

El médico enfermo

Jaume Padrós i Selma

Secretario del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y Secretario del Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya (CCMC). Barcelona.

APROXIMACIÓN A UN PROBLEMA

El asunto de la salud de los médicos ha sido de siempre controvertido. La sociedad en general ha atribuido a los médicos una supuesta posesión de invulnerabilidad ante la enfermedad, como si la misma condición de galeno llevara consigo un mágico escudo protector. Parecería que el acceso a ese conocimiento ajeno al resto de mortales les permitiera incluso poseer el secreto de la permanente y eterna salud. Y, como no podía ser de otra forma, los médicos han participado de ese subconsciente colectivo, siendo de siempre y en la práctica incapaces de asumir adecuadamente la condición de paciente cuando la situación lo requería.

En esas circunstancias, cuando el médico enferma, éste suele actuar por exceso o por defecto, pero en todo caso lejos de lo que él mismo acostumbra a recomendar a sus pacientes. Y lo que es peor, no sabe o es incapaz de pedir ayuda. Y cuando la afección o el trastorno está en la esfera mental o se relaciona con alguna adicción, la respuesta es aún más negacionista, llegando incluso a arrogante y prepotente. Dicho de otra manera, en términos populares, "en casa del herrero, cuchara de palo".

Sin embargo, algunos autores sugieren con razón que el haber podido asumir la condición de enfermo le puede llevar a una transformación positiva y espectacular en términos de humanidad, incluso espiritual. Una visión distinta sobre el sufrimiento de los demás, una mayor capacidad de transferencia y comprensión. En definitiva, una oportunidad para el cambio en la relación médico-enfermo¹. Por ello, estos mismos autores sugieren que se debe conocer y profundizar aún más la gestión del proceso del médico con problemas de salud más allá del puro análisis diagnóstico y del tratamiento psiquiátrico. En la misma línea argumental, en el film "The Doctor", de Randa Haines y basada en el libro del mismo título de Robert Caswell, se aborda con acierto la situación de un médico cirujano cardíaco, de actitud prepotente y despótica, que debe enfrentarse a un diagnóstico repentino de cáncer, a una enfermedad que le convierte en un paciente ordinario de su propio hospital. Por primera vez en su vida se ve obligado a sentir lo que todos los pacientes sienten, y a confiar ciegamente en un sistema médico que no es infalible, con su eterna burocracia, sus exámenes humillantes, sus imponentes aparatos, y sus abarrotadas salas de espera. Y en ese tránsito, y debido también a la relación que establece con los propios enfermos con los que comparte diagnóstico, tratamiento e incertidumbre, y se sumerge en una crisis personal que tendrá repercusiones en todos los ámbitos de su vida, lo que le supone una oportunidad para el cambio de valores, prioridades y actitudes.

Dejando aparte los factores individuales, desde la formación de pregrado y durante todo el tiempo de ejercicio profesional el médico se ve sometido a un estrés importante.

La competitividad académica, el proceso de una formación continuada permanente y una puesta a punto constante, la autoexigencia, la presión asistencial, las expectativas de los pacientes y sus familias, el miedo y la realidad de las demandas y reclamaciones, los errores y sus consecuencias, el trabajo en solitario, o en organizaciones donde se tienda a la despersonalización de la relación médico-paciente y a la limitación de la capacidad de autonomía en la toma de decisiones o en la organización de su propio trabajo, todas ellas aparecen como factores reales de génesis del estrés profesional del médico. Sin olvidar el fenómeno de exceso de información para uno mismo que a menudo ayuda a distorsionar la realidad y el pronóstico de la propia enfermedad y el miedo a la estigmatización por parte de los pacientes y de los propios colegas. Uno de estos perfiles, caricaturizado en el medio televisivo, lo encontramos en el personaje de la serie Dr. House. Pero, lejos de la ficción, olvidamos el solitario trance, a veces dramático, en el que debe convivir el médico con sus problemas².

De hecho, en algunas organizaciones profesionales como la BMA -en nuestro país existe alguna experiencia emergente como la que llevan a cabo en la delegación del Colegio de Médicos de Barcelona en la comarca del Bages, en Barcelona- se ha llegado a proponer la existencia de la figura de médico de médicos, alguien que conozca a fondo las peculiaridades de un médico enfermo y en un contexto en el que se superen los miedos existentes a la estigmatización y a la pérdida de confidencialidad³.

Todo ello adquiere mayor trascendencia por cuanto son muchos los valores éticos que se manejan y, porque, en definitiva, de la salud del médico depende también la capacidad de éste para ejercer correctamente. Por ello, no sólo deberíamos referirnos a un problema específico de los profesionales de la medicina, sino más bien, y en cuanto puede tener consecuencias sobre los ciudadanos, a un problema de salud pública.

En este contexto, algunas organizaciones profesionales en los EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda iniciaron en la década de los 70 una serie de programas asistenciales dedicados de forma específica a los trastornos mentales, pero sobre todo a los relacionados con adicciones y que podían afectar a la praxis de esos profesionales. Todo ello fruto de la preocupación ciudadana por la mejora de la calidad asistencial de los servicios sanitarios.

En EE.UU. se promulgaron leyes y reglamentos que establecieron controles de calidad tanto para el ejercicio como para los propios procedimientos clínicos. Concretamente, en 1969 y 1971, respectivamente, los Comités Médicos de los estados de Texas y Florida promulgaron iniciativas con la finalidad de establecer un marco definido de actuaciones para la profesión que regulase las actuaciones en casos de médicos en ejercicio que padecían enfermedades mentales y/o adicciones.

En 1972, la American Medical Association (AMA) publicó el informe "El médico enfermo" (*The Sick Physician*), que contenía citas bibliográficas de artículos que se referían a este problema, al mismo tiempo que reclamaba respuestas responsables a la propia comunidad médica y a los responsables sanitarios y políticos⁴.

En Europa las iniciativas llegaron más tarde. En algunos países, como Noruega, Suecia o Reino Unido, se empezaron a desarrollar en la década de los 80 algunos programas aislados que fundamentalmente tenían un perfil de autoayuda y que eran de carácter volun-

tario⁵, al mismo tiempo que se desarrollaron líneas de investigación y estudios sobre poblaciones de profesionales sanitarios, así como guías de actuación específicas⁶.

No fue hasta 1998 cuando se creó en Europa desde una organización profesional y con el apoyo de la administración sanitaria pública el primer programa de abordaje integral de los problemas de salud de los médicos, específicamente mentales y/o de adicciones. Se trataba del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) -el original, PAIMM en catalán-^{7,8}, que creó e impulsó el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y al que posteriormente se sumaron los otros tres colegios catalanes y que contó desde el primer momento con el apoyo institucional y económico del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña. En los últimos años, en el Reino Unido se han puesto en marcha algunas iniciativas de distinto cariz pero con similares objetivos, como el Programa *Doctors for doctors*³ de la British Medical Association, las unidades de asesoramiento del General Medical Council⁹ y el *National Clinical Assessment Service (NCAS)*¹⁰ y el *Practitioner's Health Programme*, ambos del National Health Service (NHS)¹¹.

En estos más de diez años de existencia, el PAIMM ha conseguido consolidar una oferta de alto nivel para los profesionales sanitarios de Cataluña y de España. En el año 2002 su propuesta se amplió al colectivo de enfermería con el programa *RETORN*. Y en la actualidad, prácticamente no hay Comunidad Autónoma o colegio de médicos en España que no disponga de un programa específico teniendo al modelo catalán como referente conceptual y asistencial.

Fruto de toda esa exitosa experiencia, y también como resultado de reflexiones alrededor de los factores que puedan condicionar el estrés, el malestar y la enfermedad del médico, surgió la iniciativa propulsada igualmente por el Colegio de Médicos de Barcelona y el Consejo de Médicos de Cataluña de crear la Fundación Galatea, que no sólo debía encargarse de la gestión de los programas asistenciales *PAIMM* y *RETORN*, sino que debía ser un instrumento para el conocimiento y el análisis del estado de salud de los profesionales sanitarios y, al mismo tiempo, de los factores de riesgo para poder diseñar conjuntamente con las organizaciones profesionales y sanitarias estrategias de prevención y mejora¹².

Desde la Fundación Galatea constatamos la evidencia de que en el ejercicio de una profesión como la medicina, con un fuerte compromiso social y que a menudo comporta una gran implicación en el trabajo, la presencia de elementos de presión de origen diverso podía eventualmente hacer difícil el mantenimiento de las condiciones óptimas para un desarrollo saludable por parte de médicos.

Así, analizando todos esos años de funcionamiento del PAIMM, se ha evidenciado la necesidad de profundizar aún más en el estudio y el conocimiento de los factores de riesgo y de los grupos profesionales sometidos a mayor riesgo, y poder prevenir así la aparición del síndrome de desgaste profesional (*burn-out*) y del estrés patológico como apuntaban hace tiempo algunos autores de reconocido prestigio¹³. Si se tuviera que resumir la filosofía que inspira la existencia de la Fundación, esa síntesis podría encontrarse en una frase del cirujano cardíaco Mehmet Oz, autor de *You: The Owner's Manual* cuando se pregunta: "¿Quién cuida a los cuidadores? Todos nos beneficiaríamos de la respuesta".

La salud de los profesionales sanitarios, pues, ligada a la calidad de los servicios asistenciales y al funcionamiento de las instituciones sanitarias es una cuestión que está irrumpiendo con gran fuerza en el ámbito de los sistemas sanitarios de los países más avanzados.

A todo ello hay que añadir los importantes cambios demográficos habidos en la profesión médica en los últimos dos decenios y que también han supuesto un cambio en los perfiles de riesgo. Por un lado, una feminización progresiva: más del 70% de los nuevos licenciados salidos de nuestras facultades son mujeres; por otro, el fenómeno de la inmigración de médicos provenientes de otros países que en el último lustro incluso han sobrepasado el porcentaje de nuevas colegiaciones. Y, por último, el progresivo envejecimiento de la profesión¹⁴.

En todo caso, debemos reconocer que en el proceso de la transformación de las formas de ejercicio de la medicina han aparecido nuevos elementos que se han identificado como generadores de estrés entre los profesionales y que hay que tener muy en cuenta: recursos limitados y control gubernamental, estatus profesional inferior al del pasado, aumento de las expectativas de los pacientes y las familias, pleitos y denuncias, uso ilegal de drogas, aumento de la presión asistencial, mayor envejecimiento de la población y de las enfermedades crónicas, demanda de una asistencia alejada de riesgos y unos medios de comunicación que muy a menudo destacan más los aspectos negativos que los positivos¹⁵.

Por otro lado, conocemos el efecto beneficioso y de protección del malestar que tiene el ejercicio en equipo y, especialmente, el interdisciplinario. En la actualidad, esta modalidad de trabajo está muy extendida, lejos de aquella en la que el médico ejercía en solitario, pero si el equipo no dispone de nivel, equilibrio y liderazgo interno y externo, se convierte en un elemento de estrés superior¹⁵.

¿QUÉ OCURRE EN LA ACTUALIDAD CON LA SALUD DE LOS MÉDICOS?

Salud percibida

La idea del médico enfermo está poco analizada en la profesión, probablemente por el rechazo consciente o inconsciente de los profesionales a hacer de paciente. Se invocan algunas razones para poder explicar esta actitud a las que ya me he referido antes.

El miedo a la enfermedad y al sufrimiento favorece la actitud de no valorar síntomas que en un paciente normal adquirirían mayor relevancia. Pero el temor a la falta de confidencialidad que puede conllevarle dificultades en la relación con sus colegas y sus enfermos y los 'inconvenientes' derivados de la propia condición de enfermo podrían ser, en realidad, las razones de más peso¹⁶.

Muchos médicos deciden hacer de médicos de sí mismos cuando se encuentran mal. A las razones expuestas con anterioridad se añade el hecho de que a menudo el médico pone en cuestión las recomendaciones que recibe de un colega y que no las sigue si no coinciden con su propio criterio¹⁷.

Por si ello fuera poco, más notable es la actitud negativa o abstencionista de los médicos ante las revisiones periódicas de salud, o ante las recomendaciones preventivas en general¹⁸.

La prevalencia de trastornos crónicos es parecida a la de la población de la misma clase social, con alguna excepción como la presencia de mayor sobrepeso y diabetes en los médicos varones. Sin embargo, nuestros médicos gozan de un estado de salud percibida superior al de la población de su mismo grupo de edad y condición social. Se ha invocado como explicación a esto el hecho de que el término "salud" es vivido de forma distinta, en un sentido más amplio que el hecho de no estar enfermos. Esta actitud explicaría que los médicos minimicen el efecto real de la falta de salud.

Hay una coincidencia generalizada entre diversos estudios^{18, 19} en la alta prevalencia de malestar psicológico, sufrimiento, sobre todo en las mujeres, significativamente superior al de la población de su misma clase social y, en especial, entre la población médica de menos de 45 años de edad.

Morbimortalidad y condiciones de trabajo

Entre los años 40 y 70 del siglo pasado, los pocos estudios epidemiológicos efectuados mostraron una disminución progresiva de la mortalidad entre los profesionales de la medicina en comparación con la población general en los países del norte de Europa. Por el contrario, la tasa de suicidios entre los médicos fue muy superior a la de la población general, hecho que han confirmado claramente diversos estudios posteriores²⁰.

La relación entre la morbilidad y la mortalidad entre profesionales de la medicina y determinadas condiciones de vida y trabajo ha sido objeto de diversos estudios. Hay que destacar los realizados sobre el entorno psicosocial del trabajo, el estrés, el desgaste emocional y la depresión. En este sentido, la satisfacción laboral es un elemento clave en la protección de la salud mental y del desgaste profesional¹⁹.

Los trabajos más recientes informan de un incremento progresivo de la insatisfacción de los profesionales en su práctica médica, que se ha producido en los últimos años y está muy relacionada con el malestar laboral. Esa insatisfacción se manifiesta en forma de síntomas somáticos, pero en el caso de las médicas en desgaste psíquico.

Asimismo, se ha demostrado que la salud de las médicas es especialmente sensible al entorno psicosocial negativo del trabajo. Las médicas tienen más probabilidades que los médicos de presentar signos y síntomas de desgaste psíquico y de pérdida de motivación profesional o *burn-out*¹⁹.

Los riesgos psicosociales relacionados, pues, con el trabajo parecen evidentes, pero difíciles de evaluar: la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, cambios no deseados, inestabilidad del estatus, poca participación en las decisiones de las organizaciones donde trabajan, poca autonomía en la gestión de su propio trabajo, presión asistencial, etc.

Las características del entorno psicosocial de los médicos difieren según el ámbito de trabajo. Así, se observa un mayor malestar entre los profesionales que trabajan en la atención primaria pública que entre los que trabajan en centros hospitalarios o entre los que desarrollan su actividad en una consulta o centro privado. En el caso de las médicas los grados de estrés y de padecimiento psicoemocional aparecen más elevados que en sus colegas masculinos. Y todo ello, obviamente, se hace más evidente cuando se asocia

a contratos precarios o poco estables. Debemos tener presente que en nuestro país la situación de interino y de contratación temporal entre los médicos es muy superior comparativamente a la que se da en el resto de la población, y aún es más llamativa en el caso de las mujeres.

Se haría necesario conocer con nuevos estudios las posibles deferencias entre centros, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la hospitalaria para poder ver hasta qué punto las diferencias son significativas en función del modelo de organización, gestión y promoción profesional.

La falta de conciliación familiar como factor de riesgo

La progresiva feminización de la profesión médica es un hecho que ha ido consolidándose en los últimos años, hasta el punto de que la mitad de los médicos en ejercicio son mujeres y éstas suman la mayoría entre los ejercientes menores de 50 años¹⁴.

Respecto a la reivindicación de poder compatibilizar el ámbito profesional con el familiar, ésta se halla muy presente en la posición cultural de los médicos jóvenes, incluso sin demasiada distinción entre géneros. De hecho, esta reivindicación ha supuesto un cambio social muy importante, pero es especialmente significativo en la profesión médica, por cuanto está significando una auténtica ruptura con el pensar tradicional, en el que la vocación también se significaba como que uno era médico todas las horas del día y con toda la disponibilidad personal, y la familia no sólo debía conformarse y adaptarse, sino que debía incluso enorgullecerse. En la actualidad, la incomodidad personal que genera por las dificultades para poder llevar a cabo una óptima conciliación, especialmente en poblaciones de médicos jóvenes, y de forma singular las médicas, es notable.

En el ámbito de la salud reproductiva diversos estudios muestran indicadores de mayores problemas que en la población general de su misma clase social. A pesar de las dificultades, una mayoría de médicas han optado por la maternidad compatibilizándola con el ejercicio. Este dato es significativo por cuanto la tasa de maternidad en las médicas supera a la del resto de poblaciones comparadas.

Los estilos de vida

Diversos estudios han revelado que los médicos, y en función del sexo, tienen estilos de vida más saludables y tasas de mortalidad más bajas que la población general, incluso cuando se los compara con personas de su misma posición socioeconómica. Este hecho está especialmente bien documentado en lo referente al consumo de tabaco.

Además, las conductas de los médicos relacionadas con la salud parecen influir en las actitudes de los pacientes y en su motivación por cambiar su estilo de vida. En 1984 se publicó un estudio marco en este sentido, que puso de manifiesto que los consejos médicos dados a los pacientes reflejaban en gran medida las creencias y comportamientos relacionados con la salud de los propios profesionales.

El estudio realizado por la Fundación Galatea sobre los estilos de vida de los profesionales médicos¹⁹ revela que la mayoría de éstos practicaba con regularidad más de 90 mi-

nutos de actividad física, a pesar de que una tercera parte mantenía un estilo de vida sedentario. Y en cualquier edad, la población de médicas mantenía un estilo de vida más saludable.

Respecto a los hábitos tóxicos, como el caso del alcohol, en el mismo estudio se observan unos niveles de consumo más bajos que los de la población general y que los de las personas de su clase social, a pesar de que estos datos son probablemente cuestionables, atendiendo al alto grado de estigmatización existente entre el colectivo médico y a la tendencia a infravalorar el problema, en caso de que exista.

Por último, el estudio de referencia indica que la mayoría de los profesionales duerme entre 7 y 8 horas diarias. En cambio, una tercera parte de la muestra general afirma dormir menos de 6 horas diarias. Y los hombres, en general, suelen dormir menos. Esto es especialmente importante, por cuanto la privación de sueño puede hacer que aumente el porcentaje de errores médicos y condicionar el bienestar físico y psicológico, que puede traducirse en mayor estrés, insatisfacción e, incluso, depresiones.

La utilización de servicios sanitarios y medicamentos

Es bien conocida la paradoja de que los profesionales de la medicina no tienen el mismo cuidado de su propia salud que de la de sus pacientes. La importancia de la salud de los médicos y médicas, tanto la física como la relacionada con el equilibrio psicológico y afectivo, es fundamental para poder ofrecer a los ciudadanos una atención de calidad y evitar los errores médicos.

La mayoría de los estudios consultados sobre la utilización de servicios de salud por parte de médicos y médicas pone de manifiesto que estos profesionales utilizan mucho menos los servicios sanitarios formales que la población general. La opción más frecuente es la consulta informal a los compañeros o a personas del trabajo y la autoprescripción. En nuestro entorno, un estudio promovido por el Colegio de Médicos de Barcelona en el año 2000¹⁷ reveló que un alto porcentaje de médicos no tenía una historia clínica abierta (48%), un 47% no realizaba las revisiones de salud periódicas que ofrecía el centro de trabajo, y más de la mitad (52%) no seguía las instrucciones del profesional al que había consultado; otro resultado impactante fue que un 82% se automedicaba. Este estudio señala en sus conclusiones que: "una elevada proporción de médicos adopta actitudes inadecuadas en relación con el cuidado de su salud, lo que hace recomendable una reflexión en la propia profesión sobre la necesidad de cambiar estos comportamientos".

Un elevado porcentaje de médicos consume fármacos, especialmente antiinflamatorios. Esto se podría explicar porque, como se ha evidenciado, los médicos presentan una elevada puntuación en la escala del dolor, pero también por el fácil acceso a los medicamentos. Lo realmente preocupante es el alto porcentaje de consumo por autoprescripción de sustancias psicoactivas.

Una situación paradigmática: el médico residente

En todo este contexto, la residencia aparece como un periodo de aprendizaje proclive al estrés y que puede afectar al proceso de formación. Los médicos especialistas en fase de

formación, o médicos internos residentes (MIR), se encuentran en un periodo en el que se consolidan sus competencias como futuros especialistas. Esta formación debe permitirles ejercer correctamente su profesión, en condiciones saludables, teniendo en cuenta no sólo los aspectos técnicos, sino también los recursos para hacer frente al impacto psicoafectivo que comporta en sí misma la tarea asistencial y la incorporación a una institución sanitaria.

Pero diversos estudios alertan de que este periodo de aprendizaje también puede generar un alto grado de estrés que, dependiendo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad personal del residente, puede alterar el equilibrio psico-emocional de éste y, por añadidura, estropear este proceso formativo. Una etapa que marcará la vida profesional y personal. Los estudios de Medicina conllevan ya durante un largo periodo un elevado nivel de exigencia, que después se prolonga hasta el examen MIR. El esfuerzo que representa la superación de estas etapas de pregrado forma parte de un itinerario que define la vida profesional y personal del futuro médico²¹.

Otro elemento a destacar son las incertidumbres en el tránsito de estudiante a profesional. El inicio de la residencia pone en contacto al médico que sale del mundo académico con el mundo de la asistencia real. Se pasa del rol de estudiante, acostumbrado a salir con éxito de las pruebas de un sistema conocido y "seguro", al rol de residente, en el que se enfrenta a una nueva realidad y aparecen muchas inseguridades e incertidumbres.

El residente empieza a interaccionar con los pacientes de una manera nueva y muy intensa, se encuentra con enfermos reales, usuarios exigentes e informados, ocasionalmente conflictivos. Pero también se enfrenta a un sistema sanitario que le plantea dilemas éticos y morales, a la necesidad de estar al día en conocimientos y tecnologías que avanzan constantemente, a la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y relación, y a unas perspectivas laborales de futuro incierto.

La práctica real comporta también enfrentarse a situaciones con una fuerte carga emocional: la muerte, el dolor, el duelo... Esta situación se da dentro de un sistema organizativo que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo al médico residente en este proceso de formación y que, a veces, puede ponerlo en unas condiciones de mayor vulnerabilidad: cansancio a causa de las guardias, presión asistencial, difícil conciliación de la vida laboral y familiar, cambio de lugar de residencia, sueldo limitado, etc.

La confrontación con la realidad es lo que inevitablemente ha de permitir que el residente sea un profesional competente. Pero también es cierto que, históricamente, desde la profesión médica se ha asumido este periodo como un 'sufrimiento obligatorio'. Son frecuentes los comentarios como: "cuando yo era residente todavía era peor"; "la vida del residente ha de ser dura", dando por supuesto que este es el camino que asegura el aprendizaje correcto.

Como he significado antes, cada vez son más los estudios que alertan sobre grados elevados de estrés, de *burn-out* y de malestar psicológico en la profesión médica en general, y estos estudios concluyen que son muchas sus causas y muchas las consecuencias a las que pueden dar lugar. Esta no es una cuestión que afecte de forma exclusiva a los residentes. Sin embargo, la residencia, como periodo de formación, sería un momen-

to muy adecuado para proporcionar al médico habilidades y recursos que le permitiesen tener un desarrollo profesional saludable^{15, 21}.

En algunos casos, la incorporación al periodo de residencia puede dar lugar a situaciones de malestar importantes, que interfieren en el buen seguimiento de la formación, y también pueden actuar como desencadenante o precipitador de una psicopatología que estaba latente en el individuo. Se puede dar también el caso de que algunos candidatos a especialistas presenten características patológicas de personalidad o sufran algún tipo de patología psíquica y/o física importante, que hagan que deba plantearse una posible inadecuación para el ejercicio de determinadas especialidades o, incluso, de la práctica de la medicina.

Existen una serie de factores de riesgo de malestar o de estrés específicos en la etapa MIR, más allá de los comunes para la profesión médica: período de formación largo, necesidad de actualización continua de conocimientos, contacto con situaciones emocionalmente impactantes no vividas con anterioridad, elevada autoexigencia y manejo inadecuado (por exceso o por defecto de autocrítica), falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones diversas del propio ejercicio, poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas y relaciones familiares empobrecidas. Algunas de esas situaciones ya venían insinuándose en el periodo final de la formación de pregrado, pero cabría añadir otras nuevas: un incremento constante de la presión asistencial y de las tareas burocráticas, alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan a la práctica clínica, poco apoyo y supervisión clínica, poco trabajo en equipo, poco control de las condiciones de trabajo, incremento del número de denuncias y litigios contra médicos, mayor control político sobre el trabajo y, por último, la presión de los medios de comunicación.

En el momento de su incorporación, el residente se ve obligado a responder a las necesidades de los pacientes y de la institución, mientras sus competencias básicas están en proceso de construcción. La vivencia de que las responsabilidades exigidas por el sistema son excesivas y prematuras es habitual en esta etapa, y la sensación de que el aprendizaje del rol se hace sobre la marcha, por ósmosis, al ver qué hace otro médico, sin razonarlo, es bastante común. El estrés, el desánimo, el distanciamiento... Sea más o menos afortunada, esta situación conlleva siempre un nivel de estrés de adaptación, y la consecuencia puede ser la desilusión y el desánimo. A esta circunstancia se añade el hecho de que las formas de respuesta al estrés, por parte de los profesionales y las organizaciones sanitarias, tienden al distanciamiento y la deshumanización.

Estos son los mecanismos que, a veces, el residente aprende rápidamente como estrategia para hacer frente al estrés. Hay que insistir en que el manejo de la ansiedad y del estrés requieren un aprendizaje. Incluso en los casos en que puede haber un buen apoyo para el aprendizaje técnico, con la adquisición progresiva de responsabilidades y la supervisión de un superior, se puede olvidar el carácter global del aprendizaje. Factores como la necesidad de ser competitivo (situación en la que la excelencia técnica y la necesidad de publicar en revistas con *impact factor* es lo que muy a menudo más cuenta), la necesidad de tomar decisiones a pesar de la inseguridad, la sensación de falta de supervisión y apoyo, la presión asistencial para dar altas, para evitar ingresos, las discusiones con otros estamentos, enfrentarse a la exigencia de algunos usuarios y profesionales, las

agresiones verbales y físicas, la falta de ayuda por parte de otros compañeros, el desorden horario (con privación de horas de sueño) pueden condicionar negativamente la formación integral y la adquisición de hábitos saludables por cuanto son en la práctica la fuente principal de malestar psicológico en esta etapa.

Las relaciones personales y el tiempo libre juegan asimismo un papel fundamental en el equilibrio psicoemocional. Los residentes pueden experimentar la sensación de que no tienen suficiente control sobre sus vidas durante la residencia.

Por otro lado, surgen a menudo problemas en el entorno familiar, más aún si la pareja también es un residente. Se debe remarcar la importancia de los vínculos familiares y sociales como elementos de protección ante el estrés y el malestar. La incorporación de las mujeres a la profesión médica está creciendo de forma rápida, y la posibilidad de embarazo durante la residencia es elevada. A pesar de la existencia de una legislación favorable a la compatibilización de la vida familiar y laboral en nuestro país, su aplicación aún no es efectiva en todos los puestos de trabajo, y a veces predomina la cultura del eficientismo, se infravalora la importancia de la salud de la embarazada y los cuidados que necesitan los hijos y la familia en esta etapa de la vida.

El médico ante la jubilación

En una profesión como la medicina, que generalmente se ejerce de forma activa y con gran implicación, el momento de la jubilación tiene unas repercusiones personales que a veces pueden conducir a situaciones difíciles. Tal y como ocurre con otros temas, la actitud de los médicos ha sido siempre la de minimizar los propios problemas. Actitud compartida en la práctica por las propias organizaciones e instituciones en las que trabajan.

Existe una cierta variabilidad en la forma como los médicos afrontan su jubilación y, por consiguiente, en el nivel de preocupación. Ésta no se ciñe sólo a los aspectos económicos, sino al cambio de estatus personal, y se hace más evidente ante la aproximación de la jubilación; en la práctica es un problema ignorado no sólo por los propios médicos sino por la mayoría de las organizaciones sanitarias.

La profesión de médico se representa en la mayor parte del colectivo como una profesión principalmente vocacional, de manera que el placer del ejercicio compensa los grandes sacrificios que se deben hacer: una formación larga y exigente que debe actualizarse permanentemente, horarios que dificultan la conciliación con la vida familiar y social, tensión, etc. La satisfacción laboral es vista, así, como una cualidad intrínseca del ejercicio. Esta vocación lleva a mantener una dedicación que llena una parte importante de la vida cotidiana mayor aún que en otras profesiones, y que acaba implicando el proyecto vital y la figura identitaria a escala personal y social. El reconocimiento profesional y social constituye una dimensión importante en sus vidas²².

La jubilación, de hecho, supone un cambio de todo este escenario y, por tanto, para muchos médicos un riesgo y una amenaza. Para unos, una incapacidad potencial para adaptarse al cambio; para otros, una oportunidad; para los menos, una liberación.

Sea como fuere, lo que en sí es un derecho es vivido con frecuencia como una pérdida dolorosa, una ruptura no deseada, incluso, a veces, como un empobrecimiento compara-

ble con la muerte de un ser querido; una incapacidad para dar sentido a una nueva etapa vital para dar sentido y contenido a la cual uno no estaba preparado; un temor a redefinir su propia identidad personal y social, al margen de la profesional, más aún si aquélla había quedado muy al margen²².

Muchos médicos expresan dificultad para anticipar; incapacidad para haber formulado con anterioridad planes preventivos tanto económicos como de desarrollo personal, así como de adquisición de hábitos previos en el ámbito de las relaciones familiares y sociales, en general, pero también con respecto a la participación, la cultura, el ocio, el deporte, etc.

Son bastantes los profesionales que manifiestan incapacidad para gestionar la incertidumbre y aplicar respuestas proactivas ante la duda de cómo se replanteará la composición de la red de relaciones a partir del abandono progresivo de las procedentes del ámbito profesional. Y como ocurre en los temas de salud, los médicos suelen mantener un discurso ambivalente ante la jubilación. Comprensivo con los demás, incluso proactivo, y en cambio negativo o desdeñoso para consigo mismo.

En este contexto es frecuente identificar en los años previos a la jubilación el desarrollo de mayor malestar y ansiedad entre algunos facultativos. El momento en que ésta se produce puede conllevar elevados grados de vulnerabilidad, y dependerá de cómo haya transcurrido ese tránsito, del grado de anticipación y de la existencia en mayor o menor medida de recursos personales y del entorno que podamos observar psicopatología, especialmente adaptativa, en forma de ansiedad y depresión.

¿QUÉ OCURRE, PUES, CUANDO EL MÉDICO ENFERMA?

Como ya he comentado antes, cuando los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, enferman, en general no acuden al sistema sanitario como el resto de los pacientes ni actúan como ellos mismos recomiendan^{17, 23}. Además, cuando padecen enfermedades mentales o adictivas tienen miedo a ser identificados por sus pacientes y colegas, y de perder su prestigio y, eventualmente, su puesto de trabajo. Como consecuencia, esconden su problema y no piden ayuda.

Se han inferido distintos factores que influyen en la actitud de los médicos ante su propia salud: conocimiento experto de la enfermedad, de los medios de diagnóstico y de la terapéutica al uso, conocimiento del ambiente y del funcionamiento de los centros sanitarios, apreciación de los límites de sus conocimientos, facilidad para automedicarse, miedo a la muerte, ausencia de abordaje de estas cuestiones en la formación de pregrado y en el periodo de residencia y el tópico extendido en el ambiente sanitario de que "sólo pueden estar enfermos los pacientes".

Por otro lado, la evidencia del mal uso de los servicios sanitarios cuando los médicos acceden al sistema de salud para recibir ayuda se concreta en actitudes peculiares, como son el hecho de que un porcentaje elevado de las consultas se hacen en los pasillos o por teléfono, o que para evitar hablar de los problemas de uno mismo se hace referencia a un supuesto tercero, o no seguir los circuitos administrativos ordinarios, no seguir las in-

dicaciones terapéuticas recibidas de otro colega, la automedicación, no soportar las salas de espera y no aparentar debilidad/fragilidad ante los colegas incluso, a veces, manifestando una cierta actitud de autosuficiencia e incluso de prepotencia ("yo ya sé lo que debo hacer", "yo ya controlo").

Pero, por otro lado, los propios médicos no solemos responder adecuadamente cuando somos nosotros los receptores de una consulta de un colega. Ejemplos ilustrativos los tenemos cuando no se cita al compañero consultante en nuestro despacho, no abrir la correspondiente historia clínica, no derivar el caso cuando se trata de un amigo o familiar, no advertir al médico paciente cuando éste no sigue las pautas indicadas o cuando se minimizan de forma imprudente los problemas planteados.

Si tenemos en cuenta que un nada despreciable porcentaje de médicos consume sustancias para intentar mantener su actividad profesional (Laure, 2003) y el fácil acceso que tienen a sustancias potencialmente adictivas mediante autoprescripción reconocida, o que pueden llegar a grados elevados de estrés o incluso de *burn-out* (Canadian Physician Health Program, 2003), es fácil inferir la existencia de un riesgo evidente para su propia salud y un condicionante negativo para su praxis, con el riesgo igualmente importante para la salud de los pacientes.

Por otro lado, a esa actitud inadecuada sobre su salud se le añade una estigmatización de este tipo de enfermedades entre el propio colectivo médico (muy superior que entre la población general), agravada por la ausencia de una percepción de mínima garantía de confidencialidad y de un miedo -incluso pavor- a ser reconocido o identificado por los propios pacientes. El mensaje ha llevado al desarrollo de una actitud de conmisericordia del conjunto de la profesión, basada en una cultura de silencio y de corporativismo mal entendido, probablemente reforzada por una respuesta más punitiva y disciplinaria por parte de las instituciones y organizaciones sanitarias y la incapacidad de ofrecer programas de ayuda y garantías de derechos.

No podemos obviar el componente individual que puede precipitar el desencadenamiento de estas psicopatologías. Un perfil de personalidad perfeccionista, poco flexible, exageradamente disciplinada y autocrítica desajustada sugiere una mayor vulnerabilidad en el ejercicio de la medicina²⁴. Tampoco se han de olvidar las específicas condiciones en las que desde la formación de pregrado hasta la jubilación se desenvuelve la vida de un médico y que, a menudo, pueden ser factores desencadenantes de malestar emocional.

Sea como fuere, la existencia de un médico con una enfermedad mental y/o un trastorno adictivo conlleva una evolución natural en la que la autoprescripción y el retraso diagnóstico configurarán una cronificación del proceso con consecuencias muy negativas tanto en la esfera personal, familiar y social como en el propio entorno profesional.

Son muchos los estudios en los que se ha planteado qué porcentaje de médicos puede verse afectado por este tipo de problemas. A pesar de la variabilidad, existe un cierto consenso en aceptar que aproximadamente 1 de cada 15 médicos podría llegar a presentar tales problemas a lo largo de su vida profesional, estimada en 40 años^{25, 26}.

En cualquier caso, las consecuencias indeseables son graves. Esta situación dramática afecta a la familia, a las relaciones sociales²⁷ y al entorno profesional, y puede entrañar

un riesgo de mala praxis y de negligencia que pongan en peligro la salud y la integridad de los pacientes. Paradójicamente, serán estos profesionales los peor atendidos en términos de salud. Todo ello podría abocar, finalmente, en la aparición de denuncias, así como de situaciones de absentismo y de conflictividad laboral, y en un uso indebido de los recursos sanitarios^{15, 19}.

En definitiva, un problema de salud pública con repercusiones profesionales y sociales que deberían ser minimizadas, tratadas y, a ser posible, prevenidas, más aún cuando la experiencia clínica demuestra que puede ser abordado de forma eficaz, sobre todo cuando el abordaje y el tratamiento se realiza a través de programas específicos como el PAIMM. De hecho, las psicopatologías más frecuentes que afectan a los médicos (depresión, alcoholismo y trastornos de angustia) tienen tratamientos eficaces y el retraso en la aplicación de éstos se convierte en un factor de agravamiento de la enfermedad y determina un peor pronóstico.

EL ROL DE LAS CORPORACIONES PROFESIONALES

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, los médicos enfermos no atendidos suponen un riesgo para la salud de sus pacientes, y son, además, causa de innumerables problemas en los entornos familiar y laboral²⁷⁻²⁹.

El médico enfermo, tal y como se definió en la puesta en marcha del PAIMM, es aquel que puede ver afectada negativamente su práctica profesional por problemas psíquicos y/o conductas adictivas en relación con el alcohol u otras drogas, incluidos los psicofármacos.

Los sistemas de salud europeos no tienen prevista, salvo alguna excepción^{9-11, 30}, ninguna actuación especial para prevenir y atender estos casos. Las instituciones sanitarias no disponen de ningún programa o dispositivo asistencial adecuado y específico para atender estos casos fuera de los usuales para la población general. Y lo que suele suceder es que no se haga ninguna intervención institucional adecuada, que estos enfermos no pidan ayuda y que no acudan a los dispositivos asistenciales normales.

Ante esa realidad, y teniendo en cuenta su función reguladora del ejercicio y de garante de la calidad del acto médico ante los ciudadanos, los colegios de médicos deberían poder desarrollar intervenciones encaminadas a dar una respuesta más proactiva. La tarea de entrada no es fácil de implementar, por cuanto en nuestro país las corporaciones profesionales también desempeñan una función protectora de sus colegiados. Esa aparente contradicción pudo salvarse con la creación del PAIMM al poder complementar la acción de garante de la buena praxis médica y, al mismo tiempo, poder ayudar al médico enfermo en su enfermedad y posibilitar su rehabilitación. En esta lógica, algunas organizaciones médicas como la American Medical Association (AMA) o la Canadian Medical Association (CMA) instrumentaron la creación de programas específicos para atender problemas de salud de los médicos. Cabe destacar en este sentido la *Federation of State Physician Health Programs* (FSPHP)³¹, que integra a la totalidad de los programas para la salud del médico de todos los estados de los EE.UU. Al mismo tiempo, impulsaron la edición de estudios y la publicación de guías³.

Para conseguir ese objetivo, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) impulsó en 1997, durante el proceso de elaboración del nuevo Código de Deontología³², una reflexión sobre la necesidad de impulsar un cambio de cultura profesional ante el fenómeno de la salud del médico cuando ésta pudiera condicionar o poner en riesgo la de los pacientes. De esta forma, se introdujeron dos artículos en el nuevo Código que constituyeron la base para la creación del Programa. Con posterioridad, el Consejo de Colegios de Médicos de España hizo lo mismo³³.

Los artículos del Código de Deontología del CCMC aprobados por unanimidad en asamblea general quedaron así redactados:

Art. 101. El médico que se sepa enfermo, sea conocedor de que puede transmitir alguna enfermedad, o se vea en 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 y recomendarle consultar a quien le pueda aconsejar la mejor actuación, e igualmente tiene la obligación de ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser prioritario.

Con esa base ideológica se fundamentó la elaboración del PAIMM, tanto en la vertiente colegial y reguladora del ejercicio, como en la asistencial con la puesta en marcha de un dispositivo específico basado en los principios de confidencialidad, especialización y personalización de la atención, abordaje integral y cofinanciación pública.

Incluso el propio Colegio de Médicos de Barcelona reforzó aún más las bases conceptuales favorables a un cambio cultural hacia la promoción y protección de la salud de los propios médicos y la salvaguarda de la buena praxis a través de los Documentos de Posición colegial *Deberes éticos de los médicos hacia su salud y la de sus familias* y *Deberes de los médicos hacia otros médicos*^{34, 35}.

Así, en septiembre de 1998 se acordó entre el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya el primer convenio de colaboración para la creación y puesta en marcha del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIMM, PAIME)³⁴. La filosofía del Programa se ha caracterizado, en contraste con los modelos norteamericanos, en intervenciones no persecutorias, no punitivas (si no es absolutamente necesario), promoviendo el acceso voluntario, preventivas y fomentando la rehabilitación, esto es, recuperando al buen profesional. Las características de sus intervenciones han sido: la confidencialidad (a través de un teléfono directo y confidencial, correspondencia postal inviolable, cambio de identidad en el momento de ingreso en el Programa, restricción absoluta de información a terceros, localización discreta de la unidad de tratamiento y acceso a la unidad reservado únicamente a los pacientes), una atención integral (que incluye asistencia sanitaria, atención social, asesoría laboral, formación complementaria y ayudas económicas temporales), unidad de tratamiento específica para médicos y enfermeras, servicios altamente especializados y personalizados y una financiación pública en los territorios donde se ha desarrollado el programa.

Los resultados exitosos de este programa son de sobra conocidos. En 10 años se ha atendido a más de 1.200 médicos catalanes, de los cuales más del 90% acudieron de forma voluntaria. Además, un 83% están trabajando, algunos bajo tutela de su Colegio profesional (en este periodo se han firmado 117 contratos terapéuticos colegiales).

RETOS PENDIENTES

A pesar de la gran variabilidad de respuestas tanto a título individual como por parte de las organizaciones profesionales y sanitarias y de las instituciones políticas, se debería poder ir hacia una serie de objetivos que de manera implícita y explícita se han ido consolidando a modo de ideas básicas como condicionantes favorables de la salud de los profesionales y, en particular, de los médicos.

Reafirmar el cambio cultural de la profesión ya desde el período de formación de pregrado en favor del autocuidado, de la promoción de la salud y de hábitos saludables y de la asunción de los roles que corresponda a cada actor cuando es un médico el que está enfermo. Más aún, cuando la enfermedad -de carácter mental y/o adictiva- de aquél pueda afectar a su capacidad para ejercer correctamente. Es responsabilidad de los médicos a escala individual, pero también en el ámbito institucional y corporativo, desarrollar pautas favorables al mantenimiento del bienestar, al mejor manejo del estrés y a facilitar el tratamiento adecuado del médico enfermo.

Los sistemas sanitarios han de garantizar a los profesionales de la salud la misma accesibilidad al sistema que a la población general.

El derecho a la confidencialidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento es importante para todos los pacientes, pero se requieren medidas especiales para que los profesionales de la salud accedan a los tratamientos, sobre todo cuando se trata de trastornos psíquicos y/o adictivos porque aún son estigmatizantes.

Se debe estimular la creación y la generalización de programas y servicios preventivos y también asistenciales específicos y de ubicación geográfica suficientes para que los profesionales afectados reciban el tratamiento adecuado y en las condiciones necesarias y cuanto antes mejor.

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

Estos programas deberían tener una clara vocación preventiva, intentando facilitar a todos los profesionales sanitarios, enfermos o no, las condiciones más idóneas para que los problemas que se detecten sean abordados con la mayor rapidez y efectividad posibles.

Con el mismo énfasis, se debería promover el cambio hacia fórmulas de organización y de gestión dentro de las organizaciones sanitarias que eviten o minimicen el estrés inne-

cesario. La aplicación de nuevas tecnologías debería servir para este cometido. Así, burocracia, papeleo y demás funciones no propiamente asistenciales ocuparían menos tiempo del profesional. Por otro lado, se debería estimular la promoción y consolidación de liderazgos, la cohesión de los equipos, la interdisciplinariedad, la participación efectiva, y la autonomía real en las decisiones y en la organización del propio trabajo, sin olvidar las políticas laborales a favor de una real y equitativa conciliación entre el mundo laboral y familiar. Así mismo, el desarrollo de formas de reconocimiento y de desarrollo profesional y también del mismo proceso de la jubilación dentro del propio sistema sanitario, y en cada institución u organización en un contexto de defensa de valores que sustenten esos cambios.

En este último contexto también se debería caminar hacia una mayor individualización y flexibilización de la transición de los médicos a la jubilación, posibilitando un tránsito menos traumático y, al mismo tiempo, facilitando el reconocimiento social y entre el resto de colegas de la profesión.

Las instituciones sanitarias y las organizaciones profesionales deberían también llevar a cabo acciones formativas de preparación a la jubilación en un sentido positivo, en especial para las actuales generaciones, en las que el ejercicio ha ocupado la mayor parte de su tiempo vital. Recuperar espacios vitales (o aprender a trabajarlos), como las relaciones familiares, sociales y otros focos de actividad, a fin de facilitar más el proceso de adaptación. Así mismo, deberían incentivar la existencia de ámbitos de participación formal dentro de la propia profesión.

Teniendo en cuenta que el colectivo médico gozará también del beneficio de la mayor esperanza de vida, sería igualmente recomendable concienciar a las generaciones más jóvenes de que planifiquen con tiempo el cambio y las necesidades eventuales de todo tipo que pueden llegar con el retiro.

Por otro lado, se hace imperioso el reconocimiento práctico y activo de los médicos veteranos, aumentando su consideración, reconociendo su experiencia, capacidad y utilidad para las organizaciones donde trabajan. Esto pasaría por un cambio profundo de los valores de las organizaciones y por el fomento del compromiso entre éstas y el médico. Obviamente, este cambio debe ser coherente con la necesidad de orientar de forma adecuada los aspectos referidos al desarrollo profesional, la promoción, y otros, de los profesionales en ejercicio, ya subrayados con anterioridad.

En definitiva, acciones que permitan a estos médicos, a pesar de ser jubilados, aparecer como personas con suficiente capacidad y experiencia para hacer frente a cualquier dificultad y poder continuar siendo considerados para siempre como médicos ante sus colegas y ser reconocidos socialmente como individuos que han hecho un bien por los demás. De esta forma, conseguiríamos la continuidad biográfica, no sólo de su identidad, sino también de su *status*.

En todo este contexto de cambios, se debería reforzar los valores del profesionalismo: compromiso, espíritu de servicio, capitalización y personalización de la relación médico-enfermo, autorregulación bajo los principios de buena praxis, la excelencia y el respeto a la autonomía del paciente.

En este sentido, se debería poner énfasis en los esfuerzos a realizar en la etapa de formación del médico, tanto en el pregrado como durante la residencia, para conseguir médicos competentes, de acuerdo con las tesis de R. Epstein en el sentido de capacitarlos para el uso de manera habitual y razonable de la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, la capacidad para tomar decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores y la reflexión en beneficio del individuo y de la comunidad que se atiende. En otras palabras, nadie puede convertirse en un profesional sin disponer de un *corpus* de conocimientos específicos y un grado de experiencia suficiente, pero asentados sobre una base que tiene que ver con la persona, su actitud y su madurez psicológica, ya que es todo este conjunto el que define y cualifica al profesional.

Un entorno profesional competente protege del estrés. En esta línea, J. Firth Cozens demuestra, en sus estudios longitudinales sobre la salud psicoafectiva de los médicos, que los profesionales que se sienten parte de un equipo, y que reconocen una tutoría y supervisión afectiva y cercana de su tarea, sufren menos estrés. En definitiva, un entorno profesional competente, tanto en los aspectos técnicos como en los estilos relacionales y desde el periodo de residencia, es un factor básico para una formación y es un protector frente al estrés. En cierta manera el residente se "moldea" según la unidad docente en la que se ha formado, según el servicio donde ha estado, según el tutor que ha tenido. En esta línea, la Fundación Galatea ha editado un tríptico dirigido a los MIR en el que se orienta al residente en las prioridades para ser un buen profesional y en la adquisición de habilidades y hábitos saludables³⁶.

Todo ello debería hacernos pensar también en la influencia que pueden ejercer tanto el desgaste de los profesionales como las disfunciones de los servicios y otras situaciones, y la necesidad de tener todo ello en cuenta a la hora de considerar quién puede llevar a cabo funciones docentes.

Los MIR deberían pasar exámenes de salud periódicos. Las actuaciones del servicio de prevención de riesgos laborales van encaminadas a disminuir la carga de los factores de riesgo laboral que están relacionados con las condiciones de trabajo y que pueden ser causantes de enfermedades. Por tanto, es importante que los MIR adquieran el hábito de realizar los exámenes de salud periódicos estipulados en función de los diferentes riesgos laborales a los que estén sometidos.

Agradecimientos

Deseo manifestar mi profunda gratitud a todas las personas e instituciones que han hecho posible la creación y el desarrollo de la Fundación Galatea y sus programas asistenciales, de estudio y de promoción de la salud de los profesionales sanitarios. Con su generosa apuesta y decidido soporte ha sido posible construir en el subconsciente colectivo la idea de que una de las mejores maneras de defender a la profesión y a la población atendida es poder cuidar bien a los que nos cuidan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klitzman R. *When Doctors become patients*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Gambee Harry L, Douglas Henry J. *The Soul of the Physician*. Chicago: AMA Press, 2002.
3. Doctors for Doctors Advisory Service and BMA Counselling. London: British Medical Association.
4. Goldmasn L, Myers M, Dickstein L. *The Handbook of Physician Health. The essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physician*. Chicago: American Medical Association, 2000.
5. Sick Doctors Trust. www.sick-doctors-trust.co.uk.
6. General Medical Council. *Good Medical Practice*. London: GMC, 1995.
7. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIMM, PAIME). Paimm.fgalatea.org
8. Bosch X. First impaired physicians therapy Program appears to be successful in Spain. *JAMA* 2000; 283-285.
9. Health assessments. General Medical Council (GMC). www.gmc-uk.org/concerns/making_a_cpmlaint/a_guide_for_health_professionals.asp.
10. National Clinical Assessment Service. National Patient Safety Agency. National Health Service (NHS). www.ncas.npsa.nhs.uk.
11. Practitioner's Health Programme. www.ncas.npsa.nhs.uk/health/practitioner-health_programme.
12. Fundació Galatea. www.fgalatea.org.
13. Stoile Wayne M, Stoile Mary O. *The Resilent Physician*. Chicago: AMA Press, 2002.
14. Informe sobre Demografia col·legial. Barcelona: Colegio de Médicos de Barcelona, 2007.
15. Firth-Cozens J. *Problemes de la salut dels metges*. Barcelona: Fundació Galatea, 2008.
16. Paice E, Rutter H, Etherell M, Winder B, McManus IC. Stressful incidents, stress and coping strategies in the preregistration house officer year. *Med Educ* 2002; 36: 56-65.
17. Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J y Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)* 2002; 117 (13): 492-494.
18. Frank E. Physician Health and patient care. *JAMA* 2004; 292: 637.
19. Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artacoz L, Borrell C, Fuentes M y Valls C. Salut, gènere i exercici professional. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Informes i estudis. Barcelona: Fundació Galatea, 2007.
20. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259-65.
21. Blancafort X, Masachs, Valero S y Arteman A. Estudi sobre la salut del metge resident a Catalunya. Barcelona: Fundació Galatea, 2008.
22. Sánchez Candamio M, del Valle A. Estudi de necessitats dels professionals de la Medi-

- cina relacionadas amb el moment de la jubilació. Barcelona: Fundació Galatea, 2005.
23. Thompson W et al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health. *BMJ* 2001; 323: 728-731.
 24. Aoun H. From the eye of the storm, with the eyes of a physician. *Ann Intern Med* 1992; 116: 335-338.
 25. Stanton J, Caan W. How many doctors are sick? *BMJ* 2003; 326: S97.
 26. British Medical Association. *The misuse of alcohol and other drugs by doctors. A report of the working group on the misuse of alcohol and other drugs.* London: BMA, 1998.
 27. Wayne M et al. *The Medical Marriage. Sustaining healthy relationships for physicians and their families.* Chicago: American Medical Association, 2000.
 28. Firth-Cozens J. Depression in doctors. En: Robertson MM, Katona CLE (ed). *Depressions and physical illness.* New York: John Wiley & Sons, 1997.
 29. Firth-Cozens J, Redfern N, Moss F. Confronting error in patient care. Unpublished report to the NHS R&D PRP, 2002.
 30. Arteman Jané, A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. El médico como paciente. Jano. Atención Primaria. Recursos asistenciales, formativos y de investigación 2004.
 31. Federation of state Physician Health Programs. www.fsphp.org.
 32. Código de Deontología-Normas de Ética Médica. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, 1997 rev 2005. http://www.comb.cat/cat/comb/normativa/codi_deontologic/home.htm.
 33. Consejo de Colegios de Médicos de España. Código de Deontología. Madrid: OMC, 1999. <http://www.cgcom.org/sites/default/files/Codigo.pdf>.
 34. Deberes éticos de los médicos hacia su salud y la de sus familias. Documento de posición COMB. www.comb.cat/cat/comb/publicacions/posiciocomb/home.htm.
 35. Deberes éticos de los médicos hacia otros médicos. Documento de posición COMB. www.comb.cat/cat/comb/publicacions/sic/sic108/sic07.htm.
 36. ¿Qué me conviene saber ahora que comienzo la residencia? Barcelona: Fundació Galatea, 2008.