



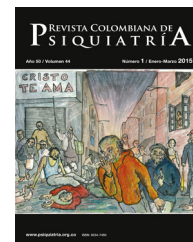
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de actualización

Diseño e implementación del Programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico del Uruguay

Juan J. Dapuerto^{a,*}, Eloísa Klasse^a, Néstor Campos^b, Blauco Rodríguez Andrada^c, Serafín Romero Agüit^d, María Dolores Braquehais^{e,f}, Gustavo Tolchinsky^g, María Teresa Pereira^a, Laura Sarubbo^a, Claudia Ceroni^a, Natalia Sánchez^a y Lida Blanc^a

^a Programa de Bienestar Profesional, Colegio Médico del Uruguay, Uruguay

^b Expresidente del Colegio Médico del Uruguay, Uruguay

^c Presidente del Colegio Médico del Uruguay, Uruguay

^d Presidente de la Organización Médica Colegial, España

^e Programa de Atención Integral al Profesional de la Salud Enfermo, Clínica Galatea, Barcelona, España

^f Grupo de Investigación en Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Institut de Recerca Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^g Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de noviembre de 2020

Aceptado el 4 de febrero de 2021

On-line el xxx

Palabras clave:

Desarrollo de programa

Médico enfermo

Cuidado de salud del médico

R E S U M E N

Son múltiples los estudios que informan de una alta prevalencia de problemas de salud mental en médicos y médicas. Aunque los médicos presentan resistencias a la hora de solicitar ayuda profesional cuando están aquejados de trastornos mentales, los servicios especializados desarrollados específicamente para tratar sus problemas de salud mental han reportado resultados prometedores. El propósito de este artículo es describir el diseño y la implementación del Programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico del Uruguay. El contexto, los insumos, las actividades y algunos de los productos se describen de acuerdo con el diseño de un estudio de caso. También se señalan los principales hitos en la puesta en marcha del programa, así como los elementos facilitadores, los obstáculos y los principales logros. Se enfatizará la importancia de la colaboración internacional para compartir experiencias y modelos, cómo articular el proceso asistencial para fomentar el acceso de los médicos a la atención psiquiátrica y psicológica, la necesidad de que sean flexibles y dinámicos para adaptarse a circunstancias novedosas y cambiantes como la pandemia por COVID-19 y la necesidad de que vayan en paralelo con las exigencias de los organismos reguladores de la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdapuerto@gmail.com (J.J. Dapuerto).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.005>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

práctica médica. Se espera que la experiencia descrita en este trabajo pueda ser de utilidad a otros colectivos latinoamericanos interesados en desarrollar programas de salud mental para los médicos.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Design and implementation of the Professional Wellbeing Programme of the Medical Council Association of Uruguay

A B S T R A C T

Multiple studies have reported a high prevalence of mental health problems among male and female physicians. Although doctors are reluctant to seek professional help when suffering from a mental disorder, specialised services developed specifically to treat their mental health problems have reported promising results. The purpose of this article is to describe the design and implementation of the Professional Wellbeing Programme (*Programa de Bienestar Profesional*) of the Uruguayan Medical Association (*Colegio Médico del Uruguay*). The context, inputs, activities and some of the outputs are described according to a case study design. The main milestones in the implementation of the programme are also outlined, as well as the enabling elements, obstacles and main achievements. Emphasis will be placed on the importance of international collaboration to share experiences and models, how to design the care process to promote doctors' access to psychiatric and psychological care, the need for them to be flexible and dynamic in adapting to new and changing circumstances, such as the COVID-19 pandemic, and to work in parallel with the medical regulatory bodies. It is hoped that the experience described in this work may be of use to other Latin American institutions interested in developing mental health programmes for doctors.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Programme development

Sick doctor

Healthcare of doctors

Introducción

Son múltiples los estudios que hablan de alta prevalencia de problemas de salud mental de los médicos y las médicas. Los datos del *National Health Service Practitioner Health Programme* de Reino Unido¹ muestran que, del total de médicos que consultaron como pacientes en el periodo 2008-2017, el 80% lo hizo por problemas de salud mental tales como depresión, ansiedad y síntomas indistinguibles del trastorno de estrés postraumático, el 15% por abuso de alcohol o drogas, principalmente dependencia del alcohol. También hubo consultas por trastorno de personalidad, trastorno bipolar, problemas de salud física que afectan a la salud mental y un pequeño número con esquizofrenia o psicosis no diagnosticada. Se han reportado tasas muy elevadas de suicidios de médicos que sobrepasan las de la población general²⁻⁴.

En una revisión sobre la salud mental de los médicos⁵, se concluyó que, incluso cuando los informes sobre la prevalencia de problemas de salud mental son contradictorios, existe un consenso general sobre el hecho de que los médicos se enfrentan a una gran cantidad de factores de riesgo, tanto de tipo ocupacional como individual, y que buscar ayuda es difícil debido a las complejidades que rodean a un médico que se convierte en paciente. Estos factores están relacionados con el trabajo clínico en sí, las características sistémicas del entorno ocupacional y las características

personales, los rasgos de personalidad y las características psicológicas del médico. Como consecuencia de la conjunción de estos factores, el grado de desgaste laboral por estrés o *burnout* es alarmante tanto en el mundo anglosajón como en Latinoamérica⁶⁻⁸. Es de esperar que médicos con una baja percepción de realización personal estén más expuestos a desarrollar el síndrome de desgaste laboral o *burnout*.

Por su parte, se han descrito barreras para que los médicos se procuren ayuda profesional cuando están aquejados de problemas mentales. La lista es larga y en ella intervienen la negación y minimización del problema, los rasgos perfeccionistas y autoexigentes de los médicos, el desconocimiento y los prejuicios que los propios médicos tienen sobre la enfermedad mental, que se ve como falla o debilidad, el temor al estigma, al descrédito como profesionales, la creencia de los médicos de que sus colegas son pacientes difíciles, lo que lleva a evitar involucrarse en la atención de otros médicos y la tendencia a las consultas de pasillo, el autodiagnóstico y la automedicación, entre otras⁵.

Por otro lado, los servicios especializados desarrollados específicamente para intervenciones para médicos con problemas de salud mental han reportado resultados prometedores. El informe de la *American Medical Association* (AMA) sobre el fenómeno del médico enfermo fue el punto de partida para todos los programas de salud del médico (PSM)⁹, a pesar de que estaban orientados hacia la regulación de la práctica más que a la construcción de una red de apoyo al médico. En

una revisión realizada por Braquehais et al.¹⁰, se muestra que los PSM se desarrollaron progresivamente en Estados Unidos desde fines de la década de los setenta y más tarde en otros países como Canadá, Australia, Reino Unido¹¹ y España¹². En Latinoamérica, son pocas las experiencias de atención a la salud del médico enfermo, en Buenos Aires y Rosario (Argentina) y un único reporte en Brasil¹³.

El Colegio Médico del Uruguay (CMU), a partir de la creación de una Comisión de Bienestar del Médico en 2016, comprendió la importancia de contar con un programa de salud del médico orientado sobre todo a la atención de problemas de salud mental. El propósito de este artículo es describir el diseño y la implementación de dicho programa.

Se presenta un estudio de caso del proceso de diseño e implementación del Programa de Bienestar Profesional (BienPro) del Colegio Médico del Uruguay siguiendo el modelo lógico para la evaluación de programas¹⁴, para lo cual se revisan el contexto, los insumos, las actividades y algunos de los productos.

Contexto general

De momento no se dispone de estudios de prevalencia de problemas de salud mental de los médicos de Uruguay. Existen datos indirectos, tales como los aportados por una encuesta desarrollada por el CMU en la que se observaron porcentajes elevados de baja satisfacción con los logros alcanzados en profesión y con la satisfacción en la tarea¹⁵. El 46% de los encuestados consideraban que la profesión médica afecta a su vida familiar negativamente o muy negativamente y el 40% consideraba que el desempeño de la profesión era peor o mucho peor de lo que había esperado cuando empezó a estudiar. Aun así, el 80% consideraba que la profesión médica fue la mejor elección profesional. Varios estudios muestran una alta frecuencia de desgaste laboral en residentes de Medicina Interna¹⁶ y Anestesiología¹⁷ respectivamente: un 33 y un 42% con alto grado de agotamiento emocional; un 50 y un 39% con alto o moderado grado de endurecimiento o distanciamiento interpersonal, y un 36 y un 38% con bajo grado de realización personal. La frecuencia de desgaste laboral grave en personal de unidades de medicina intensiva fue del 51% de los médicos y el 42% del personal de enfermería⁷.

El único estudio¹⁸ disponible sobre consumo de alcohol y drogas en médicos de Uruguay mostró que en el último año el 13% de los anesestesiólogos y el 7% de los internistas hacían un consumo problemático del alcohol; el 47 y el 45% consumían tranquilizantes sin prescripción médica; el 9 y el 5%, opiáceos sin prescripción, y el 6 y el 3%, cocaína.

A falta de más datos epidemiológicos, sí existe en el colectivo médico la percepción de que problemas tales como depresión y suicidio son frecuentes, y que poco se ha hecho hasta el momento para prevenirlos.

Aportes e insumos

En la última década ha habido una preocupación creciente desde la academia por la mejora del bienestar médico y por el impacto negativo que el trabajo del médico enfermo o con

discapacidad tiene en los comportamientos profesionales, la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica¹⁹, al punto de que se ha propuesto la inclusión del autocuidado como una materia en el currículo del pregrado y de las residencias. En este sentido, el BienPro también está alineado con los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales era «construir una cultura institucional de seguridad y calidad de la atención»²⁰.

El BienPro se desarrolló con la colaboración internacional de responsables e integrantes de programas ya en funcionamiento: el Programa de Salud del Médico de la Sociedad de Médicos del Distrito de Columbia en Estados Unidos²¹ y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial de España, originalmente desarrollado por el Colegio de Médicos de Barcelona^{10,12,22,23}. Estos asesoramientos incluyeron asuntos de carácter clínico-terapéutico, colegial, deontológico y jurídico.

Descripción del programa

El BienPro se desarrolló en el marco del CMU, creado por ley en el año 2009 «con el cometido de garantizar al médico y a la comunidad el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido». Constituye, por lo tanto, la entidad reguladora de la práctica profesional al garantizar el cumplimiento de las normas éticas y deontológicas, y tiene la posibilidad de recomendar sanciones en casos de incumplimiento. Al mismo tiempo, procura la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados, promueve que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia y establece, a partir de la ley del Código de Ética Médica, la obligación del médico de atender en condiciones personales físicas y psíquicas adecuadas para su desempeño profesional y que la negativa a integrarse en un programa de rehabilitación merecerá medidas disciplinarias complementarias. Por otro lado, la colegiación es obligatoria en Uruguay, pues una de las premisas para el ejercicio profesional es tener el título universitario de médico, estar habilitado por el Ministerio Salud Pública y estar colegiado.

Como forma de dar respuesta a la situación de los médicos con problemas de salud mental, en abril de 2016, el Consejo Nacional del CMU decidió conformar una Comisión de Bienestar Profesional cuyo cometido «entre otros, será el de promover la salud en su globalidad, asesorando a los colegas que necesitan asistencia sobre tópicos como *burn-out* o adicciones; los cuales serán derivados a quien corresponda, manejándose todo este proceso con la máxima confidencialidad».

Los objetivos y actividades del programa quedaron definidos de la siguiente forma (tabla 1).

Se estableció una hoja de ruta que incluyó la preparación de un borrador del proyecto, su discusión con autoridades del CMU, el asesoramiento de la OMC (Dr. Serafín Romero Agüit) primero por teleconferencia y luego presencial, la presentación del proyecto en el VII Congreso PAIME en Islas Baleares en 2017, el intercambio con integrantes de la Fundación Galatea y la Clínica Galatea y la presentación en el país a instituciones asistenciales, gremiales, de seguros de responsabilidad civil y de seguros asistenciales de médicos para conocer opiniones y recibir sugerencias.

Tabla 1 – Características del programa

Objetivos	Ejemplo de actividades	Ejemplo de productos
Desarrollar programas de promoción y prevención de salud mental para médicos: enfoque salutogénico.	Instancias de formación profesional permanente sobre estrés laboral, desgaste laboral y, recientemente, sobre estrategias para reducir el impacto emocional de la pandemia de COVID-19.	Jornada Internacional en el primer año del programa. Ciclo de conferencias (entre 6 y 10 anuales) sobre temas de salud del médico. Difusión a través de redes sociales y blog. Teleasistencia y grupo de apoyo emocional para médicos afectados por la COVID-19. Talleres de reducción del estrés basados en <i>mindfulness</i> .
Generar dispositivos que contribuyan a optimizar la asistencia al médico con problemas mentales.	Se creó la Unidad Clínica del BienPro con la participación de psiquiatras, psicoterapeutas y trabajadora social con el fin de promover la consulta oportuna de los médicos afectados asegurando la confidencialidad en todo el proceso, de modo de optimizar el tratamiento psiquiátrico proporcionado por su prestador de atención médica, asegurar el seguimiento, hacer recomendaciones sobre la reinserción laboral y brindar apoyo en todo el proceso. Esta unidad clínica tiene 3 áreas de intervención: trastornos del estado de ánimo y problemas psicosociales, trastornos adictivos y trastornos psiquiátricos graves persistentes. Más recientemente se ha enfocado también en médicos con trastornos de personalidad. El BienPro ha posibilitado la interrelación de los profesionales que asisten a los médicos (psiquiatra, psicólogo, salud ocupacional) a través de la organización de reuniones clínicas.	Atención interdisciplinaria de pacientes médicos en conjunto con las instituciones prestadoras de asistencia dependientes del Sistema Nacional Integrado de Salud. Facilitación del acceso a la consulta psiquiátrica, rápida coordinación sin requisitos burocráticos, articulación y coordinación con salud mental de los prestadores mediante reuniones clínicas periódicas, ofrecer seguimiento. Apoyo y respaldo ante autoridades y empleadores.
Generar instancias de remediación en situaciones de suicidio, comportamientos disruptivos y transgresión de los límites sexuales con pacientes.	Intervención psicoeducativa y de apoyo ante situaciones de suicidio. Se trata de un taller orientado a la atención de las personas del entorno laboral de un médico o trabajador de la salud que cometió suicidio. Cursos de formación permanente sobre comportamientos profesionales inadecuados. Grupo de apoyo emocional para médicos afectados por la COVID-19.	Talleres en los últimos 2 años a propósito del suicidio de 2 médicos, 1 enfermera y 2 trabajadores de servicios. Talleres para el tratamiento de médicos con conductas inadecuadas. Incorporación de intervenciones psicoterapéuticas basadas en la terapia dialéctica conductual para personas con trastornos de personalidad con funcionamiento límite.

Fue necesario en este tiempo conjugar los aspectos técnicos y del proceso asistencial, aspectos legales y regulatorios, de logística e infraestructura y económicos y financieros. El programa es gratuito para los casi 15.000 miembros activos del CMU. Se financia con recursos propios del CMU a partir de la cuota de colegiación. El colega firma un acuerdo de entrada al programa y se compromete a aceptar los términos y condiciones del programa y adherir a las recomendaciones del equipo. Por su parte, el BienPro se compromete a mantener la confidencialidad salvo situaciones acordadas con el colega. El BienPro podrá abogar en favor del médico ante instancias institucionales en la medida que el médico se adhiera a las recomendaciones.

A lo largo del proceso de vinculación del médico con el BienPro, se van ajustando las responsabilidades de ambas partes en lo referente a los aspectos formales y regulatorios. Al ingresar al programa, se solicita al colega la firma de una declaración de aceptación de entrada al programa en la que se establecen los derechos y las obligaciones de ambas partes; el CMU se compromete a brindar la atención para el médico en forma absolutamente confidencial y gratuita

procurando la rápida vinculación del médico o médica con su prestador asistencial, y él o ella se comprometen a adherir a las recomendaciones terapéuticas de los profesionales del grupo técnico y del coordinador. Esto es básicamente un acuerdo entre el médico y el equipo tratante. En los casos en que estos objetivos no se cumplen, se puede modificar esta declaración y realizar un acuerdo de seguimiento en el que se establecen nuevas pautas y compromisos. En esta declaración se deja en claro desde el inicio del proceso de atención que solo en casos en que esté en riesgo la seguridad de los pacientes y del médico se procederá a la comunicación a las autoridades del CMU. El primer paso es el estudio del caso, anónimo y confidencial, por el Grupo de Situaciones Complejas integrado por los profesionales tratantes y 2 referentes clínicos del Consejo Nacional quienes establecen las directivas que seguir en la relación con el colega paciente.

Luego de este largo proceso, el programa se lanzó en marzo de 2018 con una guía y un manual de actuación basado en el Manual de Procedimientos del PAIME adaptado a las características del CMU.

Discusión

De la experiencia internacional surge que los colegios de médicos ofrecen un ámbito de contención para el médico y su familia, aseguran la confidencialidad y el respeto, son referencia para las instituciones y autoridades de salud y cuentan con recursos legales para tomar medidas de protección para el médico y para terceros.

El Colegio Médico del Uruguay, a través de este programa, no busca competir ni reemplazar la atención en salud mental que deben proporcionar los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Su rol fundamental es actuar como articulador y facilitador del proceso asistencial de modo de mejorar el acceso de los médicos a la atención psiquiátrica y psicológica de manera rápida, sencilla y efectiva. Se busca optimizar el acceso, la calidad del tratamiento y el seguimiento que puede proporcionar la institución asistencial en la cual el médico se atiende.

La mejora en la eficacia de los tratamientos se logra a través de una mayor adhesión al tratamiento y un mejor seguimiento que surge a partir de una mejor coordinación entre los profesionales de salud mental que tratan al médico-paciente. De ahí que una de las tareas fundamentales del BienPro sea la articulación entre colegas tratantes a través de frecuentes reuniones clínicas. También funciona como respaldo ante autoridades y responsables institucionales.

El programa está concebido dentro de una dinámica que nos permite reaccionar según las circunstancias emergentes del contexto, como es el caso de las intervenciones psicoeducativas y de apoyo en situaciones de suicidio. Esto también se demostró en la capacidad rápida de reacción ante la situación que ha generado la COVID-19, al instrumentar medidas como el grupo de apoyo emocional para médicos afectados por esta enfermedad y una jornada conjunta con las sociedades de psiquiatría al poco tiempo de la llegada de la pandemia al Uruguay. También en el desarrollo de actividades educativas para médicos, a través de conferencias virtuales y de contacto con los medios: prensa escrita, radio y televisión, con el objetivo de difusión y como estrategia de comunicación en tiempos de aislamiento.

El hecho de que el CMU sea un organismo regulador de la práctica profesional representa un desafío, tal como sucede con el PAIME, que como programa colegial, al tiempo que propicia la rehabilitación del médico aquejado de trastornos mentales o adictivos, vela por la seguridad de la praxis profesional²⁴. El rol principal de los cuerpos regulatorios de la profesión médica es asegurar que los médicos estén en buenas condiciones para ejercer su práctica. Existen múltiples modelos diferentes para realizar esto dependiendo de la legislación de cada país. Los primeros programas de este tipo nacieron en Estados Unidos en la década de los setenta y tuvieron como finalidad controlar las conductas de mala práctica que podían generar los trastornos mentales de los médicos, especialmente las adicciones. Estos programas dieron lugar luego a la creación de programas estatales y, ya en los años noventa, a la creación de la *Federation of State Physician Health Programs* con el fin de coordinar las actuaciones de dichos programas.

En otros casos, los programas de bienestar profesional los llevan asociaciones y organizaciones que, si bien deben

responder a la entidad reguladora en caso de riesgo para la praxis, funcionan de manera independiente del regulador.

Si bien en la experiencia de las entidades reguladoras prevalecen las estrategias reactivas bajo la forma de medidas disciplinarias, sucede que, en el caso de los trastornos por abuso de sustancias y de los tratamientos de rehabilitación, así como en otros trastornos mentales graves, en otras ocasiones se ha optado por recurrir a estrategias proactivas y de remediación que facilitan el acceso a los programas de salud por sobre las medidas disciplinarias con el aval de la entidad reguladora²⁵. Estas estrategias están orientadas al cuidado de la salud mental de los médicos apuntando a la detección y el tratamiento precoces de los problemas de salud mental, en lugar de simplemente velar por garantizar que el ejercicio no implicara riesgos para la praxis²⁶.

Ofrecer un programa de cuidado como organismo regulador puede percibirse como una amenaza para los médicos y resulta difícil equilibrar la confianza en la institución con la responsabilidad del colegio de autorregularse. Es importante remarcar que desarrollar el programa asistencial ha de ir en paralelo con los aspectos reguladores de colegio profesional, faceta que aportan las juntas de gobierno y no las unidades clínicas. Esto muestra la complejidad de los equilibrios cuando se pasa de la discusión clínica a la colegial y marca la necesidad de saber dirimir dónde está la mejor decisión. Tener la responsabilidad y el deber de la autorregulación de la profesión es un privilegio y una carga al mismo tiempo²⁴. En el modelo del PAIME español, en los casos graves o que haya incumplimiento, falta de adhesión a los tratamientos o riesgo para la praxis, se recurre a la modalidad de contrato terapéutico. Una de las cláusulas de dicho contrato incluye la posible inhabilitación en caso de incumplimiento, lo que permite un control riguroso de los casos que implican un riesgo para la praxis clínica segura²⁶. Sin embargo, el objetivo principal sigue siendo ayudar al médico a lograr un estado de salud que le permita continuar con un desempeño profesional acorde con los estándares establecidos.

Como elementos facilitadores en este proceso de implementación, se mencionan: a) el compromiso de los líderes del CMU, de responsables en la toma de decisiones y de otras partes interesadas; b) la colaboración internacional especialmente con el PAIME, pero también con otros programas, y la contribución de expertos externos; c) el interés explícito de varios colectivos de médicos (servicios de salud, asociaciones profesionales, gremios, seguros asistenciales y de responsabilidad civil), y por último, d) el compromiso del grupo técnico que trabajó puntualmente y de manera eficiente para cumplir con la hoja de ruta, así como del grupo clínico que está llevando adelante las actividades propuestas.

Entre los principales obstáculos que aún hoy persisten, se encuentra la cultura de la medicina imperante en el país, por la cual los colectivos médicos, las instituciones asistenciales y las organizaciones gremiales, en gran medida, siguen esquivando la mirada ante los problemas de salud mental de los médicos y se opta por una conspiración de silencio que no hace más que perpetuar y agravar la situación. Pese a los cambios que se están produciendo, no existe aún una cultura de transparencia, responsabilidad y rendición de cuentas sobre los problemas. Mientras todavía se sigue escondiendo las situaciones «barriendo debajo de la alfombra», la transparencia

es necesaria para el buen funcionamiento de los sistemas y brindar ayuda al profesional con un trastorno mental lo antes posible, desde luego manteniendo la confidencialidad absoluta del profesional paciente.

Se ha descrito el proceso de implementación de un programa de salud mental para médicos en Uruguay, revisando los antecedentes internacionales, los insumos recibidos nacionales y de la colaboración internacional, las características del programa, ejemplos de las actividades realizadas hasta el momento y algunos productos. Otros resultados se encuentran aún en etapa de procesamiento.

Esperamos que este trabajo pueda servir como aporte para otros colectivos latinoamericanos interesados en desarrollar programas de salud del médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Gerada C, Doctors. suicide and mental illness. *Br J Psych Bull.* 2018;42:165–8, <http://dx.doi.org/10.1192/bjb.2018.11>.
- Sher L, Braquehais MD. Suicidal behavior in military veterans and health care professionals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:589, <http://dx.doi.org/10.1177/0004867413517761>.
- Gerada C. Doctors and suicide. *Br J Gen Pract.* 2018;68:168–9, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp18X695345>.
- Palhares-Alves HN, Palhares DM, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA, Sanchez ZM. Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37:146–9, <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1534>.
- Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *J Ment Heal.* 2011;20:146–56, <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>.
- Shanafelt T, Boone S, Tan L, Dyrbye L, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172:1377, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.
- Burghi G, Lambert J, Chaize M, Goinheix K, Quiroga C, Fariña G, et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med.* 2014;40:1785–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-014-3454-x>.
- Díaz L, Arab J, Núñez C, Robles C, Bitran M, Nitsche M, et al. Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario. *Ars Medica.* 2017;42:27–33, <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v42i2.541>.
- American Medical Association. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA.* 1973;223:684–7, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1973.03220060058020>.
- Braquehais MD, Tresidder A, DuPont RL. Service provision to physicians with mental health addiction problems. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28:324–9, <http://dx.doi.org/10.1097/YC.O.000000000000166>.
- Brooks SK, Chalder T, Gerada C. Doctors vulnerable to psychological distress and addictions: Treatment from the Practitioner Health Programme. *J Ment Health.* 2011;20:157–64, <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.556168>.
- Casas M, Gual A, Bruguera E, Arteman A, Padrós J. El programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) del Colegio de Médicos de Barcelona. *Med Clin (Barc).* 2001;117:785–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72259-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72259-2).
- Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA. A pioneering experience in Brazil: The creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:258–61, <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000038>.
- Frye AW, Hemmer PA. Program evaluation models and related theories: AMEE Guide No. 67. *Med Teach.* 2012;34:e288–99, <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.668637>.
- Colegio Médico del Uruguay. *La profesión médica en el Uruguay de hoy: percepciones, vivencias y expectativas.* Montevideo: CMU; 2016. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Encuestas.pdf>.
- Góñi M, Medina F, Pintos M, Blanco C, Resumen FT. Desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgrados en Medicina Interna. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v31n1/v31n1a06.pdf>. Consultado 13 Dic 2017.
- Cebriá AL, Turconi L, Bouchacourt JP, Medina F, Riva J, Castromán P. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en residentes de anestesiología de Uruguay. *An Fac Med (Univ Repúb Urug).* 2014;1:23–30.
- Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapueto J, Sztern P, Ganio M. Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. *Anest Analg Reanim.* 2001;17:20–5. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1688-12732001000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Consultado 13 Sep 2014.
- Dapueto JJ, Viera M, Samenow C, Swiggart WH, Steiger J, A tale of two countries: innovation and collaboration aimed at changing the culture of medicine in Uruguay. *HEC Forum.* 2018;30:329–39, <http://dx.doi.org/10.1007/s10730-018-9351-x>.
- Ministerio de Salud Pública. *Objetivos Nacionales 2020.* Montevideo: MSP; 2015.
- Medical Society of the District of Columbia. *Physician Health Program.* Disponible en: https://www.msdc.org/docs/default-source/msdc/phc_brochure_online_2019.pdf?sfvrsn=da2a43d4_0.
- Braquehais M, Bel M, Lusilla P, Valero S, Mozo X, Nasillo V, et al. Psychiatrists admitted to a physicians' health programme. *Occup Med (Lond).* 2015;65:499–501, <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqv075>.
- Braquehais M, Valero S, Bel M, Navarro M, Matalí J, Nasillo V, et al. Doctors admitted to a Physicians' Health Program: a comparison of self-referrals versus directed referrals. *BMJ Open.* 2014;4:e005248, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005248>.
- Tolchinsky G, Padrós J. Caring programmes for sick doctors are a crucial step to self-regulation. *BMJ Opin.* 2019. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/09/25/caring-programmes-for-sick-doctors-are-a-crucial-step-to-self-regulation/>.
- Byrick RJ. Professional self-regulation: learning from the disciplinary process. *Can J Anaesth.* 2013;60:960–5, <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-013-0012-x>.
- Braquehais MD, Bel MJ, Montejo JE, Arteman A, Bruguera E, Casas M. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Rev Esp Med Leg.* 2012;38:107–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.05.003>.