·legiats, l'Assemblea de Compromissaris del COMB va aprovar una reforma estatutària que va introduir alguns articles que consolidaven la funció primordial de la institució: salvaguardar i defensar la bona praxi mèdica en el marc d'una plena autoregulació professional. En conseqüència, es van afegir nous preceptes al règim sancionador, a més de catalogar les infraccions, explicitaven els instruments amb què comptava la corporació per fer efectiva aquesta funció de garant, incloent el compromís del metge afectat a seguir les indicacions.

En el seu article 52, Deures dels metges, remarca com a obligació "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, comproment-se al seguiment de les recomanacions que la corporació efectui". L'article 75 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 pel 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 ells mateixos poden patir i dels concrets deures que tota la professió ha d'assumir, tenint en compte la transcendència social de la pràctica mèdica". Finalment, l'article 76 estableix que les mesures preventives de control, que no tenen caràcter de sanció, poden consistir a requerir al metge d'abstenir-se de realitzar determinades activitats, per no posar en risc la salut dels seus pacients.

D'aquesta manera, es reconeix estatutàriament, i de manera explícita, l'existència del fenomen del metge malalt com un problema potencial de mala praxi. A més es posa l'accent en la voluntarietat del mateix afectat per demanar l'ajut corresponent i se subratlla l'imperatiu que el metge malalt hagi de seguir les recomanacions que se li facin. Alhora, es destaca el deure dels col·legues de ser proactius i evitar un corporativisme mal entès i massa freqüent, que porta a tapar, silenciar o ignorar l'evidència.

Aquesta reforma estatutària va suposar un canvi de paradigma, que encara ha pogut reforçar més amb diversos Documents de Posició Col·legial desenvolupats pel COMB: *Deures ètics dels metges envers la seva salut i la de les seves famílies i Deures dels metges cap a altres metges*. En aquest segon cas, l'èmfasi es posa en 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 a qui cal ajudar.

4

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

Assistència, confidencialitat i una perspectiva global

Oferir tractament al metge malalt i controlar la praxi mèdica en el cas de risc per als pacients. Aquest és el doble objectiu amb el qual es va fundar el 1998 el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt.

El PAIMM es caracteritza per una assistència integral. Els seus trets essencials són l'abordatge dels trastorns mentals en el seu sentit més ampli, el caràcter no persecutori i no punitiu (a excepció dels casos de risc), l'accés voluntari i l'actuació preventiva i de promoció de la rehabilitació. A més de l'assistència sanitària directa, també procura atenció social, assessorament legal i laboral i, en algunes ocasions, formació complementària i prestació social i econòmica temporal. Tot això tant en els casos d'accés voluntari com en l'acció compulsatòria o disciplinària. Aquests signes d'identitat es contraposen a models que posen l'accent en el control més que en la rehabilitació dels metges afectats.

L'eix fonamental del PAIMM és la confidencialitat i la protecció de la identitat dels afectats. Aquesta característica és, de fet, la pedra angular del programa, atès que garanteix de forma absoluta l'anonimat del metge i atenua, en gran mesura, el recel inicial a rebre tractament en el si d'un programa formal d'un Col·legi de Metges.

La iniciativa de les corporacions professionals

El PAIMM va néixer en el marc de la corporació professional, entenent que la funció reguladora de la praxi mèdica és explícitament col·legial. L'obstacle fonamental per a la seva posada en marxa va ser el finançament. La posició que va prevaler -i preval encara- és el cofinançament, atès que el PAIMM dóna resposta a funcions compartides entre els col·legis i l'Administració sanitària. Així, el programa desenvolupa una funció de protecció dels ciutadans i d'increment de la qualitat assistencial dels serveis sanitaris. Alhora, ajuda el metge malalt en el seu tractament i rehabilitació. En aquest procés, el paper del Col·legi també aborda els aspectes socials, sociolaborals i formatius dels metges afectats.

A Catalunya, la gestió del PAIMM va a càrrec de la Fundació Galatea del Consell de Col·legis de Metges. El seu patronat està format per representants dels quatre col·legis de metges catalans, el Departament de Salut de la Generalitat, el Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona, el Col·legi de Veterinaris de Barcelona, el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Assistència Sanitària Col·legial i Mutual Mèdica de Catalunya i Balears.

A partir de l'any 2000, el PAIMM es va anar estenent progressivament al conjunt de l'Estat espanyol, tot i que de manera desigual. Gairebé totes les comunitats autònomes i consells autònoms de col·legis de metges han desenvolupat els seus propis programes seguint les línies bàsiques d'actuació del model català. Tots ells disposen de dispositius assistencials de caràcter ambulatori, i prenen la Unitat d'Internament del PAIMM de Barcelona com a referència per als casos més greus que requereixin ingrés hospitalari. Hi ha un grau diferent d'implementació i

activitat, a causa de diferents factors: l'existència de col·legis i consells petits amb dificultats per desplegar actuacions que preservin la protecció de la identitat dels metges afectats, el desigual desenvolupament en l'exercici de la funció reguladora i de control de la praxi, o la diferent implicació de l'Administració sanitària de cada comunitat autònoma (en algunes no hi ha cofinançament). Cal destacar l'impuls que la Organización Médica Colegial (OMC) ha donat des del primer moment per a l'extensió del model en el conjunt d'Espanya, i la coordinació assistencial a través de les diferents unitats ambulatories i una Comissió Tècnica.

4.1. Àrees d'intervenció

Una acció global i especialitzada

El PAIMM actua en dos grans àmbits: col·legial i assistencial. El primer té a veure amb els processos disciplinaris o de control de la praxi professional. Gestionat conjuntament pel COMB i la Fundació Galatea, actua com a porta d'entrada de l'atenció integral al metge malalt.

Després d'avaluar cada demanda, es posa en marxa un protocol específic de protecció de la identitat, es porta a terme la coordinació amb altres institucions i s'inicien els procediments col·legials quan es tracta de casos de risc objectivat i/o relacionats amb expedients de control de l'exercici. Quan ha estat necessari, el COMB ha activat el Contracte Terapèutic Col·legial (CTC), que és 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 és aconseguir la rehabilitació supervisada del metge malalt mentre continua treballant, amb limitació o no de la seva activitat professional, com es veurà més endavant.

La segona àrea, l'assistencial, proporciona tractament psiquiàtric i psicològic amb una alta especialització en patologia dual (trastorn mental en associació amb conducta addictiva). La ubicació de la unitat de tractament, la Clínica Galatea, és confidencial, només es comunica a aquells pacients que necessiten accedir-hi. Es tracta d'un espai exclusiu, discret i allunyat del centre de Barcelona. L'activitat d'aquesta unitat es desenvolupa en tres àmbits: internament, consulta ambulatoria (que inclou atenció psiquiàtrica i psicològica tant individual com grupal) i un hospital de dia enfocat a la rehabilitació.

4.2. Actuació del Col·legi de Metges

Objectiu: controlar la praxi mèdica

En els últims anys, el COMB ha perfeccionat els procediments col·legials de control de la praxi mèdica. Durant el període 2009-2012, dels 680 procediments col·legials relatius al control de l'exercici professional es van adoptar 54 acords relacionats amb el PAIMM. Aquestes tramitacions van afectar 37 metges.

4.2.1. Vies d'entrada al programa. Protocols per a la garantia de la bona praxi

L'accés al programa es realitza seguint unes normes i protocols assistencials, clínics i de funcionament. L'objectiu és garantir la protecció de la identitat del metge malalt. A més, pretén fer veure a l'usuari que el Programa i els serveis assistencials no són un mer recurs gratuït d'ajuda, sinó que comporten l'assumpció d'unes normes de compromís i conducta.

Es preveuen quatre vies d'entrada diferents:

1. Demanda voluntària espontània: quan el metge malalt demana tractament per la seva pròpia única voluntat.
2. Demanda voluntària induïda: 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. La demanda induïda es qualifica de risc quan l'inductor no ho comunica a la Unitat d'Acollida i Seguiment de Processos (UASP) ni als òrgans col·legials corresponents i el mateix metge malalt tampoc ho explica en el moment de l'acollida al programa. Aquests últims casos solen ser diagnosticats a posteriori i solen donar-se en individus que en realitat no desitgen rebre tractament.
3. Demanda per comunicació confidencial: una tercera persona informa la UASP sobre un possible metge malalt. En aquest supòsit, es demana tota la informació del cas, intentant reconduir cap a una demanda voluntària quan és possible i no s'han evidenciat riscos per als pacients, o bé s'informa l'òrgan col·legial quan es tracta d'una situació de risc.
4. Finalment, la denúncia o queixa formal: és la via d'entrada amb què s'informa directament al Col·legi de Metges mitjançant una denúncia formal sobre l'existència d'un metge malalt amb praxi inadequada o de risc. Aquesta modalitat inclou els casos en què el Col·legi instrumenta d'ofici per acció disciplinària, de control de praxi o derivats per altres informacions.

Els protocols del PAIMM preveuen que en qualsevol dels casos, sigui quin sigui el tipus de demanda, si la informació posa de manifest un risc per la pràctica mèdica, i el metge malalt no estigués o acceptés estar de baixa laboral, s'informarà al membre responsable de la Junta de Govern del Col·legi per determinar quin tipus d'actuació es durà a terme.

Els casos que accedeixen de manera voluntària han de ser admesos quan es constati que pateixen un trastorn mental, addictiu o dual, quan acceptin ser tractats pels terapeutes del programa i quan acceptin les condicions terapèutiques que se li indiquin. La no signatura del document d'acceptació d'entrada al programa o la no-acceptació del pla terapèutic que es proposi són motius d'exclusió.

Els professionals assistencials i els responsables de la UASP tenen un paper fonamental: buscar un equilibri entre la confiança dels metges afectats cap als professionals que els atenen i l'adherència al pla terapèutic que han de seguir amb les obligacions deontològiques, ètiques i legals. Així, el metge responsable de la UASP sotmet el procés d'acollida i classificació als principis de garantia abans esmentats, així com de confidencialitat i protecció d'identitat. Des d'aquesta unitat s'informa al metge malalt que haurà de signar un document d'acceptació d'entrada al programa com a pas previ obligatori per accedir al tractament.

4.2.2. Situacions de risc i voluntarietat de la demanda

L'experiència acumulada durant aquests anys ha detectat que alguns casos d'accés voluntari, induït o derivats de comunicació confidencial constitueixen en realitat situacions de risc, tot i que el Col·legi no hagi estat informat.

Això explica, com es veurà més endavant, que el nombre de signatures de Contractes Terapèutics Col·legials no s'ajusti al nombre de casos que accedeixen al Programa per la via de la comunicació confidencial. De fet aquesta constatació va motivar en part l'aprovació el 2009 de la revisió dels Protocols de Funcionament del PAIMM abans esmentats.

En aquests casos no informats prèviament, la UASP i els terapeutes intenten esbrinar el grau de risc. Ho fan a través d'afirmacions del mateix metge malalt o del comunicant confidencial, per queixes dels pacients recollides formalment, per manifestacions reiterades i concretes de companys i/o superiors, o per la mateixa evolució i comportament del metge malalt en el procés terapèutic.

La UASP informa confidencialment al membre delegat de la Junta del Col·legi i valora conjuntament la informació rebuda. És crucial en aquestes situacions determinar el grau de voluntarietat de la demanda i obtenir de tercers tota la informació relacionada amb el cas. És important també comptar amb el concurs i la complicitat de les persones inductores (col·legues, superiors i/o familiars) perquè informin sobre el cas directament a la UASP o, segons la gravetat, a la Junta del Col·legi. Aconseguir aquesta actitud proactiva depèn d'una visió integral, capaç de salvaguardar la confidencialitat i els principis que guien el PAIMM: la defensa de la bona praxi i l'ajuda al metge malalt per sortir del seu problema.

En definitiva, es tracta d'implicar des del primer moment l'entorn professional i/o familiar del metge afectat, ja que en casos de risc no és suficient "dirigir 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.

4.2.3. La Comissió de Seguiment Col·legial del PAIMM (casos difícils)

Durant els primers anys del programa, atès que s'estava endegant una iniciativa molt nova i delicada, es va fer necessari crear un espai de discussió més ampli que el del mateix programa, on debatre temes de gran transcendència amb fortes repercussions sobre la vida de les persones i el seu entorn familiar i laboral. Aspectes com els límits de la confidencialitat o com manejar els casos informats confidencialment i que negaven tenir cap problema, es van poder posar en comú en reunions amb els secretaris dels col·legis oficials de metges catalans, diversos psiquiatres del programa, advocats i experts en deontologia mèdica.

Posteriorment, es va veure la necessitat de tractar individualment alguns casos que presentaven certes peculiaritats, així com constituir grups de treball per discutir i redactar els protocols de funcionament i assistencials del PAIMM. Va néixer així la Comissió de Seguiment Col·legial del PAIMM, que des d'una aproximació integral tenia en compte aspectes jurídics, deontològics, aspectes clínics, personals i sociofamiliars i el risc per a la pràctica mèdica dels casos difícils i/o complicats.

Finalment, el juny de 2010 es va constituir formalment la Comissió de Seguiment Col·legial de casos difícils del PAIMM, que es reuneix periòdicament cada 2 o 3 mesos i la seva missió ha estat, des de llavors, vetllar per l'aplicació dels protocols del programa i proposar les modificacions o actualitzacions que siguin procedents. A més, és aquesta Comissió la que estudia i valora els casos especialment complexos a proposta del terapeuta del PAIMM o de la UASP, i trasllada, si fos necessari, a la Junta de Govern del COMB la proposta de les mesures acordades.

La Comissió està composta pel coordinador i el gerent del PAIMM, el representant de la Junta, el president o un representant de la Comissió de Deontologia, el responsable de la UASP, dos terapeutes, responsables clínics del programa i un lletrat de l'assessoria jurídica del Col·legi.

TAULA 1

Descripció dels casos difícils tractats a la Comissió entre el juny 2010 i el desembre 2012.

Sexe	Casos difícils (N=34)
Home	58,8%
Dona	41,2%
Motiu de revisió	
Comunicació de la feina	55,9%
Recaigudes freqüents	32,4%
Diagnòstics	
Consum de tòxics	23,5%
Dependència a l'alcohol	20,6%
Patologia dual	11,8%
Salut mental	38,2%

TAULA 2

Propostes d'actuació de la Comissió (no excloents entre si).

	Casos difícils (N=34)
Indicació de baixa laboral	8,8%
Limitació temporal de la pràctica professional	26,5%
Interrupció definitiva de la residència (MIR)	11,8%
Ingrés a la Unitat per a tractament	11,8%
Signatura d'un Contracte Terapèutic	50,0%
Absència de psicopatologia que interfereixi en la pràctica professional	8,8%

4.2.4. Les intervencions en casos de risc i el control preventiu de l'exercici: el Contracte Terapèutic Col·legial (CTC)

El Col·legi de Metges estableix unes mesures preventives de control, sense caràcter de sanció, per les quals pot requerir al metge abstenir-se de realitzar determinats actes o procediments o, fins i tot, de l'exercici professional en general. L'instrument d'aquest control és el Contracte Terapèutic Col·legial (CTC).

Més del 90% dels CTC signats a Catalunya han estat promoguts pel COMB. Representen gairebé el 90% dels pacients PAIMM amb CTC de Catalunya.

TAULA 3

Pacients amb CTC n=86 (Catalunya)		CTC signats n=157 (Catalunya)	
Barcelona	89,5%	Barcelona	91,1%

El Contracte Terapèutic Col·legial reflecteix el compromís de les diferents parts per al compliment del tractament en un àmbit de control de l'exercici. S'inspira en els contractes terapèutics utilitzats en l'àmbit exclusivament assistencial i té l'objectiu de vincular el metge malalt al procés rehabilitador i implicar tots els afectats, assistencials o no. Així, el CTC està signat pel metge malalt, el seu responsable assistencial, el membre de la Junta del Col·legi delegat i, habitualment, un tutor.

La figura del tutor sol ser un col·lega o company de feina acceptat pel pacient, fins i tot a proposta del mateix metge malalt. Desenvolupa una funció de seguiment de l'evolució del metge malalt en relació amb les seves actituds, comportament i praxi, per tal de detectar les possibles alteracions d'ànim o de conducta que puguin afectar la pràctica professional.

En la majoria de contractes terapèutics col·legials la figura del tutor acostuma a ser un superior del pacient (63,6%).

TAULA 4

	Pacients amb CTC n=77 (Barcelona)
Amb tutor	75,3%
Tutor és un superior	63,6%
Tutor és un familiar	7,8%
Tutor és de la institució	3,9%
Sense tutor	24,7%
MM, terapeuta i COMB	20,8%
MM i terapeuta	3,9%

Finalitat i posada en marxa del CTC

El CTC es posa en marxa quan hi ha un risc de mala praxi, quan hi ha l'evidència que el metge malalt necessita tractament i nega o minimitza el seu problema, o bé en situació de recaigudes acompanyades d'una tendència negativa del procés terapèutic. També s'activa quan el terapeuta observa un gran incompliment de les pautes prescrites al metge malalt, amb risc per al mateix procés rehabilitador o per a la praxi. En aquests casos, el terapeuta ho comunica a la UASP, indicant quins continguts del CTC creu més apropiats al cas, la UASP ho posa llavors en coneixement de la Junta del Col·legi, que concreta la proposta de mesures de control.

La major part de CTC tenen una durada d'entre 9 i 12 mesos. Aproximadament la meitat dels pacients ha signat un sol CTC, mentre que l'altra meitat n'ha requerit més d'un:

TAULA 5

Pacients amb CTC n=77 (Barcelona)		CTC firmats n=143 (Barcelona)	
Nombre CTC per pacient		Durada dels CTC	
1 CTC	57,1%	Sense determinar	15,4%
2 CTC	23,4%	6 mesos	33,6%
3 i més CTC	19,5%	9-12 mesos	49,7%

Compromisos dels signants del CTC

El secretari - o un membre de la Junta de Govern del Col·legi delegat a aquest efecte - és qui dirigeix l'acte de la signatura. Després d'explicitar a les parts els seus compromisos, proposa les condicions i durada del CTC. El metge malalt accepta i reconeix els riscos reals i/o potencials existents sobre el seu exercici com a conseqüència del seu trastorn patològic. Per tant, accepta també les indicacions col·legials i les referents a l'acompliment de la seva professió.

A més del metge malalt, el CTC implica les següents persones:

1. El metge terapeuta (psiquiatre) que està tractant el metge malalt. Accepta ser el terapeuta del cas i descriu les pautes de tractament i control indicats. De manera específica, el règim de visites de seguiment, la freqüència dels controls toxicològics i les teràpies individuals i/o de grup. Perquè 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 què destaquï principalment el risc per a la praxi.
2. El tutor, habitualment un col·lega, excepcionalment un familiar. Aquesta figura, proposada pel mateix metge malalt i acceptada pel Col·legi, sol ser algú que estigui a prop del dia a dia del metge malalt. La seva funció és seguir l'evolució del metge malalt respecte a les actituds i el comportament de la seva praxi, per tal de detectar a temps possibles alteracions de l'ànim o de la conducta que fossin susceptibles d'una recaiguda o d'una falta de compliment de les indicacions del psiquiatre. Si el procés no és l'esperat, aquest tutor està obligat a informar el terapeuta del PAIMM i, sobretot, a la Junta de Govern del Col·legi.
3. Ocasionalment, un responsable assistencial de l'entitat on treballa el metge malalt per ajudar a assegurar el procés rehabilitador i afavorir el seu retorn laboral.

Tant el metge terapeuta com el tutor han d'enviar regularment a la UASP informació corresponent al seguiment del procés: compliment de les indicacions i compromisos, actituds i conducta del metge malalt. La UASP, al seu torn, ha d'informar el responsable col·legial.

En el moment de la signatura del CTC, el metge malalt allibera del deure de secret professional al metge terapeuta respecte al tutor i al secretari o membre de la Junta delegat, perquè puguin avaluar conjuntament aspectes rellevants del cas. El secretari/delegat de la Junta trasllada al metge malalt que l'incompliment dels preceptes d'aquestes mesures comporta l'obertura d'un expedient sancionador que a la vegada podria conduir, fins i tot, a la suspensió de l'exercici professional.

Situació laboral dels pacients abans i després del CTC

Després d'haver signat un CTC augmenta en més d'un 20% el nombre de pacients del PAIMM en actiu, tot i que s'aconsegueix la incapacitació de prop d'un 14%.

TAULA 6

Pacients amb CTC n=77		
	Abans del CTC	Després del CTC
ILT (Baixa laboral)	45,5%	1,3%
En actiu	53,2%	76,6%
Incapacitats	0,0%	14,3%

Comparació entre tots els pacients del PAIMM i els que han signat CTC

Si comparem el conjunt de pacients del PAIMM col·legiats al COMB amb els signants de CTC, tenim que els metges malalts homes signen més CTC que les dones, que la majoria dels signants són majors de 40 anys (més del 70%) i que els especialistes en psiquiatria i en anestèsia són els més requerits en proporció a signar CTC.

TAULA 7

Sexe, edat, especialitat	Pacients PAIMM (COMB) n=1.321	Amb CTC n=77
Homes	48,2%	76,6%
< = 30	13,7%	9,1%
31-40	24,8%	15,6%
41-50	33,9%	29,9%
51-60	21,8%	39,0%
MFIC	18,8%	11,7%
Psiquiatria	5,5%	11,7%
Anestèsia	4,5%	10,4%
Sense especialitat	22,6%	20,8%

4.2.5. Els dictàmens

Els dictàmens psiquiàtrics formen part intrínseca de l'activitat col·legial i del PAIMM. A més, són un altre instrument que la corporació té a disposició per complir les seves funcions. 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 pèrit psiquiatre independent (és a dir, que no intervé en el procés assistencial), on s'expressa el resultat de l'exploració especialitzada de les condicions mentals d'un metge i la seva capacitat per a l'exercici professional. Instat pel seu Col·legi, bé d'ofici, bé a instàncies d'altres, prèvia informació o indicis de l'existència d'una psicopatologia, el dictamen pot incloure eventualment proves complementàries, neuroimatge, anàlisi de drogues i/o tòxics, etc.

En la nostra experiència, el pèrit psiquiatre explica la seva funció a l'avaluat i l'informa de la finalitat de l'examen, els límits de la confidencialitat i la destinació.

En el període 2009-2012 es van practicar 9 dictàmens pericials per determinar l'existència de patologia i el risc per l'exercici professional.

4.2.6. Metges apartats de l'exercici

Durant el període estudiat (1998-2012), 99 metges van ser apartats definitivament de l'exercici a través de diversos mecanismes no disciplinaris sense que fos necessària la incoació d'expedient sancionador (excepte en dos casos). També es van reorientar altres per limitació parcial de l'exercici i/o de reorientació d'especialitat.

L'acció de l'equip assistencial i de la mateixa àrea col·legial, amb el suport de la Comissió de casos difícils i el Programa de Protecció Social del COMB, ha permès una conducció personalitzada cap a la condició de no exercents, sense mesures disciplinàries associades quan la pròpia malaltia o les seves conseqüències no permetien una curació o rehabilitació compatibles amb l'exercici professional.

5

Conclusions

1. Hi ha una certa coincidència entre diversos estudis a situar la prevalença dels problemes de salut mental i/o addiccions dels facultatius al voltant del 12% al llarg de la seva vida professional (estimada en 40 anys d'exercici).
2. La transcendència d'aquest fenomen és important: un metge malalt pot veure afectada la seva praxi i, per tant, la qualitat de l'acte mèdic i la salut dels seus pacients.
3. Hi ha una responsabilitat compartida entre les organitzacions professionals, les administracions públiques i els gestors sanitaris.
4. Al nostre país, l'exercici de la professió mèdica va lligat a la col·legiació obligatòria. En conseqüència, els col·legis tenen les funcions de regulació i control de l'exercici professional. Els correspon en primera instància emprendre la solució del problema. Les administracions i els gestors sanitaris també tenen una responsabilitat d'afavorir solucions, tenint en compte la seva funció de salvaguarda de la qualitat dels serveis sanitaris.
5. La creació i implementació del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) per part del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) va aconseguir la determinació autoreguladora de combinar dos objectius: assegurar la bona praxi mèdica i ajudar el metge malalt en la seva malaltia i rehabilitació.
6. En el període comprès entre novembre de 1998 i desembre de 2012 s'han atès a través del PAIMM 1.903 metges (1.558 de Catalunya). En el cas del COMB, es van atendre 1.315 metges. D'aquests, 77 han necessitat mesures específiques col·legials de control de l'exercici i tutela a través de CTC i 99 van haver d'acollir-se a una invalidesa o es va gestionar la seva retirada de l'exercici de forma no disciplinària.
7. En el període estudiat (novembre 1998 - desembre 2012) el PAIMM ha constituït un bon instrument per al control de la praxi mèdica ja que a través de 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 demostrat ser d'una gran eficàcia.
8. A través d'una via d'accés específic, la gran majoria de metges atesos ho ha fet de manera voluntària. S'ha preservat la confidencialitat al màxim i la protecció de la identitat dels metges atesos. D'això se'n conclou la bona acceptació del programa per part dels metges de Catalunya.
9. Malgrat tot, encara hi ha una desencertada cultura de commiseració per part de molts metges cap a la situació d'un col·lega malalt.
10. Així, la mateixa acció assistencial i d'adhesió terapèutica es converteix en un control primari de l'exercici, a través del consell directe dels terapeutes quan l'afectat té consciència de malaltia.

11. Un dels elements més destacables i singulars del PAIMM és el fet que 99 metges fossin apartats de l'exercici professional a través d'un procés de persuasió i de gestió individualitzada dels casos, sense necessitat de recórrer a una via compulsatòria, sent aquesta excepcional. Probablement, el fet que el COMB disposi d'instruments de protecció i ajuda per al metge col·legiat (Programa de Protecció Social) i al fet que al nostre país hi hagi un sistema públic de protecció social, hagi reforçat en gran mesura aquest aspecte, en contrast amb l'experiència dels programes nord-americans, més punitius i amb sistemes d'organització social més liberals i amb menys cobertura.
12. S'han signat 143 CTC al COMB, que van afectar 77 metges (el 78% homes). L'interval d'edat més freqüent és de 41-55 anys. Les especialitats que compten amb major percentatge de contractes signats en relació amb els metges de la seva especialitat atesos pel PAIMM són psiquiatria, anesthesiologia i ginecologia, tot i que els metges que han signat més contractes són els que no tenen especialitat.
13. L'elaboració de protocols assistencials i de funcionament del PAIMM ha estat notablement intensa. Destaquen especialment els protocols referents als casos de més risc i als casos que havent ingressat de manera voluntària al Programa constitueixen ja des de l'inici un risc per a l'exercici.
14. Quant a la situació laboral, els resultats obtinguts són contundents respecte a l'acció rehabilitadora: la majoria dels metges (més del 80%) estaven treballant mentre estaven sent tractats en el PAIMM. Cal destacar l'acció i esforç rehabilitador en els casos on, a més, van fer falta mesures de control a través de la signatura d'un Contracte Terapèutic Col·legial (CTC).
15. El COMB ha desenvolupat diversos mecanismes per salvaguardar legalment i deontològicament tots els processos que es duen a terme al PAIMM, tant en el vessant assistencial com en el col·legial professional.
16. Finalment, i com a conseqüència del que assenyala el punt 4, l'existència d'un marc d'exercici lligat a la col·legiació obligatòria permet que el Col·legi de Metges, a través del PAIMM, pugui desenvolupar àmpliament les seves funcions de garant de la bona praxi mèdica davant la societat. I viceversa, el compliment d'aquestes justifica la necessitat de la col·legiació obligatòria.

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y el control del ejercicio profesional

La experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona

Edita: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Fundación Galatea

Director: Dr. Jaume Padrós Selma.
Coordinador del PAIMM (1998-2013), presidente de la Fundación Galatea, vicepresidente primero del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Colaboradores: Dr. Antoni Arteman Jané.
Gerente de la Fundación Galatea.

Dr. Eugeni Bruguera Cortada.
Director de programas del PAIMM.

Dra. Carme Bule Albiol.
Responsable de la Unidad de Acogida y Seguimiento de Procesos (UASP).

Dr. Miquel Casas Brugué.
Consultor científico del PAIMM.

Dr. Antoni Gual Solé.
Responsable de la Unidad de Valoraciones Psiquiátricas del PAIMM.

Sra. Mercedes Martínez Pérez.
Abogada de la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Sra. Anna Mitjans Garcés.
Coordinadora de programas de la Fundación Galatea.

Sr. Ignasi Pidevall Borrell.
Director de la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Depósito legal: B. 27382-2013

Estudio editado en noviembre de 2013

Presentación

Una de las misiones primordiales del Colegio de Médicos es ayudar a los profesionales para que estén en las condiciones físicas y mentales para ejercer la medicina correctamente sin poner en riesgo la salud de sus pacientes.

Por este motivo se creó el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, y así, poder ayudar a aquellos profesionales que padecen enfermedades mentales y/o adictivas y a la vez asegurar la calidad del acto médico y, por tanto, de la asistencia. Y todo ello con dos peculiaridades que lo han caracterizado: la confidencialidad y la profesionalidad como valores de excelencia.

El ejercicio de la medicina conlleva algunos riesgos: algunos tienen que ver con cada individuo, pero la mayoría están relacionados con las características propias de la profesión médica y que pueden condicionar mucho el bienestar y salud psíquica del médico. También la forma y modelo de organización donde se ejerce y el contexto pueden llegar a ser determinantes favorables, pero también en el sentido contrario.

Estas circunstancias determinan la vulnerabilidad del profesional que debe gestionar situaciones complejas con un supuesto equilibrio psicoemocional. Una profesión que trabaja para el bienestar y la salud de sus conciudadanos debe poder velar con los mismos principios por los profesionales que los cuidan. Debe procurar su rehabilitación personal y profesional y, cuando excepcionalmente esto no sea posible, debe poder instrumentar con eficacia medidas de control o de exclusión del ejercicio.

En gran parte la calidad del sistema sanitario y la confianza de la sociedad sobre la profesión depende de que instrumentos como el PAIME sirvan con eficacia a sus objetivos.

Me siento especialmente orgulloso de los resultados obtenidos, pero sobre todo de los valores que han impregnado el programa desde su creación, hace 15 años. Felicidades, pues, a todos los que lo han hecho posible. Procuremos mantener su excelencia y mejorarlo día tras día.

Dr. Miquel Vilardell Tarrés
Presidente del Colegio Oficial de Médicos Barcelona

Índice

1. Introducción	31
2. La definición de médico enfermo	32
3. Marco legal y deontológico.....	34
4. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).....	36
4.1. Áreas de intervención	37
4.2. Actuación del Colegio de Médicos.....	37
4.2.1. Vías de entrada al Programa. Protocolos para la garantía de la buena praxis	38
4.2.2. Situaciones de riesgo y voluntariedad de la demanda.....	39
4.2.3. La Comisión de Seguimiento Colegial del PAIME (casos difíciles)	39
4.2.4. Las intervenciones en casos de riesgo y el control preventivo del ejercicio: el Contrato Terapéutico Colegial (CTC)	41
4.2.5. Los dictámenes	45
4.2.6. Médicos apartados del ejercicio.....	45
5. Conclusiones.....	46
Referencias y bibliografía.....	72

Introducción

En esta monografía aparecen las bases conceptuales, jurídicas y ético-deontológicas que han sustentado la existencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, así como los resultados de la actividad de control del ejercicio realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona desde su puesta en marcha, en 1998.

Los resultados y la experiencia acumulada en estos 15 años han permitido mejorar y adecuar los instrumentos y procedimientos del programa en todas sus vertientes. Y han mostrado que esta iniciativa, además de pionera en Europa, ha resultado muy positiva, tanto para poder ayudar al médico con problemas de salud mental y/o de adicciones a superar su problema y a rehabilitarse, como para el cumplimiento de la función principal de la corporación profesional, esto es, la de velar por la calidad asistencial y del acto médico.

Son varias las claves que explican el éxito de esta iniciativa: la eficacia de los tratamientos aplicados, la tasa de recuperación y rehabilitación, la gestión personalizada de los casos más complejos que han precisado de un proceso de tutela y control de su praxis, el acompañamiento de aquellos en los que las consecuencias de la enfermedad no hacían compatible la continuación del ejercicio profesional y precisaban de una salida digna... Y, sobre todo, la confianza que el conjunto de la profesión ha depositado en el programa, mostrando una conciencia activa de autorresponsabilidad y solidaridad.

Debemos, pues, seguir mejorando esta herramienta que está al servicio de los médicos y de la sociedad a la que pertenecemos y nos debemos.

Sin embargo, el PAIME ha sido posible porque se ha convertido en una herramienta colectiva y llena de complicidades. Es de justicia, pues, reconocer a las muchas personas e instituciones que la han hecho posible. En este sentido, cabe destacar: la calidad humana y profesional del equipo asistencial; la dedicación, compromiso y competencia de los equipos colegiales; los presidentes, las diferentes Juntas de gobierno colegiales y comisiones de deontología; el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, los consejeros y sus equipos por su decidido apoyo institucional, económico y estratégico; el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña por su impulso; todos los patronos de la Fundación Galatea por impulsar la consecución de sus objetivos; el Dr. Josep Fàbregas por haber puesto en marcha, conjuntamente con el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, la empresa Serra de Vilana que ha gestionado con valentía, especialmente en tiempos de crisis, la Clínica Galatea, el equipamiento asistencial del PAIME. A todos ellos, nuestro agradecimiento.

Finalmente, queremos también agradecer a Almirall su ayuda en la edición de esta monografía.

Dr. Jaume Padrós Selma

2

La definición de “médico enfermo”

“Médico enfermo” es un término genérico para referirse al médico que puede ver afectada negativamente su práctica profesional por problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol o a otras drogas, incluidos los psicofármacos. En torno al 12% de los médicos desarrollan a lo largo de su vida profesional (estimada en unos 40 años de ejercicio) alguna patología mental y/o adictiva.

Los médicos enfermos suponen un riesgo para la salud de sus pacientes. Son, además, causa de innumerables problemas en su entorno familiar y laboral. La singularidad de este problema reside en dos aspectos. En primer lugar, el médico enfermo no suele comportarse como la mayoría de los pacientes ni acostumbra a seguir las pautas que recomienda como terapeuta: le cuesta pedir ayuda y a menudo responde con autodiagnóstico y autoprescripción; además, suele mantener una actitud de negación o minimización del problema, de conmisericordia u ocultamiento cuando el afectado es un colega. El segundo aspecto, consecuencia de lo anterior, tiene que ver con la praxis profesional del médico enfermo, que puede verse comprometida y convertirse en un riesgo para sus pacientes. Al mismo tiempo, y al contrario de lo que suelen hacer con sus pacientes, a menudo los médicos tienen una actitud profesional inadecuada cuando el paciente es un colega.

Hasta hace pocos años, la mayoría de los sistemas de salud europeos no preveían ninguna intervención o programa específico para prevenir y atender a los médicos enfermos. Las instituciones sanitarias no disponían de ningún dispositivo asistencial adecuado y específico de abordaje de estos casos, aparte de los usuales para la población general. La respuesta a esta situación era la incapacitación laboral temporal o definitiva del afectado, o bien un proceso disciplinario sancionador.

Se necesitaba una opción más proactiva, y la respuesta sólo podía venir de los colegios y órdenes médicas, cuya misión es regular el ejercicio médico y garantizar su calidad ante los ciudadanos. En España, donde el ejercicio profesional está ligado a una colegiación obligatoria, las corporaciones profesionales también desarrollan una función protectora y de defensa de sus colegiados. Teniendo en cuenta esas premisas, el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) creó en 1998, con la colaboración de la Generalitat de Cataluña, el Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME, o PAIMM en las siglas originales en catalán). Su objetivo es hacer compatibles las funciones de garante de la buena praxis con la ayuda al médico en su enfermedad y posibilitar, así, su rehabilitación.

Acciones precursoras

El fenómeno del médico enfermo ha sido objeto de numerosos estudios en el mundo anglosajón. Estados Unidos, pionero en estas cuestiones, inició en la década de 1970 su abordaje con la identificación del problema, sus causas, condicionantes y consecuencias. Los Impaired Physician Programs, impulsados por el doctor G. Talbott y ligados a los Licensing Boards norteamericanos, suelen citarse como una iniciativa precursora, si bien estuvieron fuertemente impregnados desde el principio de una filosofía punitiva, esto es, de la persecución de las conductas adictivas en los médicos y el resto de profesionales sanitarios. La publicación en la revista JAMA en el año 1973 del artículo The sick physician supuso un hito en el reconocimiento y abordaje de las conductas adictivas como un problema que afectaba la buena praxis médica. El alcohol, los opiáceos legales y las benzodiacepinas son, por este orden, los tóxicos de abuso de mayor prevalencia entre los médicos que consultan en programas especializados estadounidenses.

Con posterioridad, países como Canadá, Australia o Nueva Zelanda han ido implementando programas similares. Todas esas experiencias han mostrado una gran eficacia en el tratamiento de este problema, con tasas de rehabilitación superiores a las de la población general.

En Europa, con excepción de algunas investigaciones y trabajos notables (Firth-Cozens en Reino Unido, Aasland y Tyssen en Noruega) y algún programa de autoayuda, no se generó ninguna iniciativa asistencial específica hasta la puesta en marcha en 1998 del PAIMM (Programa de Atención al Médico Enfermo, en sus siglas originales en catalán) por parte del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), con la colaboración del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

3

Marco legal y deontológico

En 1997, durante el proceso de elaboración del nuevo Código de Deontología, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) trató el necesario cambio cultural profesional ante la cuestión del médico enfermo. Fue un posicionamiento más explícito que el realizado poco tiempo atrás por la American Medical Association (AMA) y la British Medical Association (BMA).

Fruto de esta reflexión de cambio ético-deontológico, la Asamblea de Médicos de Cataluña –convocada expresamente para debatir y aprobar el nuevo Código de Deontología– se mostró unánimemente favorable a introducir dos artículos que constituyeron la base conceptual e ideológica del PAIME:

Art 101. El médico que se sepa enfermo, que sea conocedor que puede transmitir alguna enfermedad o que se vea con dificultades para ejercer con plena eficacia su profesión, tiene el deber de consultar a otro u otros colegas para que valoren su capacidad profesional y seguir las indicaciones que le sean dadas.

Art 102. El médico que sepa que otro médico, por sus condiciones de salud, hábitos o posibilidad de contagio, puede perjudicar a los pacientes, tiene el deber, con la obligada discreción, de comunicarle quien le puede aconsejar la mejor actuación, e igualmente tiene el deber de ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.

Con posterioridad, el Consejo General de Colegios de Médicos de España introdujo los mismos conceptos en su Código.

En el caso del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), el marco legal marcado por sus Estatutos de 1984 ya permitía abordar de manera específica este problema: su artículo 55, referido a Prohibiciones del ejercicio, destacaba la prohibición de ejercer “cuando se evidencien manifiestamente alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que lo incapaciten para el ejercicio, previo el reconocimiento médico oportuno”.

La reforma de 2008

En 2008, después de un nuevo proceso abierto a todos los colegiados, la Asamblea de Compromisarios del COMB aprobó una reforma estatutaria que introdujo algunos artículos que consolidaban la función primordial de la Institución: salvaguardar y defender la buena praxis médica en el marco de una plena autorregulación profesional. En consecuencia, se añadieron nuevos preceptos al régimen sancionador; además de catalogar las infracciones, explicitaban los instrumentos con que contaba la corporación para hacer efectiva esta función de garante, incluyendo el compromiso del médico afectado a seguir las indicaciones.

En su artículo 52, Deberes de los médicos, remarca como obligación “abstenerse de ejercer la profesión cuando existan alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que impidan un

correcto ejercicio, y comunicar al Colegio su posible situación de discapacidad, comprometiéndose al seguimiento de las recomendaciones que la corporación efectúe". El artículo 75 dispone que "la vigilancia y control del ejercicio tiene por objeto la garantía de una adecuada práctica médica, cuando haya indicios de falta de la necesaria plena capacidad y/o competencia para su normal desarrollo, con riesgo para la salud de otros o del mismo colegiado, así como conformar la conciencia de los profesionales respecto a cómo responsabilizarse de los problemas de salud que los mismos pueden sufrir y de los concretos deberes que toda la profesión debe asumir, atendiendo a la trascendencia social de la práctica médica". Por último, el artículo 76 establece que las medidas preventivas de control, que no tienen carácter de sanción, pueden consistir en requerir al médico de abstenerse de realizar determinadas actividades, para no poner en riesgo la salud de sus pacientes.

De esta manera, se reconoce estatutariamente, y de manera explícita, la existencia del fenómeno del médico enfermo como un problema potencial de mala praxis. Además se pone el acento en la voluntariedad del propio afectado para pedir la ayuda correspondiente y se subraya el imperativo de que el médico enfermo deba seguir las recomendaciones que le fueran realizadas. A la vez, se destaca el deber de los colegas de ser proactivos y evitar un corporativismo mal entendido y demasiado frecuente, que lleva a tapar, silenciar o ignorar la evidencia.

Esta reforma estatutaria supuso un cambio de paradigma, que aún ha podido reforzarse más con varios Documentos de Posición Colegial desarrollados por el COMB: *Deberes éticos de los médicos hacia su salud y la de sus familias* y *Deberes de los médicos hacia otros médicos*. En este segundo caso, el énfasis se pone en la responsabilidad de los colegas porque se trata de una obligación ético-deontológica, por responsabilidad legal, por la seguridad de los pacientes, por la imagen profesional y porque se trata de un compañero enfermo al que hay que ayudar.

4

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)

Asistencia, confidencialidad y una perspectiva global

Ofrecer tratamiento al médico enfermo y controlar la praxis médica en el caso de riesgo para los pacientes. Este es el doble objetivo con el que se fundó en 1998 el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo.

El PAIME se caracteriza por una asistencia integral. Sus rasgos esenciales son el abordaje de los trastornos mentales en su sentido más amplio, el carácter no persecutorio y no punitivo (a excepción de los casos de riesgo), el acceso voluntario y la actuación preventiva y de promoción de la rehabilitación. Además de la asistencia sanitaria directa, también procura atención social, asesoramiento legal y laboral y, en algunas ocasiones, formación complementaria y prestación social y económica temporal. Todo ello tanto en los casos de acceso voluntario como en la acción compulsatoria o disciplinaria. Estos signos de identidad se contraponen a modelos que ponen el acento en el control más que en la rehabilitación de los médicos afectados.

El eje fundamental del PAIME es la confidencialidad y la protección de la identidad de los afectados. Esta característica es, de hecho, la piedra angular del Programa, dado que garantiza de forma absoluta el anonimato del médico y atenúa, en gran medida, el recelo inicial a recibir tratamiento en el seno de un programa formal de un Colegio de Médicos.

La iniciativa de las corporaciones profesionales

El PAIME nació en el marco de la corporación profesional, entendiendo que la función reguladora de la praxis médica es explícitamente colegial. El obstáculo fundamental para su puesta en marcha fue la financiación. La posición que prevaleció –y prevalece aún– es la cofinanciación, dado que el PAIME da respuesta a funciones compartidas entre los colegios y la Administración Sanitaria. Así, el Programa desarrolla una función de protección de los ciudadanos y de incremento de la calidad asistencial de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, ayuda al médico enfermo en su tratamiento y rehabilitación. En este proceso, el papel del Colegio también aborda los aspectos sociales, sociolaborales y formativos de los médicos afectados.

En Cataluña, la gestión del PAIME (PAIMM, como se denomina en esa Comunidad) corre a cargo de la Fundación Galatea del Consejo de Colegios de Médicos. Su patronato está formado por representantes de los cuatro colegios de médicos catalanes, el Departamento de Salud de la Generalitat, el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, el Colegio de Veterinarios de Barcelona, el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, Asistencia Sanitaria Colegial y Mutual Médica de Cataluña y Baleares.

A partir del año 2000, el PAIME fue extendiéndose progresivamente al conjunto del Estado español, aunque de forma desigual. Casi todas las comunidades autónomas y consejos autonómicos de colegios de médicos han desarrollado sus propios programas siguiendo las líneas básicas de actuación del modelo catalán. Todos ellos disponen de dispositivos asistenciales de carácter ambulatorio, y toman la Unidad de Internamiento del PAIME de Barcelona como referencia para

los casos más graves que requieran ingreso hospitalario. Existe un grado diferente de implementación y actividad, debido a diferentes factores: la existencia de colegios y consejos pequeños con dificultades para desplegar actuaciones que preserven la protección de la identidad de los médicos afectados; el desigual desarrollo en el ejercicio de la función reguladora y de control de la praxis; o la distinta implicación de la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma (en algunas no existe cofinanciación). Cabe destacar el impulso que la Organización Médica Colegial (OMC) ha dado desde el primer momento para la extensión del modelo en el conjunto de España, y la coordinación asistencial a través de las distintas unidades ambulatorias y una comisión técnica.

4.1. Áreas de intervención

Una acción global y especializada

El PAIME actúa en dos grandes ámbitos: colegial y asistencial. El primero tiene que ver con los procesos disciplinarios o de control de la praxis profesional. Gestionado conjuntamente por el COMB y la Fundación Galatea, actúa como puerta de entrada de la atención integral al médico enfermo.

Tras evaluar cada demanda, se pone en marcha un protocolo específico de protección de la identidad, se lleva a cabo la coordinación con otras instituciones y se inician los procedimientos colegiales cuando se trata de casos de riesgo objetivado y/o relacionados con expedientes de control del ejercicio. Cuando ha sido necesario, el COMB ha activado el Contrato Terapéutico Colegial (CTC), que es un compromiso para el cumplimiento del tratamiento, asumido y firmado por los diferentes actores de un proceso de rehabilitación y control del ejercicio; su finalidad es conseguir la rehabilitación supervisada del médico enfermo mientras continúa trabajando, con limitación o no de su actividad profesional, como se verá más adelante.

La segunda área, la asistencial, proporciona tratamiento psiquiátrico y psicológico con una alta especialización en patología dual (trastorno mental en asociación con conducta adictiva). La ubicación de la unidad de tratamiento, la Clínica Galatea, es confidencial; sólo se comunica a aquellos pacientes que necesitan acceder a ella. Se trata de un espacio exclusivo, discreto y alejado del centro de Barcelona. La actividad de esta unidad se desarrolla en tres ámbitos: internamiento, consulta ambulatoria (que incluye atención psiquiátrica y psicológica tanto individual como grupal) y un hospital de día enfocado a la rehabilitación.

4.2. Actuación del Colegio de Médicos

Objetivo: controlar la praxis médica

En los últimos años, el COMB ha perfeccionado los procedimientos colegiales de control de la praxis médica. Durante el período 2009-2012, de los 680 procedimientos colegiales relativos al control del ejercicio profesional se adoptaron 54 acuerdos relacionados con el PAIME. Estas tramitaciones afectaron a 37 médicos.

4.2.1. Vías de entrada al Programa. Protocolos para la garantía de la buena praxis

El acceso al Programa se realiza siguiendo unas normas y protocolos asistenciales, clínicos y de funcionamiento. El objetivo es garantizar la protección de la identidad del médico enfermo. Además pretende señalar al usuario que el Programa y los servicios asistenciales no son un puro recurso gratuito de ayuda, sino que comportan la asunción de unas normas de compromiso y conducta.

Se contemplan cuatro vías de entrada diferentes:

1. Demanda voluntaria espontánea: cuando el médico enfermo pide tratamiento por su propia única voluntad.
2. Demanda voluntaria inducida: cuando el médico enfermo acude esencialmente por la presión de alguien de su entorno familiar o laboral con mucho ascendente y/o autoridad sobre él. La demanda inducida se califica *de riesgo* cuando el inductor no lo comunica a la Unidad de Acogida y Seguimiento de Procesos (UASP) ni a los órganos colegiales correspondientes y el mismo médico enfermo tampoco lo explica en el momento de la acogida al programa. Estos últimos casos suelen ser diagnosticados a posteriori y suelen darse en individuos que en realidad no desean recibir tratamiento.
3. Demanda por comunicación confidencial: una tercera persona informa a la UASP sobre un posible médico enfermo. En este supuesto, se pide toda la información del caso, intentando reconducirlo hacia una demanda voluntaria cuando es posible y no se han evidenciado riesgos para los pacientes, o bien informando al órgano colegial cuando se trata de una situación de riesgo.
4. Finalmente, la denuncia o queja formal: es la vía de entrada que informa directamente al Colegio de Médicos mediante una denuncia formal sobre la existencia de un médico enfermo con praxis inadecuada o de riesgo. Esta modalidad incluye los casos en los que el Colegio instrumenta de oficio por acción disciplinaria, de control de praxis o derivados por otras informaciones.

Los protocolos del PAIME contemplan que en cualquiera de los casos, sea cual sea el tipo de demanda, si la información pone de manifiesto un riesgo para la práctica médica, y el médico enfermo no estuviera o aceptara estar de baja laboral, se informará al miembro responsable de la Junta de Gobierno del Colegio para determinar qué tipo de actuación se llevará a cabo.

Los casos que acceden de manera voluntaria deberán ser admitidos cuando se constate que sufren un trastorno mental, adictivo o dual, cuando acepten ser tratados por los terapeutas del Programa y cuando acepten las condiciones terapéuticas que se le indiquen. La no firma del documento de aceptación de entrada al Programa o la no-aceptación del plan terapéutico que se proponga son motivos de exclusión.

Los profesionales asistenciales y los responsables de la UASP tienen un papel fundamental: buscar un equilibrio entre la confianza de los médicos afectados hacia los profesionales que los atienden y la adherencia al plan terapéutico que han de seguir con las obligaciones deontológicas, éticas y legales. Así, el médico responsable de la UASP somete el proceso de acogida y clasificación a los principios de garantía antes mencionados, así como de confidencialidad y protección de identidad. Desde esta Unidad se informa al médico enfermo que deberá firmar un documento de aceptación de entrada al programa como paso previo obligatorio para acceder al tratamiento.

4.2.2. Situaciones de riesgo y voluntariedad de la demanda

La experiencia acumulada durante estos años ha detectado que algunos casos de acceso voluntario, inducido o derivados de comunicación confidencial constituyen en realidad situaciones de riesgo, aunque el Colegio no haya sido informado.

Esto explica, como se verá más adelante, que el número de firmas de Contratos Terapéuticos Colegiales no se ajuste al número de casos que acceden al Programa por la vía de la comunicación confidencial. De hecho esta constatación motivó en parte la aprobación en 2009 de la revisión de los Protocolos de Funcionamiento del PAIME antes mencionados.

En estos casos no informados previamente, la UASP y los terapeutas intentan averiguar el grado de riesgo. Lo hacen a través de afirmaciones del mismo médico enfermo o del comunicante confidencial, por quejas de los pacientes recogidas formalmente, por manifestaciones reiteradas y concretas de compañeros y/o superiores, o por la misma evolución y comportamiento del médico enfermo en el proceso terapéutico.

La UASP informa confidencialmente al miembro delegado de la Junta del Colegio y valora conjuntamente la información recibida. Es crucial en estas situaciones determinar el grado de voluntariedad de la demanda y obtener de terceros toda la información relacionada con el caso. Es importante también contar con el concurso y la complicidad de las personas inductoras (colegas, superiores y/o familiares) para que informen sobre el caso directamente a la UASP o, según la gravedad, a la Junta del Colegio. Conseguir esta actitud proactiva depende de una visión integral, capaz de salvaguardar la confidencialidad y los principios que guían el PAIME: la defensa de la buena praxis y la ayuda al médico enfermo para salir de su problema.

En definitiva, se trata de implicar desde el primer momento al entorno profesional y/o familiar del médico afectado, ya que en casos de riesgo no es suficiente “dirigirlo directamente” al Programa. El deber deontológico de los compañeros no puede limitarse a una recomendación pasiva de tratamiento. Su implicación, por muy incómoda que pueda resultar, debe ser más comprometida.

4.2.3. La Comisión de Seguimiento Colegial del PAIME (casos difíciles)

Durante los primeros años del programa, debido a que se estaba llevando a cabo algo muy novedoso y delicado, se hizo necesario crear un espacio de discusión más amplio que el del propio programa en donde poder debatir temas de mucho calado con fuertes repercusiones sobre la vida de personas y su entorno familiar y laboral. Aspectos como los límites de la confidencialidad o cómo manejar los casos informados confidencialmente y que negaban tener ningún problema, se pudieron debatir en reuniones con los secretarios de los colegios oficiales de médicos catalanes, varios psiquiatras del programa, abogados y expertos en deontología médica.

Posteriormente, se vio la necesidad de tratar individualmente algunos casos que presentaban ciertas peculiaridades, así como constituir grupos de trabajo para discutir y redactar los protocolos de funcionamiento y asistenciales del PAIME. Nació así la Comisión de Seguimiento Colegial del PAIME que desde una aproximación integral contemplaba aspectos jurídicos, deontológicos, aspectos clínicos, personales y socio-familiares y el riesgo para la práctica médica de los casos difíciles y/o complicados.

Finalmente, en junio de 2010 se constituyó formalmente la Comisión de Seguimiento Colegial de casos difíciles del PAIME que se reúne periódicamente cada 2 o 3 meses y su misión ha sido, desde entonces, velar por la aplicación de los protocolos del Programa, proponiendo las modificaciones o actualizaciones que procedan. Además, es esta Comisión la que estudia y valora los casos especialmente complejos a propuesta del terapeuta del PAIME o de la UASP, trasladando, si fuera necesario, a la Junta de Gobierno del COMB la propuesta de las medidas acordadas.

La Comisión está compuesta por el coordinador y el gerente del PAIME, el representante de la Junta, el Presidente o un representante de la Comisión de Deontología, el responsable de la UASP, dos terapeutas, responsables clínicos del Programa y un letrado de la asesoría jurídica del Colegio.

TABLA 1

Descripción de los casos difíciles tratados en la Comisión entre junio 2010 y diciembre 2012.

Sexo	Casos difíciles (N=34)
Varón	58,8%
Mujer	41,2%
Motivo de revisión	
Comunicación del trabajo	55,9%
Recaídas frecuentes	32,4%
Diagnósticos	
Consumo de tóxicos	23,5%
Dependencia al alcohol	20,6%
Patología dual	11,8%
Salud mental	38,2%

TABLA 2

Propuestas de actuación de la comisión (no excluyentes entre si).

	Casos difíciles (N=34)
Indicación de baja laboral	8,8%
Limitación temporal de la práctica profesional	26,5%
Interrupción definitiva de la residencia (MIR)	11,8%
Ingreso en la Unidad para tratamiento	11,8%
Firma de un Contrato Terapéutico	50,0%
Ausencia de psicopatología que interfiera en la práctica profesional	8,8%

4.2.4. Las intervenciones en casos de riesgo y el control preventivo del ejercicio: el Contrato Terapéutico Colegial (CTC)

El Colegio de Médicos establece unas medidas preventivas de control, sin carácter de sanción, por las que puede requerir al médico abstenerse de realizar determinados actos o procedimientos o, incluso, del ejercicio profesional en general. El instrumento de este control es el Contrato Terapéutico Colegial (CTC).

Más del 90% de los CTC firmados en Cataluña han sido promovidos por el COMB. Representan casi el 90% de los pacientes PAIME con CTC de Cataluña.

TABLA 3

Pacientes con CTC n=86 (Cataluña)		CTC firmados n=157 (Cataluña)	
Barcelona	89,5%	Barcelona	91,1%

El Contrato Terapéutico Colegial refleja el compromiso de las diferentes partes para el cumplimiento del tratamiento en un ámbito de control del ejercicio. Se inspira en los contratos terapéuticos utilizados a nivel exclusivamente asistencial y tiene el objetivo de vincular el médico enfermo al proceso rehabilitador e implicar a todos los afectados, asistenciales o no. Así, el CTC está firmado por el médico enfermo, su responsable asistencial, el miembro de la Junta del Colegio delegado y, habitualmente, un tutor.

La figura del tutor suele ser un colega o compañero de trabajo aceptado por el paciente, incluso a propuesta del mismo médico enfermo. Desarrolla una función de seguimiento de la evolución del médico enfermo en relación a sus actitudes, comportamiento y praxis, con el fin de detectar las posibles alteraciones de ánimo o de conducta que puedan afectar a la práctica profesional.

En la mayoría de Contratos Terapéuticos Colegiales la figura del tutor acostumbra a ser un superior del paciente (63,6%).

TABLA 4

	Pacientes con CTC n=77 (Barcelona)
Con tutor	75,3%
Tutor es un superior	63,6%.
Tutor es un familiar	7,8%
Tutor es de la institución	3,9%
Sin tutor	24,7%
ME, terapeuta y COMB	20,8%
ME y terapeuta	3,9%

Finalidad y puesta en marcha del CTC

El CTC se pone en marcha cuando existe un riesgo de mala praxis, cuando existe la evidencia de que el médico enfermo necesita tratamiento y niega o minimiza su problema, o bien en situaciones de recaída acompañadas de una tendencia negativa del proceso terapéutico. También se activa cuando el terapeuta observa un gran incumplimiento de las pautas prescritas al médico enfermo, con riesgo para el propio proceso rehabilitador o para la praxis. En estos casos, el terapeuta lo comunica a la UASP, indicándole qué contenidos del CTC cree más apropiados al caso; la UASP lo pone entonces en conocimiento de la Junta del Colegio, que concreta la propuesta de medidas de control.

La mayor parte de CTC tienen una duración de entre 9 y 12 meses. Aproximadamente la mitad de los pacientes ha firmado un solo CTC, mientras que la otra mitad ha requerido más de uno:

TABLA 5

Pacientes con CTC n=77 (Barcelona)		CTC firmados n=143 (Barcelona)	
Nº CTC por paciente		Duración de los CTC	
1 CTC	57,1%	Sin determinar	15,4%
2 CTC	23,4%	6 meses	33,6%
3 y más CTC	19,5%	9-12 meses	49,7%

Compromisos de los firmantes del CTC

El secretario —o un miembro de la Junta de Gobierno del Colegio delegado a este efecto— es quien dirige el acto de la firma. Tras explicitar a las partes sus compromisos, propone las condiciones y duración del CTC. El médico enfermo acepta y reconoce los riesgos reales y/o potenciales existentes sobre su ejercicio como consecuencia de su trastorno patológico. Por lo tanto, acepta también las indicaciones colegiales y las referentes al desempeño de su profesión.

Además del médico enfermo, el CTC implica a las siguientes personas:

1. El médico terapeuta (psiquiatra) que está tratando al médico enfermo. Acepta ser el terapeuta del caso y describe las pautas de tratamiento y control indicados. De manera específica, el régimen de visitas de seguimiento, la frecuencia de los controles toxicológicos y las terapias individuales y/o de grupo. Para que las condiciones terapéuticas y de ejercicio profesional puedan ser determinadas por el Colegio, será necesario que el médico terapeuta emita un informe sobre el enfermo en el que destaque principalmente el riesgo para la praxis.
2. El tutor, habitualmente un colega, excepcionalmente un familiar. Esta figura, propuesta por el propio médico enfermo y aceptada por el Colegio, suele ser alguien que esté cerca del día a día del médico enfermo. Su función es seguir la evolución del médico enfermo con respecto a las actitudes y el comportamiento de su praxis, con el fin de detectar a tiempo posibles alteraciones del ánimo o de la conducta que fueran susceptibles de una recaída o de una falta de cumplimiento de las indicaciones del psiquiatra. Si el proceso no es el esperado, este tutor está obligado a informar al terapeuta del PAIME y, sobre todo, a la Junta de Gobierno del Colegio.
3. Ocasionalmente, un responsable asistencial de la entidad donde trabaja el médico enfermo para ayudar a asegurar el proceso rehabilitador y favorecer su retorno laboral.

Tanto el médico terapeuta como el tutor deben enviar regularmente a la UASP información correspondiente al seguimiento del proceso: cumplimiento de las indicaciones y compromisos, actitudes y conducta del médico enfermo. La UASP, a su vez, deberá informar al responsable colegial.

En el momento de la firma del CTC, el médico enfermo libera del deber de secreto profesional al médico terapeuta respecto al tutor y al secretario o miembro de la Junta delegado, para que puedan evaluar conjuntamente aspectos relevantes del caso. El secretario/delegado de la Junta traslada al médico enfermo que el incumplimiento de los preceptos de dichas medidas conlleva la apertura de un expediente sancionador que a su vez podría conducir, incluso, a la suspensión del ejercicio profesional.

Situación laboral de los pacientes antes y después del CTC

Tras el CTC aumenta en más de un 20% el número de pacientes del PAIME en activo, aunque se consigue la incapacitación de cerca de un 14%.

TABLA 6

Pacientes con CTC n=77		
	Antes del CTC	Después del CTC
ILT (Baja laboral)	45,5%	1,3%
En activo	53,2%	76,6%
Incapacitados	0,0%	14,3%

Comparación entre todos los pacientes del PAIME y los que han firmado CTC

Si comparamos el conjunto de pacientes del PAIME colegiados en el COMB con los firmantes de CTC, tenemos que los médicos enfermos varones firman más CTC que las mujeres, que la mayoría de los firmantes son mayores de 40 años (más del 70%) y que los especialistas en psiquiatría y en anestesia son los más requeridos en proporción a firmar CTC.

TABLA 7

Sexo, edad, especialidad	Pacientes PAIMM (COMB) n=1.321	Con CTC n=77
Hombres	48,2%	76,6%
< = 30	13,7%	9,1%
31-40	24,8%	15,6%
41-50	33,9%	29,9%
51-60	21,8%	39,0%
MFyC	18,8%	11,7%
Psiquiatría	5,5%	11,7%
Anestesia	4,5%	10,4%
Sin especialidad	22,6%	20,8%

4.2.5. Los dictámenes

Los dictámenes psiquiátricos forman parte intrínseca de la actividad colegial y del PAIME. Además son otro instrumento que la corporación tiene a disposición para dar cumplimiento a sus funciones. En nuestro caso, su finalidad es determinar la existencia o no de psicopatología que impida o limite un ejercicio profesional adecuado.

El dictamen es un documento elaborado por un perito psiquiatra independiente (es decir, que no interviene en el proceso asistencial), donde se expresa el resultado de la exploración especializada de las condiciones mentales de un médico y su capacidad para el ejercicio profesional. Instado por su Colegio, bien de oficio, bien a instancias de otros, previa información o indicios de la existencia de una psicopatología, el dictamen podrá incluir eventualmente pruebas complementarias, neuroimagen, análisis de drogas y/o tóxicos, etc.

En nuestra experiencia, el perito psiquiatra explica su función al evaluado y le informa de los fines del examen, los límites de la confidencialidad y su destino.

En el periodo 2009-2012 se practicaron 9 dictámenes periciales para determinar la existencia de patología y el riesgo para el ejercicio profesional.

4.2.6. Médicos apartados del ejercicio

Durante el periodo estudiado (1998-2012), 99 médicos fueron apartados definitivamente del ejercicio a través de diversos mecanismos no disciplinarios sin que fuera necesaria la incoación de expediente sancionador (excepto en dos casos). También se reorientaron otros por limitación parcial del ejercicio y/o de reorientación de especialidad.

La acción del equipo asistencial y de la propia área colegial, con el apoyo de la Comisión de casos difíciles y el Programa de Protección Social del COMB, ha permitido una conducción personalizada hacia la condición de no ejercientes, sin medidas disciplinarias asociadas cuando la propia enfermedad o sus consecuencias no permitían una curación o rehabilitación compatibles con el ejercicio profesional.

5

Conclusiones

1. Existe una cierta coincidencia entre diversos estudios en situar la prevalencia de los problemas de salud mental y/o adicciones de los facultativos en torno al 12% a lo largo de su vida profesional (estimada en 40 años de ejercicio).
2. La trascendencia de este fenómeno es importante: un médico enfermo puede ver afectada su praxis y, por lo tanto, la calidad del acto médico y la salud de sus pacientes.
3. Existe una responsabilidad compartida entre las organizaciones profesionales, las administraciones públicas y los gestores sanitarios.
4. En nuestro país, el ejercicio de la profesión médica va ligado a la colegiación obligatoria. En consecuencia, los Colegios ostentan las funciones de regulación y control del ejercicio profesional. A ellos corresponde en primera instancia acometer la solución del problema. Las administraciones y los gestores sanitarios también tienen una responsabilidad de favorecer soluciones, teniendo en cuenta su función de salvaguarda de la calidad de los servicios sanitarios.
5. La creación e implementación del Programa de Atención Integral (PAIME) por parte del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) se hizo con la determinación autoreguladora de combinar dos objetivos: asegurar la buena praxis médica y ayudar al médico enfermo en su enfermedad y rehabilitación.
6. En el periodo comprendido entre noviembre de 1998 y diciembre de 2012 se han atendido a través del PAIME 1.903 médicos (1.558 de Cataluña). En el caso del COMB, se atendieron 1.315 médicos. De ellos, 77 precisaron medidas específicas colegiales de control del ejercicio y tutela a través de CTC y 99 tuvieron que acogerse a una invalidez o se gestionó su retiro del ejercicio de forma no disciplinaria.
7. Durante el período estudiado (noviembre 1998-diciembre 2012), el PAIME ha constituido un buen instrumento para el control de la praxis médica, ya que 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 demostrado ser de una gran eficacia.
8. A través de una vía de acceso específico, la gran mayoría de médicos atendidos lo ha hecho de manera voluntaria. Se ha preservado la confidencialidad al máximo y la protección de la identidad de los médicos atendidos. De ello se concluye la buena aceptación del Programa por parte de los médicos de Cataluña.
9. A pesar de ello, aún existe una desacertada cultura de conmisericordia por parte de muchos médicos hacia la situación de un colega enfermo.
10. Así, la misma acción asistencial y de adhesión terapéutica se convierte en un control primario del ejercicio, a través del consejo directo de los terapeutas cuando el afectado tiene conciencia de enfermedad.

11. Uno de los elementos más destacables y singulares del PAIME es el hecho de que 99 médicos fueran apartados del ejercicio profesional a través de un proceso de persuasión y de gestión individualizada de los casos, sin necesidad de recurrir a una vía compulsatoria, siendo esta excepcional. Probablemente, el hecho de que el COMB disponga de instrumentos de protección y ayuda para el médico colegiado (Programa de Protección Social) y que en nuestro país exista un sistema público de protección social haya reforzado en gran medida este aspecto, en contraste con la experiencia de los programas norteamericanos, más punitivos y con sistemas de organización social más liberales y con menor cobertura.
12. Se han firmado 143 CTC en el COMB, que afectaron a 77 médicos (el 78 %, hombres). El intervalo de edad más frecuente es de 41-55 años. Las especialidades que cuentan con mayor porcentaje de contratos firmados en relación a los médicos de su especialidad atendidos por el PAIME son psiquiatría, anestesiología y ginecología, aunque los médicos que han firmado más contratos son los que no tienen especialidad.
13. La elaboración de protocolos asistenciales y de funcionamiento del PAIME ha sido notablemente intensa. Destacan especialmente los protocolos referentes a los casos de mayor riesgo y a los casos que habiendo ingresado de manera voluntaria en el Programa constituían ya desde el inicio un riesgo para el ejercicio.
14. En cuanto a la situación laboral, los resultados obtenidos son contundentes respecto a la acción rehabilitadora: la mayoría de los médicos (más del 80%) estaban trabajando mientras estaban siendo tratados en el PAIME. Cabe destacar la acción y esfuerzo rehabilitador en los casos donde, además, se precisó de medidas de control a través de la firma de un Contrato Terapéutico Colegial (CTC).
15. El COMB ha desarrollado diversos mecanismos para salvaguardar legalmente y deontológicamente todos los procesos que se llevan a cabo en el PAIME, tanto en la vertiente asistencial como en la colegial profesional.
16. Finalmente, y como consecuencia de lo señalado en el punto 4, la existencia de un marco de ejercicio ligado a la colegiación obligatoria permite que el Colegio de Médicos, a través del PAIME pueda desarrollar ampliamente sus funciones de garante de la buena praxis médica ante la sociedad. Y viceversa, el cumplimiento de éstas justifica la necesidad de la colegiación obligatoria.

The Integral Care Programme for Sick Physicians and the Medical Practice Monitoring

The Experience of the Medical Council of Barcelona

Edit: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona and Fundació Galatea

Director: Dr. Jaume Padrós Selma.
Coordinator of PAIMM (1998-2013), President of the Galatea Foundation (2001-2013) and Vice-President of the Medical Council of Barcelona.

Collaborators: Dr. Antoni Arteman Jané.
Managing Director of the Galatea Foundation.

Dr. Eugeni Bruguera Cortada.
Director of PAIMM Programmes.

Dra. Carme Bule Albiol.
Head of Admittance Unit and Process Follow-up.

Dr. Miquel Casas Brugué.
Scientific consultant of PAIMM.

Dr. Antoni Gual Solé.
Head of Psychiatric Assessment Unit.

Sra. Mercedes Martínez Pérez.
Lawyer of legal Department of the Medical Council of Barcelona.

Sra. Anna Mitjans Garcés.
Coordinator of Programmes of the Galatea Foundation.

Sr. Ignasi Pidevall Borrell.
Director legal Department of the Medical Council of Barcelona.

Legal deposit: B. 27382-2013

Study published in November 2013

Presentation

One of the Medical Council's main missions is to help professionals be in adequate physical and mental conditions in order to practise medicine correctly, without putting their patients' health at risk.

This is why the Integral Care Programme for Sick Physicians was created. Healthcare professionals suffering from mental disorders or addiction can find help, while simultaneously ensuring the quality of medical interventions and healthcare. Confidentiality and professionalism are two of its defining features of excellence.

Medical practise includes certain risks. Some depend on each individual, but most on the characteristics of the profession itself, which can greatly affect a doctor's welfare and psychological health. The organisational type and model of the workplace can be decisive, and the context can be favourable or unfavourable.

These circumstances determine a healthcare professional's vulnerability in handling complex situations, in which psychological and emotional stability are taken for granted. A profession that works for the welfare and health of its fellow citizens must be able to apply the same principles to healthcare professionals. It must ensure personal and professional rehabilitation and, in the rare event that this is not possible, it must efficiently apply monitoring measures or work to achieve the individual's permanent leave from practise.

The objectives of a quality healthcare system and a society that puts its trust in the medical profession depend, to a great extent, on the efficient work of programmes like PAIMM.

I am particularly proud of the results we have obtained, and especially of the values that the programme has embraced since its founding, 15 years ago. Congratulations to all who have made it possible. We will maintain its standard of excellence and continue improving it day by day.

Dr. Miquel Vilardell Tarrés
President of the Medical Council of Barcelona

Index

1. Introduction	55
2. The Definition of "Sick Doctor"	56
3. Legal and Deontological Framework	58
4. The Integral Care Programme for Sick Physicians (PAIMM).....	60
4.1. Areas of Intervention	61
4.2. Activities of the Medical Council.....	61
4.2.1. Channels for Entering the Programme. Protocols to Guarantee Best Practises	62
4.2.2. At-risk situations and willingness of request.....	63
4.2.3. The Medical Council Monitoring Committee for PAIME (for difficult cases)	63
4.2.4. Risk Intervention and Preventive Monitoring of Medical Practise:	
Medical Council Therapeutic Contract (CTC).....	65
4.2.5. Rulings	69
4.2.6. Physicians with Permanent Leave from Practise	69
5. Conclusions.....	70
References and Bibliography.....	72

Introduction

In this monograph we address the basic legal and ethical-deontological concepts upon which the Integral Care Programme for Sick Physicians has been based, as well as the monitoring results of the Medical Council of Barcelona's* work since its founding in 1998.

The results and experience accumulated over the past 15 years have allowed us to improve and adapt the Programme's tools and procedures in all areas. They demonstrate that, in addition to being a pioneer initiative in Europe, we have had a very positive experience both in treating doctors with mental health problems and/or addictions in overcoming their problems and becoming rehabilitated, and in achieving the professional board's main objective of maintaining quality of treatment and of the doctor-patient relationship.

Some key factors that explain the success of this initiative are: efficiency of applied treatments, recovery and rehabilitation rates, a personalised handling of the more complex cases, which require measures for protection and monitoring of medical practise, accompaniment of those for whom the consequences of their illness were incompatible with a continuation of their practise and who needed a dignified way to abandon the profession... and, especially, the trust that all the members of the medical profession have put in the Programme, demonstrating an active and conscious sense of self-responsibility and solidarity.

We should therefore maintain and improve this tool in favour of doctors and of all of society that we serve.

PAIMM has been made possible because it has become a collective and cooperative tool. It is only fair, therefore, to recognise the many people and institutions that have made it possible. Some of the most important factors have been the sensitivity and professionalism of the treatment team; the Medical Council teams' dedication, commitment and competence; the presidents, the different Council boards and ethics committees; the Health Department of Autonomous Government of Catalonia, the ministers and their teams for their determined institutional, financial and strategic support; the Medical Association of Catalonia for its promotion efforts; the Patrons of the Galatea Foundation for promoting its objectives; and Dr. Josep Fàbregas for having founded together with the Medical Council of Barcelona, Serra de Vilana, the company that has bravely guaranteed the treatment equipment for PAIMM, Galatea Clinic, especially in times of crisis. We thank all of them.

Finally, we would like to thank Almirall for its help in publishing this monograph.

Dr. Jaume Padrós Selma

(*) As this monograph is about medical practise monitoring, we decided to use the term "Medical Council of Barcelona" in the English translation, although "Col·legi de Metges de Barcelona" has both functions of medical council and medical association.

2

The Definition of “Sick Doctor”

“Sick doctor” is a generic term referring to doctors whose professional practise is compromised by psychological problems and/or addiction to alcohol or other drugs, including psychoactive drugs. About 12% of doctors develop some type of mental and/or addiction problem at some point in their professional career (which is estimated at 40 years of practise).

Sick doctors represent a risk for their patients’ health. They are also a source of countless problems within their family and work settings. The uniqueness of this problem lies in two aspects. On the one hand, a sick doctor does not usually behave like most patients do, nor is he/she used to following therapist guidelines. He/she has difficulty in asking for help and often opts for self-diagnosis and self-prescription. He/she also often maintains an attitude of denial or minimisation of the problem, or of sympathy or secrecy when the person affected is a colleague. The second aspect (a consequence of the first), is how a sick doctor’s professional practise can become compromised and represent a risk for his/her patients. At the same time, a doctor’s attitude toward his/her patients who are colleagues are often less appropriate than those that they have with their other patients.

Up until a few years ago, most European health systems provided no specific kind of sick doctor prevention or treatment programme. Health institutions had no adequate or specific treatment policy to address these cases, apart from the usual ones aimed at the general public. The typical response to this situation was a temporary or definitive revocation of the sick doctor’s medical license, or disciplinary proceedings.

What was needed was a more proactive approach, and the answer could only come from the medical councils and orders, whose mission it is to regulate medical practise and guarantee its quality for all citizens. In Spain, where professional practise is subject to mandatory affiliation, the professional associations also carry out a protective function in defence of their members. In 1998, with these premises in mind, the Medical Council of Barcelona (COMB) created the Integral Care Programme for Sick Physicians (PAIMM in the original Catalan initials), in collaboration with the Catalonia Autonomous Government. Its objective is to make the task of ensuring best practices compatible with that of helping doctors with their illnesses and, thereby assist in their rehabilitation.

Forerunners

The sick doctor phenomenon has been subject to numerous studies in English. In the 1970's, in the United States, a pioneer in these issues, the problem, its causes, determining factors and consequences began to be identified. The *Impaired Physician Programs*, promoted by Dr. G. Talbott, and others linked to the American *Licensing Boards*, are often cited as the forerunning initiative, even though they were strongly imbued with a punitive philosophy from the outset. Doctors and other healthcare personnel who demonstrated addictive behaviours were persecuted. The publication of the article, *The Sick Physician*, in JAMA magazine in 1973, was a milestone in recognising and addressing addictive behaviours as a problem that affected best medical practices. Alcohol, legal opiates and benzodiazepines are, in that order, the most heavily abused drugs among doctors who enter specialised programmes in the United States.

Later, countries like Canada, Australia and New Zealand initiated similar programmes. All of these experiences have demonstrated the efficiency of treatment for this problem, with higher rehabilitation rates than those of the general public.

In Europe, with the exception of some notable papers and research (Firth-Cozens in the United Kingdom, Aasland and Tyssen in Norway) and some self-help programmes, no specific treatment initiative was created until 1998, with the inauguration of PAIMM (the Integral Care Programme for Sick Physicians) by the Medical Council of Barcelona (COMB) and the Catalan Medical Council (CCMC), with the collaboration of the Catalonia Autonomous Government Health Department.

3

Legal and Deontological Framework

In 1997, while the Deontology Code was being drawn up, the Catalan Medical Council (CCMC) addressed the need for cultural change with respect to sick doctors within the profession. It was a more explicit position than the one just taken earlier by the American Medical Association (AMA) and by the British Medical Association (BMA).

As a result of this debate regarding this ethical-deontological change of posture, the Physicians Assembly of Catalonia – which had been convened for the sole purpose of discussing and approving the new Deontology Code– was unanimously in favour of introducing two articles that would constitute the conceptual and ideological basis of PAIMM:

Art 101. It is the duty of any doctor who is conscious of being sick, or that he/she could transmit a disease, or has difficulty in fully and efficiently practising his/her profession, to consult with other colleagues so that they may evaluate his/her capacity to work and to follow instructions given.

Art 102. It is the duty of any doctor who is conscious that another doctor could compromise the health of his/her patients, be it due to his/her health, personal habits or possibility of contagiousness, to direct him/her (with all due discretion), to a person who can suggest the best mode of action, as well as to inform the Medical Council. Patient welfare must always be a priority.

The Spanish General Association of Medical Councils later introduced the same concepts into its Code.

The Medical Council of Barcelona (COMB)'s 1984 legal framework of statutes, already provided that this problem be specifically addressed: in Article 55, referring to Prohibitions of practise, highlighted the prohibition of practising “when physical or psychological changes or addictive behaviours are visibly noticeable, that impede his/her carrying out said practise, following recognition of the fact on behalf of a pertinent physician”.

The 2008 Reform

In 2008, following a new process open to all affiliated members, the Assembly of Delegates of COMB approved a statutory reform introducing several articles that consolidated the institution's primary role of safeguarding and defending best medical practises within the framework of total professional self-regulation. As a result, new precepts were added to the disciplinary regime. In addition to defining violations, they specified the mechanisms by which the Council could carry out its role as guarantor, including the sick doctor's commitment to follow instructions given.

In Article 52, *Duties of Physicians*, it highlights the obligation to “abstain from practising the profession when physical or psychological changes or addictive behaviours are present that prevent correct practise, and to communicate one's possible impairment, committing oneself to following the

recommendations of the Council". Article 75 states that "surveillance and monitoring of practise is aimed at guaranteeing adequate medical treatment when there are signs lack of full capacity and/or competence necessary for normal exercise of duties, which could represent a risk to the health of others or to that of the affiliated physician; as well as strengthening professionals' awareness of how to be responsible for their own health problems and the specific duties that all in the medical profession must fulfil, in recognition of the social impact of medical practise". Lastly, Article 76 states that non-disciplinary preventive monitoring measures can require physicians to abstain from carrying out certain activities in order to avoid putting their patients' health at risk.

The existence of the sick doctor phenomenon as a potential malpractice problem is thereby explicitly recognised in the bylaws. An emphasis is also made on the responsibility of doctors themselves to willingly ask for help, and on their obligation to follow recommendations made them. At the same time, it states the duty of colleagues to be proactive in avoiding misunderstood and all too frequent forms of corporatism, in which colleagues cover up, keep quiet or ignore the evidence of a problem.

This statutory reform brought about a change in paradigm, which was further strengthened through various Council Position Documents developed by COMB: *The ethical duties of doctors to their health and that of their families* and *Duties of doctors to other doctors*. In the latter case, emphasis was placed on the responsibility of colleagues, as an ethical-deontological obligation, to ensure legal responsibility, patient safety, a professional image, and as the issue at stake is a sick colleague who needs help.

4

The Integral Care Programme for Sick Physicians (PAIMM)

Treatment, Confidentiality and a Comprehensive Perspective

This Programme aims at offering treatment to sick doctors and at monitoring medical practise for cases of risk to patients. This is the double objective for which Integral Care Programme for Sick Physicians was created in 1998.

PAIMM provides comprehensive treatment. Its main features are treatment of mental disorders in the widest sense, the non-disciplinary or non-punitive nature of its actions (with the exception of at-risk cases), voluntary access and preventive action, and promoting rehabilitation. In addition to direct clinical treatment, it also provides social, legal and professional services, and in some cases, complementary training and temporary social services and financial aid. All of this is offered both in voluntary admissions and in obligatory or disciplinary ones. These identifying features set us apart from other models whose emphasis is on monitoring more than rehabilitation of doctors.

PAIMM's guiding principles are confidentiality and protection of the identity of those treated. This characteristic is, in fact, the cornerstone of the Programme, since it provides an absolute guarantee of doctors' anonymity, thereby significantly reducing initial suspicion doctors may have in accepting treatment within a formal Medical Council Programme.

Initiatives of Professional Corporations

PAIMM was created within and by a professional corporation, meaning that the regulating efforts in medical practise are explicitly of the Medical Council. The main obstacle in its execution was funding. The prevailing position was and is co-financing, since PAIMM covers tasks shared by the different Medical Councils and the Health Administration. The Programme therefore acts to protect citizens and to increase quality of treatment in healthcare services. At the same time, it helps sick doctors with their treatment and rehabilitation. In this process, the Medical Council's activities also cover the social, job-related and training needs of doctors treated.

In Catalonia, PAIMM is managed by the Galatea Foundation of the Catalan Medical Council. Its board is made up of representatives of the four Catalan Medical Councils, the Health Department of the Autonomous Government, The Nursing Council of Barcelona, the Veterinarian Council of Barcelona, the Pharmacists Council of Barcelona, Assistència Sanitària Col·legial and Mutual Mèdica de Catalunya i Balears.

From 2000 onwards, PAIMM started expanding throughout Spain, albeit with an unequal distribution. Almost all of the Autonomous Governments and their Medical Councils have developed their own Programmes following the Catalan model's basic working guidelines. They all have outpatient treatment facilities, and recognise the PAIMM Inpatient Unit of Barcelona as a point of referral for the most serious cases that require admission. Each programme differs from the rest in terms of types of implementation and activities. This is due to several factors, among which: small medical councils and boards find it difficult to protect the identity of doctors treated; unequal regulating and monitoring initiatives in the medical practise, or different levels of commitment on

behalf of the Health Administration of each Autonomous Community (some do not benefit from co-financing). It is noteworthy that the Spanish Association of Medical Councils (OMC) gave an impetus from the very beginning in extending the model throughout the country and in coordinating treatment through different outpatient clinics and a technical committee.

4.1. Areas of Intervention

Comprehensive and Specialised Action

PAIMM works in two large areas: Medical Council and Treatment. The first includes the disciplinary or monitoring processes of medical practise. It is managed together with COMB and the Galatea Foundation, and acts as an open door to comprehensive treatment for sick doctors.

After each application is reviewed, a specific identity protection protocol is initiated, the case is addressed in coordination with other institutions and Medical Council procedures are initiated in cases of objective risk and/or related to disciplinary action following monitoring of medical practise. When necessary, COMB has applied the Medical Council Therapeutic Contract (CTC), a commitment to comply with treatment, that is agreed on and signed by all involved in the rehabilitation and monitoring process. The objective of the contract is to achieve supervised rehabilitation for sick doctors while they continue working; with or without limitations to their medical practise, as explained below.

The second area, Treatment, provides highly specialised psychiatric and psychological treatment of dual pathology (a mental disorder combined with addictive behaviour). The location of treatment, the Galatea Clinic, is confidential; only patients that need to go there know where it is. It is an exclusive, discreet place outside the centre of Barcelona. Work in this unit is divided into three areas: admission, outpatient clinic (which includes both individual and group psychiatric and psychological treatment) and a day hospital dedicated to rehabilitation.

4.2. Activities of the Medical Council

Objective: To Monitor Medical Practices

In the last few years, COMB has perfected Medical Council proceedings in monitoring medical practice. From 2009-2012, of the 680 Medical Council practice monitoring proceedings, 54 of the agreements adopted were PAIMM-related. These procedures have affected 37 physicians.

4.2.1. Channels for Entering the Programme. Protocols for Guaranteeing Best Practices

Access to the Programme is done following certain guideline, treatment, clinical and functioning protocols, all with the objective of guaranteeing that the sick doctor's identity be protected. They are also aimed at informing the user that the Programme and treatment received are not just a free help service, and that they require commitment with norms of commitment and conduct.

Four channels are provided for entry:

1. Spontaneous voluntary request: when the sick doctor requests treatment by his/her own volition.
2. Induced voluntary request: when the sick doctor turns up essentially following pressure by a member of his/her family or work setting who has significant influence over him/her. The induced request is considered at-risk when the inducer does not notify either the Admissions and Follow-Up Process Unit (UASP), or the respective professional entities, nor does the sick doctor him/herself explain the situation at the time of admission to the Programme. The latter are often diagnosed later and often occur with individuals who do not really desire to receive treatment.
3. Confidentially reported request: a third party informs the UASP about a possible sick doctor. Here, all information is collected about the case in order either to persuade the individual him/herself to voluntarily seek help (when possible and when there is no observable risk to patients), or else to inform the Medical Council in an at-risk situation.
4. The formal complaint or report: the Medical Council is directly informed, by means of a formal report, of the existence of a sick doctor whose practise is inadequate or at-risk. This mode includes cases in which the Medical Council proceeds with disciplinary action, monitoring of medical practise or finds further information on its own account.

PAIMM protocols state that in any case, whatever form the request may take, if the information reveals a risk to medical practise and the sick doctor isn't or shouldn't want to be on a leave of absence, the responsible member of the Medical Council Board of Directors will be informed to determine what action should be taken.

Voluntary requests shall be admitted upon confirmation that the individual suffers from a mental disorder, an addiction or a dual pathology, that they accept treatment with the Programme's therapists, and when he/she accepts the therapeutic conditions indicated. A lack of signature on the Programme admission acceptance form, or non-acceptance of the therapy plan proposed, shall be reason for exclusion.

Treatment professionals and the heads of UASP have a key role, that of seeking a balance between sick doctors' trust of the professionals helping them and strict adherence to the therapy plan that they must follow, based on their deontological, ethical and legal obligations. The medical director of UASP subjects the admission and classification process to the above-mentioned guarantee principles, as well as those of confidentiality and protection of identity. The sick doctor will be informed by this Unit that he/she must sign a Programme entrance acceptance form as an initial mandatory step in accessing treatment.

4.2.2. At-risk Situations and Willingness of Request

Experience in these past few years has shown that some cases of voluntary, induced or confidentially reported requests actually constitute at-risk situations, even when the Medical Council has not been informed.

This explains why, as will be explained below, the number of signatures of Medical Council Therapeutic Contracts does not match the number of cases entering the Programme by way of confidentially reported requests. In fact, this observation motivated the approval, in 2009, of the revision of the aforementioned PAIMM Protocols of Functioning.

In previously unreported cases, the Admissions and Process Monitoring Unit (UASP) and therapists together attempt to determine the risk level. They base their observations on what the doctor him/herself (or the anonymous reporter) states, on official patient complaints, on repeated and specific statements made by co-workers and/or superiors, or on how the sick doctor's behaviour itself evolves during the therapeutic process.

The UASP informs the Medical Council Board delegate in a confidential manner and they together evaluate the information received. In these cases, it is crucial to determine the willingness of request and to collect further information related to the case from third parties. The assistance of people close to the sick doctor (colleagues, superiors and/or family members) is also important in providing the UASP, or (depending on the gravity of the case), the Medical Council Board, with direct information. A comprehensive vision is essential in achieving a proactive attitude. It must be capable of ensuring confidentiality and the central principles of PAIMM: defending best practises and assisting sick doctors in resolving their problems.

In conclusion, the professional setting and/or family of the sick doctor should be involved, since it is not sufficient to "simply direct" at-risk cases to the Programme. The deontological duty of co-workers cannot be limited to a passive recommendation of treatment. Their commitment, as uncomfortable as it may be, must be stronger.

4.2.3. The Medical Council Monitoring Committee for PAIME (for Difficult Cases)

In the early years of the programme, we realised that a more extensive space for discussion was necessary in order to address the new and delicate nature of what was being done, to debate issues of great importance and that have significant repercussions in the lives of patients, their families and workplaces. Therefore, such aspects as the limits to confidentiality, or how to handle confidentially reported cases of those who denied having a problem, could be debated in meetings with secretaries of the official Catalan Medical Council, the programme's psychiatrists, lawyers and experts in medical deontology.

We later found it necessary to treat cases with certain characteristics individually, and to create workgroups to discuss and draw up PAIMM's procedural and treatment protocols. That is how the Medical Council Difficult Cases Committee was founded, which promoted a global approach in analysing legal, deontological, clinical, personal and social/family aspects and the risk that difficult or complicated cases pose to medical practise.

Finally, in June 2010, the Medical Council Monitoring Committee of difficult cases in PAIME was formally founded. It meets periodically every 2 or 3 months and its mission has been to ensure compliance with programme protocols and proposing any necessary changes or updates. This Committee also studies and evaluates especially complex cases upon request by a PAIMM or UASP therapist, or, if necessary, requesting the COMB Board of Directors for a proposal for measures to be taken.

The committee is made up of PAIMM's Coordinator and Director, a Board representative, the President or a representative of the Deontological Committee, the Director of UASP, two therapists, clinical directors from the Programme and an advocate from the Medical Council legal consultancy.

TABLE 1

Description of difficult cases treated by the Committee between June 2010 and December 2012.

Sex	Difficult Cases (N=34)
Men	58,8%
Women	41,2%
Reason for revision	
Reported from work	55,9%
Frequent relapses	32,4%
Diagnoses	
Drug use	23,5%
Alcoholism	20,6%
Dual pathology	11,8%
Mental health problem	38,2%

TABLE 2

Committee proposals for intervention (one or more of the following).

	Difficult cases (N=34)
Suggested leave of absence	8,8%
Temporary limitation of medical practise	26,5%
Definitive interruption of residency (MIR)	11,8%
Admission to the treatment unit	11,8%
Signing of therapy contract	50,0%
Absence of psychopathology that would interfere with medical practise	8,8%

4.2.4. Interventions in At-risk Cases and Preventive Monitoring of Practise: the Medical Council Therapeutic Contract (CTC)

The Medical Council establishes non-disciplinary preventive monitoring measures that doctors may require in abstaining from carrying out certain activities or procedures, or even medical practise itself. The monitoring tool used is the Medical Council Therapeutic Contract (CTC).

Over 90% of CTC's signed in Catalonia have been promoted by COMB. They represent almost 90% of PAIMM patients with a CTC from Catalonia.

TABLE 3

Patients with CTC n=86 (Catalonia)		CTC's signed n=157 (Catalonia)	
Barcelona	89,5%	Barcelona	91,1%

The Medical Council Therapeutic Contract represents a commitment on behalf of the parties involved in compliance with treatment, within the medical practise monitoring process. It is based on the therapeutic contracts used exclusively on the treatment level. It aims to guide sick doctors through the rehabilitation process and at involving all those affected, whether in treatment or not. The CTC is to be signed by the sick doctor, the person responsible for his/her treatment, a member of his/her respective Medical Council Board, and, normally, a tutor.

The Tutor figure is often a colleague or coworker who has been accepted, or even proposed, by the patient. His/her role is to follow the evolution of the sick doctor's process with respect to his/her attitude, behaviour and medical practise, to detect possible changes in mood or conduct that could affect his/her practise.

The Tutor figure exists in most Medical Council Therapeutic Contracts, and is usually the patient's superior (63.6%).

TABLE 4

	Patients with CTC n=77 (Barcelona)
With tutor	75,3%
Tutor is a superior	63,6%.
Tutor is a family member	7,8%
Tutor belongs to the institution	3,9%
Without tutor	24,7%
SD, therapist and COMB	20,8%
SD and therapist	3,9%

CTC Aims and Interventions

The CTC is carried out when there is a risk of malpractice, when there is evidence that the sick doctor needs treatment and denies or minimises the problem, or in relapse with a negative attitude towards the treatment process. It is also enacted when the therapist observes a significant noncompliance on behalf of the sick doctor with the instructions given, which puts his/her own therapeutic process or medical practise at risk. In these cases, the therapist communicates the situation to the UASP, indicating which aspects of the CTC he/she thinks most applicable to the case. The UASP then informs the Medical Council Board, who draws up a proposal for monitoring measures.

The CTC generally lasts from 9 to 12 months. Approximately half of patients have signed only one CTC, while the other half have required more than one:

TABLE 5

Patients with CTC n=77 (Barcelona)		CTC's signed n=143 (Barcelona)	
N° of CTC's per patient		Duration of CTC's	
1 CTC	57,1%	Unknown	15,4%
2 CTC	23,4%	6 months	33,6%
3 or more CTC's	19,5%	9-12 months	49,7%

CTC Signer Commitments

The Medical Council Board Secretary –or another Board member delegated for this purpose– oversees the signing. After explaining the commitments to the parties involved, he/she proposes the conditions and duration of the CTC. The sick doctor accepts and recognises the current and/or potentially existing risks for his/her practise as a consequence of his/her pathological disorder. He/she therefore also accepts the Council's indications and those regarding his/her practise.

In addition to the sick doctor, the CTC involves the following people:

1. The psychiatrist who is treating the sick doctor. He/she accepts the case and describes treatment and monitoring protocol given. These are: a regimen for monitoring visits, the frequency of drug testing and individual and/or group therapy. In order for the Medical Council to determine the conditions for therapy and for continuing medical practise, the therapist must submit a report on the sick doctor highlighting the risk to his/her medical practise.
2. The Tutor is normally a colleague, and only sometimes a family member. This figure, proposed by the sick doctor him/herself and approved by the Medical Council, is often a person who shares the sick doctor's day-to-day life. His/her task is to follow the sick doctor's progress regarding his/her attitude and behaviour in medical practise, in order to detect possible changes of mood or conduct that could indicate a relapse or noncompliance with the psychiatrist's indications in time. Should the process not live up to expectations, the Tutor is obligated to inform the PAIMM therapist and, especially, the Medical Council Board.
3. Sometimes, the person in charge of the sick doctor's treatment at his/her place of work helps ensure the rehabilitation process and favour his/her reinstatement.

Both the therapist and the Tutor will send periodical information regarding the monitoring process to the UASP, such as compliance with indications and commitments and the sick doctor's attitude and behaviour. The UASP, in turn, will inform the Medical Council.

At the time of signing of the CTC, the sick doctor frees the therapist from his/her oath of confidentiality regarding the identity of the Tutor and the Board secretary or representative so that they may evaluate together important details of the case. The Board secretary or representative informs the sick doctor that noncompliance with these measures will lead to a disciplinary file being opened that could eventually lead to the revocation of his/her medical license.

Patient work status before and after the CTC

Following the creation of the CTC, the number of PAIMM patients in active duty increased by 20%, although about 14% had their licenses revoked.

TABLE 6

Patients with CTC n=77		
	Before the CTC	After the CTC
ILT (On work leave)	45,5%	1,3%
Active duty	53,2%	76,6%
License revoked	0,0%	14,3%

Comparison between all PAIMM patients and those who signed the CTC

If we compare all COMB-affiliated PAIMM patients with the signers of the CTC, we see that sick male doctors sign the CTC more than female ones, that most signers are over 40 (over 70%), and that Psychiatry and Anaesthesiology specialists are proportionally the most prevalent signers of the CTC.

TABLE 7

Sex, Age, Specialisation	PAIMM (COMB) Patients n=1,321	With CTC n=77
Men	48,2%	76,6%
< = 30	13,7%	9,1%
31-40	24,8%	15,6%
41-50	33,9%	29,9%
51-60	21,8%	39,0%
Medicine and Surgery	18,8%	11,7%
Psychiatry	5,5%	11,7%
Anaesthesiology	4,5%	10,4%
No specialisation	22,6%	20,8%

4.2.5. Rulings

Psychiatric rulings are an intrinsic part of the Medical Council and PAIMM's activities. They are an additional tool that the corporation has to fulfil its functions. In our case, its objective is to determine the existence of a psychopathology that prevents or limits adequate medical practise.

The ruling is a document drawn up by an independent expert psychiatrist (one who does not intervene in the treatment process), in which the results of specialised exam of the doctor's mental condition and his/her capacity for practising medicine. Upon his/her Medical Council's request, either on its own account, or on behalf of others, and upon receiving information or observing signs attesting to the existence of a psychopathology, a ruling can require complementary tests, neuro-imaging, drug and/or psychotropic drug tests, etc.

In our Programme, the expert psychiatrist explains his/her role to the person being evaluated and informs him/her about the results of the exam, limits regarding confidentiality and what will befall him/her.

In the period from 2009-2012, 9 expert rulings took place to determine the existence of a pathology and any risk to medical practise.

4.2.6. Physicians with Permanent Leave from Practise

During the period studied (1998-2012), 99 physicians had their medical licenses permanently revoked through various non-disciplinary mechanisms, without the need for a disciplinary file to be opened (except in two cases). Others were repositioned due to partial limitation of their right to practise and/or were oriented towards a different specialisation.

The work of the treatment team and that of the respective Medical Council area, together with the support of the Committee on Difficult Cases and COMB's Social Protection Programme, have favoured a personalised process whereby sick doctors (whose illness or its consequences made a cure impossible or rehabilitation was incompatible with medical practise), have been accompanied in leaving the practise, with no need for the disciplinary measures associated with it.

5

Conclusions

1. Various studies coincide in estimating the prevalence of mental health problems and/or addictions at some point in physicians' careers (estimated at 40 years of practise) at around 12%.
2. This phenomenon is significant, as a sick doctor's medical practise may be compromised, as will the quality of his/her actions and his/her patients' health.
3. There is a shared responsibility between professional organisations, public administrations and healthcare managements.
4. Medical practise is linked to mandatory affiliation in our country. As a result, the medical councils play an important role in regulating and monitoring medical practise. Their first task is to find a solution to the problem. Health administrations and managements are also responsible for favouring solutions, given their role in maintaining the quality of healthcare services.
5. The Integral Care Programme for Sick Physicians (PAIMM) by the Medical Council of Barcelona (COMB) and the Catalan Medical Council (CCMC), was created and implemented to combine two self-regulating objectives: ensuring best medical practices and helping sick doctors through their illness and rehabilitation.
6. In the period between November 1998 and December 2012, 1,903 doctors (1,558 from Catalonia) were treated through the PAIMM Programme. 1,315 doctors were treated through COMB. Of these, 77 required specific medical council monitoring and protective measures through a CTC and 99 had to take a sick leave, or a non-disciplinary termination of practise was achieved.
7. In the period studied (November 1998-December 2012) PAIMM has developed efficient mechanisms for monitoring medical practise, through medical council initiatives that are organised and based on the signing of the Medical Council Therapeutic Contracts (CTC). The latter has proved to be quite efficient.
8. Thanks to its unique admissions process, the vast majority of doctors treated arrived on a voluntary basis. Maximum confidentiality and protection of doctors' identities were maintained. From this, one can infer a good acceptance level of the Programme by doctors of Catalonia.
9. Despite the above, attitudes of commiseration still prevail among many doctors when confronted with a sick colleague.
10. Treatment and adherence to therapy are two main focuses of monitoring of medical practise, through therapists' direct recommendations to sick doctors who are conscious of their illness.

11. One of the most remarkable observations about PAIMM is the fact that 99 physicians have been expelled from medical practise through persuasion and an individualised case management process, without the Medical Council having to resort to exceptional disciplinary measures. The combined resources of COMB's protection and help services for affiliated physicians (Social Protection Programme), and our public welfare system probably favoured this aspect. This is in contrast with the experience of American Programmes, which are more punitive and whose social organisational systems are more liberal and offer less coverage.
12. 143 CTC's have been signed with COMB, which affected 77 physicians (78% of which were men). The most frequent age range is 41-55 years. The specialisations that have a higher percentage of signed contracts compared to doctors of their same specialisation treated by PAIMM, are Psychiatry, Anaesthesiology and Gynecology. The doctors that have signed the most contracts, however, are those lacking a specialisation.
13. The creation of treatment protocols and PAIMM's day-to-day functioning have been quite intense. Especially noteworthy are the protocols for the highest risk cases and those of individuals who were admitted on a voluntary basis and who represented a risk for medical practise from the outset.
14. The results of job-related rehabilitation are significant, as most of the physicians (over 80%) were working while they were being treated at PAIMM. This is particularly true of cases of doctors in rehabilitation who were being monitored through the Medical Council Therapeutic Contract (CTC).
15. COMB has developed various mechanisms to legally and ethically guarantee all processes carried out by PAIMM, both in treatment and with regards to professional affiliation.
16. Finally, as a consequence of point 4, the existence of a medical practise framework that is linked to mandatory affiliation allows the Medical Council, through PAIMM, ample room to execute its societal role as guarantor of best medical practises. Guaranteed best practises in turn justify the need for mandatory affiliation.

Referències i bibliografia

Referencias y bibliografía

References and bibliography

- The Sick Physician: Impairment by Psychiatric Disorders, Including Alcoholism and Drug Dependence. JAMA. 1973;223(6):684-687.
- 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
- 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).
- Physician Health policy and well-being. West J Med. 2001 Jan;174(1):5-7
- Gastfried dr. Physician substance abuse and recovery: what does it mean for physicians and everyone else? JAMA 2005; 293: 1513-1515
- Leape L, Fromson JA. Problem doctors: Is there a system level solution ? Am Intern Med. 2006; 144:107-15
- Talbott G Douglas, Gallegos KV, Wilson PO Porter. The medical association of Georgia's impaired physicians program. JAMA Vol 257 n 21 June
- Conner S Lon. Comparasion of imapired physician programs nationwide. MMJ Vol 37 n 3.
- 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.
- Brown Roger, Schneidman Barbara. Physicians's health programs: what's happeneing in the USA ? MJA, 4 October 2004 Vol 181, n 7 pages 390-391
- Brewster JM; Kaufmann M, Hutchinson S. Characteristics and outcomes of doctorsin a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. BMJ 2008; 337:a2098
- SchattnerP, davidson S, Serry N. Doctor's Health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. MJA 4 October 2004 Vol 181. N7 pages 348-349.
- Wilhelm Kay, Reid Alison. Critical decison points in the management of impaired doctors: the New South Wales Medical board program. MJA vol 181 n 74 October pages 372-375. 2004
- Richards JG. Caring for the carers. New Zeland medical journal. Vol 102: 381-383. 1989.
- Wayne M &col. The Medical Marriage. Sustaining healthy relationships for physiscians and their families. American Medical Association, 2000.
- Firth-Cozens J. Depression in doctors. En: Roberttson MM, Katona CLE editors. Depressions and physical illness. New York: John Wiley & sons, 1997.
- Firth-Cozens J, Redferm N, Moss F. Confronting error in patient care. Unpublished report to the NHS R&D PRP, 2002.
- Health assessments. General Medical Council (GMC). www.gmc-uk.org/concerns/making_a_complaint/a_guide_for_health_professionals.asp
- National Clinical Assessment Service. National Patient Safety Agency. National Health Service (NHS). www.ncas.npsa.nhs.uk.uk
- Practitioner's Health Programme. www.ncas.npsa.nhs.uk/health/practitioner-health_programme.
- Arteman A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. El médico como paciente.

- Jano Atención Primaria. Recursos asistenciales, formativos y de investigación, 2004.
- Bosch X. First impaired physicians therapy program appears to be successful in Spain. JAMA vol 283, n 24 June 28 3186-3187
- Federation of State Physician Health Programs. www.fsphp.org
- 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
- Consejo de Colegios de Médicos de España. Código de Deontología. Madrid OMC, 1999. <http://www.cgcom.org/sites/default/files/Codigo.pdf>
- Estatuts Col·legi de Metges de Barcelona (COMB). <http://www.comb.cat/cat/collegi/docs/estatuts.pdf>
- 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
- Deures ètics dels metges cap a altres metges. Document de posició del COMB. www.comb.cat/cat/comb/publicacions/sic/sic108/sic07.htm
- Bosch X. New group to look at helping the sick doctors of Europe. The Lancet. Vol 358 n 9294. November 17. 2001
- Manifiesto de Barcelona. Primeras Jornadas Europeas PAIME 2001. Butlletí de l'Organización Médica Colegial. Febrer 2001
- 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
- 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.
- 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
- Conveni Departament Sanitat-COMB-Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per a la creació del PAIMM. 1998
- Bosch Xavier. First impaired physicians program appears to be successful in Spain. JAMA vol 283 n 24 June 28, 3186-3187.
- Arteman A. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Información Psicológica n 77 pag 22-28.
- 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
- Bosch Xavier. Catalonia makes plans to help addicted doctors. The Lancet Vol 352 n 9133 Sep 26 pag 1045
- Arteman A. ¿Qué hacer cuando el paciente es un colega? Dos años de experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)? Adicciones Vol 13 n 1.

- 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.
- Padrós J. El médico enfermo. Humanitas. Jul 2009
- Bruguera E. Los programas de tratamiento para profesionales de la salud enfermos en España. Anuario de investigación en adicciones.
- Lusilla MP, Roncero C. Doctores y adicciones: el programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.
- 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
- EL PAIMM. <http://paimm.fgalea.org/>
- El PAIME. http://paimm.fgalea.org/cast/home_cast.htm
- Demografia col·legial 2010. Font COMB.
- P. Lusilla, Antoni Gual. El médico enfermo. Suplements d'Annals de Medicina. Vol 90. Supl 4. Març 2007.
- 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.
- Lusilla P, Gual A, Bruguera E, Casas M. Delay in seeking help among impaired impatient physicians. Ponència presentada a la 2010 International Conference on Physician Health "Physician Health and Resiliency in the 21st Century"
- Brooke D, Edwards G, Taylor C. Br J Addict. 1991; 86(8):1011-1016
- 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
- Klitzman R. When Doctors become patients. Oxford University Press. 2008
- American Medical Association Council on Mental health. The sick physicians impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. JAMA 1973;223:684-687
- Gambe Harry L, Douglas Henry J. The Soul of the Physician. AMA Press. 2002 AMA Press. 2002
- Talbott GD and Benson EB. Impaired Physicians: The dilemma of identification. Postgraduate Medicine, 68:58-64. 1980.
- Murray M. Psychiatric illness in doctors. 1974. The Lancet 1, 1211:1213
- Aasland O. Substance among physicians. Tidsskr Nor Lægeforen 124 (7): 913 (2004).
- Stanton J and Caan W. How many doctors are sick ?. 2003. BMJ Careers Focus 326:597^a
- 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.
- T Thompson W & col. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health. BMJ 2001; 323: 728-731.

- Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctor's health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Med J Aust* 2004; 181:348-349
- Kauffmann M. Physician Burn out. Cause and condition. Ontario Medical Association. Physician Health Program. Ontario Medical Review, 2001.
- Aoun H. From the eye of the storm, with the eyes of a physician. *Ann Intern Med* 1992; 116:335-338.
- Firth-Cozens J. Problemes de la salut dels metges. Fundació Galatea, 2008
- Garcia-Guasch R, Roigé J, Padrós J. Substance abuse in anesthesiologists. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012 Apr;25(2):204-9.

Amb el suport de:



Patronat de la Fundació Galatea:



COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA
FUNDACIÓ GALATEA

Passeig de la Bonanova, 47 - 08017 Barcelona - Telèfon 93 567 88 88
<http://www.comb.cat> - <http://www.fgalatea.org>