

# EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO

A. Arteman, E. Bruguera, M. Casas, J. Colom, A. Gual y J. Padrós

**RESUMEN** El personal sanitario está considerado un grupo con alto riesgo de padecer trastornos mentales, con o sin adicción al alcohol y/o a otras drogas. De este grupo destacan los médicos por ser un colectivo con gran responsabilidad sobre la salud de la población en general y la de sus pacientes en particular, y además por ser unos enfermos de muy difícil tratamiento. El PAIME es un programa creado conjuntamente por los 4 Colegios de Médicos y la Generalitat, para que los médicos enfermos de Cataluña reciban de forma específica tratamiento especializado y confidencial, en el marco de un compromiso entre el médico enfermo, su psiquiatra y su colegio profesional, que, al fin y al cabo, es quien le registra como médico y le autoriza para ejercer la profesión. Este tipo de programas es bastante común en los EUA, Canadá y Australia, sin embargo en Europa apenas se ha tomado conciencia de la problemática en algunos países. Esta experiencia que se expone aquí es pionera en nuestro continente y debería ser un primer paso para que de verdad se cuide a los que cuidan.

**PALABRAS CLAVE** médico enfermo, problemas psíquicos, trastornos mentales, conductas adictivas, contrato terapéutico, inhabilitación profesional.

**ABSTRACT** Health personnel are considered to be a group with a high risk of suffering from mental disorders, with or without addiction to alcohol and/or other drugs. Within this group, physicians stand out because of their responsibility for the health of the population in general and that of their patients in particular, and because they are, themselves, patients who are especially difficult to treat.

PAIME is a programme created jointly by the 4 Medical Councils of Catalonia and its Autonomous Government (Generalitat) devoted specifically to treating sick physicians in a specialised and confidential manner, within a framework of a commitment between the sick doctor, his/her psychiatrist and his/her Medical Council, which, in the last analysis, authorises him/her to practise medicine.

This kind of programme is quite common in the U.S., Canada and Australia; in some countries of Europe, however, they have barely become aware of the problem. The experience that is exposed here is a pioneering one in our continent and should be a first step towards truly healing the healers.

**KEY WORDS** Sick physician, psychological problems, mental disorders, addictive behaviours, therapeutic contract, professional impairment.

## *Antecedentes*

Desde siempre se ha sabido que hay médicos que durante el ejercicio de su profesión han desarrollado trastornos mentales y conductas adictivas asociadas o no a las primeras (Anguers D., et als, 1998). Normalmente estos médicos, a los que denominamos enfermos para no usar otras acepciones que pudieran tener connotaciones peyorativas, por lo general no demandan ayuda a los servicios sanitarios y presuponen un riesgo para la salud de sus pacientes (Walzer, 1990).

Los médicos no son los únicos afectados por estas enfermedades adictivas y/o mentales, sino que también el resto de personal sanitario lo padece y en proporciones importantes, siendo de destacar el personal de enfermería como uno de los que más. Aunque por lo que respecta a este trabajo sólo nos referiremos a los médicos enfermos. Este fenómeno ha sido muy poco estudiado en general, pero donde más se ha tratado en las últimas décadas ha sido en los EUA, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, en donde se crearon progra-

*Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*

*Correspondència: Director del PAIMM.*

*E-mail: [paimm@comb.es](mailto:paimm@comb.es)*

*<http://www.paimm.net>*

## DATOS RELATIVOS A LA SALUD DE LOS MÉDICOS

1. Es una de las 5 profesiones con más morbilidad mental
2. De un 15 a un 40 %, según los autores, padecen Burn-out
3. Un 28 % presentan síntomas de padecimiento psiquiátrico
4. Presentan 3 veces más cirrosis y cáncer hepático

mas de atención a los médicos enfermos de carácter no punitivo, pero sí coactivo en razón de unos criterios previamente establecidos (Centrella M., 1994). En Europa, por lo general, tan sólo se disponen para estos médicos enfermos, de medidas punitivas de las diferentes administraciones públicas una vez el problema ya se ha instaurado de forma crónica y patente. Muy recientemente han surgido algunas iniciativas para atender a estos profesionales, de entre las cuales presentamos la que estamos llevando a cabo en Cataluña (The Lancet, 1998) (Jama, 2000).

### Definición

Entendemos por médico enfermo, aquel que puede ver afectada negativamente su práctica profesional por causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, o a otras drogas, incluidos los psicofármacos.

Esta definición se basa en los artículos 91 y 92 del Código de Deontología, Normas de Ética Médica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, aproba-

do por la Asamblea General de Médicos de Cataluña en Barcelona el 16 de Junio de 1997 (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1997). El contenido de estos artículos es muy parecido al del artículo 19 del Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial de España de 10 de Septiembre de 1999.

### ¿Porqué hay médicos enfermos?

Algunos autores señalan que no hay diferencias significativas entre la población general y los médicos en lo referente a padecer este tipo de problemas de salud, otros proponen que sí las hay entre unas u otras profesiones, entre ellas la de médico, y finalmente unos pocos han observado una clara diferencia entre los profesionales de la medicina y los demás (Vaillant G.E., et als, 1972) (Bruguera M., et als, 2001).

Pero lo cierto es que hay una serie de datos, que presentamos en el siguiente cuadro, que nos llevan a considerar que este tipo de problemas deben ser valorados como efectos secundarios e indeseables de la práctica

## FACTORES QUE FAVORECEN EL PROBLEMA

1. Conocimiento de la fisio-patología y del mecanismo de actuación de los psicofármacos.
2. Mayor facilidad en el manejo de sustancias psicotrópicas.
3. Tendencia general a la auto-prescripción y a la auto-terapia por parte de los profesionales de la medicina.
4. Elevada frecuencia de rasgos de personalidad vulnerables: tendencia al perfeccionismo, gran auto-exigencia, rigidez y poca flexibilidad.
5. Tendencia a negar y ocultar sus problemas de salud.
6. Período formativo muy estresante.
7. Permisividad del entorno.

## FACTORES QUE DIFICULTAN EL TRATAMIENTO

1. Miedo a ser identificados como médicos enfermos que han fracasado en uno mismo.
2. Miedo a la estigmatización que conllevan este tipo de patologías.
3. Miedo a perder la credibilidad como profesionales de la salud entre sus colegas y entre los pacientes.
4. Prepotencia terapéutica y de auto-control.
5. Falta de confidencialidad de los servicios públicos.
6. Ocultación del problema por parte de los familiares y de los colegas.
7. Hábitat inadecuado de los servicios públicos de hospitalización psiquiátrica.
8. Problemas económicos para recibir tratamientos hospitalarios privados.
9. Miedo a perder el trabajo.
10. Miedo a ser inhabilitados para el ejercicio de la profesión.

### INCIDENCIA ESTIMADA EN CATALUÑA

- 90 nuevos casos al año
- 54 casos detectables

### INCIDENCIA ESTIMADA EN ESPAÑA

- 497 nuevos casos al año
- 298 casos detectables

de la medicina, y como tales, hay que prevenirlos y tratarlos. Además también hay que manejarlos como problemas de carácter laboral y concernientes a la salud pública, por sus repercusiones entre la población general susceptible de ser atendida por estos profesionales enfermos.

Además se invocan una serie de factores que favorecen el problema y otros que dificultan además el tratamiento de dichos médicos enfermos (O'Connor P.G., et als, 1997).

### *Incidencia estimada del problema*

Son varias y diversas las cifras que se barajan de posibles médicos afectados (Anguers D., et als, 1998) (Walzer, 1990), (Hughes P.H., et als, 1992). La incidencia más probable de casos que nosotros consideramos es la de un 10-12% de afectados de entre la población médica en ejercicio a lo largo de toda su vida profesional media, considerada de unos 40 años. Es importante señalar que la literatura científica al caso revela que tan sólo se detecta para su tratamiento posterior un 60% de estos casos.

### *¿Cómo se creó el PAIME?*

Por todo ello los Colegios de Médicos de Cataluña con el de Barcelona al frente, a la vista de lo que decía al respecto el Código de Deontología de la profesión, propusieron a la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya la creación de un programa específico que hiciera frente a tal situación.

El día 15 de Septiembre de 1998 se firmó de un Convenio de Colaboración entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el Servei Català de la Salut por una parte, y el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona por otra, con la posterior adhesión del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, para la creación y puesta en marcha del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIMM en catalán). Con la finalidad de atender de forma específica a estos médicos enfermos, gratuitamente en el ámbito de Cataluña, para rehabilitarlos y al mismo tiempo, evitar o minimizar el riesgo que pudieran representar para la salud de sus pacientes (PAIME, Barcelona, 1998). El programa lo

## EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Médicos: 75 - 88 %

Población General: 66 %

Médicos a los 2 años: 83,7 %

Médicos a los 5 años: 97,5 % (\*)

(\*) Contempla la posibilidad de alguna recaída terapéutica durante el período.

Y además se invocan los siguientes factores de éxito para estos programas (Anguers D., et als, 1998):

## FACTORES DE ÉXITO

1. Garantizar en todo lo posible la confidencialidad.
2. Crear programas asistenciales:
  - a. Diferenciados de los servicios generales y
  - b. Específicos para atender a los médicos enfermos.
3. Promover la participación de los Colegios Oficiales de Médicos para que ejerzan su responsabilidad en la autorregulación de la profesión, tutelando el ejercicio de la medicina por parte de los médicos enfermos en rehabilitación.
4. Utilizar la figura del Contrato Terapéutico como reflejo del compromiso mutuo entre el médico enfermo, su médico terapeuta y su Colegio Oficial de Médicos.
5. Obtener la financiación pública de estos programas para resolver este problema de salud pública.
6. Proporcionar tratamientos especializados y específicos que incluyan:
  - a. Intervenciones ambulatorias médicas y psicológicas intensas y frecuentes.
  - b. Controles analíticos periódicos de abstinencia.
  - c. Internamientos frecuentes y a veces prolongados.

financia en un 80% el Gobierno de la Generalitat mediante una subvención y en un 20% los Colegios profesionales participantes, y lo gestiona el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

### Efectividad de este tipo de programas

También se tuvo en cuenta que, según diversas evaluaciones llevadas a cabo en EUA (Talbot G.D., 1987), (Shore J.H., 1987), la efectividad de los tratamientos

de programas específicos para médicos enfermos como el de Cataluña, medida en tasas de casos rehabilitados sobre total casos atendidos, es mucho más elevada que los dirigidos a la población general, tal y como se puede observar en el cuadro superior.

### Características del PAIME

Esta fórmula permite a los Colegios de Médicos ofrecer circuitos asistenciales diferenciados de los generales, con medidas especiales para el mantenimiento

de la confidencialidad y la aplicación de tratamientos especializados e intensivos. En contrapartida, mediante un Contrato Terapéutico los médicos enfermos se comprometen por escrito, a comportarse como «buenos» pacientes en el cumplimiento de las prescripciones que les sean indicadas por los médicos terapeutas. O sea, a seguir los tratamientos farmacológicos y/o psicológicos, a cumplir las restricciones necesarias en la práctica profesional, a someterse a los controles analíticos que se establezcan, etc.

Si el supuesto médico enfermo niega su problema y

templán ayudas económicas durante el tratamiento en caso de que fueran imprescindibles.

Las enfermedades que se incluyen en el programa son por una parte, las conductas adictivas al alcohol, a otras drogas ilegales y a los psico-fármacos y por otra, los trastornos mentales más graves y susceptibles de distorsionar la realidad de los médicos en ejercicio que las padecen, como la paranoia, la esquizofrenia, los trastornos bipolares y otras depresiones graves. Aunque desde una perspectiva más preventiva, últimamente también se atienden las patologías mentales llamadas

### MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD

1. Teléfono directo y confidencial.
2. Correspondencia postal anónima para el programa.
3. Cambio de nombre desde que se entra en tratamiento.
4. Restricción absoluta de la información a terceros.
5. Localización discreta de la unidad de tratamiento.
6. Acceso a la unidad reservado únicamente a los pacientes.

el Colegio tiene evidencias claras de que lo padece, se ordena un examen psiquiátrico con emisión de dictamen sobre las capacidades del médico enfermo. En el caso de que el médico enfermo ya esté siendo tratado particularmente por algún médico, se pide al mismo que informe sobre su estado mental para el ejercicio de la profesión y se le invita a participar en el Contrato Terapéutico del médico enfermo con su Colegio Profesional.

### *Prestaciones*

El programa brinda una atención integral al médico enfermo, ya que estos pacientes suelen presentar varios problemas asociados a su trastorno mental y/o adictivo, que de no ser atendidos o encauzados debidamente, imposibilitarán alcanzar un resultado satisfactorio en su tratamiento.

Las prestaciones del programa incluyen pues, servicios sanitarios y sociales. Las prestaciones sociales son el asesoramiento jurídico y laboral, e incluso se con-

menores, como la depresión simple, la angustia, las fóbias, etc., ya que en muchos casos se han revelado como situaciones precedentes a consumos de tóxicos y al desarrollo de patologías psiquiátricas mayores.

Los servicios clínicos incluyen diagnóstico, tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, estos últimos tanto individuales como de grupo o de familia. Dichos servicios pueden prestarse tanto en régimen ambulatorio como en internamiento, total o parcial. La ubicación concreta de la unidad clínica en la ciudad de Barcelona, permite por una parte, un aislamiento terapéutico y confortable para los médicos ingresados y por otra, un acceso muy discreto y fácil para los que siguen el tratamiento ambulatorio. Los médicos ingresados disponen además de los tratamientos propiamente dichos, de una oferta de servicios complementarios muy amplia y atractiva, con gimnasio con monitor, tenis de mesa, biblioteca, periódicos y revistas, TV-video en las habitaciones, sala de lectura con música, juegos y otros.

La actividad ambulatoria se inició en noviembre de 1998 en 3 consultorios, el internamiento hospitalario específico en la unidad propia comenzó en marzo de 1999 con 8 camas y los controles sistemáticos de orina se instauraron en junio de 1999. Este próximo verano de 2000 se ampliarán las camas a 13, los consultorios a 5 y además se abrirá un Hospital de Día de 11 plazas.

### **Resultados del período 30/11/98 al 30/04/01 (PAIMM, Barcelona, 2001)**

Siempre se procura que el acceso al PAIMM sea mediante una demanda voluntaria de tratamiento, ya que de esta forma la garantía de confidencialidad es mucho mayor. De hecho es como si hubiera dos tipos de programa: uno voluntario y otro más coactivo que se emplea cuando los compañeros, superiores o familiares presionan para que el médico enfermo entre en el programa.

#### **VÍAS DE ACCESO AL PROGRAMA**

1. Demanda voluntaria de tratamiento: 81,4 %
2. Información confidencial: 12,7 %
3. Denuncia formal ante el Colegio: 5,9 %

Diferenciamos el motivo de la primera demanda telefónica de los usuarios, del diagnóstico clínico una vez atendida la demanda.

#### **MOTIVO DE LA DEMANDA**

- Problemas psíquicos: 51 %
- Conducta adictiva al alcohol: 31,4 %
- Conducta adictiva a otras drogas: 17,6 %

Según nuestra experiencia, la presentación de los diagnósticos psiquiátricos entre los afectados es variada tal como se muestra en el cuadro adjunto, aunque cada vez es más frecuente la presentación dual con conductas adictivas.

#### **DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

- Esquizofrenia: 4,5 %
- Trastorno Esquizotípico: 4,5 %
- Trastorno Bipolar: 9,2 %
- Episodio depresivo grave: 29,5 %
- Distimia: 11,4 %
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 6,8 %
- Anorexia nerviosa: 6,8 %
- Trastorno Límite de Personalidad: 2,3 %
- Trastorno Control de Impulsos: 6,8 %

#### **DATOS DE CERCA DE DOS AÑOS Y MEDIO DE FUNCIONAMIENTO**

- 204 casos atendidos
- Un 12'3 % proceden de fuera de Cataluña
- El 75 % tiene entre 36 y 55 años de edad
- Por cada 7 hombre hay 3 mujeres
- Un 17,3 % han preferido ser tratados por psiquiatras privados
- Un 15,6 % de casos han requerido un Contrato Terapéutico
- 1as Visitas: 184
- Visitas sucesivas: 1.847
- Relación 1<sup>a</sup>/sucesivas: 10
- Psicoterapias individuales: 1.671
- Psicoterapias de grupo: 396
- Dictámenes periciales: 17
- Ingresos: 84
- Reingresos: 18
- Índice de hospitalización: 45,7 %
- Estancia media: 33,3 días

En estos casi dos años y medio de funcionamiento los datos estadísticos son los que se presentan en el cuadro siguiente.

### ***Por un marco de colaboración interterritorial e interprofesional.***

Un programa de estas características debe servir para atender a un conjunto de población suficientemente amplio para que pueda ser sostenible tanto en experiencia como en costes. Nuestra estimación es que son necesarios unos 150.000 a 200.000 médicos (también puede servir para otros profesionales sanitarios) para que dicho proyecto prospere. Lo que en nuestras latitudes querría decir una región de unos 50 a 70 millones de habitantes e incluso más, es decir, España, Portugal, Sur de Francia y tal vez parte de Italia. Sobre todo para poder mantener operativa una unidad propia de internamiento, ya que los costes son muy elevados si se quiere hacer con las debidas garantías de calidad (confidencialidad, especificidad, especialidad y profesionalidad) y además que sea eficaz y eficiente. Nuestro programa PAIMM, consciente de la novedad y complejidad del tema, desea colaborar estrechamente con equipos de otras comunidades autónomas y de otras profesiones sanitarias, impulsando programas descentralizados de carácter ambulatorio, elaborados con criterios comunes basados en la experiencia y la evidencia clínicas, para la detección, tratamiento y rehabilitación de profesionales sanitarios enfermos.

En esta línea cabe señalar que desde septiembre de 2000, el Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona ha puesto en marcha el programa RETORN, de forma muy similar al PAIMM y aprovechando la misma Unidad Clínica. Próximamente RETORN se ampliará al resto de colegios de enfermería de Cataluña.

### ***Referencias Bibliográficas***

Anguers D., Talbott, G.D.; Healing the healers. *The addicted physician*. Libro. Edi. Psycho social Press. 1998.

Walzer RS. *Impaired physicians: an overview and update of the legal issues*. J Legal Med 1990; 11: 131-198.

Centrella M. *Physician addiction and impairment-current thinking: a review*. J Addictive Dis 1994; 13:91-105.

The Lancet. 1998; 352; 9133: 999 y 1045.

JAMA. 2000; 283; 24:3186.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Folleto. 1997; 28.

Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. *Some psychologic vulnerabilities of physicians*. NEJM 1972; 287:372-381.

Bruguera M. y otros. *La actitud de los médicos en relación a su propia salud*. Artículo en preparación. Feb. 2001.

O'Connor PG, Spickard A. *Physician impairment by substance abuse*. Med Clin N Amer 1997; 81:1037-1052.

Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC. *Prevalence of substance abuse among UD physicians*. JAMA 1992; 267:2333-2339.

Convenio de colaboración entre el Servei Català de la Salut y el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya por una parte, y por otra el col·legi Oficial de Metges de Barcelona, para la creación y puesta en funcionamiento del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Barcelona, 15/09/1998.

Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO et al. *The Medical Association of Georgia's impaired physician program*. Review of the first 1.000 physicians. JAMA 1987; 257:2927.

Shore JH. *The Oregon experience with impaired physicians on probation: an eight-year follow-up*. JAMA 1987; 257: 2931.

Resultats de dos anys de funcionament del PAIMM. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació Col·legial. Boletín bimensual. En prensa. Marzo 2001.