

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 3 de diciembre de 2005, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

**ACTITUD DE LA OMC ANTE LOS COLEGIADOS CON ADICCIONES
O ENFERMEDAD MENTAL: MODOS DE AYUDA Y
REHABILITACIÓN**

I. Justificación

1. Los médicos, al igual que los otros seres humanos, no están libres de sufrir a lo largo de su vida profesional algún trastorno mental o de desarrollar adicción al alcohol o a otras drogas. Los datos más recientes señalan que, en nuestro país y en algún momento de su vida, alrededor del 11% de los médicos padecen trastornos psíquicos o de adicción: de ellos, el 60% experimentará problemas de salud mental, un 26% conducta adictiva al alcohol y un 14% a otras drogas. Estas cifras no han de producir extrañeza a la vista de que un 30% de los médicos presentan síntomas crónicos de desgaste profesional.

2. En muchos casos, el médico no es consciente de esos problemas y se resiste a solicitar apoyo a otros compañeros; en otros, y con gran esfuerzo, intenta ocultarlos para no recurrir a una asistencia especializada. Es entonces cuestión de tiempo que puedan surgir conflictos con los compañeros o con los pacientes a los que ha de prestar asistencia.

Con independencia de las repercusiones que puedan tener en el entorno familiar y social, esos padecimientos ejercen un efecto negativo en el ámbito laboral, tanto en la relación con los compañeros, como, y ello es más grave, en la atención de los paciente, dado el riesgo incrementado de incurrir en negligencias y errores.

3. Esta Declaración trata de contribuir a la misión de la Organización Médica Colegial de velar por el correcto ejercicio de la

profesión por parte de sus miembros y de proporcionarles ayuda para conseguirlo.

II. Consideraciones profesionales y sociales

4. A efectos de la presente Declaración, se considera médico enfermo a 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. Este estado conduce a: 1) denuncias por mala praxis, juicios y conflictos laborales; 2) bajas laborales de larga duración; 3) estados de incapacidad permanente o de inhabilitación profesional.

5. A esta situación se puede llegar por diversos motivos:

- Se trabaja con personas que sufren y piden ayuda, lo que ocasiona un importante desgaste emocional.
- Estrés intenso durante los años que dura el periodo de formación.
- Es frecuente no resolver los problemas, al menos completamente, lo que ocasiona frustración.
- El incremento del número y cuantía de los juicios por negligencia ha creado un clima de temor e inseguridad ante potenciales errores médicos.
- Existir importantes exigencias sociales que no guardan proporción con lo que el médico puede ofrecer.
- La salud se ha convertido en un objetivo político, para el que las autoridades imponen demandas inalcanzables de ahorro y productividad.
- Haber pasado los médicos de gozar de una consideración social elevada a una situación de menor prestigio.
- Falta de autoestima causada por la funcionarización del médico, que le ha llevado a perder el control sobre el trabajo y el salario.
- Fácil acceso a las sustancias de abuso y psicofármacos.

6. En los últimos decenios, la situación del "Estado de bienestar" ha conducido a que la sociedad no encuentre sentido al sufrimiento y,

por tanto, no lo tolere: el sufrimiento es un fracaso de la ciencia y, en consecuencia, del médico, al que culpabiliza. Se ha producido una pérdida de la perspectiva de los valores, primando en exceso los aparentes y sociales (calidad, economía, eficacia) sobre los éticos (generosidad, honestidad, solidaridad).

7. el clima de hostilidad que domina la sociedad actual se infiltra paulatinamente en el medio laboral, viviéndolo como un estado normal; existen muchos facultativos que permanecen en silencio aunque son objeto con frecuencia de actitudes hostiles que frenan el normal desarrollo de la actividad clínica y la promoción profesional, enquistando al médico en alteraciones mentales que le empujan al desmoronamiento psíquico, a una sensación de incapacidad o de limitación acentuada, con impresión de agotamiento, laxitud y desaliento. Estos médicos acaban dudando de sus propias capacidades psicológicas y, generalmente, se ven abocados a la pérdida de su autoestima, a la autoexclusión, a las somatizaciones, a las alteraciones del estado anímico y, ocasionalmente, a conductas suicidas. La tasa de suicidio e intento de suicidio para los médicos varones es de 1.7 a 3 veces superior a la de la población general, de 5 a 7 veces superior para las mujeres médicos; los factores de riesgo suicida son trastorno mental, especialmente depresivo, abuso de sustancias tóxicas y rasgos de personalidad predisponentes.

8. Los estudios sociológicos efectuados en distintos países europeos, para discernir el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional, ofrecen unas cifras alarmantes de insatisfacción y desilusión. Bien es cierto que el grado de insatisfacción es sólo moderado en algunos, pero alcanza grados extremos en un 10-15% de los médicos, para quienes se ha acuñado el término de burn-out síndrome, o "médicos quemados", como consecuencia del estrés laboral, en quienes la insatisfacción laboral se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión.

III. Consideraciones deontológicas.

9. El Código de Ética y Deontología Médica (1999) especifica:

- Art. 19.2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporalmente o definitivamente su actividad profesional.

- Art. 19.3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

10. El art. 42 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial establece la prohibición de ejercer la medicina cuando se evidencien manifiestamente alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que le incapaciten para dicho ejercicio, previo el reconocimiento médico pertinente.

11. El médico enfermo suele ser incapaz de reconocer que el problema existe, y que sus colegas mantienen un tácito pacto de silencio. Además, no es ético, ni deontológicamente correcto, que un médico actúe como simple espectador ante las acciones injustas de los demás en el equipo de trabajo hacia un compañero; este comportamiento es altamente destructivo desde el punto de vista psicológico.

12. En conclusión, existen varias razones para intervenir sin dilación en estos casos: 1) alta prevalencia de la patología, que cada día aumenta más; 2) fuerte resistencia del médico adicto o enfermo a pedir ayuda, tanto a corto como a largo plazo; 3) riesgo de mala praxis y sus graves consecuencias, ya explicadas; 4) obligación deontológica de auxiliar con rapidez y eficacia al colega enfermo; 5) la intervención es eficaz ya que el número de casos rehabilitados es superior al del resto de la población.

IV. Aspectos prácticos

13. Los actores que deben intervenir en el caso del médico enfermo son la familia, los colegas, la empresa, la Administración sanitaria, el Colegio de Médicos.

14. Para que un programa de ayuda y rehabilitación a un médico enfermo tenga éxito es necesario:

- a. Garantizar todo lo posible la confidencialidad.
- b. Que la atención sea diferenciada de los servicios asistenciales generales, específica para atender al médico y altamente especializada.
- c. Que le Colegio de Médicos ejerza su responsabilidad en la autorregulación de la profesión y garante de la buena praxis, tutelando el ejercicio de la medicina al médico en rehabilitación.
- d. Utilizar la figura del "contrato terapéutico" de diversos grados como reflejo del compromiso mutuo entre el médico enfermo, el médico terapeuta y, en ocasiones, el propio Colegio de Médicos y/o la Administración o empresa.

15. En los casos de médicos con trastornos psiquiátricos de mayor riesgo (depresivos, abuso de sustancias tóxicas), o en situaciones de cambio vital, se debe fomentar su acceso a los servicios de salud mental colegiales o profesionales, con las tutelas judiciales necesarias.

16. Existen una serie de factores, contra los que hay que luchar activamente, que dificultan el tratamiento del médico en situación de adicción:

- La conspiración del silencio: ocultación del problema por parte del enfermo, de la familia y de los colegas.
- Miedo a la estigmatización por el tipo de enfermedad, incluso entre los mismos colegas.
- Miedo a la pérdida de credibilidad y reputación (ejemplaridad contrariada).

- Miedo a ser reconocido o a la violación de la confidencialidad (terror a la sala de espera).
- Miedo a no volver a ejercer la profesión.
- La prepotencia terapéutica, el mito de la invulnerabilidad y el no querer asumir el rol de paciente.

17. Los colegas del médico adicto tropiezan con una serie de obstáculos que deben eliminar para poder ayudarle eficazmente:

- Actitud tolerante.
- Temor a causar un perjuicio.
- Pacto de silencio.
- Falta de habilidad para afrontar la situación.
- Falso respeto a la privacidad.

18. En el caso de agresiones físicas y verbales por parte de pacientes, la demanda la tiene que interponer el propio médico por lo que, además de soportar la agresión y el estrés postraumático que ésta produce, ha de mantener todo el estrés del juicio; a esto se añade la falta de seguridad en la vida privada, al conocer el agresor los datos personales por la denuncia. Dado que, en cumplimiento del deber de protección, la empresa o la administración deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionado con el trabajo, debe ser la dirección del centro sanitario quién realice la presentación de la demanda para que se pueda salvaguardar la intimidad del médico agredido.

19. La Organización Médica Colegial tiene la obligación de instar (art. 3.1 y 42.b de los Estatutos Generales) a la Administración Sanitaria a que implante las medidas preventivas que se establecen en el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales desde las distintas direcciones o gerencias.

V. Conclusiones

20. La obligación del médico es cuidar la salud de sus pacientes; estar pendiente de la salud de los colegas con los que se relaciona es una obligación aún más grave e imperiosa. La pasividad ante un

colega enfermo es una conducta impropia, pues, dada la potencialidad de dañar a pacientes y colegas, constituye complicidad en el daño causado por el médico enfermo.

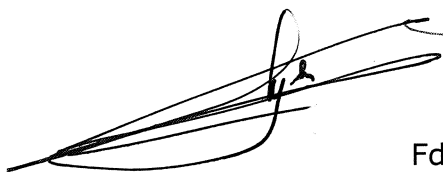
21. La Organización Médica colegial es la garante de una actuación médica profesional, ética y deontológicamente correctas. Para que esta actuación tenga lugar es necesaria una adecuada colaboración familiar y del centro de trabajo.

22. Los casos de médicos con problemas de adicción o enfermedades mentales, conocidos por la Junta Directiva de los Colegios de Médicos o por sus Comisiones de Ética y Deontología, deben ser valorados por colegas competentes y con experiencia en este terreno con el fin de sentar un programa terapéutico y de rehabilitación personificado. En estos casos la aplicación del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha demostrado ser de gran ayuda y eficacia.

23. Corresponde a la Organización Médica Colegial instar a los Colegios para que acuerden con las Administraciones respectivas a fin de instaurar el PAIME en todas las Autonomías.

Madrid, 15 de diciembre de 2005
EL SECRETARIO GENERAL

Vº Bº
EL PRESIDENTE



Fdº Juan J. Rodríguez Sendin

Fdº Isacio Sigüero Zurdo