



# BIOMEDICINA

- 04-05** | ■ Editorial
- 06-31** | ■ Impacto de la demanda judicial en el profesional médico  
*Ma. Carolina Lasarte Borreani*
- 32-47** | ■ Cáncer en los médicos  
*Lucía Morón Delucchi*
- 48-59** | ■ Conflicto TRABAJO / FAMILIA en médicos  
*Claudia Ramos, Bárbara Rocha*
- 60-69** | ■ Obesidad y sobrepeso en los médicos: ¿qué se sabe realmente?  
*Natalia Márquez*

2016/1

# CIENCIAS BIOMÉDICAS

LA MEDICINA AVANZA VOS TAMBIÉN.

## Inscripciones 2017

Descuentos por inscripción temprana.

### Especialidad en

Mastología  
Medicina de Emergencia  
Traumatología y Ortopedia

### Maestría en

Farmacología Clínica  
Medicina Familiar y Comunitaria

### Curso Avanzado

Cuidados Paliativos  
Gestión de Salud Ocupacional y Ambiental  
Medicina del Deporte  
Imagenología Mamaria

### Seminario de

Actualización en Geriatría  
Citometría de Flujo  
Electrocardiografía en la clínica médica  
Imagenología

# Biomedicina

Publicación cuatrimestral del Centro de Ciencias  
Biomédicas de la Universidad de Montevideo

## Sumario

ISSN 1510-9747 - On Line: ISSN 1688-2504

- 04-05 | **Editorial**
- 06-31 | **Impacto de la demanda judicial en el profesional médico** | Ma. Carolina Lasarte Borreani
- 32-47 | **Cáncer en los médicos** | Lucía Morón Delucchi
- 48-59 | **Conflicto TRABAJO / FAMILIA en médicos** | Claudia Ramos, Bárbara Rocha
- 60-69 | **Obesidad y sobrepeso en los médicos: ¿qué se sabe realmente?** | Natalia Márquez

## Biomedicina - Agosto 2016

Tenemos el gusto de presentar, una nueva edición de la Revista Biomedicina, con varios trabajos de la Maestría de Medicina Familiar, en los cuales se ha seguido una línea de investigación referida al Médico. Dicha temática es a veces olvidada, hasta por los propios colegas y va dedicada a situaciones judiciales y patologías diferentes a las cuales se ven enfrentados.

Los trabajos han sido tutorados, por la Dra. Andrea Giménez, en lo que se refiere a la metodología de la investigación y el Dr. Roberto Rivas sobre el contenido de los mismos.

La temática es la siguiente, realizamos un pequeño análisis de la misma como guía para su lectura.

### **“El impacto de la demanda judicial en el profesional médico,”**

Teniendo en cuenta la importancia de la judicialización de la medicina, la falta de responsabilidad del médico puede llevar a situaciones de demandas. Las demandas surgen de las negligencias, imprudencias, impericias y omisiones. Demandas que son previsibles, pero donde el profesional debe hacer una reflexión profunda, para un buen abordaje del acto médico, relación médico paciente, consentimiento informado y de la historia clínica.

### **“Cáncer en los médicos.”**

El objetivo de este trabajo es brindar información actualizada sobre el cáncer en la población médica,

El cáncer es la segunda causa de morbimortalidad a nivel nacional e internacional. Los resultados del Cáncer y los médicos en el Uruguay, no se presenta con las mismas características que en la literatura mundial, en que mueren a edad más avanzada de que lo hacen en nuestro país. Se debe insistir en los hábitos higiénicos dietéticos y en la consulta temprana ante síntomas que puedan hacer pensar en el cáncer. Como conclusión no existen datos en nuestro país sobre información de la prevalencia del cáncer en los profesionales médicos.

### **“Conflicto Trabajo / Familia en los trabajadores médicos.”**

El síndrome hombre agotado (Burnout), incide en el 50% de la población médica, sobre el conflicto familiar, pero toda esta crisis incide posteriormente en la calidad de atención al paciente. La autora pone como de gran importancia las desigualdades de género, los factores del trabajo, como carga horaria semanal, horarios impredecibles, etc. Considera hacer un llamado de atención a los Administradores de Salud,

### **“Obesidad y sobrepeso en los Médicos: ¿Qué se sabe realmente?”**

La obesidad ha sido considerada como una epidemia, siendo una de las enfermedades crónicas no transmisibles con millones de afectados en el mundo. Se exponen una serie de estudios y publicaciones que se han realizado sobre el tema. En referencia a un estudio realizado por la Federación

Médica del Interior (FEMI) en el año 2007, mostró que casi una tercera parte de la población padecía de esta afección que posteriormente conduce a patologías de gran severidad, cardiovasculares, metabólicas, osteo articulares etc.

Estimados lectores, cuando terminen de leer todos estos temas publicados quedaran pensando que poco sabemos de la vida de nuestros colegas, que poco los cuidamos y que poco nos cuidamos.

Debemos trabajar todos en conjunto para cambiar este perfil que realmente no nos deja con alegría.

Hasta la próxima publicación. Mis cordiales saludos.

**Prof. Dra. Martha Rago de Batista**

Directora del Centro de Ciencias Biomédicas  
de la Universidad de Montevideo

## Centro de Ciencias Biomédicas BIOMEDICINA

### ■ *Consejo Editorial*

**Director** | Dra. Martha Rago

**Director de Proyectos** | Dr. Aurelio Fernández

### ■ *Redactores Responsables*

| Ana María Vilas

| Guido Berro

*Miembro Academia Nacional de Medicina.*

| Guido Berro

*Miembro Academia Nacional de Medicina.*

| Jorge Neira

*Miembro Academia Argentina de Medicina*

*y del Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires.*

### ■ *Asesor Metodológico* | Alejandro Ferreiro.

*Nefrólogo Investigador Activo ANII.*

### ■ *Secretaría* | María José Barrientos

### ■ *Producción General*

Proyectos

Ing. Carlos Maggiolo 590

Tel: (598) 2 710 79 82 int. 112

### ■ *Asesoría Médica*

Ana María Vilas

### ■ *Redacción y Suscripciones*

Centro de Ciencias Biomédicas

Universidad de Montevideo

Puntas de Santiago 1604

11500 Montevideo – Uruguay

Tel: (598) 2 604 2544

biomedicas@um.edu.uy / www.um.edu.uy

Indexada en: Dialnet, Ebsco-Academic Search Ultimate,  
Latindex.



# Impacto de la demanda judicial en el profesional médico

*Dra. Ma. Carolina Lasarte Borreani\**

## **Resumen:**

Sabiendo que las demandas judiciales aumentaron y que todo acto médico puede ser pasible de un reclamo; la medicina ha sido judicializada. Esto lleva a la práctica de una medicina defensiva; que enlentece el sistema asistencial, aumenta costos y deteriora la relación médico-paciente. Habrá responsabilidad del médico ante un daño cuando: no se cumpla la Lex Artis, ante fallas relación médico paciente, errores en el consentimiento informado, o en la historia clínica. Uruguay carece de una legislación específica para juzgar casos de mala praxis médica, ni estudios que demuestren su impacto en el profesional. Las demandas pueden ser en la esfera civil y penal, además de la inhabilitación del ejercicio y la sanción económica. Debe tenerse en cuenta el síndrome clínico judicial, que sufre un individuo sometido a una proceso judicial desde su inicio hasta después de haber concluido éste. Muchas demandas son prevenibles si mejoramos el abordaje del acto médico.

**Palabras clave:** Demanda judicial, Médicos, Medicina Defensiva, Mala praxis.

## **Abstract:**

*Knowing that lawsuits increased and that any medical act may be liable to a claim; medicine has been judicialized. This leads to the practice of defensive medicine; slowing the health care system, it increases costs and undermines the doctor-patient relationship. There will be the responsibility of the physician to damage when: is not met the Lex Artis, fail-doctor patient relationship, informed consent errors, or medical history. Uruguay lacks specific legislation to try cases of medical malpractice, no studies proving its impact on the professional. Lawsuits can be in civil and criminal matters, in addition to the disqualification of exercise and economic sanctions. The judicial clinical syndrome, suffering an individual subjected to a judicial process from inception to after completing this should be taken into account. Many claims are preventable if we improve the approach of the medical act.*

**Palabras clave:** *Lawsuits, Physicians, Defensive Medicine, Malpractice*

*Fecha de recibido: febrero 2015*

*Fecha de aceptado: mayo 2016*

Correspondencia: Carolina Lasarte Borreani carolinalasarte@hotmail.com

## Prólogo

Las demandas judiciales a los médicos vienen aumentando notoriamente en los últimos años, sobre todo a nivel de las especialidades anestésico-quirúrgicas, pero no exclusivamente.<sup>1,2,5</sup> Esto ha llevado a la práctica de una medicina defensiva, olvidando el principio básico de la medicina de Hipócrates de “Primum non nocere”<sup>3</sup>, llevando a acciones iatrogénicas, no siendo el principal objetivo el bienestar biosociosocial del paciente sino el evitar demandas y reclamaciones, lo que lleva a un incremento en los costos económicos en el sistema de salud.<sup>4,5</sup>

Las demandas pueden ser por un accionar incorrecto del médico, pero también, del propio sistema de salud en el cual éste ejerce su práctica clínica siendo el médico la cara visible de un problema mayor en el que está inmerso. Otra causa puede ser la omisión de asistencia ante el pedido o la necesidad de la misma.<sup>4,5</sup>

Estudiar el impacto de las demandas en el personal médico es de gran interés, no sólo por el impacto económico de las mismas, sino también por el gran impacto sociocultural, familiar, asistencial y biológico de ellas.<sup>5</sup>

La prensa hace eco del impacto de dichas demandas al médico, repercutiendo en todos los aspectos de su vida. A modo de ejemplo se han elegido algunos artículos que evidencian el pro-

blema que enfrentan los médicos ante la judicialización de la medicina. Pese a que esta problemática también involucra al paciente y su entorno, en esta monografía estos no serán analizados.

### 16 de octubre del 2015

*Fuente: Montevideo portal.*

Disponible en:

<http://www.montevideo.com.uy/auc.aspx?28755>

### TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA SANCIONÓ A MÉDICOS POR LA MUERTE DE LUCÍA OLVEIRA



En el año 2013, ASSE inició una investigación administrativa a tres funcionarios del Hospital del Paso de los Toros por la muerte de una mujer que acababa de dar a luz. Se trataba del director del hospital, un médico y una ginecóloga. El organismo investigaba la responsabilidad de los profesionales en la muerte de Lucía Olveira, que falleció poco después de dar a luz. Tras la investigación, el directorio de ASSE inició sumarios administrativos a los tres profesionales de dicho hospital. Semanas después, fue cesado el director del hospital. El médico de guardia fue procesado sin prisión por

este caso en el 2014, pero la ginecóloga no tuvo ningún tipo de condena judicial. La familia de Olveira fue la encargada de llevar ante la Justicia este caso, que también llegó al Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay. El abogado de la familia Olveira, Nicolás Pereyra, informó a Montevideo Portal que el reciente fallo del Tribunal de Ética Médica concluyó que los médicos que intervinieron se apartaron del lexartis (que determina si la tarea ejecutada por un profesional es correcta o no). Como resultado, el tribunal médico sancionó con tres meses de suspensión del registro médico al doctor de guardia (el que no bajó a atender), lo que implica que no puede ejercer durante ese período. La ginecóloga recibió una amonestación (...). La demanda penal sigue abierta, ya que la familia de Olveira intenta agregar elementos para que haya una sentencia contra la médica (...).”

### Acuerdo judicial

“(...) Con respecto a la demanda civil, demandantes y demandados (ASSE) llegaron a un acuerdo meses atrás. Según informó hoy El País, ASSE deberá pagar 120.000 dólares por la mala praxis y las omisiones comprobadas en la muerte de Olveira (...).”

\*Estudiante de Medicina Familiar y Comunitaria

## 1º de diciembre del 2013

*Fuente: El país digital*

Disponible en:

<http://www.elpais.com.uy/informacion/medico-demanda-msp-mal-suspendido.html>

### Médico demanda al MSP: "Fui mal suspendido"

"Un médico del departamento de Flores presentará una demanda por cerca de US\$ 760.000 contra el Ministerio de Salud Pública y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) a los que acusa de haberlo suspendido en forma incorrecta por irregularidades que, alega, no cometió."

"El profesional, propietario de un servicio de emergencia móvil en su departamento, fue suspendido en 2007. La medida rige por diez años pero como el acto administrativo de la Comisión de Salud Pública quedó firme en agosto de 2009, la sanción cesa en ese mes de 2019. El 14 marzo de 2004, el médico concurrió en dos ocasiones a la casa de un afiliado con su servicio de emergencia. El paciente, de 65 años, había sufrido un accidente vascular encefálico. En la segunda revisión, que tuvo lugar en horas de la tarde, el profesional decidió trasladar al hombre al hospital departamental de Flores. Dos semanas después, el paciente murió y su familia cuestionó la atención prehospitalaria que recibió de parte de la emergencia móvil, sobre todo, la de la primera revisión. Incluso, ASSE pre-

sentó una denuncia penal contra el médico, pero la causa fue archivada en un juzgado de Flores. (...), la junta médica conformada por los forenses judiciales Carlos Caillabet y Rúben Arias concluyó que el fallecimiento del paciente "no está vinculado a la actuación de los profesionales actuantes". Además, los expertos señalaron que "el daño no tiene origen en una falta médica y sí en una condición inherente al propio paciente, de carácter evolutivo y lo que llevó a su muerte (...)".

"El médico sostiene que a pesar de las pruebas a su favor, las autoridades no levantaron la sanción en su contra, y por esa razón en los próximos días, representado por el abogado Carlos Romero, presentará una acción civil reclamatoria contra el MSP y a ASSE por los daños causados por la situación."

## 10 de setiembre 2013

*Fuente: La República digital*

Disponible en:

<http://www.republica.com.uy/blanquita-filippini-sera-sometida-a-la-16a-cirurgia/380643/>

### Blanquita Filippini será sometida a la 16ª cirugía



"La niña salteña Blanca Filippini, que actualmente tiene 7 años de

edad, será sometida este jueves a la decimosexta intervención quirúrgica. La operación se realizará en el Hospital Pereira Rossell para corregir una dificultad que le impide utilizar sus prótesis."

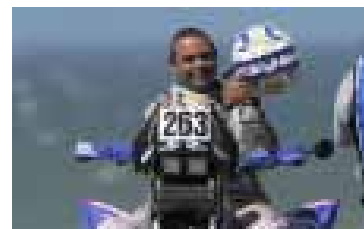
"El caso tuvo una enorme repercusión nacional, cuando el 27 de marzo de 2009 la niña, en aquel momento con 3 años de edad, fue llevada por su madre a la Emergencia del Hospital de Salto debido a complicaciones de salud (...). Al tercer día su situación se complicó, (...) fue intervenida de urgencia y finalmente derivada al CTI de niños con una infección generalizada. Posteriormente, la menor fue trasladada a Montevideo donde debieron amputarle los miembros inferiores y uno de sus brazos. Tomó intervención en el caso del Juzgado Penal de 2º Turno de Salto, que tiempo después dispuso el archivo de las actuaciones."

## 5 de enero del 2013

*Fuente: La República digital*

Disponible en:

<http://www.republica.com.uy/denuncia-penal-a-medico-que-trato-a-lafuente/248390>



### "Denuncia penal a médico que trató a Lafuente"

"Mientras el piloto uruguayo Sergio "Oso" Lafuente se recu-



pera en el CTI de la Asociación Española, dejando atrás el estado de coma y problemas renales, el Ministerio de Salud Pública presentó una denuncia penal contra el médico que le efectuó una inyección de plaquetas. Las autoridades luego de la investigación llevada a cabo por Salud Pública, aseguran que el piloto no recibió sangre contaminada sino que fue víctima de mala praxis y que tampoco ocurrió en una clínica sino en una consulta médica particular.”

### 5 de julio del 2012

*Fuente: La Observador digital*

Disponible en:

<http://www.elobservador.com.uy/la-falta-asistencia-es-una-mala-praxis-la-administracion-salud-n227587>

### "La falta de asistencia es una mala praxis de la administración de salud"

"Para el especialista y ex administrador del Sindicato Médico, los jerarcas son responsables por la omisión"



"La muerte de dos pacientes en Canelones sin que se les asignara una cama de CTI a tiempo reavivó un asunto que –más allá de las dudas de los casos concretos– es palpable en todos los hospitales y también en

las mutualistas: la demora en la asistencia. Para el especialista en temas de medicina legal mala praxis, exadministrador del Sindicato Médico del Uruguay y exintegrante de la Comisión Honoraria de Salud Pública, Antonio Turnes, esas situaciones son responsabilidad directa de los administradores.

La omisión de asistencia está tipificada en el Código Penal, y describe una figura legal específica. Es para el que pasa al lado de un accidentado y no lo socorre, siendo la única persona. Corre para cualquier ciudadano, pero los médicos tienen más responsabilidad (...). Un médico, o varios, denuncian la situación al director del hospital, que traslada la denuncia a las jerarquías que están por encima de él, (...). Esto es una mala praxis de la administración de salud, así nomás...". (...). Lo que la gente tiene que hacer es accionar contra el Estado. Deben denunciar directamente a ASSE, que es el titular de ese establecimiento. Generalmente el paciente demanda al médico, que es la cara visible del asunto. Pero el médico, si no tiene con qué atender a las personas, no puede hacer nada. Es una cuestión del sistema, que no da respuesta a la inquietud de la gente. Esto podría ser omisión, pero no es estrictamente. Acá hay responsabilidades que tienen que ver con la organización de los servicios."

### Introducción

Todo lo expresado anteriormente en el prólogo, nos permite

afirmar que el impacto de la demanda judicial en el médico involucra diversos aspectos:

**i.** Aspectos sociales y culturales a través de la presión que ejerce la prensa, sus colegas y aquellos que los conocen, el lugar de trabajo, etc., por toda la situación legal en la que se ve involucrado.

**ii.** Aspectos laborales ya que la mayoría de las veces el proceso legal dura varios años y durante la resolución del mismo el profesional continuará ejerciendo su profesión en el mismo lugar de trabajo y en otros diferentes, al tiempo que deberá enfrentar las habladurías de sus colegas y demás compañeros de trabajo. Resulta claro entonces que todos estos factores pueden afectar su tarea asistencial y generar una situación de estrés laboral difícil de manejar, que además seguramente repercute en otros aspectos de su vida.

**iii.** Aspectos económicos, ya que independientemente del resultado del proceso legal este siempre genera gastos; sea por ejemplo en la contratación de un abogado, como por la disminución del trabajo zafra.

**iv.** Aspectos familiares: el estrés genera cambios de humor, requiere más apoyo y suele generar una situación familiar tensa.

**v.** Aspectos biológicos: todo el estrés al que el médico se ve sometido y los cambios en su calidad de vida pueden alterar su salud. La mala alimentación,

insomnio de mantenimiento o conciliación, aumento de la presión arterial, cefaleas, entre otros síntomas que pueden incluso llegar a requerir tratamiento medicamentoso son ejemplo de estos.

**vi.** Aspectos psicológicos englobados su mayoría en el estrés labor que se genera, los cambios anímicos que se entrelazan con los otros aspectos de su vida afectándose todos en su conjunto.

#### Diseño del problema:

Desconocemos el impacto real de las demandas judiciales sobre el profesional médico, específicamente en lo referente a su salud biopsicosocial. La autora se pregunta sobre qué información existe tanto a nivel nacional como internacional, trabajos publicados en relación al tema.

#### Objetivos:

##### Objetivo general:

El objetivo general del presente trabajo es buscar la información disponible tanto a nivel internacional como nacional en trabajos publicados acerca del impacto de la demanda judicial en los distintos aspectos de la vida del profesional médico.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- i.** Definir el término "Judicialización de la Medicina".
- ii.** Definir el término "Medicina Defensiva".
- iii.** Determinar los tipos de demandas pasibles para un profesional de la salud.

**iv.** Determinar los tipos de denuncias más frecuentes.

**v.** Determinar si hay alguna especialidad médica más denunciada que el resto.

**vi.** Determinar las causas más frecuentes de las demandas judiciales a los profesionales médicos.

**vii.** Determinar las consecuencias más frecuentes de las demandas judiciales en el médico.

#### Método:

En una primera instancia, se realizó una revisión sistemática de la información y documentación disponibles en referencia a los temas tratados en distintas base de datos: Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect, y Springer. Las palabras claves utilizadas, operadores booleanos, así como criterios de inclusión y exclusión se describen en el Anexo I. El límite temporal utilizado fue de 20 años (entre 1995 - 2015), que luego de realizada una primera búsqueda se amplió a 25 años (entre 1990 a 2015) para buscar datos relacionados al rol del médico de familia

Asimismo, se solicitó información a las bibliotecas del SMU (Sindicato Médico del Uruguay), de la UDELAR (Facultad de Medicina), y de la UM (Universidad de Montevideo), sobre "El impacto de la demanda judicial en el profesional médico" y "La judicialización de la medicina". Siendo los criterios de inclusión: Artículos internacionales y/o nacionales que cumplan con los objetivos tanto generales como específicos, ya sea en idioma inglés o español en los últi-

mos 20 años. Se excluyeron: las citas, los artículos a los que no se puede acceder en forma completa, libre y gratuitamente, y los artículos en portugués.

Por otro lado, se le solicito al SAIP (Seguro de Asistencia Integral Profesional - Cooperativa de Seguros), información sobre la prevalencia de las demandas judiciales más frecuentes entre sus asociados.

Además de estos artículos, resultó de gran interés el uso del libro disponible en internet "Ética en el ejercicio de la medicina".<sup>3</sup>

Se utilizaron también artículos publicados en la prensa digital a fin de obtener datos estadísticos sobre demandas en nuestro país.

Puede verse el listado completo de documentación consultada en el Anexo III.

#### Resultado:

Se obtuvieron 137 artículos realizando una revisión sistemática en diferentes Bases de Datos. La forma de obtención de los mismos se explica en el Anexo II.

La Biblioteca del SMU (Sindicato Médico del Uruguay) aportó 8 artículos utilizando la palabra clave "judicialización de la medicina" en la BVS (Biblioteca Virtual de Salud). De esos 8 artículos, se decidió utilizar 3 de ellos de acuerdo a lo descrito en el método, los cuales se detallan en el Anexo III.

La Biblioteca de la UM (Universidad de Montevideo) aportó 4 artículos, utilizando las palabras claves: demanda, médicos, Uruguay.

De los artículos aportados por la UDELAR- Facultad de Medicina algunos no se utilizaron ya que no se pudo acceder a ellos en forma completa, libre y gratuita, otros por encontrarse en idioma portugués y otros se eliminaron por duplicado, por lo que no se utilizó ninguno de los artículos aportados por la UDELAR.

### Eliminación de duplicados:

Se eliminaron 77 artículos / revisiones por duplicado discriminados de la siguiente forma:

- 2 provenientes de la base de datos pubmed.
- 64 provenientes de Google Scholar.
- 7 provenientes de Springer.

N. total de artículos/revisiones que ingresan al estudio: 144

Con el objetivo didáctico de entregar la tesis en tiempo y forma, ingresaron al 11 de febrero del 2016 un total de 38 artículos. Dada la importancia del tema para la salud del profesional médico, la autora se plantea ingresar al estudio la totalidad de los artículos previo a la publicación del mismo.

### Análisis:

#### *Judicialización de la Medicina:*

Ante la realización de cualquier acto médico, este último puede ser pasible de una reclamación

ante el resultado del mismo y por ende ser demandado. Es por esto que se dice que la medicina ha sido judicializada. “El derecho se interesa cada vez más en la medicina, en particular en las consecuencias jurídicas que derivan del ejercicio profesional”.<sup>4</sup>

La judicialización de la medicina, y el aumento de las reclamaciones a los médicos, incide en la práctica asistencial y trae como consecuencia la práctica de una Medicina Defensiva.<sup>4,5,6</sup>

Si revisamos un poco la historia, las demandas empezaron en Estados Unidos entre las en la segunda mitad del siglo XX, mientras que en Uruguay comenzaron a partir de la década del 80, siendo en 1985 el primer juicio por mala praxis en nuestro país.<sup>7,8</sup>

#### *Practica de una Medicina Defensiva*

Se entiende como Medicina defensiva a “aquella en que se prescriben exploraciones, ó tratamientos que no tiene finalidad terapéutica sino que buscan la protección del médico ante eventuales reclamaciones.”<sup>4, 5, 9, 10, 11.</sup>

En ella el médico prescribe y realiza paraclínica que exceden las habituales ante un caso similar. Utilizan un gran abanico de pruebas diagnósticas modernas a fin de evitar un diagnóstico erróneo, de que se lo acuse de falta de interés en la problemática del paciente; o solicita inter-

consulta, muchas veces innecesarias con diferentes especialistas, para no hacerse cargo de pacientes complejos.<sup>4, 10, 11.</sup>

Con la práctica de una medicina defensiva el médico busca protegerse de futuras reclamaciones; y en caso de sufrirla ampararse en el hecho de que se realizó todo lo que estaba a su alcance con el fin de disminuir al mínimo posibles los riesgos derivados de la atención médica. La práctica de ella muchas veces lleva al médico a evitar pacientes con enfermedades médicas complejas o evadir procedimientos complejos con alta riesgo de complicaciones.<sup>4, 10, 11.</sup>

Una encuesta australiana, publicada en el “Medical Observer” en 2006 encontró que el 96% de los doctores actuaban diariamente influenciados por su miedo a la demanda médica, 59% evitaba ciertos procedimientos, 29% no atendía pacientes de alto riesgo, 83% derivaba a especialistas innecesariamente, 70% prescribía más medicamentos de los necesarios, 83% ordenaba más paraclínica de la necesaria.<sup>10</sup>

Llevar a cabo una medicina defensiva apareja varias consecuencias:

- i. Encarece la asistencia médica prestada
- ii. Enlentece la prestación de asistencia para otros usuarios<sup>4</sup>

La práctica de una medicina defensiva es inapropiada, poco ética y costosa, deteriora la relación médico – paciente, pro-

poniendo para evitar el efecto nocivo de ella la práctica de una medicina asertiva que consista: en mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con el paciente y su familia, así como con otros miembros del equipo de salud actualización continua del médico y personal en general, actuar apegado a la Lex Artis, respetar los derechos del paciente y los suyos propios.<sup>10, 12, 13</sup>

Un médico que respeta a sus pacientes y se respeta a sí mismo no debe tener miedo a las demandas médicas. Es un médico que se encuentra satisfecho con su práctica clínica diaria y las inconformidades se minimizan sobre la atención médica brindada.<sup>5, 13</sup>

La medicina defensiva es la contrapartida de la medicina ética. La práctica de este tipo de medicina ha aumentado en los últimos años, por el miedo del médico a la demanda judicial.<sup>4, 13</sup>

#### *Responsabilidad del médico en la asistencia del paciente*

Toda acción del médico en su actividad asistencial implica una responsabilidad médica y esta puede ser puesta en tela de juicio ante un resultado negativo en la salud del paciente.<sup>4, 14</sup>

Son considerados 4 los aspectos críticos de la responsabilidad médica, estrechamente vinculados entre sí y cuya falla, favorece la reclamación y la demanda judicial:<sup>6</sup>

#### **1- Lex Artis**

El médico tendrá responsabilidad en el daño producido cuando se aparte de la Lex Artis. Es clave para determinar la existencia de responsabilidad médica o no.<sup>4, 6</sup>

Se define como **Lex Artis** como ... **“aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características del autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y en su caso, de otros factores endógenos- estado o intervención del enfermo, de sus familiares o de las misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida...”**<sup>4, 5, 15</sup>.

La “Lex Artis ad hoc” es un término que se utiliza para el “conjunto de prácticas medicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo de que se trata.”. La Lex Artis ad hoc se refiere a una circunstancia en particular.<sup>4, 15, 16</sup>

La Lex Artis implica que el médico actúe según protocolos y normas preestablecidas como adecuadas para su especialidad. (Pretende comparar si lo que hizo el médico es lo que haría un grupo de expertos para ese paciente en ese momento en ese lugar). Estos están cambiando por el avance de la tecnología en la medicina, pero no deben cam-

biar por la práctica de una medicina defensiva.<sup>4, 5</sup>

Para que haya entonces responsabilidad del médico su acción debe infringir la Lex Artis, y debe haber un nexo causal entre la acción y el daño producido.<sup>4</sup>

La historia clínica forma parte del acto médico y la cantidad y calidad de lo registrado en ella es importante para determinar si la conducta del médico fue adecuado a la Lex Artis y por ende si hubo responsabilidad médica.<sup>6</sup>

#### **2-La relación médico – paciente:**

“Los reclamos por real o presunta responsabilidad médica generalmente tienen origen en una ruptura de la relación médico – paciente, antes que en un daño o un error médico...”<sup>6, 17</sup>

De la relación médico – paciente, sobreviene un “contrato” del que nace una serie de derechos y deberes para cada uno de los integrantes de esta relación.<sup>4</sup>

El médico está obligado a prestarle asistencia al paciente, a actuar de acuerdo a su “Lex Artis”, pero no está obligado a curarlo, está obligado a poner a disposición del paciente todo sus conocimientos y todo lo que este a sus alcance para intentar alcanzar la curación del paciente, pero muchas veces factores ajenos al mismo no permiten alcanzarla.<sup>4</sup>

La mayoría de los reclamos al médico no se deben a un error

técnico sino a una falla en la relación médico - paciente.<sup>6</sup>

En los últimos tiempos el paciente ha perdido interés en establecer una relación más empática con el médico.<sup>7</sup>

### 3- Consentimiento Informado:

El consentimiento Informado forma parte de la correcta asistencia clínica al paciente, es una obligación ética y legal del médico, y es un punto clave para establecer una buena relación médico-paciente.<sup>4, 16, 19, 20</sup>

“Es un presupuesto de la Lex Artis y por tanto un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad”.<sup>6</sup>

Se define como: “la conformidad libre y voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.<sup>4</sup>

Es considerado por ende un derecho del paciente.<sup>16, 20</sup>

Se encuentra legislado en el decreto 258 de 1992 que incluye el derecho del paciente a “recibir toda la información necesaria para autorizar”<sup>19, 21</sup>

Su aceptación obliga al médico a informar sobre la naturaleza de su enfermedad, los riesgos y beneficios del tratamiento o intervención a realizar, la probabilidad de éxito, los posibles efectos

secundarios, las alternativas terapéuticas y las consecuencias de su decisión al paciente entre otros. Permite participar al paciente en la toma de decisiones en forma libre y voluntaria, libre de coerción. (Principio de **Autonomía** del paciente).<sup>4, 6, 8, 16, 20, 22, 23, 24</sup>.

Se pasa así de una medicina paternalista donde el médico actuaba como un padre de familia y era él quien tomaba la decisión sobre el tratamiento a realizar, siendo la relación médico - paciente de tipo vertical, pasando ahora a una medicina donde se tiene en cuenta la opinión del paciente basándose en una relación médico - paciente bidireccional.<sup>22</sup>

La información aportada debe ser ofrecida en un lenguaje inteligible para el paciente o tutor de acuerdo a su nivel de instrucción para que sea capaz de comprenderla, y debe ser ad hoc es decir para cada caso en particular, según las circunstancias, valores e intereses del paciente, etc.).<sup>6, 25</sup>

El consentimiento puede ser consensuado (estipulado verbalmente), o documentado por escrito en caso de procedimientos más riesgosos o cuando la legislación vigente lo exige (ejemplo la esterilización femenina y masculina). Pero la presencia de un consentimiento firmado por escrito no exime al médico responsabilidad profesional si existió culpa durante su actuación. Por el contrario, un acto médico

bien realizado y consentido, raramente recibirá una reclamación, independiente de si firmó o no el formulario.<sup>6, 16, 20</sup>

La firma del consentimiento en ausencia de información no tiene validez ética ni jurídica, y deteriora la relación médico paciente (“la cantidad y calidad de la información es determinante de su validez”) En este caso es denominado por el Dr. Hugo Almada, médico legista, Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de La República Oriental del Uruguay como Pseudoconsentimiento.<sup>20, 25</sup>

El paciente adulto mentalmente competente será capaz de consentir.<sup>16, 24</sup>

En casos clínicos especiales el consentimiento puede solicitarse a los familiares del paciente o tutores legales (personas privadas de capacidad de juicio) o puede obviarse información sobre todo en casos oncológicos con fines humanitarios lo que quedará a criterio del médico tratante y podrá ser sometido a cuestionamientos éticos.<sup>8, 22</sup>

Los niños y adolescentes también son casos especiales, si bien, no tiene la capacidad civil de consentir, la Convención sobre Derechos del Niño sostiene que “se garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afecten, teniendo debi-

damente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad o madurez de este”, por lo que el médico tiene la obligación ética de informarlo y explicar sobre su enfermedad y tratamientos posibles de acuerdo a su edad y madurez teniendo en cuenta su opinión. Cuando los padres se opongan a un tratamiento, poniendo en riesgo la vida del niño, se deberá poner en conocimiento al juez competente para que arbitre.<sup>6, 16, 26</sup>

En cuanto a la oportunidad para recabarlo, salvo excepciones, el consentimiento, debe hacerse, previo a cualquier tratamiento, intervención médica o procedimiento, y siempre que la evolución de la enfermedad lo requiera.<sup>16</sup>

De lo anteriormente descrito se desprende que la información debe ser **continua**, por lo que el médico está obligado a informar al paciente durante todo el proceso de su patología, no sólo al momento del diagnóstico.<sup>16, 24</sup>

Es fundamental recabar correctamente el consentimiento informado para disminuir reclamaciones y demandas por mala praxis. Pero no es su único objetivo, es un derecho del paciente como vimos y una obligación ética y moral de médico.<sup>6, 7</sup>

El consentimiento médico debe ser mantenido durante todo el proceso del acto médico, y es revocable, siempre que el paciente lo desee, sin mediar ninguna formalidad.<sup>6</sup>

El profesor Almada, propone tres consejos para mejorar la práctica del consentimiento informado:

- i. Lograr su entendimiento como parte del acto médico y no como un mero acto administrativo.<sup>20</sup>
- ii. La información debe ser adecuada al paciente y verbal, aunque en procedimientos riesgosos puede documentarse por escrito.<sup>20</sup>
- iii. En caso de emplearse un formulario “tipo” preformado, el mismo debe completarse según cada paciente y cada enfermedad en particular.<sup>20</sup>

Principales excepciones al consentimiento informado:

- i. En caso de que de la negación, sobrevenga un riesgo a la salud pública.<sup>16</sup>
- ii. Cuando el paciente no se encuentre en condiciones de consentir y haya riesgo vital y/o de secuela funcional grave.<sup>16</sup>
- iii. Cuando el paciente no sea capaz de consentir y no se puede conseguir de un familiar o tutor.<sup>16</sup>

#### 4- Historia Clínica

Fue definida por Lain Entralgo como “el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad”.<sup>6</sup>

Es imprescindible a nivel asistencial, comunicacional y médico legal ya que registra toda actuación del médico y así como

cualquier otro acto sanitario y a propósito de este último punto, permite valorar si hubo responsabilidad médica. “Es el principal documento probatorio en los juicios por responsabilidad médica.”<sup>6, 21</sup>

El adecuado registro en la historia clínica forma parte de la Lex Artis. Lo cual constituye un deber y un derecho del médico.<sup>6</sup>

La historia clínica pertenece al paciente, pero quedará bajo la custodia de la institución en la que trabaja el médico.<sup>6</sup>

El decreto 258 de 1992, estableció un conjunto de normas sobre derecho y deberes de los médicos y de los pacientes de aplicaciones en las distintas dependencias del MSP (Ministerio de Salud Pública).<sup>21</sup>

#### *Ética en el ejercicio de la medicina*

Los principios básicos de la ética médica son:

- i- Beneficencia
- ii- Autonomía
- iii- Justicia
- iv- No maleficencia (Primum non nocere)<sup>3, 14</sup>

Estos principios implican, que el médico actúe en beneficio de su paciente, dejando de lado prejuicios y haciendo prevalecer sus derechos, evitándole daños innecesarios (principios de beneficencia y no maleficencia) teniendo él también una obligación de medios, pero no de resultados la autonomía implica

que no se debe dejar influenciar por presiones del exterior, y debe proveerle al paciente la información necesaria para que decida sobre su propia salud, y debe actuar con justicia, recibiendo todos los pacientes el trato que se merecen, sin discriminación alguna.<sup>14,22</sup>

### *Demanda Judicial en el Profesional Médico*

Tanto el paciente que se vio afectado de un resultado que daño su salud o un familiar puede realizar una demanda judicial contra:

- a) el profesional médico<sup>4</sup>
- b) otro integrante del equipo de salud<sup>4</sup>
- c) el prestador de salud.<sup>4</sup>

En Uruguay no existe una legislación específica para juzgar casos de mala praxis médica, por lo que se rige por el código civil y penal general.<sup>8,14</sup>

Las demandas pueden ser en la esfera penal o civil. Las demandas civiles implican un castigo económico, mientras que cuando se comprueba que existió responsabilidad en la esfera penal el castigo es de penitenciaría, sumado a la inhabilitación para el ejercicio de la medicina, además de la sanción económica. El médico podrá ser culpable de un delito de lesiones u homicidio en la esfera de lo penal, o pagar una indemnización en la esfera de lo civil.<sup>4,5,27</sup>

Las indemnizaciones generalmente son reducidas en torno

a un 10% de lo solicitado por la parte demandante por la Justicia en caso de una sentencia a su favor.<sup>28</sup>

Las demandas pueden deberse a una acción:

- a) Negligente: por realizar lo opuesto a su deber. Un ejemplo en los médicos es no estar en su puesto de trabajo estando de guardia en varios lugares a la misma vez.<sup>4,11,16,27</sup>
- b) Imprudente: por no tomar las precauciones necesarias para evitar el daño al bien jurídico protegido (la vida). Un ejemplo es no realizar la historia clínica en una paciente en trabajo de parto y solo realizar el partograma.<sup>4,5,27</sup>
- c) Por Impericia: es decir por falta de conocimientos o falta de actualizaciones sobre un tema médico.<sup>4,27</sup>

El médico debe saber cómo hacer un tratamiento o intervención si decidió hacerlo.<sup>4,27</sup>

A las acciones se les agrega las demandas por omisión. La omisión puede ser por negarse a prestar la asistencia solicitada por el enfermo, o por abandono de su lugar de trabajo. Para que sea punible desde el punto de vista penal y civil, de este acto debe derivar un riesgo grave para la persona, secuela o muerte, sino solo incurrirá en responsabilidad administrativa.<sup>4,8</sup>

Como ya se expuso anteriormente de dichas acciones en última instancia deben causar un daño para que se produzca

una demanda, es decir debe haber un nexo de causalidad entre la acción de médico y el daño producido. **A esto se le llama prueba de culpa, el juez no evalúa el resultado del procedimiento médico sino si el responsable del error que se le imputa es el médico (o la institución)**, por impericia, imprudencia o negligencia.<sup>4,21,27</sup>

El médico tiene una “**obligación de medios**” y no una “obligación de resultados” es decir tiene la obligación de poner al alcance del paciente todos los medios para mejorar su salud pero no le puede garantizar la cura (“la meta central de la medicina no es evitar la muerte sino promover el bienestar de las personas a través de la curación de la enfermedad y de su prevención cuando sea posible, y en toda circunstancia, procurar el alivio del dolor y del sufrimiento hasta la llegada de la muerte inevitable”).<sup>7,8,21</sup>

La jurisprudencia española establece el “**deber de cuidado**” como el deber del médico de cuidar el bien jurídico mayor poniendo al alcance del paciente todos los medios disponibles. Si el médico no cumple con emplear todos los medios a su alcance para lograr su curación hay una infracción en el “deber de cuidado”. Aunque haya habido un error en el diagnóstico se debe comprobar, el nexo causal entre el error y el daño, que el culpable del error fue el médico y que esta era inevitable, para que haya infracción. El error

diagnóstico supone una violación al deber de cuidado cuando, no tenía los conocimientos suficientes, no puso al alcance todos los medios, no tomo en cuenta los resultados de la parálisis, ni la anamnesis, o cuando hizo un diagnóstico tardío injustificado.<sup>5</sup>

En la jurisprudencia Española se establece que no son imputables al médico las omisiones o errores de los médicos que examinaron previamente al paciente, salvo que se interponga con su deber de cuidar al paciente, bajo “el principio de confianza”.<sup>4</sup>

No existe en la legislación uruguaya este principio consagrado

**Cuando el médico no actuó conforme a la Lex Artis y no cumplió con el consentimiento informado, y de su acción u omisión derivó un daño, será pasible de ser demandado.<sup>4</sup> Ahora cuando el médico actuó de acuerdo a la “Lex Artis” ad hoc pero olvidó el consentimiento informado y de la intervención médica derivó un daño irreversible, podrá haber responsabilidad médica.<sup>4</sup>**

**En los casos en los que no hay daño físico, no hay responsabilidad médica.<sup>4,21</sup>**

“El sistema de responsabilidad médica civil y penal tendría dos objetivos básicos: compensar a víctimas de actos negligentes y actuar como freno para las prácticas inseguras, mejorando la

calidad de la medicina. Ninguno de estos postulados se cumple en la actualidad con eficiencia. Cuando la víctima de un acto negligente puede probar la responsabilidad del médico o de la institución, la compensación llega con muchos años de retraso. De lo que se pagó, los honorarios legales suelen superar el 30%. Por otro lado, el clima médico – legal posee una influencia negativa sobre la conducta de los profesionales, aumentando las prácticas defensivas y dificultando los esfuerzos por mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.”<sup>18,29</sup>

El Colegio Médico del Uruguay es un órgano creado en 2009 por la Ley 18.591 y reglamentado en 2010, e integrado por profesionales médicos electos por sus propios pares. Su inscripción es obligatoria por lo que se aplica a todo el colectivo médico. Tiene como función juzgar temáticas éticas y de responsabilidad médica durante el ejercicio de la profesión (autorregulación entre médico). Tiene la potestad de suspender o retirar la habilitación médica. No interviniendo en lo que respecta a condiciones de trabajo, aspectos salariales del médico (ámbito salarial) ni a demandas judiciales (ámbito civil y/o penal).<sup>27</sup>

#### *Responsabilidad civil derivada del acto médico*

La responsabilidad civil es aquella de la que “origina una obligación pecuniaria” es decir el pago de una indemnización económica.

Su fundamento teórico radica en que todo daño debe compensarse.<sup>21</sup>

El aumento de los juicios por responsabilidad civil se debe entre otras causas al aumento de la actividad médica, el aumento en la tecnología médica y el mejoramiento en los diversos tratamientos transformando enfermedades consideradas antiguamente incurables, en tratables; el aumento en la expectativa de vida y llevando a que el paciente y su familia considere a la curación un derecho y una obligación del médico, aceptando cada vez menos a la muerte como un evento propio de la vida e inevitable en la mayoría de los casos y buscando el castigo del médico cuando esta ocurre mediante indemnizaciones económicas.<sup>8,21</sup>

Influiría también en este aumento el cambio paulatino en la forma en la que la sociedad ve al médico, pasando de una concepción paternalista donde su palabra era incuestionable, a la de la autonomía del paciente, sumándole el cambio en la estructura del sistema de salud y la forma de la atención médica, tornándola compleja y despersonalizada.<sup>5,21</sup>

La mayoría de las demandas se deben a un error diagnóstico y en segundo lugar a un error en el tratamiento médico.<sup>5</sup>

Toda demanda por responsabilidad civil deriva de un acto médico en la que deben existir 4 puntos claves:



**i-** Un hecho ilícito del cual derive un daño<sup>4, 5, 16, 21, 27</sup>

**ii-** Una falta médica: que según el art. n° 1344 del código civil implique apartarse de toda “diligencia de un buen, padre de familia” y aplicado al médico implica una acción u omisión que se aparte de la Lex Artis ad hoc ya sea por impericia, negligencia o imprudencia.<sup>4, 5, 6, 16, 21, 27</sup>

**iii-** Un daño, entendiendo por daño “un menoscabo de tipo físico psíquico o mental”.<sup>4, 5, 6, 16, 21, 27</sup>

**iv-** Un nexo causal, el daño debe ser consecuencia directa de la falla del médico.<sup>4, 5, 21, 27, 30</sup>

En el código civil uruguayo se establecen 2 regímenes de responsabilidad civil, la contractual y la extracontractual.<sup>6, 21</sup>

La responsabilidad extracontractual también llamada aquiliana está definida en el art. n° 1319 del Código Civil Uruguayo “Todo hecho ilícito del hombre que cause a otro un daño, impone a aquel por cuyo dolo, culpa o negligencia ha sucedido, la obligación de repararlo.” Su prescripción es de 4 años.<sup>6, 21</sup>

En cambio, la responsabilidad contractual supone una relación previa entre los sujetos, y el incumplimiento de una obligación preexistente. A ella se refiere el artículo n° 1338 del Código Civil Uruguayo “Toda obligación de hacer o de no hacer, se resuelve en resarcimiento de daños y perjuicios, en caso de falta de cumplimiento de parte del deudor”.<sup>6, 21</sup>

Actualmente en la jurisprudencia uruguaya se entiende que la responsabilidad médica es de tipo contractual. El tiempo de prescripción a diferencia de la extracontractual es de 20 años. Y el demandante sólo debe probar un incumplimiento de la obligación de medios ya descripta, en cambio en la obligación extracontractual debe probar la existencia de culpa.<sup>21</sup>

En Uruguay donde la mayoría de la actividad médica tiene lugar en instituciones públicas o privadas la demanda es contra la institución prestadora del servicio asistencial. En caso de una resolución positiva para el demandante, el Estado o la Institución podrán iniciar un nuevo juicio contra su dependiente.<sup>21</sup>

El acto médico puede dar reclamaciones simultáneas tanto en el ámbito contractual y extracontractual por ejemplo los familiares de un paciente fallecido en el curso de un tratamiento médico pueden reclamar en sede contractual contra la institución y en sede extracontractual contra el médico tratante, debiendo probar que la muerte del paciente (daño) se debió a un hecho ilícito en el cual algún involucrado en el proceso asistencial cometió un error y existe un nexo causal entre ambos.<sup>21</sup>

Se admiten diversas causas que eximen al médico de la responsabilidad:

**i.** Error excusable: es aquel error del médico que no se acompaña de culpa. El médico actuó según

la Lex Artis.<sup>21</sup>

**ii.** Estado de necesidad: cuando hay riesgo de vida puede actuar sin el previo consentimiento para preservar el bien jurídico mayor (la vida). Aquí también se actuó según la Lex Artis ad hoc.<sup>21</sup>

**iii.** Causa Extraña: - Conducta del enfermo: si el paciente abandona el tratamiento, no quiere recibir derivados de la sangre u otra causa que puede causar el desenlace.<sup>21</sup>

- Por caso fortuito: es cuando no se puede prever el desenlace o de preverse no se hubiese podido evitar (el desenlace fue extraño, imprevisto e inevitable)<sup>21</sup>  
- Hechos de Terceros.<sup>21</sup>

Una vez que se probó la existencia de un daño, una falta del médico (no actuó según la Lex Artis) y un nexo causal entre ellos, la institución asistencial o el médico solo podrán eximirse si se prueba que el daño se debió a causa extraña.<sup>21</sup>

El mayor conocimiento del paciente de sus derechos, y la influencia de los medios de comunicación son otras causas valederas por las que se creen han aumentado el número de demandas en los últimos años.<sup>5</sup>

El daño puede ser de 2 tipos: patrimonial (daño emergente y lucro cesante) y extrapatrimonial o moral.<sup>21</sup>

El daño emergente se refiere al “menoscabo directo en el cuerpo o la salud del enfermo y puede llegar hasta la muerte”. El lucro cesante, se refiere a lo que el

paciente se vio privado de percibir como consecuencia del daño. El daño moral se define como la lesión sufrida en sus derechos humanos.<sup>21</sup>

Según National Practitioner Data Bank (NPDB) de Estados Unidos de 1991 a 2002, el gasto de los médicos estadounidenses aumento de 2.3 a 3.8 billones de dólares anuales. Es decir aumento en 65% en ese período de tiempo.<sup>18</sup>

Italia calcula que su gasto anual por demandas de mala praxis ronda los 15 millones de dólares.<sup>31</sup>

El 70% de las demandas aproximadamente fallan a favor del médico.<sup>30</sup>

**No se abordará la responsabilidad penal específicamente ya que el tema excede los objetivos de este trabajo.**

#### *El rol de médico de familia en la demanda judicial*

Los médicos de familia han disminuido la práctica de maniobras invasivas, el trabajo en puertas de emergencia, la práctica en el campo de la obstetricia con el objetivo de disminuir el número de demandas. Por ejemplo lo demuestra un estudio publicado por Woodward y Rosser donde en 1983 a nivel Rural en Ontario el 85% de los médicos de familia ofrecían servicios obstétricos, éste porcentaje cayó al 39,7% para 1988.<sup>32</sup>

Por otro lado, cultivan más la relación médico – paciente – familia - institución, documentan más en la historia clínica, lo que llevaría a ser una medicina menos demandada.<sup>18, 32</sup>

#### *Prevención de la demanda judicial*

Un sistema de salud donde se busque no solo castigar al culpable sino aprender de los errores nos permitiría disminuir el número de demandas al mejorar el sistema de salud y los resultados clínicos (pasar de una “cultura del castigo”, a una “cultura de la seguridad”).<sup>30</sup>

Una revisión sistemática de los casos de mala praxis ocurridos después de 1991 disponibles en el National Practitioner´s Data Bank de Estados Unidos, mostró que las disculpas del médico ante casos de errores aumentaba el número de casos resueltos, disminuyendo los pagos en los casos de acuerdo judicial y el tiempo que se demoraba en llegar a ellos, y en caso de daños leves disminuía directamente el número de demandas que progresaba a nivel judicial.<sup>33</sup>

La mayoría de las demandas son prevenibles, si mejoramos el abordaje del acto médico: relación medico paciente, consentimiento informado e historia clínica<sup>6, 30</sup>

El éxito en la atención médica combina por un lado los conocimientos con la capacidad de generar una relación médico

– paciente abierta basada en la confianza, la sinceridad y la empatía.<sup>34</sup>

#### *Impacto de la demanda judicial en el médico*

La asociación Médica Argentina definió en 1993 el “Síndrome Clínico Judicial” como “todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio, durante sus distintas etapas y/o después de haber concluido. Engloba a todas la alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir”.<sup>34</sup>

El factor que desencadena el Síndrome Clínico Judicial es la demanda. Su grado dependerá de la vulnerabilidad del médico, del nivel de estrés del médico, de sus hábitos personales, del grado de contención familiar y contención laboral etc.<sup>34</sup>

La gran mayoría de los síntomas del Síndrome Clínico Judicial son similares a las manifestaciones del estrés crónico y agudo. En la esfera psicológica se encuentran la angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, frustración, inestabilidad emocional, disfunción sexual, etc. Ellas, llevan a alterar la conducta del médico a nivel familiar, social y laboral, lo cual puede traer importantes consecuencias: práctica de una medicina defensiva o evitar pacientes complejos a nivel laboral como vimos, apartamiento de los compañeros de

trabajos, sentimientos de inferioridad, pánico a equivocarse, malhumor. En algunos casos se ha llegado a ver el consumo de sustancias tóxicas y suicidios. A nivel orgánico las manifestaciones incluyen crisis bronco – obstructivas, úlceras gastro-duodenales, hipertensión arterial, infartos al miocardio, migrañas, alteraciones del tránsito intestinal. La gravedad de los síntomas de este síndrome es variable, depende de cada médico y pueden ser continuos o en exacerbaciones. Y como ya vimos puede llevar a la muerte como es el caso del infarto al miocardio o el suicidio. Para los autores toda demanda genera sobre el médico algún tipo de afectación irreversible.<sup>34</sup>

Si bien un estudio realizado por el programa de salud para los médicos de Quebec mostró de los 154 médicos menores de 60 años fallecidos entre 1992 y 2000, el 14,3% se habían suicidado, dentro de ellos la mayoría eran médicos de familia. Se encontró que el suicidio era 2.45 veces mayor en los médicos que en los trabajadores en general.<sup>35</sup>

Hasta el momento de la entrega de la presente tesis, no se revisó ningún estudio que relacione el alto índice de suicidios entre los profesionales con las demandas judiciales.

Si queremos analizar la relación existente entre el síndrome de Burnout y la ma-

la praxis médica, se encontró un estudio realizado entre los médicos taiwaneses de la Sociedad de Emergencia Médica Taiwanesa, la Asociación Quirúrgica Taiwanesa, la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Taiwán, la Asociación de Pediatría de Taiwán, “The Taiwán Stroke Association” y médicos de 2 centros hospitalarios, 3 hospitales metropolitanos y 2 centros comunitarios, en el periodo comprendido entre Mayo a Noviembre del año 2012. El mismo mostró mayor índice de Burnout y estrés emocional en pacientes que cometieron algún tipo de error médico. El síndrome de Burnout se define como “la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluyen fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido. Éste se ve favorecido por otras circunstancias como la relación médico – paciente, el ambiente laboral, números de horas trabajadas por turno, grado de satisfacción laboral, multiempleo, etc.”<sup>36</sup>

La afectación negativa de la reputación del médico luego de una demanda es un resultado frecuente independiente del resultado jurídico de si hubo o no responsabilidad médica (el daño en su reputación ya está hecho). Es una de las preocupaciones más importantes del médico luego de una demanda judicial. Esto lo puede afectar en varios

aspectos emocional, económico, familiar, etc.<sup>28</sup>

A nivel psicológico, puede pensar que sus compañeros de trabajo tienen una peor imagen de él como profesional y/o como persona, lo que puede llevar a que la imagen que tiene él como si mismo empeore.<sup>28</sup>

A nivel económico pueden afectarse sus ingresos por ejemplo, por entecimiento o suspensión de un ascenso, sin contar los gastos que acarrea una demanda judicial. En cuando a la disminución del número de consultas en los médicos que cobran por paciente como consecuencia de la mala reputación no se ha podido comprobar.<sup>28</sup>

A nivel familiar, toda esta situación genera un alto nivel de estrés que afecta sus habilidades comunicacionales lo que puede llevar a conflictos.<sup>28</sup>

Por otro lado cuando a nivel judicial se llega a un acuerdo, el daño en la reputación también ya está hecho. Y muchas veces ni siquiera se llega a determinar si hubo o no responsabilidad medica. Otras veces se prefiere llegar a un acuerdo para evitarse todos los inconvenientes laborales y morales a demás de económicos que implica una demanda. Respecto a este último punto, esto no sucedo en el Reino Unido que ya desde hace varios años el costo total de la demanda lo paga aquel que perdió el juicio. Otras veces el médico es presionado por la institución

o las compañías de seguros para llegar a dichos acuerdos.<sup>28</sup>

Un estudio realizado entre los residentes de ginecología, obstetricia y osteopatía de Estados Unidos mediante una encuesta vía mail, enviada en marzo 2006. El “n” era de 1724 entre los estudiantes de los 4 años que se encontraban acreditados, de ellos 506 contestaron la encuesta (39.7%), de ellos las mujeres eran más propensas a pagar un seguro médico, el 20% habían tenido alguna participación en una demanda y 65% indicaba no haber tenido ningún tipo de entrenamiento sobre qué hacer ante una demanda.<sup>37</sup>

Es así que un estudio transversal realizado en México en los Hospitales de Traumatología y Ortopedia de la Magdalena de la Salina del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México durante el mes de junio a octubre del año 2005, mediante una encuesta múltiple opción, a todo médico que trabaje allí independiente de su régimen de contratación o sexo, excluyéndose los que se encontraran de licencia por vacaciones o enfermedad, se encontró que el conocimiento sobre el marco jurídico nacional era malo. De modo que de un total de 15 preguntas se eliminaron las encuestas que no fueron completadas en su totalidad, si contestaban 14 o 15 preguntas correctamente se consideraba un conocimiento excelente, 12 o 13 muy bueno, 10 o 11- bueno, 8 y 9 regular, 7

o menos malo). La calificación promedio de los 130 encuestados, de los cuales un 93,8% eran hombres, era de 5,7 puntos.<sup>38</sup>

### *Mala Praxis a Nivel Nacional*

El primer juicio por mala praxis en Uruguay data de 1985 y fue contra la mutualista CASMU.<sup>7</sup>

En el 2002, las demandas por mala praxis eran unas 30 anuales aprox. según el SMU (Sindicato Médico del Uruguay).<sup>1,7</sup> Los especialistas quirúrgicos más demandados judicialmente por mala praxis entre 1995 y 2002 son: los ginecólogos, los traumatólogos, los oftalmólogos, los cirujanos generales, neurocirujanos, cirujanos vasculares, urólogos, otorrinolaringólogos y los cirujanos pediátricos.<sup>2,28</sup>

De los 14.000 médicos activos en nuestro país en 2002, 3000 (21%) pagaban un seguro anual, siendo el porcentaje de mayores afiliados los que practican las especialidades más demandadas.<sup>2</sup>

En base a estos datos en el 2002 se dispuso por decreto del Poder ejecutivo la creación en cada institución médica un Departamento de Atención al Usuario para establecer procedimientos para la realización de reclamaciones. Este decreto prevé que si la institución no se expide en el plazo preestablecido, y si la decisión adoptada no tiene en cuenta la petición o reclamación realizada, el gestionante se

podrá presentar ante la División Servicios del MSP (Ministerios de Salud Pública).<sup>2,19</sup>

El SMU publicó en 2014 una encuesta con un sondeo realizado en el 2006 que indicaba que el 45% de la población evaluaba como “buena o muy buena la atención médica, 39% como “regular” y 2% como “mala o muy mala.” Por otro lado 21% de la población recordaba algún caso de mala praxis.<sup>27</sup>

La primera jornada sobre responsabilidad médica en Uruguay fue organizada por el SMU en octubre de 1988, de donde surgió la idea de crear un seguro de responsabilidad civil médica que años después se constituiría en el SAIP (Servicio de Asistencia Integral Profesional), Cooperativa de seguros, el cual se creó en el año 2005 y para el 2015 disponía de unos 7500 socios.<sup>7</sup>

Recién en 1992 tuvieron lugar las primeras jornadas de prevención de mala praxis.<sup>7</sup>

En la revisión sistemática de los artículos realizada hasta el momento, no se encontraron estudios a nivel nacional que analicen el impacto de la demanda judicial en la salud del médico.

### **Agradecimientos:**

- A la Dra. Andrea Giménez por su invaluable apoyo y paciencia
- A Valentina Morandi, por su aporte de información.
- A la Ing. María del Rosario Monteverde y Magdalena Rodrí-

guez por compartir sus conocimientos informáticos conmigo

- A Laura Cano y Gabriela Echeverry, mis fisioterapeutas, por aguantar mis dolores, y atenderme siempre que lo necesité

- A mis compañeros de la Unidad Coronaria Móvil (UCM), por soportarme con la laptop en todas las guardias.

- A Carolina Martínez por apoyarme cuando no aguantaba más la lumbalgia sentada en la com-

putadora con su frase “el sacrificio de hoy, es el éxito del mañana”

- Por último a mis padres por todo su apoyo para realizar esta emprendimiento.

### Discusión y Conclusiones:

Los artículos revisados hasta el momento de entrega de esta tesis, nos dejó entrever como en los últimos 40 años, ha aumentado el número de demandas judiciales por responsabilidad médica, tanto a nivel internacional como nacional.

Esto ha cambiado la forma en que nosotros, los médicos, ejercemos nuestra práctica clínica diaria por temor a las demandas, llevando a la práctica de una medicina defensiva, donde el principal objetivo no es el bienestar del paciente sino evitar una demanda. Se genera un gasto excesivo en el sistema de salud y un enlentecimiento del sistema asistencial por sobrecarga al solicitar paraclínica innecesaria ante el miedo y la inseguridad del médico. Si bien el avance tecnológico a contribuido para la realización de diagnósticos y procedimientos complejos, también ha contribuido en deteriorar la relación medico paciente, ya que el médico se concentra más en la solicitud de procedimientos costosos y muchas veces innecesarios, que en la comunicación, piedra fundamental para entablar una buena relación médico-paciente-familia. El deterioro de la comunicación y la falta de empatía es la causa principal del aumento de las demandas judiciales a nivel médico.

Cuando falla la comunicación con el médico, y el resultado es desfavorable para el paciente, su descontento es la causa de la reclamación. Aunque como vimos deben cumplirse varios criterios jurídicos para que haya responsabilidad médica: que haya un daño a la salud del paciente física o psíquica, o un lucro cesante o un daño a sus derechos humanos; que el mismo sea por causa de un error del médico quien hubiere actuado por fuera de la Lex Artis para esas circunstancias en ese momento en particular sin mediar ningún eximente, existiendo siempre un nexo causal entre el daño producido y el accionar del médico.

Tomarse el tiempo para hablar con el paciente, explicarle la circunstancia en que se dieron los eventos y disculparse demostró disminuir el número de demandas,

El médico de familia en su rol de cultivar una relación médico-paciente-familia-basada en la empatía contribuiría a disminuir el número de demandas, así como funcionar como parte de un sistema de contención para sus pacientes.

Los estudios revisados muestran que todo profesional médico, que se encuentra sometido a una reclamación presenta algún tipo de afectación irreversible. Las mismas pueden ser tanto en la esfera física como psicológica alterando su calidad tanto a nivel social, familiar, laboral, económica, biológica, y emocional. Estas manifestaciones pueden variar a lo largo del proceso judicial, ya que este puede durar varios años, y los síntomas se pueden superponer. Incluso estos pueden ser graves y llevar a la muerte como es el caso del infarto agudo al miocardio y el suicidio. El médico por miedo o vergüenza a dañar su reputación y su fácil acceso a la medicación no consulta, y muchas veces se automedica lo que fácilmente lleva a adicciones. Dado lo largo del proceso judicial se ven obligados a trabajar con la presión de saber que son demandados por lo que aumenta su nivel de estrés y afecta su práctica clínica llevando a la ya nombrada medicina defensiva. El trabajo se transforma en un lugar y una situación no deseada, lo que le altera el humor, llevando a alterar su vida social y familiar. Aumentan los gastos económicos y en ocasiones su trabajo puede disminuir por los rumores de las demandas.

El médico de familia puede actuar con los 2 implicados en una demanda. Con el demandante para aceptar su nueva situación de salud, y con el demandado para sobrellevar el proceso de la demanda de la mejor forma posible. Todo médico, también es paciente en algún momento.

Es de destacar que hasta el momento de entrega de esta tesis, no se encontró ningún artículo o revisión acerca del impacto a nivel nacional de la demanda judicial en la salud del médico.

## Anexo I

### Descripción de la metodología empleada

Se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos:

#### 1. PUBMED:

Se utilizaron las palabras claves:

- Lawsuit
- Defensive medicine [Mesh]
- Malpractice
- Judicialization
- Medical Malpractice lawsuits
- Medicine
- Physician[Mesh]
- Physician family[Mesh]
- Surgeon [Mesh]

- General Practitioner [Mesh]
- Physician-patient relationship[Mesh]
- Poor physician-patient relationship
- Burnout profesional [Mesh]
- Stress physiological [Mesh]
- Occupational stress-healthcareworkers
- Moonlighting
- Age
- Impact [Mesh]
- Impact

Los operadores Bolleanos usados fueron: AND

Los límites utilizados fueron:

- in humans
- entre 1995 a 2015

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- aquellos artículos que cumplan con el objetivo del trabajo.
- aquellos artículos que se encuentren en idioma inglés o español.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se eliminan todos los artículos a los que no se puede acceder en forma completa, libre y gratuita.
- Se eliminaron los casos clínicos.

**2. GOOGLE SCHOLAR:**

Se utilizaron las palabras claves/ frases:

- Medicina defensiva.
- Medicina defensiva en Uruguay.
- Judicialización de la medicina.
- Judicialización de la medicina en Uruguay.
- Mala praxis y demandas en Uruguay.
- Mala praxis y médico de familia.
- Mala praxis y edad.
- Mala praxis y consentimiento informado.
- Demanda judicial en médicos en Uruguay.
- Responsabilidad médica en Uruguay.
- Demanda judicial en el médico
- Impacto de la demanda judicial en el médico.
- Impacto de la mala praxis en el médico.
- Consecuencias de la demanda judicial en el médico.
- Definición Lex Artis

Se utilizaron los límites temporal entre 1995 a 2015 y entre 1990 a 2015 para los médicos de familia.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- aquellos artículos que cumplan con el objetivo del trabajo.
- se leyeron los primeros 30 artículos por orden de relevancia
- aquellos artículos que se encuentren en idioma inglés o español.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Se excluyeron las citas y patentes
- Se excluyeron los artículos en

portugués.

- Se eliminan todos los artículos a los que no se puede acceder en forma completa, libre y gratuita.

**3. SCIENCE DIRECT:**

Se utilizaron las palabras claves:

- Defensive medicine
- Physicians
- Malpractice
- Lawsuits
- Impact
- Consequences
- Physician – patient relationship
- Age

Los operadores Bolleanos usados fueron: AND

Se puso el límite temporal entre 2005 hasta 2015.

Solo se analizaron los artículos (journals) y aquellos con acceso completo y gratuito.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- aquellos artículos que cumplan con el objetivo del trabajo.
- aquellos artículos que se encuentren en idioma inglés o español.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Se eliminan todos los artículos a los que no se puede acceder en forma completa, libre y gratuita.
- Se eliminan los artículos en idioma portugués.

**4. SPRINGER:**

Se utilizaron las palabras claves:

- Lawsuits
- Physicians
- Defensive medicine
- Malpractice
- Impact

Los operadores Bolleanos usados fueron: AND

Se puso el límite temporal entre 2005 Y 2015

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- aquellos artículos que cumplan con el objetivo del trabajo.
- aquellos artículos que se encuentren en idioma inglés o español.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Se eliminan todos los artículos a los que no se puede acceder en forma completa, libre y gratuita.
- Se eliminan los artículos en idioma portugués.

**Anexo II****Resultados Obtenidos**

Se obtuvieron 92 artículos realizando una revisión sistemática en diferentes bases de datos al 22 de octubre del 2015

**Pubmed:**

Se utilizaron las palabras claves:

- Lawsuit se obtuvieron 1281 artículos.
- Defensive medicine [Mesh] se obtuvieron 1116 artículos.
- Malpractice [Mesh] se obtuvieron 29431 artículos.
- “Malpractice / statistics and numerical data” [Mesh] se obtuvieron 1399 artículos.
- edicine [Mesh] se obtuvieron 428149 artículos.
- Judicialization se obtuvieron 24 artículos
- Physician [Mesh] se obtuvieron 49913 artículos.

- Physician family [Mesh] se obtuvieron 14823 artículos.
- Family Practice [Mesh] se obtuvieron 62373 artículos.
- Surgeon se obtuvieron 457 artículos.
- General Practitioners [Mesh] se obtuvieron 2633.
- Physician-Patient relations [Mesh] se obtuvieron 62181 artículos.
- Burnout profesional [Mesh] se obtuvieron 8065 artículos.
- Malpractice [Mesh] se obtuvieron 29431 artículos.
- Medical Malpractice lawsuits se obtuvieron 7302 artículos.
- "Malpractice/statistics and numerical data" [Mesh] se obtuvieron 1399 artículos
- Surgeon [Mesh] se obtuvieron 462 artículos
- General Practitioners [Mesh] se obtuvieron 2525 artículos
- P h y s i c i a n - p a t i e n t relations[Mesh] se obtuvieron 136
- Poor physician-patient relationship se obtuvieron 1349 artículos
- Burnout profesional [Mesh] se obtuvieron 8065
- Stress physiological [Mesh] se obtuvieron 57912 artículos
- Occupational stresshealthcareworkers se obtuvieron 2457 artículos
- Moonlighting se obtuvieron 198 artículos
- Age se obtuvieron 1940840 artículos.
- Impact [Mesh] se encontraron 11 artículos
- Impact se encontraron 597837 artículos

Se utilizaron los operadores Bo-

lleanos AND  
Se pusieron los limites  
- in humans.  
-en 2005 y 2015.

Las combinaciones de palabras claves fueron:

- i.** Lawsuit AND Physician [Mesh] se obtuvieron 69 artículos. Colocando el límite in humans el número se redujo a 53 artículos y colocando el límite temporal entre 1995 y 2015 se redujo a 41, sólo 3 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión ya descritos, pudiendo acceder a uno por pubmed y a 2 por Science Direct.
- ii.** Lawsuit AND Physician AND Physician Family con los límites ya descritos. Se obtuvieron 2 artículos que se eliminaron por duplicado.
- iii.** Lawsuit AND Physician- Patient relationship [Mesh]. Se colocaron como límites in humans y entre 1995 y 2015, encontrándose 36 artículos, accediendo a 2 por pubmed y 3 por google.
- iv.** Lawsuit AND Physician [Mesh] AND Burnout profesional [Mesh] y los limites in humans entre 2005 y 2015. No se obtuvo ningún artículo.
- v.** Physician [Mesh] AND Burnout Profesional [Mesh] con los límites in humans entre 1995 y 2015. Se obtuvieron 743 artículos por lo que se limitó mas la búsqueda con:
- vi.** Physician [Mesh] AND Burnout profesional [Mesh] AND Stress Physiological [Mesh] y se obtuvieron 7 artículos de

los cuáles 3 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, no logrando el acceso a ninguno.

- vii.** Burnout Professional [Mesh] AND Stress Physiological [Mesh] in humans entre 1995 y 2015. Se obtuvieron 51 artículos de los cuales 11 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se accedió a 1 por la base de datos ScienceDirect, a 3 por Pubmed y a otro por Google Scholar.
- viii.** Moonlighting AND Physician [Mesh] con los límites in humans entre 1995 y 2015 se obtienen 4 artículos de los cuales sólo 1 cumplió con los criterios de inclusión y exclusión pero no se logro acceder a él.
- ix.** Occupational stress health workers AND Physician [Mesh] con los límites in humans entre 1995 y 2015 se obtuvieron y total de 226 artículos. 14 cumplían con los criterios de inclusión, lográndose acceder a 6 por la base de datos Pubmed, a 3 por Google Scholar y a 1 por Springer.
- x.** Medical Malpractice Lawsuits AND Occupational stresshealthcareworkers con los mismos límites y criterios no se encontraron artículos.
- xi.** Lawsuit AND Physician [Mesh] AND Poor physician-patient relationship in humans entre 1995 y 2015 no se encontraron artículos.
- xii.** Lawsuit AND Impact [Mesh] in humans entre 1995 y 2015 no se encontraron artículos.



- xiii. Lawsuit AND Impact In humans entre 1995 y 2015 se encontraron 5 artículos, accediéndose a 1 por Pubmed y a otro por Google Scholar.
- xiv. Defensive Medicine [Mesh] AND Physician [Mesh] in humans entre 1995 y 2015 se obtuvieron 48 artículos de los cuales 28 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. De estos 28 se accedió a 2 por la base de datos BMJ (Bireme Journals), 5 por Pubmed y 1 por Science Direct.
- xv. "Malpractice / statistics and numerical data" [Mesh] AND Physician [Mesh] se obtuvieron 191 artículos de los cuales 37 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se accedió a 8 por Pubmed, 2 por BMJ (Bireme Journals), 2 por Google Scholar, 1 por Ovid SP y 1 por ScienceDirect.
- xvi. Malpractice lawsuits AND Physician [Mesh] AND Age in humans entre 1995 y 2015 se obtuvieron 24 artículos. De ellos 4 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se accedió a 3 por la base de datos Pubmed.
- xvii. Judicialization AND Medicine [Mesh] se encontraron in humans entre 1995 y 2015 se encontró un artículo que no cumplió con los criterios de inclusión ni exclusión.

Total de artículos obtenidos por la base de datos pubmed: 52 artículos

Se eliminan 2 duplicados.

Por lo que ingresan a la monografía 50 artículos.

### Google Scholar

- i. Se realizó una primera búsqueda utilizando como palabra clave **Medicina defensiva**. Encontrándose 30200 artículos. Se leyeron los primeros 50 artículos ordenados por relevancia y se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión ya descriptos. Se seleccionaron 13 artículos.
- ii. Se realizó una segunda búsqueda utilizando la misma palabra clave (**Medicina defensiva**), por relevancia con el límite temporal el período de tiempo comprendido entre 2005-2015, obteniéndose 15.600. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron los artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Seleccionaron 11 artículos, 10 de ellos se eliminaron por duplicado, por lo que se seleccionó un artículo.
- iii. Se realizó una tercera búsqueda utilizando como palabra clave **Medicina defensiva en Uruguay**. Se obtuvieron 4030 artículos. Se analizaron los primeros 50 artículos de 2780 ordenados por relevancia y el período de tiempo comprendido entre 2005-2015. Se seleccionaron los artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos con anterioridad. Cabe destacar que en este caso se excluyeron los artículos relacionados a temas de salud sexual y reproductiva debido al cambio de legis-

lación sobre en país en el año 2014, los relacionados con la pediatría, violencia de género y voluntad anticipada y las relacionadas con el uso de un fármaco específico. Se seleccionaron 6 artículos. Se eliminaron 1 artículo duplicado quedando 5 artículos.

- iv. Se realizó una cuarta búsqueda utilizando como palabra clave **Judicialización de la medicina**. Se obtuvieron 2560 artículos. Se ordenados por relevancia entre 1995 y 2015 como límite temporal y se obtuvieron 2180. Se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron 10 artículos. Se eliminaron 2 por duplicado, No se logró el acceso a 6 por lo que ingresaron 2 al estudio.
- v. Se realizó una quinta búsqueda utilizando como palabra clave **Judicialización de la medicina en Uruguay** Se obtuvieron 2290 artículos. Se ordenaron por relevancia entre 1995 y 2015 como límite temporal y se obtuvieron 2040. Se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron 8 artículos, se eliminaron 3 por duplicado, obteniéndose 5 artículos.
- vi. Con las palabras **Mala praxis y demandas en Uruguay**, se encontraron 3850 artículos. Se ordenaron por relevancia con el límite temporal entre 2005 y 2015 obteniendo 2840 artículos. Se analizaron

- los primeros 50 de ellos. De los 7 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, todos fueron eliminados por duplicado.
- vii. Con las palabras **mala praxis y médico de familia**. Se obtuvieron 13400 artículos. Con el límite temporal entre 2005 y 2015 se obtuvieron 9220 ordenados por relevancia. Se analizaron los primeros 50 artículos. De ellos 10 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se eliminaron 5 por duplicados obteniéndose 5.
- viii. Con las palabras **Mala praxis y edad**. Se encontraron 22600 artículos. Ordenados por relevancias y sin límite temporal se analizaron los primeros 50 de ellos. De los 4 que cumplían los criterios de inclusión exclusión se eliminaron 3 por duplicado y 1 ingresó al estudio.
- ix. Con las palabras **Mala praxis y consentimiento informado**. Se obtuvieron 3530 artículos. Fueron ordenados por relevancia utilizándose con el límite temporal entre 1995 y 2015 obteniéndose 2840. Se analizaron los primeros 50 artículos utilizando los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se seleccionaron 10 artículos, pero se eliminaron 4 por duplicado por lo que 6 ingresaron al estudio.
- x. Con las palabras claves **Demanda judicial en médicos en Uruguay**, se obtuvieron 24500 artículos. Se ordenaron por relevancia con el límite temporal entre 1995 y 2015, se obtuvieron 10400 artículos. Utilizando los criterios de inclusión y exclusión ya descriptos. Se seleccionaron 4 artículos, que se eliminan por duplicado
- xi. Con las palabras claves **Responsabilidad médica en Uruguay**, obteniéndose 16300 artículos. Se analizaron los primeros 50 artículos ordenados por relevancia utilizándose el límite temporal entre 1995 y 2015, obteniéndose 16200 artículos. Se seleccionaron 5 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se eliminaron 4 duplicados, ingresando 1 artículo a la monografía.
- xii. Con la frase **Impacto de la demanda judicial en el médico**, se obtuvieron 16700 artículos. Se ordenaron por relevancia con el límite temporal entre 1995 y 2015 también se obtuvieron 16700. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron 5 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se eliminaron 4 duplicados, ingresando 1 artículo al estudio.
- xiii. Con la frase **Impacto de la mala praxis en el médico**, se obtuvieron 11300 artículos. Se ordenaron por relevancia con el límite temporal entre 1995 y 2015 también se obtuvieron 10100. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron 11 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se eliminaron 6 duplicados, ingresando 5 artículos al estudio.
- xiv. Se realizó una búsqueda con la frase **Consecuencias de la demanda judicial en el médico**, se obtuvieron 16500 artículos. Se ordenaron por relevancia con el límite temporal entre 1995 y 2015 también se obtuvieron 14800. Se analizaron los primeros 50 artículos. Se seleccionaron 10 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión descriptos. Se eliminaron 7 duplicados, ingresando al estudio 3 artículos.
- xv. Se realizó una última búsqueda con la frase **Definición de Lex Artis**. Se obtuvieron 3320 artículos. Ordenados por relevancias y con el límite temporal entre 1995 y 2015 se obtuvieron 2210. Se analizaron los primeros 3 artículos. Se eliminó por duplicado. Ingresaron 2 al estudio.

En la base de datos Google Scholar se seleccionaron 116 artículos. De ellos se eliminaron 64 por duplicados. Por lo que ingresaron a la monografía 53 artículos.

#### ScienceDirect:

Se realizaron las siguientes combinaciones con las palabras claves:

(Como se expresó anteriormente se analizaron los artículos (journals) y aquellos con acceso completo y gratuito con el límite temporal entre 1995 hasta el presente)

- i. Se realizó una primera búsqueda con las palabras **Defensive medicine AND Physi-**

- cian.** Se obtuvieron 46 artículos. Se analizaron la totalidad de ellos y ninguno cumplía con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- ii. La segunda búsqueda fue con las palabras **Malpractice AND Lawsuits**. Se obtuvieron 21 artículos. se analizaron todos. Solo 1 cumplió con los criterios de inclusión y exclusión que ingresó al trabajo.
- iii. Con las palabras **Impact AND Lawsuits**, se obtuvieron 155 artículos. se utilizaron como filtros la palabra “paciente” (patient) y “salud” (health), obteniéndose así 11 artículos. Ninguno de ellos cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.
- iv. La cuarta búsqueda fue con las palabras **Consequences AND (Lawsuits AND Physicians)**. Se obtienen 17 artículos. se analizaron todos ellos. No se obtiene ningún artículo que cumplan los criterios ya nombrados.
- v. La quinta búsqueda fue con las palabras **Malpractice AND physicianage**, se ob-

tuvieron 53 artículos. Se analizaron la totalidad de ellos. Ninguno cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

- vi. Por último se realizó una sexta búsqueda con las palabras **Lawsuits AND Physician-patientrelationship**. Se obtienen 1679 artículos. se analizaron los primeros 100 de ellos. 10 artículos cumplían con los criterios de inclusión y exclusión por lo que ingresaron a la monografía.

En la base de datos Science Direct se seleccionaron 11 artículos para ingresar a la monografía. No se encontraron duplicados.

### Springer

- i. Se realizó una búsqueda avanzada con las palabras **Impact AND lawsuits and Physicians** ordenados por relevancia en el período comprendido entre 1995 y 2015. Se obtuvieron 2121 revisiones. Se analizaron las primeras 40, de ellas 5

cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y por ende ingresaron al estudio.

- ii. Con las palabras **Defensive medicine AND Physicians**, también ordenados por relevancia y con el mismo límite temporal entre 1995 y 2015. Se obtuvieron 3063 revisiones. Se analizaron las primeras 40 de ellas. 9 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.
- iii. Por último se realizó una búsqueda con las palabras **Impact AND Malpractice AND Physicians**. Se obtuvieron 2687 revisiones ordenadas por relevancia y con el límite temporal entre 1995 y 2015. Se analizaron las primeras 40. Se seleccionaron 16 según los criterios de inclusión y exclusión. 7 se eliminaron por duplicado por lo que 9 ingresaron a la monografía

En la base de datos Springer se seleccionaron 30 revisiones. 7 de ellas se eliminaron por duplicados. Por lo que ingresaron a la monografía 23 artículos.

## Bibliografía

1. Comunidad 21 [Internet]. Hay 170 demandas judiciales contra médicos por casos de mala praxis. Noticias Uruguay LARED21 [actualizado 04 set 2011; citado 27 oct2015]. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/470381-hay-170-demandas-judiciales-contra-medicos-por-casos-de-mala-praxis>
2. Comunidad 21 [Internet]. Aumentó el número de demandas judiciales por mala praxis médica. Noticias Uruguay LARED21 [actualizado 04 set 2011; citado 27 oct2015]. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/114955-aumento-el-numero-de-demandas-judiciales-por-mala-praxis-medica>
3. Rivero O, Paredes R, Durante I, Rivero P, Lifshitz A, García E Kretchmer R at el. Ética en el ejercicio de la medicina. [Internet]. 1era ed. Google Scholar. Editorial Medica Panamericana; 2006 [citado 27 oct2015]. Disponible en: [https://books.google.com.uy/books?id=A9bCw12SvWMC&printsec=frontcover&dq=etica+en+el+ejercicio+de+la+medicina&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=etica%20en%20el%20ejercicio%20de%20la%20medicina&f=false](https://books.google.com.uy/books?id=A9bCw12SvWMC&printsec=frontcover&dq=etica+en+el+ejercicio+de+la+medicina&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etica%20en%20el%20ejercicio%20de%20la%20medicina&f=false)
4. Revuelta A. El riesgo de judicialización de la Medicina. Educ. Méd. [Internet]. 2006 [27 oct. 2015]; 9 (suppl.1) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132006000600015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132006000600015&script=sci_arttext)
5. Moreno F, La responsabilidad Penal del Medico. SPAO [Internet]. 2012 [Citado 24 enero. 2016] 6 (1). 30 – 37. Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-21-secciones-63654.pdf>
6. Almada H. Aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev. Med. Urug. [Internet]. 2001 [Citado 04 enero. 2016] 17 (1); 17-23. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2001v1/art4.pdf>
7. Revista Ser Medico [Internet]. No hay mejor defensa que un buen ataque. Revista Ser Medico. [Citado 28 oct. 2015]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias82/jornadas.htm>
8. Gherardi C, Gherardi N. La judicialización del acto médico y la generación de nuevos conflictos. Medicina [Internet]. 2007 vol. 67 n° 5 [citado 30 oct. 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802007000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000500015&lng=en&nrm=iso)
9. O´Dowd A. Doctors increasingly practice “defensive” medicine for fear of litigation, says regulator. BIREME [Internet]. 2015 [citado 12 dic. 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h87>
10. Burdon J. Defensive Medicine and Clinical Risk Management. Legal and Forensic. Medicine [Internet]. 2013 [citado 15 dic. 2015]. Disponible en: [http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-642-32338-6\\_109](http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-642-32338-6_109)
11. Tsachi K. Liability regimes, reputation loss and defensive medicine. Medical law review [Internet]. 2010 [Citado 20 enero. 2016]. Disponible en: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1639429](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1639429)

12. Tena C, Sánchez J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Medigraphic [Internet]. 2005 vol. [citado 12 dic. 2015]. 73 (10). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510g.pdf>
13. Ortega-González M, Mendez-Rodríguez J, Lopez-Lopez F. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. CONAMED [Internet]. 2009. [citado 12 dic. 2015].14. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3628057>
14. Briozzo L. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. Rev. Med. Urug. [Internet]. 2007 [Citado 04 enero. 2016]23 (3); 139-141. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2007v3/art1.pdf>
15. Vázquez López J. La "Lex Artis ad hoc" como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuad. Méd. Forense [Internet].2010. [Citado 05 nov. 2015] v.16 n.3 Sevilla. Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cach e:G5fMthqxdIAj:scielo.isciii.es/scielo.php%3Fpid%3DS1135-76062010000200009%26script%3Dsci\\_arttext+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cach e:G5fMthqxdIAj:scielo.isciii.es/scielo.php%3Fpid%3DS1135-76062010000200009%26script%3Dsci_arttext+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy)
16. Sateler R, Lorenzini G. Responsabilidad médica. Rev. Med. Clin Condes [Internet]. 2010 [Citado 10 enero. 2016].Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704035>
17. Moore J, Matlock A. Shared Liability? Consultants, Pharmacists, and the emergency physician: legal cases and caveats. The Journal of Emergency Medicine [Internet]. 2014 [Citado 22 enero. 2016] 46 (5). 612 – 616. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467913009451>
18. Lakdawalla D, Seaburry S. The welfare effects of medical Malpractice liability. International Review of Law and Economics [Internet]. 2012 [Citado 20 enero. 2016] 32. 356-369. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w15383.pdf>
19. González D, Almada H, Berro G. Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. Rev. Med. Uruguay. [Internet]. 2005 [Citado 04 feb. 2016] 21 (4); 291-297. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/21/4/2/es/5/>
20. Almada H. Seudoconsentimiento informado en Uruguay. Rev. Med. Uruguay. [Internet]. 2002 [Citado 02 feb. 2016] 18 (1) 89-93. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/18/1/2/es/11/>
21. Almada H, Grille A, Mederos D. Responsabilidad civil derivada del acto médico. Suplemento de derecho médico [Internet]. [Citado 10 enero. 2016]. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/SDMD0019.html>
22. León F. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. [Internet]. [Citado 15 dic. 2015]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/C93E6E27CE44335B05257D1100708B75/\\$FILE/Le%3C%3Bn\[1\].2.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/C93E6E27CE44335B05257D1100708B75/$FILE/Le%3C%3Bn[1].2.pdf)
23. Castellanos M, López J, Ferreiras M, Garcia H. El consentimiento informado; una acción im-

prescindible en la investigación médica. *Revista Cubana de Estomatología*. [Internet]. 2009 [Citado 02 feb. 2016] 46 (1) 1-10. Disponible en: [www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_1\\_09/est07109.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est07109.htm)

24. Mondragón L. El consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de investigación clínica*. [Internet]. 2009 [Citado 02 feb. 2016] 61 (1) 73-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2788237/>

25. Gonzalez D, Almada H, Ruso L. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. *Rev. Med. Urug.* [Internet]. 2010 [Citado 02 feb. 2016] 26 (1) 25-31. Disponible en: [www.rmu.org.uy/revista/26/1/2/es/4/resumen/](http://www.rmu.org.uy/revista/26/1/2/es/4/resumen/)

26. Berro G. El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2001 [Citado 02 feb. 2016] 72 (1) 45-49. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492001000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492001000100008&script=sci_arttext)

27. Bardesio M [Internet]. Mi hijo el acusado. *El País Digital* [actualizado 29 abr. 2007; citado 28 oct. 2015]. Disponible en: [http://historico.elpais.com.uy/suple/DS/07/04/29/sds\\_277863.asp](http://historico.elpais.com.uy/suple/DS/07/04/29/sds_277863.asp)

28. Puig. R Demandas por responsabilidad médica. *Revista ser médico* [Internet]. 2015 [citado 02feb. 2016]. Disponible en: [www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias95/art19.htm](http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias95/art19.htm)

29. Hyman D, Silver C. Five myths of medical malpractice. *Medical Ethics* [Internet]. 2013 [Citado 02 feb. 2016] 143 (1) 222-227. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369213600343>

30. Abbot R, Webber P, Gala R, Kelley B. Medical Professional Liability Insurance and its Relation to Medical Error and Healthcare Risk Management for the Practicing Physician. *American Journal of Ophthalmology*. [Internet]. 2005 [Citado 22 enero. 2016] 140 (6). 1106 – 1111.

31. Traina F. Medical Malpractice. The experience in Italy. *Clinical Orthopaedics Related Research* [Internet]. 2009 [Citado 02 feb. 2016] 467: 434-442. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628502/>

32. Rosser W. Threat of litigation. How does it affect family practice. *Canadian Family Physician*. [Internet]. 1994 [Citado 01 feb. 2016]. 40. 645 – 648. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2380090/pdf/canfamphys00098-0015.pdf>

33. Ho B, Liu E. Does Sorry work? The impact of apology laws on medical malpractice. *J Risk Uncertain* [Internet]. 2011 [Citado 02 feb. 2016] 43: 141-167. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11166-011-9126-0>

34. Young P, Finn B, Pellegrinni D, Bruetman J, Young D, Trimarchi H. Síndrome Clínico Judicial. Cartas al Comité de redacción. [Internet]. 2011 [Citado 01 feb. 2016]. 71. 500 – 503. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802011000700021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802011000700021&script=sci_arttext)

- 35.** Daneault S. The Wounder healer. Can this idea be of use to family Physicians?. *Canadian Family Physician*. [Internet]. 2008 [Citado 01 feb. 2016]. 54. 1218 – 1219. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553448/>
- 36.** Chen K, Yang C, Lien C, Chiou H, Lin M, Chang H, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*. [Internet]. 2013 [Citado 01 feb. 2016]. 10 (11) 1471 – 1478. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775103/>
- 37.** Blanchard M, Ramsey P, Gala R, Gyamfi-Bannerman C, Srinivas S, Hernandez-Rey Impact of the Medical Liability Crisis on Postresidency Training and Practice Decisions in Obstetrics - Gynecology. *Journal of Graduate Medical Education* [Internet]. 2012 [Citado 22 enero. 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399611/>
- 38.** López L, Palapa R, Bueno M, Méndez M. Conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica. *Acta Ortopédica Mexicana* [Internet]. 2006 [Citado 22 enero. 2016] 20 (3). 132 – 138. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2006/or063i.pdf>

# Cáncer en los médicos

*Dra. Lucía Morón Delucchi\**

## **Resumen:**

Tiene un gran impacto a nivel económico y sanitario para el país. Se ha establecido a lo largo del tiempo su estrecha vinculación con factores de riesgo que forman parte del estilo de vida, como lo son: mala alimentación, sedentarismo, sobrepeso, exposición ambiental, tabaquismo y el consumo de alcohol. Mientras a nivel internacional encontramos información que refiere que los médicos poseen hábitos de vida saludables y estadísticas que muestran una menor mortalidad de éstos en comparación a la población general y a otros profesionales, en Uruguay encontramos que nuestros médicos mueren a edades más tempranas y que un alto porcentaje de ellos no cuida de su salud adecuadamente.

**Palabras clave:** Cáncer, Médicos, Mortalidad.

## **Abstract:**

*Cancer is the second leading cause of death nationally. It has a major impact on economic and sanitary level for the country. It has established over time its close association with risk factors that are part of the lifestyle, such as: poor diet, sedentary lifestyle, overweight, environmental exposure, smoking and alcohol consumption. While internationally we find information referring physicians have healthy lifestyles and statistics showing lower mortality of these compared to the general population and other professionals in Uruguay found that our doctors die at younger ages and higher percentage of them do not care for their health properly.*

**Keywords::** Cancer, Physicians, Mortality.

*Fecha de recibido: 27 enero 2016*

*Fecha de aceptado: mayo 2016*

Correspondencia: Lucía Morón Delucchi | lucia\_moron82@hotmail.com



## Introducción

El cáncer es la segunda causa de morbimortalidad a nivel internacional y nacional. En el año 2012 se detectaron 14 millones de nuevos casos y se produjeron alrededor de 8.2 millones de fallecimientos por esta causa a nivel mundial. Tiene un gran relevancia tanto a nivel económico como sanitario. No se debe olvidar la afectación que genera a nivel de las familias y la sociedad.

Una de las características de la profesión médica es la asociación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, factores que se instalan tempranamente en la vida de este.

La autora desconoce si existe información acerca de la prevalencia de cáncer en el profesional médico así como su impacto biopsicosocial a nivel internacional y/o nacional. Por todo esto se pregunta ¿cuáles son los aspectos epidemiológicos del cáncer en la población general y en la población médica a nivel internacional y nacional?, ¿está la profesión médica asociada a un riesgo mayor de padecer determinados tipos de cánceres?, y si ése benefician los médicos al ser profesionales de la salud en la detección precoz y tratamiento oportuno de los mismos?

## Objetivo

El presente estudio tiene por objetivo general identificar información relevante y actualizada sobre cáncer en individuos de profesión médica.

Dentro de los objetivos específicos nos proponemos identificar datos actualizados sobre cáncer a nivel mundial y nacional, información sobre factores de riesgo para esta patología y aspectos específicos del cáncer en los individuos de profesión médica.

## Método:

Se realizó una revisión sistemática, en las bases de datos de Pubmed, Google Scholar y Science Direct. Concomitantemente se solicitó Información a la Biblioteca del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y a la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

A continuación se especifica la búsqueda realizada en cada base de datos.

### 1- PubMed

En esta base de datos las palabras claves empleadas fueron:

- Physicians [Mesh]
- Mortality [Mesh]
- Incidence [Mesh]
- Epidemiology [Mesh]
- Neoplasms [Mesh]
- Cancer
- Physician's health
- Cause of death [Mesh]
- Physicians Specialists
- Mortality rates

Los operadores booleanos utilizados en cada una de las búsquedas fueron: AND

Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron:

- Artículos no relacionados al

tema.

- Artículos que no estuvieran escritos en español o inglés.
- Y aquellos a los que no se pudiera acceder de forma gratuita o no se pudieran descargar.

Los límites utilizados fueron:

- free full text
- humans
- 10 years.

### 2- Science Direct

En esta base de datos las palabras claves empleadas fueron:

- Physicians
- Mortality
- Cancer
- Cause of death
- Risk Factors
- Sedentarismo
- Ejercicio físico
- Diet
- Alcohol

Los operadores booleanos utilizados en cada una de las búsquedas fueron: AND

Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron:

- Artículos no relacionados al tema
- Artículos que no estuvieran escritos en español o inglés
- Y aquellos que no se pudiera acceder de forma gratuita o no se pudieran descargar
- Se eliminan duplicados

---

\*Estudiante de la Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria

Los límites utilizados fueron:

- free full text
- 2005-2015
- Se leen los primeros 100 artículos

### 3-Google Académico

Las palabras claves utilizadas fueron:

- Salud
- Médicos Uruguayos
- Mortalidad
- Causas
- Encuesta
- Cáncer
- Exposición ambiental
- Médico de familia
- Dieta
- Patrones alimentarios
- Universidad de Montevideo

Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron:

- artículos no relacionados al tema
- artículos que no estuvieran escritos en español o inglés
- no se pudiera acceder de forma gratuita o no se pudieran descargar
- Artículos Duplicados

Criterios de Inclusión

- Artículos que cumplan con los objetivos del trabajo
- Se leen los primeros 100 artículos

Los límites utilizados fueron:

- 1995-2015
- Se leen los primeros 40 artículos

También se solicitó información a la biblioteca del Sindicato Médico del Uruguay y a la Lucha Nacional contra el Cáncer. Fi-

nalmente se realizó búsqueda en bibliografía.

### Resultado

Luego de realizada la búsqueda en las diferentes bases de datos, se seleccionan 34 artículos. De la búsqueda hecha por biblioteca del SMU no se obtuvieron artículos con los objetivos planteados. De la información solicitada a la Lucha Honoraria Contra el Cáncer se obtuvieron algunos libros e información publicada en el sitio web. Se expone en el anexo 1 los resultados por base de datos.

### Análisis y Discusión Cáncer en el Mundo

En la actualidad dentro de las primeras causas de mortalidad y morbilidad mundial, se encuentra un grupo de enfermedades que en su conjunto se las denomina "enfermedades crónicas no transmisibles". Se han transformado en un problema de importancia sanitario y económico en los últimos años, dejando atrás a las enfermedades infecciosas que eran las más prevalentes en el siglo pasado. Cuando hablamos de este tipo de enfermedades nos referimos a enfermedades que no se pueden transmitir de persona a persona y que son de evolución crónica. Lo conforman en su mayoría cuatro tipos de enfermedades: las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, Asma) y la diabetes .

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Sa-

lud (OMS) en el corriente año las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de 38 millones de fallecimientos por año a nivel mundial. De este total un 75% se producen en países subdesarrollados. El 42% de las muertes ocurre en personas menores de 70 años de edad. Las enfermedades cardiovasculares producen por si solas 17.5 millones de muertes al año, ocupando el 1er lugar, luego le sigue el cáncer con 8.2 millones, las enfermedades respiratorias con 4 millones, y por último la diabetes con 1.5 millones. Si sumamos estas 4 enfermedades podemos estimar que 82% de los fallecimientos ocurren por estas causas.<sup>1</sup>

El cáncer por si solo es una de las enfermedades que causa mayor morbilidad y mortalidad mundial. Según la OMS en el año 2012 se detectaron 14 millones de nuevos casos, de los cuales el 60% se producen en África, Asia, América Central y América del Sur. En cuanto a las localizaciones y frecuencia de los mismos varía según las regiones estudiadas, pero globalmente podemos destacar que en el hombre por frecuencia pulmón, próstata, colon, recto, estomago e hígado. Mientras que en la mujer se destacan los de mama, colon recto, pulmón, cuello de útero y estómago.<sup>1</sup>

El cáncer tiene un impacto económico mundial que no se asemeja a ninguna otra causa de muerte. Esto se debe a los años de vida y productividad per-

dados. En el año 2008 el gasto por muerte prematura y la discapacidad por el cáncer fueron de 895 billones de dólares. Esto significa 1.5% del Producto Bruto Interno, sin incluir los costos directos de los tratamientos de cada uno de ellos.

Hay 3 cánceres que se destacan del resto por causar mayor porcentaje de años de vida potencialmente perdidos, son en orden de importancia, pulmón, estómago, e hígado.<sup>2</sup>

Los cánceres de Pulmón, Bronquios y Tráquea son los que a nivel mundial producen más gastos con aproximadamente 180 billones. Esto se debe a que se estima que las personas que fuman mueren 15 años antes.<sup>2</sup>

La Agency of Health care research and Quality (AHRQ) hace un informe donde publica que en Estados Unidos los costos médicos directos por cáncer en el 2011 fueron de \$88.7 billones de dólares.

No debemos olvidar que la importancia no es solo económica y sanitaria para los países, sino que causa gran impacto a nivel social, y en las familias al perder uno o ambos jefes de hogar.

### Factores de Riesgo

El control de las enfermedades infecciosas que eran la principal causa de muerte en el siglo pasado hizo que aumentara la expectativa de vida. El principal factor de riesgo inmodificable de padecer cáncer se vincula

a la edad de la persona. Esto es debido a que a medida que aumenta la edad se van sumando los factores de riesgo, y a esto debemos agregarle que los mecanismos de reparación celular comienzan a mostrar fallas con el tiempo.<sup>1</sup>

Debemos destacar el papel que desempeña el tabaco, mala alimentación, sedentarismo, sobrepeso, alcohol, exposición ambiental, y la radiación entre otras. Algunas infecciones virales también se asocian con un aumento del riesgo, estas son el virus de la hepatitis B, virus hepatitis C, algunos tipos de HPV, y el VIH.<sup>1</sup>

La exposición al tabaco continúa siendo uno de los carcinógenos ambientales más importantes. Es una causa evitable, que se puede corregir. Se lo relaciona con el 20% de las muertes mundiales y con aproximadamente 70% de muertes en pacientes portadores de cáncer de pulmón.<sup>1</sup>

Los hombres que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer, el riesgo aumenta más de 20 veces comparado con personas que no fuman. Los cánceres que se han estudiado su relación con el tabaco son: cavidad oral y faringe, esófago, estómago, hígado, páncreas, colo-recto, laringe, cuello útero, ovario, tracto urinario leucemia. La incidencia de estos se vio aumentada desde 20 a 1460%.

En cuanto a la mala alimentación, sedentarismo y el sobrepe-

so, son factores de riesgo que no son suficientes para desarrollar cánceres por si solos, pero contribuyen. A su vez todos ellos son factores modificables ya que son partes del estilo de vida.

Hoy en día se sabe que 35% de los cánceres presentan asociación con la alimentación, y por lo tanto podrían ser prevenidos mediante una nutrición saludable.<sup>5</sup> Las dietas hipercalóricas que contienen mucha cantidad de carnes procesadas, alimentos refinados, grasas, alcohol son reconocidas por su vinculación con determinados tipos de cánceres (mama, próstata y colon). Por el contrario una alimentación saludable que incluya frutas, verduras, fibras y muchos micronutrientes, se asocia con una disminución del riesgo.<sup>6</sup> Hay sustancias que no forman parte de los alimentos pero se incorporan a estos durante su almacenamiento o durante la cocción. Dentro de las sustancias que se utilizan para la conservación por ejemplo de carnes y pescados se encuentran las Nitrosaminas. Estos se clasifican como compuestos probablemente cancerígenos según la clasificación de La Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC) dentro del grupo 2A (probable cancerígeno). Estos compuestos se pueden introducir en nuestro organismo mediante dos formas diferentes: la ingesta exógena o la formación endógena. También se encuentra en diversos alimentos: como productos derivados de la carne, panceta frita, las

salchichas como los frankfurters, embutidos, el pescado conservado en sal, las bebidas (cerveza, whisky), también hay cantidades pequeñas en la leche y productos lácteos. A esto le llamamos la ingesta exógena.<sup>7</sup>

Los nitritos y nitratos que ingerimos con la dieta (vegetales, agua, suelos) se convierten en nitrosaminocompuestos en nuestro organismo por la acción de bacterias y macrófagos que se encuentran en la saliva y en la mucosa gástrica. Esta es la formación endógena, que puede verse incrementada cuando hay algún factor que vuelva el PH más alcalino, como por ejemplo la infección por la bacteria *H.Pylori*.<sup>7</sup>

Algunos componentes de las frutas y verduras actúan inhibiendo o disminuyendo el proceso de carcinogénesis. La vitamina C, la vitamina E y los polifenoles inhiben la formación endógena de N-nitrosocompuestos. Algunos estudios muestran que individuos que consumen muchos alimentos ricos en N-nitrosocompuestos se benefician de dietas ricas en frutas y verduras ya que mostró una disminución del riesgo de cáncer gástrico.<sup>8</sup>

Otras sustancias que no forman parte de los alimentos y tienen potencial cancerígeno son las que se forman durante la cocción: los Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (HAP) y las Aminas Aromáticas Policíclicas (HAAs). Por ejemplo al cocinar a altas temperaturas los alimentos

que contengan mezclas de creatina, creatinina, y aminoácidos (presentes en carne y pescado) generan una costra en la superficie del alimento donde se producen las HAAs.<sup>6,7</sup> Los HAP se produce el contacto directo de la llama o el humo con el alimento a altas temperaturas y cuando la grasa que se desprende el alimento cae sobre la llama. Los HAP se clasifican dentro del Grupo 2A al igual que los HAAs y otros en el grupo 2B (posible cancerígeno).<sup>7</sup>

En un estudio caso-control realizado en Argentina en 2006-2012 se estudió la relación de la dieta con distinto tipo de tumores como: mama, próstata, urotelial, colonrecto. Los individuos que en su dieta consumían gran cantidad de carnes rojas mostraron un aumento de incidencia de cáncer de colonrecto, urotelial, mama y próstata. Se evidenció que las personas que tenían una dieta rica en frutas y vegetales presentaban una disminución del riesgo para cáncer de colonrecto y de mama. Por otro lado los que consumían abundantes jugos y gaseosas azucaradas se mostró un incremento del riesgo para cáncer colonrecto y de próstata. Este hallazgo se vincula el elevado índice glucémico de estas bebidas, lo que provoca un aumento importante de la glucemia luego de ingeridas. Este aumento estimula las secreciones de insulina. Sabiendo que esta hormona actúa como factor de crecimiento y estimula el factor similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) cuya función es es-

timular la mitosis y la proliferación de células. También inhibe la apoptosis de células normales y cancerosas.<sup>6</sup>

Estudios realizados en nuestro país muestran que el consumo de carne roja aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, mientras que las dietas ricas en frutas y verduras tienen un leve efecto protector en el futuro riesgo de desarrollar un tumor maligno.<sup>9</sup> También encontramos otro estudio hecho en Uruguay en el cual investigan la relación entre carne blanca y el riesgo de cáncer de mama.<sup>10</sup> El pollo sin piel, el pescado no frito tienen una asociación inversa con el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Las personas que consumen altas cantidades de pescado frito y pollo con piel mostraron un aumento del riesgo de cáncer de mama. La piel del pollo tiene 4 veces más ácidos grasos (grasas saturadas, ácidos grasos poliinsaturados, ácidos grasos monoinsaturados) que el que no tiene piel. Las grasas saturadas facilitan la resistencia a la insulina bloqueando vías metabólicas específicas. A su vez aumentan las concentraciones séricas de colesterol y triglicéridos, mientras que disminuyen los HDL, esto lleva a la resistencia a la insulina por la hiperinsulinemia y por ende aumenta el riesgo de cáncer de mama.<sup>10</sup>

Se realizó un estudio en 2010 en Reino Unido que mostró que las dietas pobres en frutas y vegetales son las más perjudiciales. También identifiqué que las

mujeres con sobrepeso y obesidad tienen una probabilidad de desarrollar 7% de cáncer. El estudio llamado “Million Women Study” logro identificar que: “la obesidad aumenta el riesgo de cáncer alrededor de 12%, pero el aumento del riesgo asociado con la obesidad era mucho más elevado para algunos cánceres, como el endometrial, y el carcinoma de esófago, donde el riesgo aumentaba más de 100%”.<sup>4</sup>

Según un estudio publicado en Uruguay en 2006 el 54% de la población adulta tenía sobrepeso, y el 20% tenía obesidad (IMC mayor a 30). Se estableció que las mujeres presentaban mayor grado de obesidad que los hombres a partir de los 55 años, esto se atribuyó probablemente a la menopausia. Se identificó que tanto el sobrepeso como la obesidad aumentaban a medida que mayor era la edad del individuo, se vio un marcado incremento a partir de los 35 años.<sup>11</sup>

Algunos autores investigan la relación entre la obesidad y el cáncer de mama. Ellos logran ver un vínculo entre el estado nutricional de las mujeres y la edad de diagnóstico de este tumor.

En mujeres con normopeso y antecedentes familiares (AF) de cáncer así como en obesas sin AF la edad de diagnóstico era aproximadamente similar, 55 años. Por otro lado, aquellas con obesidad mórbida con o sin AF la edad de diagnóstico se redujo drásticamente a los 32 años en ambos grupos.

Esta relación podría explicarse por la estimulación estrogénica que actúa estimulando el crecimiento del tejido mamario. En las obesas aumentan los niveles de estrógeno circulante sobre todo el estradiol. También se vio que las que presentaban menarquía a edades más tempranas presentaban el cáncer a edades más precoces, probablemente vinculado al mayor número de ciclos ováricos y el aumento de estrógenos.<sup>12,13</sup>

El ejercicio físico practicado de forma regular puede actuar como protector de determinadas enfermedades. Produce adaptaciones beneficiosas en nuestro cuerpo a nivel músculo esquelético, cardiovascular, respiratorio y metabólico. Disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, y algunos tipos de cánceres. Las personas que realizan ejercicio físico de manera regular presentan una disminución de la morbilidad y mortalidad. En el mundo 1 de cada 5 personas es sedentaria.<sup>14</sup>

Se ha visto un efecto positivo del ejercicio físico en cuanto a su rol en la prevención de algunos tipos de tumores. En un meta análisis se evidenció una disminución de alrededor de 27% en el riesgo de padecer cáncer de colon proximal y distal, para aquellas personas que realizaban mayor actividad física.<sup>15</sup> Se identificó una relación inversa entre cáncer de mama y ejercicio físico, con una disminución del riesgo de entre 30-40% para las mujeres que realizaban ac-

tividad física.<sup>16</sup> Algunos de los efectos positivos del ejercicio físico se producen al disminuir los niveles endógenos de testosterona, insulina sérica, y del factor de crecimiento insulínico, que están involucrados en la carcinogénesis, también produce una mejoría en la función del sistema inmunitario y estimula los mecanismos de defensa antioxidantes.<sup>17</sup>

El alcohol es un carcinógeno que se relaciona con los cánceres de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado y mama. El riesgo de desarrollar cáncer en personas que consumen alcohol está relacionado con la cantidad de la ingesta a lo largo del tiempo. Este se ubica dentro de la 3era carcinógeno más importante, sabiendo que al igual que el tabaco es una causa evitable. Se relaciona con 4.5% de todos los cánceres en hombres.<sup>4,18</sup>

La Agencia Internacional para la investigación del Cáncer ha identificado 931 agentes ocupacionales que pueden causar cáncer.<sup>19</sup> También se estima que el número total debe ser mayor debido a los compuestos que han sido sintetizados recientemente y mezclas de alguno de ellos. Los agentes cancerígenos a los que pueden estar expuestos los trabajadores de la salud son los siguientes: óxido etileno, formaldehído, humo tabaco ambiental, tricloroetileno, tetracloroetileno, benceno, asbesto, drogas, radiaciones, hormonas, antibióticos, plaguicidas, virus, desechos y gases cancerígenos.

Se estima que los tumores producidos por estas exposiciones es muy variable, y pueden llegar hasta 30% en algunos casos.<sup>20</sup>

Se realizó un estudio de la incidencia de cáncer en gemelos monocigóticos y dicigóticos, se evidencio que la carga genética desempeña un pequeño rol en el riesgo individual de desarrollar cáncer. Se logró ver que luego de pasadas un par de generaciones los inmigrantes mostraban el patrón de cáncer del lugar a donde habían inmigrado. Esto apoya la teoría de que en el desarrollo de esta patología interviene la genética, exposiciones a carcinógenos, ambiente y estilo de vida, todos estos factores interactúan en cada uno de nosotros.<sup>4</sup>

### Cáncer en Uruguay

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país seguidos por los tumores malignos.<sup>21</sup> Según datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer en el año 2010 del total de las muertes registradas, el 23.8% son debidas a cáncer. En el periodo 2005-2009 se registraron 38665 muertes por esta causa, o sea que esto nos lleva a la cifra de 7733 muertes al año. De estas 1/3 se deben a tumores asociados con el consumo de tabaco, como lo son el de tráquea, pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello de útero.<sup>22</sup>

En cuanto a la frecuencia de los diferentes tipos de canceres el cáncer de piel no melanoma

es de los más frecuentes, pero existe un subregistro del mismo, ya que el mismo la mayoría de las veces no requiere internación por lo tanto no queda en los registros. Los tipos de canceres más frecuentes son mama, próstata, colonrecto y pulmón. Evidenciamos en el mismo que nuestro perfil es muy similar al de los países desarrollados, con la diferencia que también tenemos una alta frecuencia de canceres como el esófago, estómago y cuello de útero que se ven en los países menos desarrollados.<sup>22</sup>

En hombres la incidencia de cáncer por orden de frecuencia, es próstata, luego cáncer de pulmón y por último el colonrecto. En cuanto la mortalidad el orden no es el mismo, sino que ocupa el primer lugar el cáncer de pulmón. En las mujeres la incidencia por orden de frecuencia es mama, seguido de colonrecto, y por último el cáncer de cuello. En lo que refiere a mortalidad es nuevamente el cáncer de mama quien lleva el primer lugar, luego colonrecto y pulmón.<sup>22</sup>

### Población médica y su salud a) Cáncer en los Médicos a nivel internacional

En cuanto a la incidencia de esta patología en profesionales médicos a nivel internacional la autora quiere destacar la dificultad que se le presento en la búsqueda de artículos en relación al tema.

Algunos estudios informan sobre la menor mortalidad de los

médicos en relación al resto de la población.<sup>23,24,25,26,27,28</sup> Se atribuye esta característica a que estos profesionales forman parte del estrato económico elevado. Las primeras causas de muerte siguen siendo las cardiovasculares y el cáncer al igual que el resto de la población. Se piensa que los profesionales que tienen cierto nivel económico, tienen hábitos de vida más saludables y tienen mayor accesibilidad a los servicios de salud. Cuando hacemos referencia a hábitos beneficiosos nos referimos a no fumar cigarrillos, no ingesta de alcohol, no ingesta de drogas, dieta con mucha fruta y verduras bajas en grasas, ejercicio físico, y mantener un peso saludable.

En su investigación Frank et al. apoyan la teoría de que los profesionales médicos mueren a edades más tardías que la población general e incluso también cuando se los compara con otros profesionales.<sup>28</sup> También cree que este efecto es debido a su estilo de vida más saludable que se atribuye a la formación adquirida durante su carrera sobre la influencia de estos en determinadas patologías como las enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>28</sup>

En Costa Rica se realizó un estudio de similares características durante los años 1950 a 2003.<sup>29</sup> Se comparó a los médicos con los farmacéuticos, abogados, ingenieros y arquitectos. En sus resultados publican que no se evidenció diferencias en

la mortalidad por profesión ni dentro de las especialidades médicas. Se concluye que la mortalidad de los profesionales es menor que el resto de la población. Se identifica que las mujeres médicas mueren a edades más tardías que los hombres, y que los médicos especialistas tienen más sobrevida que los médicos generales.<sup>29</sup>

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en Israel en 2014 en donde se estudió la incidencia de cáncer dentro de las diferentes especialidades médicas, y la incidencia en comparación con la población general.<sup>30</sup> Dentro de los hallazgos, se identificó una mayor prevalencia de cáncer de mama en médicas especialistas en comparación con la población general, se sugiere que el resultado puede deberse a la suma de varios factores: a la exposición a radiaciones ionizante, al trabajo nocturno, al estatus económico elevado, y al ser madre la primera vez a una edad mayor, uso de hormonas exógenas, consumo de alcohol. El trabajar en horario nocturno fue descrito como un posible cancerígeno por la IARC. La alteración del ritmo circadiano genera una afectación de este ciclo con el consecuente disminución de los niveles de melatonina. Este ciclo se encarga de regular el crecimiento de las células, regula también el ciclo de estas, responde a daños en ADN e interviene en el metabolismo de estas. Daños a este nivel pueden contribuir al desarrollo de los citados tumores. La deprivación

de sueño también juega su rol, al producir una secreción de hormonas alterada y suprime la vigilancia inmunológica que conduce al crecimiento de las células tumorales. El status socioeconómico elevado que se asocia con más educación y hábitos de vida saludables fue relacionado a menor prevalencia de cáncer de pulmón, pero se vincula con mayor prevalencia de cáncer de mama. Este aumento de incidencia lo atribuyen a la sobreexposición a radiaciones. Los autores de este artículo pensaban que las médicas radiólogas por estar más expuestas debido a su trabajo iban a tener mayor riesgo de desarrollar tumores malignos, pero sus hallazgos indicaron que las que tenían mayor riesgo eran las médicas internistas. Este resultado fue contradictorio a lo que esperaban ya que este último grupo es considerado de los menos expuestos a radiaciones. Se destaca que los cánceres invasivos cerca de un 10% está relacionado con radiaciones, a su vez estas también incrementan la incidencia de leucemia. Por otro lado se cree que la relación con la incidencia de estos tumores va estrechamente vinculada con la dosis de radiación recibida. El tumor de Tiroides se encuentra dentro de los más radiosensibles. Se cree que los médicos cuando tienen síntomas de origen neurológico o vinculados a posibles infartos agudos de miocardio suelen consultar rápidamente y se les realiza diagnóstico precoz y los tratamientos necesarios, esto lleva a una reducción de la mor-

talidad por estas causas y esto conlleva a una mayor expectativa de vida y por ende mayor posibilidad de desarrollar un tumor maligno.<sup>23,30</sup>

Una de las investigaciones más recientes en Taiwan<sup>31</sup> en 2013 compara la incidencia de cáncer en médicos especialistas con la población general. Identifica que los médicos tienen 27% menos incidencia de cáncer en comparación con la población general, pero muestran una incidencia aumentada de algunos tipos de tumores como: tiroides, próstata, mama, cáncer de origen ginecológico (excepto cáncer de cuello) Por otro lado se evidencia que las mujeres médicas muestran una mayor incidencia de cáncer que los hombres. La explicación viene dada porque las mujeres consultan más por síntomas vinculados a esta patología y por ende se diagnostica más. Se mostró que los médicos tienen menor incidencia de diabetes, hipertensión, hepatitis b y c, cirrosis, y enfermedad renal crónica, esto datos se ven favorecidos por su estilo de vida saludable. Dentro de las Especialidades los Ginecólogos tienen la mayor incidencia de cáncer de útero y ovario, próstata, mientras que Cirujanos tienen la mayor incidencia de Cáncer de Tiroides.<sup>31</sup>

## **b) Cáncer en los Médicos de Uruguay**

Se realizaron dos trabajos en nuestro país, uno en referencia a la mortalidad de este grupo de

profesionales, y el segundo en relación a las causas de muerte. El primer estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se estudió la mortalidad de los médicos entre los años 1974 y 2002.<sup>32</sup>

Luego de analizados los valores obtenidos, se compararon las cifras de esperanza de vida al nacer de las población general versus los médicos, se obtuvo que los médicos en su conjunto mueren a edades más tempranas, y dentro de estos las mujeres fallecen antes que los hombres. Dentro de las especialidades no se observó diferencia con lo anterior mencionado, lo que se identificó fue que los anestesiólogos y cardiólogos mueren a edades más tempranas que los demás.

El Segundo estudio fue de tipo transversal retrospectivo analizó las causas de muerte de los médicos entre los años 1998-2002.<sup>33</sup>

Dentro de las causas de muerte se obtuvo que la primera causa fue cardiovascular con 35.5%, la segunda fue neoplásica con 30%, y se destaca un 7% por causa violenta. El 66% falleció por enfermedades cardiovascular u oncológica, mientras que otro 38% por muertes que tenían al alcohol como factor de riesgo. Los patrones no difieren del resto de la población. El cáncer fue la primera causa de muerte entre las mujeres, pero en los hombres fue la segunda. Por orden de frecuencia, está el cáncer de pulmón, próstata, colo-recto, mama y leucemias. Es-

tos hallazgos difieren de los que encontramos en las publicaciones a nivel internacional, aquí se pone de manifiesto que los Médicos Uruguayos no se benefician de sus conocimientos para llevar una vida saludable y controlar los factores de riesgo que están estrechamente vinculados a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizó una encuesta a nivel nacional en el año 2007 para conocer la salud de los Médicos.<sup>34</sup> De los datos aportados se destacaba que un 28% tenía sobrepeso, un 20% hipertensión arterial, 20% gastritis o úlcera gástrica, 18% dislipemia, 13% hipotiroidismo, 11% eran asmáticos, 9% tenían depresión, y 17% eran fumadores. Además alrededor de un 7% consumían alcohol más de 3 veces por semana, y un 25% referían problemas de insomnio. En cuanto a la actividad física, un 42% eran sedentarios. Solo un 15% manifestó que duerme como un mínimo de 8 horas. En cuando a las condiciones laborales, muchos sufren el multiempleo y un 43% declaro estar severamente estresado. Dentro de las mujeres médicas aparte del estrés laboral tienen el stress del hogar. Las mujeres médicas se suicidan más que los hombres y en mayor proporción en comparación a la población general, y además tienen un mayor consumo de fármacos antidepressivos.

Cuando se les consulto acerca de si se realizaban controles preventivos en salud, un 31% respondió que no se realizaba ningún tipo

de control. Esta encuesta llega a la conclusión que los médicos de nuestro país no cuidan bien su salud, y que un alto porcentaje se encuentra muy estresado.<sup>34</sup>

### **Médico de Familia y su rol en Atención Primaria**

La Atención Primaria es el primer contacto que tiene una persona con el sistema de salud, y dentro de esta encontramos el Primer Nivel de Atención donde debemos destacar el papel fundamental que desempeña esta especialidad. El Médico de Familia tiene una triple visión al abordar la consulta, el individuo, su familia y la comunidad.

La familia la podemos definir como: “la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar.”<sup>35</sup>

La familia es concebida como un sistema, dentro del cuales encontramos subsistemas. A su vez este es abierto, es decir que interacciona con otros sistemas como la comunidad, trabajo, escuela y amigos. Al definirlo como tal, lo vemos como una unidad de abordaje, si uno de sus miembros se enferma, esto repercute en todo el resto de sus integrantes.

El cáncer es una enfermedad que actualmente se la considera crónica y en algunos casos potencialmente curable. Tiene un gran impacto a nivel de las familias.



Dentro de las herramientas que utilizamos en Medicina Familiar se encuentra la “Escala de Reajuste Social” que se utiliza para evaluar los acontecimientos vitales estresantes por lo cuales puede estar atravesando esa familia. El cáncer estaría ocupando dentro de esta escala los primeros lugares de relevancia en cuanto a impacto en la familia.<sup>35</sup>

De aquí la importancia de no solo focalizarnos en el indivi-

duo enfermo, sino tratar a la familia en su conjunto. Realizar entrevistas al grupo familiar para detectar otros problemas que no se evidencia a simple vista, buscar redes de apoyo. Enseñar a los integrantes de la familia a como afrontar la enfermedad, como apoyarse mutuamente. Acompañar al paciente y su familia en el proceso de la enfermedad, entendiendo a esta como una problemática que afecta a todo el grupo familiar

y no solamente al paciente que la padece.

El Rol de Médico de familia, es actuar en prevención, en factores de riesgo modificables como lo son el sobrepeso, mala alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo. Estimular los controles en salud, el seguimiento longitudinal de los pacientes, la prevención primaria, y la detección precoz y tratamiento oportuno de esta patología.

## Conclusiones

De acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que no existe información disponible en nuestro país sobre la prevalencia de Cáncer en los profesionales médicos.

A nivel internacional en los países desarrollados se observa como los médicos tienen un buen status económico que va de la mano con hábitos de vida saludables y por ende gozan de mayor expectativa de vida que la población general. En nuestro país ocurre todo lo contrario, la evidencia sugiere que los médicos no cuidan de su salud y en los últimos estudios realizados se muestra una mayor mortalidad de estos en comparación con el resto de la población.

El Médico de Familia como Médico de referencia de la población a nivel nacional encargado de cuidar de su salud, debe velar por la salud de sus colegas.

En función de la falta de datos se plantea la necesidad de un estudio que permita conocer la calidad de vida y los factores de riesgo que aquejan a esta población, que permita el desarrollo de futuras estrategias para el cuidado de la salud de esta población de profesionales responsables del cuidado de la salud de los uruguayos, nuestros médicos.

## Anexo 1: Resultado de la Búsqueda

### 1) PubMed

La búsqueda se realizó el 31 de octubre. Con las palabras claves:

- Physicians [Mesh]: se obtuvieron 9500 artículos
- Mortality [Mesh]: se obtuvieron 297365 artículos
- Incidence [Mesh]: se obtuvieron 188454 artículos
- Epidemiology [Mesh]: se obtuvieron 22317 artículos
- Neoplasms [Mesh]: se obtuvieron 2720538 artículos
- Cancer: se obtuvieron 3198697 artículos
- Physicians health: se obtuvieron 60379 artículos
- Cause of death [Mesh]: se obtuvieron 37397 artículos
- Cancer Incidence: se obtuvieron 461440 artículos
- Physicians Specialists: se obtuvieron 674 artículos
- Mortality rates: se obtuvieron 69638 artículos

Se realizaron búsquedas asociando diferentes palabras claves:

- “Cause of death” [Mesh] AND “Physicians” [Mesh]: se obtuvieron 157 artículos. Luego de colocados los límites: free full text y humans quedaron 36 artículos. Se utilizan criterios de inclusión y exclusión para seleccionar 7 artículos. De los cuales uno estaba en portugués, otro artículo no se pudo descargar, y otro se descarta porque se refiere a mortalidad de una especiali-

dad en particular. En total se obtienen 4 artículos.

- “Physicians” [Mesh] AND “Neoplasms” [Mesh]: se obtuvieron 3135 artículos. Se aplican los límites free full text, 5 years y humans se obtienen 396 artículos. Se utilizan los criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos. Se seleccionan 2 artículos.
- “Physicians” [Mesh] AND “Incidence” [Mesh] AND Cancer: se obtuvieron 80 artículos. No se aplicaron límites. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Quedaron 3 artículos, uno era duplicado y los otros dos no se pudo acceder. No se selecciona ninguno.
- “Cancer incidence” AND “Physicians” [Mesh]: se obtuvieron 882 artículos. Se aplicaron límites free full text, 10 years, y humans quedando 252. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos. Se obtienen 3 artículos, 2 duplicados y uno en portugués. No se selecciona ninguno.
- “Physicians” AND “Mortality” [Mesh]: se obtienen 930 artículos. Se aplican límites free full text, 10 years, humans, quedando 117 artículos. Se leen los primeros 100 artículos, se encuentran 3 artículos duplicados. No se selecciona ninguno.
- “Physician’s health” AND “Cancer”: se obtuvieron 6971 artículos. Se aplicaron los límites free full text, 5 years, y humans quedando 1006 artí-

culos. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos, se descartan todos.

- “Cancer among Physicians”: se obtuvieron 28732 artículos. Con los límites free full text, 5 years y humans se redujeron a 2295. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos, se descartan todos.
- “Physicians” [Mesh] AND “Mortality Rates”: se obtuvieron 2095 artículos. Se aplicaron los límites free full text, humans y 5 years y se reducen a 229 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se eliminan 2 artículos duplicados. Se leen los primeros 100 artículos y no se selecciona ninguno.
- “Physicians Specialists” AND “Cancer Incidence”: se obtuvieron 189 artículos. Se aplican límites free full text, humans, 5 years y se reducen a 23 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se eliminan 3 duplicados y se selecciona 1 artículo.
- “Epidemiology” [Mesh] AND “Cancer”: se obtienen 1561 artículos. Se aplican límites free full text, 5 years, humans y se reducen a 124. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos y no se selecciona ninguno.

### 2) ScienceDirect

Se realizó una búsqueda el día 2 de noviembre con las palabras claves:

- Physicians: se obtuvieron 786584 artículos
- Mortality: se obtuvieron 924238 artículos
- Cancer: se obtuvieron 1511562 artículos
- Cause of death: se obtuvieron 1037748 artículos
- Risk Factors: se obtuvieron 1037748
- Sedentarismo: se obtuvieron 1576 artículos
- Ejercicio físico: se obtuvieron 5398 artículos
- Diet se obtuvieron 625037 artículos
- Alcohol: se obtuvieron 930029 artículos
- Dieta: se obtuvieron 14660 artículos

Se realizaron búsquedas asociando las diferentes palabras claves:

- Physicians AND Mortality: se obtuvieron 195155 artículos. Se aplicaron los límites: 2005-2015 y se ordenaron por relevancia, se reducen a 103687 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. No se encuentran artículos que cumplan con los objetivos del trabajo.
- “Physicians AND Cancer”: Se obtuvieron 194812 artículos. Se aplicaron los límites: 2005-2015 y se ordenaron por relevancia, se reducen a 101518 artículos. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100 artículos. No se encuentran artículos que cumplan con los objetivos del trabajo.
- “Physicians AND Cause of death”: se obtuvieron 202233 artículos. Se aplican los límites: años 2005-2015 y se reducen a 92142 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen por orden de relevancia los primeros 100 artículos. No se encuentran artículos que cumplan con los objetivos del trabajo.
- “Physicians, Risk factors, Cancer”: se obtuvieron 101921 artículos. No se aplican límites, se ordenan por relevancia. Se leen los primeros 100 artículos, no se encuentra ninguno que cumpla con los objetivos planteados.
- “Sedentarismo, Cáncer, Ejercicio físico” se obtuvieron 150 artículos. No se aplican límites, se ordenan por relevancia. Se leen los primeros 100 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionan 3 artículos.
- “Alcohol, Cáncer, Physicians” se obtuvieron 29653 resultados. No se aplican límites, se ordenan por relevancia. Se leen los primeros 100 artículos. Se seleccionan 2 artículos que cumplen con criterios de inclusión y exclusión. Uno de ellos es duplicado. Se selecciona 1 artículo.
- “Diet, Cancer, Uruguay” se obtuvieron 697 artículos. Se ordenan por relevancia, se leen los primeros 25 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se descartan los artículos escritos antes del año 2000. Se seleccionan 5 artículos.
- “Dieta, cáncer”: Se obtuvieron 3868 artículos. Se ordenan por relevancia, se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 100. Se seleccionan 2 artículos.
- “Mortality, Physicians”: se obtuvieron 195202 artículos. No se aplican límites. Se ordenan por relevancia, y se leen los primeros 50 artículos. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se selecciona 1 artículo.

### 3) Google Académico

- “Salud, Médicos, Uruguayos”: Se obtuvieron 10500 artículos. Se aplicaron límites: artículos publicados entre 1995 y 2015. Se ordenaron por relevancia. Se leen los primeros 40 artículos y se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionan 3 artículos.
- “Mortalidad, Causas, Médicos, Uruguay”: se obtuvieron 15800 artículos. Se aplicaron límites, criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 40 por orden de relevancia. Se seleccionan 2 artículos.
- “Salud, Medicos, Uruguayos, Encuesta”: se obtuvieron 15700 artículos. Se aplicaron límites: artículos publicados después del año 2000. Se ordenan por relevancia y se leen los primeros 40 artículos. Se encuentra un duplicado, se selecciona 1.
- “Encuesta, Salud, Medicos, SMU” (Google): se obtuvieron 59300 artículos. Se leen los primeros 10, se selecciona 1 artículo.
- “Cáncer, Dieta, Patrones ali-

mentarios”: se obtuvieron 6420 artículos. Se aplican límites: artículos escritos a partir del 2011. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 40 artículos. Se seleccionan 2.

- “Cáncer, exposición ambiental en los médicos”: se obtienen 14200 artículos, se busca entre los años 2009-2015. Se ordenan por relevancia, se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 10 artículos, se encuentra 1 duplicado, se selecciona un artículo.

- “Cáncer, médico de familia “: se obtienen 15400 artículos. Se busca artículos escritos entre los años 1995-2015. Se ordenan por relevancia y se leen los primeros 40. Se selecciona un artículo.

- “Cáncer, Médico de Familia, Universidad de Montevideo”: se obtienen 2150 artículos. Se busca entre los años 1995-2015. Se ordenan por relevancia, se leen los primeros 40, se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se selecciona 1 artículo.

- “Sobrepeso, obesidad, cáncer”: se obtienen 10700 artículos. No se aplican límites. Se ordenan por relevancia. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se leen los primeros 10 artículos, se seleccionan 2.

### 3) Scielo

“Causas de Muerte del Médico”: se obtienen 56 artículos. No se aplican límites. Se aplican criterios de inclusión y exclusión. Se selecciona 1 artículo.



## Más de 25 años de experiencia brindando Servicios de Salud Ocupacional

### Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores

- Examen Médico de Ingreso - Preocupacional -
- Chequeo Preventivo de Salud con Orientación Laboral
- Chequeo para trabajos de : - Altura
  - Gruistas
  - Tensión
- Cursos de Capacitación
- Audiometrías Laborales
- Monitoreos Ambientales de Ruido, Polvo, Temperatura, Iluminación y Sustancias Químicas
- Examen Psicotécnico



Contamos con Certificación de Calidad ISO 9001 - 2008 y OHSAS 18001 - 2007



## Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. Nota descriptiva N°297. Febrero de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- 2) American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta, Ga. 2015. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/economic-impact-of-cancer>
- 3) American Cancer Society. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf>
- 4) Devita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Devita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 10th edition. Health Library; 2015.
- 5) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer. A Global Perspective. Washington DC: AICR; 2007. p. 517.
- 6) Pou S, Niclis C, Aballay L, et al. Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). Nutr. Hosp. vol.29 no.3 Madrid mar. 2014. Disponible en: URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112014000300022&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112014000300022&script=sci_arttext)
- 7) Agudo A, González C. Potenciales cancerígenos de la dieta y riesgo de cáncer. Medicina Clínica. Volumen 119, Issue 15, 2002, Pages 579-589. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S0025775302735045>
- 8) González CA, Riboli E, Badosa J, Batiste E, Cardona T, Pita S, et al. Nutritional factors and gastric cancer in Spain. Am J Epidemiol 1994;139:466-73.
- 9) De Stefani E, Brennan P, Ronco A, et al. Food groups and risk of lung cancer in Uruguay. Lung Cancer 38 (2002) 1-7. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169500202001472>
- 10) Ronco A, De Stefani E, Fabra A. White meat intake and the risk of breast cancer: a case-control study in Montevideo, Uruguay. Volume 23, Issue 2, February 2003, Pages 151-162. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0271531702004967>
- 11) Pisabarro R, Gutiérrez M, Bermúdez C. Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más). Rev. Méd. Urug. vol.25 no.1 Montevideo mar. 2009. Disponible en: URL: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902009000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902009000100003&script=sci_arttext)
- 12) Aguilar Cordero M, González Jiménez E, García López A, et al. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. Nutr. Hosp. vol.26 no.4 Madrid jul.-ago. 2011. Disponible en: URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000400033&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000400033&script=sci_arttext)
- 13) Aguilar Cordero M, Sánchez M, Padilla López C, et al. Sobrepeso/obesidad en mujeres y su implicación en el cáncer de mama; edad de diagnóstico. Nutr. Hosp. vol.27 no.5 Madrid sept.-oct. 2012. Disponible en: URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500040&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500040&script=sci_arttext&tlng=pt)

- 14)** Cuesta Hernández M, Calle Pascual A. Beneficios del ejercicio físico en población sana e impacto sobre la aparición de enfermedad. Volume 60, Issue 6, June-July 2013, Pages 283-286. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S1575092213001332>
- 15)** Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: A systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 104 (2012), p. 1548 . Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22914790>
- 16)** Kruk J, Hassan A. Physical activity in the prevention of cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 7 (2006), pp. 11-21. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629509>
- 17)** Morote J, Celma A, Planas J, Placer J, Konstantinidis C, Iztueta et al. Sedentarismo y sobrepeso como factores de riesgo en la detección del cáncer de próstata y su agresividad. *Volume 38, Issue 4, May 2014, Pages 232-237*. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S0210480613003276>
- 18)** Li Y, Mao Y, Zhang Y, Cai S, et al. Alcohol drinking and upper aerodigestive tract cancer mortality: A systematic review and meta-analysis. *Volumen 50, Issue 4, April 2014, Pages 269-275*. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24405883>
- 19)** International Agency for Research on Cancer. Disponible en: URL: <http://www.iarc.fr/>
- 20)** Partanen T, Monge P, Wesseling C. Causas y prevención del cáncer ocupacional. *Vol 51, núm. 4 (2009)*. Disponible en: URL: [http://actamedica.medicos.sa.cr/index.php/Acta\\_Medica/article/view/478](http://actamedica.medicos.sa.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/478)
- 21)** Curto S, Prats O, Zelarayan M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, 2009. *Rev.Urug.Cardiol. vol.26 no.3 Montevideo dic. 2011*. Disponible en: URL: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202011000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202011000300004&script=sci_arttext)
- 22)** Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Disponible en: URL: [http://www.comisioncancer.org.uy/index\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/index_1.html)
- 23)** Zamir D, Zamir M. Cancer Incidence: Are Physicians Any Different? *Isr Med Assoc J*. 2014 Jul;16(7):446-8. Disponible en : URL: <http://www.ima.org.il/IMAJ/ViewArticle.aspx?year=2014&month=07&page=446>
- 24)** Carpenter L, Swerdlow A, Fear N, Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*. 1997 Jun; 54(6): 388-395. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128798/>
- 25)** Anand P, Kunnumakkara AB, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle change. *Pharm Res* 2008; 25: 2097-116 Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18626751>
- 26)** Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *Int J Epidemiol*. 1999 Jun;28(3):456-60. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10405848>

- 27)** Aasland OG, Hem E, Haldorsen T. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health*. 2011 Mar 22;11:173. doi: 10.1186/1471-2458-11-173. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21426552>
- 28)** Frank E, Biola H, Burnett C. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med* Volume 19, Issue 3, October 2000, Pages 155-159. Disponible en: URL: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S0749379700002014>
- 29)** Cartín-Brenes M, On-Cubillo Y, Varela-Vindas F. Analisis Comparativo de la mortalidad del medico en Costa Rica, 1950-2003. *Acta méd. costarric* vol.48 n.3 San José Sep. 2006. Disponible en: URL: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022006000300006&lang=pt](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000300006&lang=pt)
- 30)** Klein-Kremer A, Lipshitz I, Haklai Z, Linn S, Barchana M. Cancer incidence among physicians in Israel. *IMAJ* 2014; 16: 412-17. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167685>
- 31)** Lin SY, Lin CL, Hsu WH, Wang IK, Chang CC, Huang CC, et al. A comparison of cancer incidence among physician specialists and the general population: a Taiwanese cohort study. *J Occup Health*. 2013;55(3):158-66. Epub 2013 Apr 9. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574776>
- 32)** Turnes A, Ciriacos C, Rodríguez H. Mortalidad de los médicos en uruguay (primera parte) 1974 - 2002. *Rev. Méd. Urug.* vol.19 no.3 Montevideo dic. 2003. Disponible en: URL: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902003000300005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902003000300005&script=sci_arttext&tlng=en)
- 33)** Ciriacos C, Rodríguez Almada H, Turnes A. Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). *Rev. Méd. Urug.* vol.22 no.4 Montevideo dic. 2006. Disponible en: URL: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902006000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902006000400004&script=sci_arttext)
- 34)** Federacion Médica del Interior. Encuesta Medica Nacional. Disponible en: URL: [http://www.femi.com.uy/not/n8\\_08\\_09.html](http://www.femi.com.uy/not/n8_08_09.html)
- 35)** De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1993.

# Conflicto TRABAJO / FAMILIA en médicos

*Dra. Claudia Ramos, Dra. Bárbara Rocha,\**

## Resumen:

**Fundamentos:** el burnout es un problema de la sociedad actual, que no deja fuera a la profesión médica, y que se ve nutrido de forma importante por los conflictos que se generan entre el trabajo y la familia. Por las particularidades que presenta el trabajo del médico, nos es importante estudiar estas variables y que factores las producen, así como sus consecuencias y soluciones.

**Métodos:** se realizó una búsqueda sistemática en varios portales médicos sobre conflictos trabajo-familia en médicos, desde el año 2011 al 2016, a nivel nacional, regional y en el mundo. Resultados: Síntomas de Burnout están presente en el 50% aproximadamente de los médicos (el doble que en la población general), siendo las horas trabajadas en la semana, los conflictos entre trabajo y familia en las últimas 3 semanas y como se resuelve éste conflicto (a favor del trabajo, familia o ambas), 3 factores independientes y de gran peso para producirlo. Dependiendo de la generación de médicos que se estudie y los sexos vamos a encontrar diferentes variables a nivel familiar, social y laboral que aumenten los Conflictos Familia-Trabajo.

**Conclusiones:** Por todo lo antedicho, es de suma importancia conocer estas variables que afectan el equilibrio familia-trabajo para poder actuar sobre ellas y reducir la incidencia de Burnout en la población de médicos, disminuyendo así las terribles consecuencias que tiene no sólo para el médico, sino para su familia y sociedad.

**Palabras claves:** Burnout, Conflicto Familia Trabajo, Médicos.

## Abstract:

**Fundamentals:** burnout is a problem in today's society, which does not leave out the medical profession, and that is nourished in an important way by conflicts that arise between work and family. By peculiarities which presents the doctor work, it is important to study these variables and factors to produce them, as well as its consequences and solutions.

**Methods:** was conducted a systematic search in several medical websites about work family conflicts in physicians, from 2011 to 2016, national, regional and of the world.

**Results:** symptoms of Burnout are present in 50 % of the doctors (twice than the general population), being the hours worked in the week, the conflicts between work and family in the last 3 weeks and how to resolve this conflict (in favor



of work, family, or both), 3 independent and large weight factors to produce it. Depending on the generation of doctors who study and the sexes we find different variables to work, social and family level that enhance the work-family conflict.

**Conclusions:** from all of the above, it is of utmost importance to know these variables affecting the balance family-work to be able to act on them and reduce the incidence of Burnout in the population of doctors, thus reducing the terrible consequences that have not only for health, but for your family and society.

**Keywords:** Burnout, Work Family Conflict, Work Home conflict, Doctors, Physicians.

Fecha de recibido: febrero 2015

Fecha de aceptado: mayo 2016

Correspondencia: Bárbara Rocha | enterfam@gmail.com, Claudia Ramos | claudiaramos1982@hotmail.com

### Introducción:

**E**n mayo del 2015, los estudiantes de la Maestría en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) del Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo, realizaron un estudio piloto con el objeto de conocer las creencias de los médicos con respecto a las patologías que a nivel Biopsicosocial y familiar tienen mayor injerencia en su salud. De las variables identificadas el presente trabajo se abocara al estudio de la problemática a nivel familiar, y como ésta influye en el trabajo del individuo con profesión médica y desde un enfoque sistémico y circular como influye en su vida familiar.

En el mundo se ha identificado la importancia del estrés como generador de burnout en médicos, hecho que se evidencia por agotamiento emocional,

despersonalización y sentimiento de baja realización a nivel personal. Productor de múltiples consecuencias a nivel personal (ansiedad, irritabilidad, trastornos del humor, insomnio, trastornos alimentarios, adicciones), familiar (divorcios y separaciones, ausentismo en la crianza, maternidad postergada), social (corte con vínculos sociales), laboral y económico (certificaciones y disminución de ingresos con aumento del gasto del estado y el sector privado). Estudios a nivel mundial evidencian como principal factor de Burnout a los Conflictos Familia-Trabajo (CFT), por ello la importancia de estudiarlos en nuestro y otros países.

### Objetivo:

El objetivo general del presente trabajo es detectar evidencia científica sobre la presencia de CFT a nivel del profesional médico tanto a nivel mundial como nacional.

Como objetivos específicos se busca identificar las variables laborales y familiares que producen mayor CFT en médicos.

### Metodología:

Se realizó una revisión sistemática para alcanzar el objetivo.

Las bases de datos consultadas fueron PUBMED, SCOPUS y Science Direct (SD). Y a nivel nacional la Biblioteca del SMU que no encuentra información sobre el tema de interés.

**Se utilizaron las siguientes palabras clave:** Work Home Conflict, Work Family Conflict, Physicians. Empleándose como operador booleano "AND".

Los límites de la búsqueda fueron ajustados de acuerdo a la base de datos consultada:

---

\*Estudiantes de la Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria

- PUBMED: Humans, 2011 al 2016.
- SCOPUS: Article and Review, 2011 al 2016.
- SD: Journal, 2011 al 2016

**Se empleó como criterio de exclusión:** que el artículo no estuviese relacionado con el objetivo de la búsqueda, que no se pueda acceder de forma completa al mismo o en diferente idioma del Español o Inglés.

### Resultados:

De las búsquedas mencionadas surge un total de 30 artículos relacionados con nuestro objetivo y que cumplen con los criterios de la búsqueda.

En la bibliografía se adjuntan las tablas con los artículos hallados en cada portal médico; en el anexo 1 se citan la referencias del texto.

### Análisis y discusión:

#### Burnout

En diferentes estudios, se vio que las horas trabajadas por semana, conflicto en las últimas 3 semanas entre el Trabajo y la Familia y la resolución del conflicto a favor del trabajo constituían tres factores de riesgo independientes para Burnout<sup>1</sup>.

En EEUU, 1 de cada 2 médicos, presenta algún síntoma de burnout (46%)<sup>2,3</sup>, (64% en Médicos Emergencistas<sup>4</sup>, 71% Pediatras Intensivistas<sup>5</sup>, 27,8% en directivos Médicos Internistas<sup>6</sup>) en comparación con la población general (28 a 38%). Con ma-

yor incidencia dentro de las especialidades Medicina General, Familiar, Emergencia y Medicina Interna<sup>2,4</sup>.

#### Conflicto Familia Trabajo

CFT es el factor de riesgo con mayor peso que lleva al Burnout<sup>2,7,8</sup>, y esta dado por la influencia de las características del trabajo que se realiza sobre la función familiar y del mismo modo, las características de la familia que producen alteraciones a nivel laboral<sup>9</sup>; estando presente en el 58% de los médicos que trabajan más de 50hs por semana (comparado con 24% de los que trabajan menos de 45hs x semana)<sup>2</sup>.

En cirujanos se experimentan CFT un 62% para mujeres y 48% en hombres<sup>10</sup>.

#### Factores que influyen en CFT, diferencias de Género y Generaciones:

##### Familiares:

En hombres la presión económica, que los lleva a trabajar más hs. En mujeres la angustia se produce por depender de otros para el cuidado de sus hijos y por problemas de logística en la coordinación de ello<sup>10,11</sup>.

Casi el doble de médicas que médicos realizan solas las tareas domésticas y perciben mayor sobrecarga y déficit de apoyo familiar, con mayor CFT<sup>12</sup>.

Los médicos masculinos notan el CFT con respecto a la baja cantidad de horas dedicadas a la familia los fines de semana<sup>12</sup>.

Ser mujer, ser joven y tener hijos, aumenta el riesgo de CTF en Cirujanos<sup>13</sup>.

#### Laborales:

En médicos emergencistas existe frustración por la limitación de tiempo, trabajo en fines de semana y vacaciones. Y todos los médicos tendieron a llevar trabajo a casa<sup>10</sup>.

En pediatras intensivistas mayor trabajo nocturno y en fines de semana<sup>5</sup>.

Altas cargas de trabajo<sup>14,15</sup> y mayor número de solicitudes de empleo<sup>16</sup>.

Trabajar en horario nocturno, guardias en fines de semana<sup>17</sup>, cambios de horarios de trabajo con poca antelación<sup>7</sup>, y trabajar más hs lleva a un aumento en los CFT (así es 68%, 69,1% y 82,1% para los que trabajan 49hs, 50-59hs y 60hs por semana<sup>1</sup>). Problemas para dormir con el estado de alerta resultante y alta tensión emocional en las guardias<sup>18</sup>.

Trabajar en hospitales públicos se ha visto como factor que aumenta la incidencia de CFT en Cirujanos<sup>13</sup>.

Mujeres tienen mayores tasas de CTF 11,19, 20 (en las últimas 3 semanas en cirujanas: 62,2% a diferencia de los hombres 48,5%<sup>16</sup>) debido a la concepción de su rol, de hacerse cargo no sólo de su profesión, sino de tareas tales, como la alimentación de sus hijos, llevarlos a la escuela

la, cuidarlos en periodos de enfermedad<sup>16</sup>; refiriendo la sensación de perderse aspectos importantes en la vida de sus hijos debido a la gran impredecibilidad de las horas de trabajo<sup>8</sup>. Esto se ve reflejado con mayor peso y mayor culpabilidad en las sociedades con roles estrictos como la sociedad Japonesa<sup>11, 21</sup>.

### Diferencias entre generaciones:

Los médicos más jóvenes le dan un valor más alto a la familia, flexibilidad en la carrera y equilibrio entre el trabajo y la vida (trabajan menos horas) que sus predecesores, pero tienen mayor incidencia de CFT<sup>22, 23</sup>, y mayor dificultad para resolver un conflicto reciente de manera de poder cumplir con las responsabilidades laborales y familiares al mismo tiempo<sup>22, 19</sup>, (esto podría deberse a mayor inexperiencia, hijos pequeños con las responsabilidades que acarrear, y a nivel laboral quizás a una menor autonomía y flexibilidad<sup>23</sup>); por otro lado darle un valor más alto a la familia probablemente se basa en que cada vez más médicos hombres jóvenes están asumiendo las tareas domésticas y cuidado de los niños que sus contrapartes de hace 30 años y más mujeres puestos de trabajo con responsabilidades similares a las de los hombres. Los desafíos inherentes de equilibrar estos exigentes trabajos y roles familiares crean nuevas tensiones y conflictos para ambos sexos<sup>22</sup>.

Las empresas de salud, cada vez tienen más dificultades para cu-

brir guardias en las noches y fines de semana; esta tendencia entre la generación mayor puede reflejar preocupaciones sobre la salud, capacidad de satisfacer las cambiantes necesidades familiares, agotamiento u otros cambios en las expectativas personales que aparecen con los años de carrera<sup>22</sup>.

### Consecuencias:

Las generaciones más jóvenes se sienten culpables por no lograr un equilibrio perfecto entre trabajo y familia, continuando más el conflicto familia-trabajo<sup>10</sup>.

Angustia, insatisfacción laboral<sup>18, 24</sup> y baja capacidad de rendimiento laboral<sup>18</sup>, también cambios y reemplazos<sup>24</sup>, reducción de horas de trabajo<sup>13</sup>, así como cambio de profesión<sup>17</sup>, dejar de realizar trabajo clínico para realizar trabajos donde no hay contacto con pacientes<sup>25</sup>, que llevan a un detrimento en la calidad de atención, menor número de médicos con escasez de recursos<sup>2</sup> (que lleva a la necesidad de aumentar el número de horas laborales por parte de los recursos existentes), discontinuidad en la adherencia a tratamientos por parte de pacientes<sup>26</sup>, que termina generando problemas en la salud de pacientes<sup>27</sup> y económicos a nivel del sector de salud pública y privada.

Las mujeres sienten que su profesión es un obstáculo para tener hijos, y a su vez tienen menos hijos que médicos hombres<sup>15</sup>, su maternidad es pos-

tergada<sup>16, 21</sup>, y sienten que el ser madres ralentiza su progresión en la carrera<sup>16</sup>.

Todo lo que conduce a problemas de salud: angustia<sup>24</sup>, intentos de suicidio<sup>26</sup> (mayor en Psiquiatras<sup>28</sup>), abuso de alcohol; de la productividad laboral y a nivel familiar con alteración en las relaciones de pareja y altas tasas de divorcios y separaciones<sup>29, 17</sup>.

La interferencia del Trabajo en la Familia lleva a disminución de la eficacia profesional en médicos hombres solamente, mientras que la Interferencia de la Familia en el Trabajo lleva a disminución de la eficacia profesional en ambos sexos<sup>24</sup>.

### Soluciones:

La flexibilización en la carrera se ha convertido en una estrategia de reclutamiento y retención común para médicos. Estas políticas de flexibilidad incluyen: políticas de parto, adopción, crianza de los niños y otras necesidades familiares, como cuidado de los ancianos y oportunidades para trabajo a tiempo parcial, descanso apropiado, con turnos laborales cortos<sup>18, 16</sup>, licencias por examen y aplazamiento de exámenes académicos<sup>22, 29</sup>.

Recursos de empleo (por ejemplo, la influencia en el trabajo, apoyo social) y recursos personales (por ejemplo, el comportamiento de afrontamiento resiliente y autoeficacia) fueron asociados negativamente con CFT en médicos. Estos resultados

indican que un buen ambiente de trabajo, trabajos de medio tiempo, apoyo entre colegas y el trabajo en equipo<sup>14,15</sup>, deben ser promovidas en los hospitales<sup>14</sup>.

Son importantes las redes de apoyo (amigos, familia, niñeras) en aliviar la ansiedad que produce CTF<sup>11, 17</sup>.

Se ha visto que el capital psicológico podría ser protector en médicos para CFT, por lo que se sugiere realizar programas para incrementarlo, siendo esto crucial para mejorar su salud<sup>24, 25</sup>.

Como medidas para disminuir la incidencia de Burnout en médicos y por tanto CFT, Shanafelt plantea<sup>30</sup>:

Objetivos de balance personal y profesional:

- Clarificar que es más importante en su vida personal y profesional.
- Identificar conflictos.
- Controlar su horario de trabajo.

Formarse e identificar estresores:

- Determinar si es necesario hacer cambios de carrera.
- Identificar que produce energía y que la desgasta.
- Decidir como se pueden modificar.

Nutrir estrategias de bienestar 17:

- Relaciones
- Autocuidado: comida y sueño, ejercicio y vacaciones.
- Centrar la atención en reducir el estrés.
- Intereses personales.

**A nivel nacional y regional:**

Nuestro país no escapa a las situaciones previamente citadas; en un estudio transversal, observacional y analítico, formado de una muestra de conveniencia con un cuestionario a profesionales de la salud de países de habla hispana registrados en el sitio de Intramed (www.intramed.net) en Diciembre del 2006 a Setiembre del 2007. Se obtuvo respuesta de 4196 médicos con los siguientes resultados<sup>27</sup>:

En Guatemala predominaron síntomas de despersonalización, siendo similar en Uruguay y el

resto de los países; en Mexico y Uruguay fue mayor el agotamiento emocional asociados a Burnout; a su vez el agotamiento emocional se asocia a ausentismo laboral, intención de abandonar la profesión, deterioro personal y familiar.

Burnout, junto con problemas psicológicos, psicósomáticos y mal control del trabajo fueron identificados como predictores de Licencia por Enfermedad.

Reducir el número de horas laborales reduce el nivel de Burnout.

En el análisis cuatro de cada diez profesionales referían deterioro personal, especialmente en Argentina, Colombia y Uruguay, y casi tres de cada diez participantes refirió deterioro familiar relacionada con el trabajo, especialmente en Argentina y Colombia. Aunque no hemos encontrado datos similares en los países estudiados que permitan la comparación directa, se ha encontrado una fuerte asociación en otros países entre el Burnout y el deterioro familiar (CFT)

**Conclusiones**

Como futuros médicos de familia, nos damos cuenta que con el correr de los años cada vez se encuentra más comprometida la salud de los propios médicos, y que no sólo se afecta la misma, sino también la calidad de atención al paciente, el rendimiento laboral y la vida familiar entre otros. Gracias al enfoque sistémico aparecen factores no sólo desde nuestra profesión y trabajo que influyen en nuestra salud sino factores a nivel familiar que también afectan al todo, por lo tanto nos parece sumamente importante detectar cuales son estos factores para poder actuar tempranamente sobre ellos y brindarle a nuestros colegas médicos una vida más saludable.

Uno de los principales puntos a tratar son las desigualdades de género en el trabajo y la familia, que llevan a mayor **CTF** en mujeres médicas, y ponen sobre la mesa ideas o costumbres que están muy arraigadas en el diario vivir de muchas culturas, y son causantes de mayor estrés en este sexo (deben ser médicas y madres-amas de casa), esto dejaría de ser un problema cuando las mujeres dejen de estar obligadas a elegir entre el trabajo y la familia, lo que sucederá cuando sus parejas masculinas se incorporen en iguales condiciones a las responsabilidades familiares y del hogar<sup>12, 21</sup>.

Dentro de los factores del trabajo, tienen un rol importante como generadores de **CFT**, la carga horaria semanal, horarios impredecibles, el trabajo nocturno y en fines de semana, temas que quizás se deberían plantear ante los **Administradores de Salud** a nivel nacional, para alcanzar algunas metas como lo son, horarios de trabajo más cortos con mejores ingresos y rotaciones esperadas y previamente fijadas en fines de semana y noches que puedan hacer planificar al médico su semana laboral, familiar y su licencia vacacional, para poder mejorar su calidad de vida.

#### Anexo 1:

Número de Referencia:	Artículos:	Autores:	Bases de datos:
1	Work/Home conflict and burnout among academic internal medicine physicians.	Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD.	SCOPUS y Pubmed
2	Care for the Carers	Lindy-Lee Folscher	Pubmed y SD
3	Doctors in distress. Several recent US studies have provided new insights into the effect studying and practising medicine has on the mental health of young doctors and surgeons.	Sharmila Devi	SD
4	Factors associated with burnout during emergency medicine residency (Article)	Takayesu, J.K.a, Ramoska, E.A.b, Clark, T.R.c, Hansoti, B.d, Dougherty, J.e, Freeman, W.f, Weaver, K.R.g, Chang, Y.a, Gross, E.hi	SCOPUS
5	Do You Smell Something Burning? Could It Be You?*	Alan I. Fields, MD, MCCM	SCOPUS
6	Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey	Colin P. West , Andrew J. Halvorsen, Sara L. Swenson, Furman S. McDonald	SCOPUS
7	Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians- results from the French SESMAT study.	Estryn-Behar M1, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassaunière JM, Prudhomme C.	Pubmed y SCOPUS
8	Burnout and Turnover Intentions Among Romanian Ambulance Personnel	Mara Briaa, Adriana Băbana, Sorin Andreicab, Dan L. Dumitraşcub	SD

9	Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland (Article)	Hämmig, O.ab, Brauchli, R.ab, Bauer, G.F.ab	SCOPUS
10	Navigating the Work-Family Dynamic: Emergency Physicians' Contemporary Perspectives	S.L. Abraham, J.R. Pasternack, L.R. Lincoln, S. Schneider, K.E. Rindal	Pubmed y SD
11	Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants	Laura Jefferson, Karen Bloor and Karen Spilsbury	Pubmed y SCOPUS
12	Validation of scale to evaluate the relationship between family-work in family physicians (Article)	Sánchez, A.D.a, Saletti-Cuesta, L.a, Toro-Cárdenas, S.a, López-Fernández, L.A.a, De Dios Luna Del Castillo, J.b, Mateo-Rodríguez, I.a	SCOPUS
13	Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce	Liselotte N. Dyrbye, MD, MH-PE; Julie Freischlag, MD; Krista L. Kaups, MD, MSc; Michael R. Oreskovich, MD; Daniel V. Satele, BA; John B. Hanks, MD; Jeff A. Sloan, PhD; Charles M. Balch, MD; Tait D. Shanafelt, MD	SCOPUS
14	Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors	Stefanie Mache, <sup>1</sup> Monika Bernburg, <sup>2</sup> Karin Vitzthum, <sup>2</sup> David A Groneberg, <sup>3</sup> Burghard F Klapp, <sup>4</sup> Gerhard Danzer <sup>4</sup>	Pubmed
15	Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study.	Estryn-Behar M1, Fry C, Guearni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, Lassaunière JM, Muster D, Pelloux P, Prudhomme Ch.	Pubmed y SCOPUS
16	Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex.	Dyrbye LN1, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J.	SCOPUS, SD y Pubmed
17	Beyond the body: A systematic review of the nonphysical effects of a surgical career	Youssof Oskrochi, MBBSa, Mahiben Maruthappu, MBChBb, Maria Henriksson, MBBSc, Alun H. Davies, FRCSd, Joseph Shalhoub, PhDd	SCOPUS y SD
18	On-call work and physicians' well-being: Testing the potential mediators (Article)	Heponiemi, T.a, Puttonen, S.b, Elovainio, M.a	Pubmed y SCOPUS
19	Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages	Liselotte N. Dyrbye, Prathibha Varkey, Sonja L. Boone, Daniel V. Satele, Jeff A. Sloan, Tait D. Shanafelt	SCOPUS
20	A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict.	Dyrbye LN1, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, Sloan J, Oreskovich M, Shanafelt T.	SCOPUS y Pubmed
21	Difficulties facing physician mothers in Japan. (Article)	Yamazaki, Y., Kozono, Y., Mori, R., Marui, E.	SCOPUS

22	Generational and Gender Perspectives on Career Flexibility: Ensuring the Faculty Workforce of the Future	Lydia Pleotis Howell, MDa, Laurel A. Beckett, PhDb, Jasmine Nettiksimmons, MAb, Amparo C. Villablanca, MDc	Pubmed y SD
23	Medicine and Its Discontents	Glen O. Gabbard, MD,	SD
24	Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital.	Wang Y1, Liu L, Wang J, Wang L.	Pubmed y SCOPUS
25	Physicians' intention to leave direct patient care: An integrative review	Degen, C., Li, J., Angerer, P.	SCOPUS
26	Stress among Croatian physicians: Comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: Pilot study	Gregov, L., Kovačević, A., Slišković, A.	SCOPUS
27	The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries	Rosa Suñer-Solera, b, Armand Grau-Martina, c, Daniel Flichtentreid, Maria Pratsd, Florencia Bragad, Silvia Font-Mayolasa, e, M <sup>a</sup> Eugenia Grasa, e	SD
28	Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland	Heponiemi, T., Aalto, A.-M., Puttonen, S., Vänskä, J., Elovainio, M.	SCOPUS
29	Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese married male physicians	Ohta H1, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y.	Pubmed y SCOPUS
30	J. Edward Berk distinguished lecture: avoiding burnout: finding balance between work and everything else.	Surawicz CM.	SCOPUS y Pubmed

## Bibliografía:

### SD - WFC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
2	Care for the Carers	Lindy-Lee Folscher
10	Navigating the Work-Family Dynamic: Emergency Physicians' Contemporary Perspectives	S.L. Abraham, J.R. Pasternack, L.R. Lincoln, S. Schneider, K.E. Rindal
22	Generational and Gender Perspectives on Career Flexibility: Ensuring the Faculty Workforce of the Future	Lydia Pleotis Howell, MDa,, Laurel A. Beckett, PhDb, Jasmine Nettiksimmons, MAb, Amparo C. Villablanca, MDc
39 artículos en total, 3 relacionados con el objetivo de la búsqueda.	Palabra Clave: "work family conflicts" and Physicians.	Límites: 2011-2016 y Journals

## PUBMED - WFC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
7	Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study.	Estry-Behar M1, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassaunière JM, Prudhomme C.
11	Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants.	Jefferson L1, Bloor K2, Spilsbury K2.
14	Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors.	Mache S1, Bernburg M2, Vitzthum K2, Groneberg DA3, Klapp BF4, Danzer G4.
15	Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study.	Estry-Behar M1, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, Lassaunière JM, Muster D, Pelloux P, Prudhomme Ch.
18	On-call work and physicians' well-being: testing the potential mediators.	Heponiemi T1, Puttonen S2, Elovainio M3.
24	Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital.	Wang Y1, Liu L, Wang J, Wang L.
29	Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese married male physicians.	Ohta H1, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y.
12 artículos en total, 7 relacionados con el objetivo de la búsqueda.	Palabras Clave: "Work family conflict" and Physicians	Límites: Humans, 2011 a 2016

## SCOPUS - WFC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
5	Do You Smell Something Burning? Could It Be You?	Alan I. Fields, MD, MCCM
7	Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians - Results from the French SESMAT study	Estry-Behar, M.a, Doppia, M.-Ab, Guetarni, K.a, Fry, C.a, Machet, G.c, Pelloux, P.d, Aune, I.e, Muster, D.f, Lassaunière, J.-M.g, Prudhomme, C.h
9	Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland	Hämmig, O.ab, Brauchli, R.ab, Bauer, G.F.ab
11	Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants	Laura Jefferson, Karen Bloor and Karen Spilsbury



12	Validation of scale to evaluate the relationship between family-work in family physicians	Sánchez, A.D.a, Saletti-Cuesta, L.a, Toro-Cárdenas, S.a, López-Fernández, L.A.a, De Dios Luna Del Castillo, J.b, Mateo-Rodríguez, I.a
15	Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: Results from the French SESMAT study	Estryn-Behar, M.a, Fry, C.b, Guearni, K.c, Aune, I.d, MacHet, G.e, Doppia, M.A.e, Lassaunière, J.M.e, Muster, D.e, Pelloux, P.e, Prudhomme, C.e
18	On-call work and physicians' well-being: Testing the potential mediators	Heponiemi, T.a, Puttonen, S.b, Elovainio, M.a
21	Difficulties facing physician mothers in Japan.	Yamazaki, Y., Kozono, Y., Mori, R., Marui, E.
24	Work-family Conflict and Burnout among Chinese Doctors: The Mediating Role of Psychological Capital	Wang, Y., Liu, L., Wang, J., Wang, L.
25	Physicians' intention to leave direct patient care: An integrative review	Degen, C., Li, J., Angerer, P.
26	Stress among Croatian physicians: Comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: Pilot study	Gregov, L., Kovačević, A., Sliškočić, A.
28	Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland	Heponiemi, T., Aalto, A.-M., Puttonen, S., Vänskä, J., Elovainio, M.
29	Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese married male physicians	Ohta, H.a, Wada, K.a, Kawashima, M.b, Arimatsu, M.c, Higashi, T.c, Yoshikawa, T.d, Aizawa, Y.a
23 artículos en total, 13 relacionados con el objetivo de la búsqueda.	Palabras Clave: "work family conflicts" and physicians	Limites: 2011 a 2016, Artículo y Review

## SD - WHC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
3	Doctors in distress. Several recent US studies have provided new insights into the effect studying and practising medicine has on the mental health of young doctors and surgeons.	Sharmila Devi
8	Burnout and Turnover Intentions Among Romanian Ambulance Personnel	Mara Briaa,, Adriana Băbana, Sorin Andreicab, Dan L. Dumitrașcub
17	Beyond the body: A systematic review of the nonphysical effects of a surgical career	Youssof Oskrochi, MBBSa,, Mahiben Maruthappu, MBChBb, Maria Henriksson, MBBSc, Alun H. Davies, FRCSd, Joseph Shalhoub, PhDd

19	Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages	Liselotte N. Dyrbye, Prathibha Varkey, Sonja L. Boone, Daniel V. Satele, Jeff A. Sloan, Tait D. Shanafelt
23	Medicine and Its Discontents	Glen O. Gabbard, MD,
27	The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries	Rosa Suñer-Solera, b,, Armand Grau-Martína, c, Daniel Flichtent Reid, Maria Pratsd, Florencia Bragad, Silvia Font-Mayolasa, e, M <sup>a</sup> Eugenia Grasa, e
13 artículos en total, 6 relacionados con la búsqueda.	Palabra clave: work home conflict and physicians	Límites: 2011 al 2016; Journal

### PUBMED - WHC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
1	Work/Home conflict and burnout among academic internal medicine physicians.	Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD.
16	Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex.	Dyrbye LN1, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J.
20	A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict.	Dyrbye LN1, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, Sloan J, Oreskovich M, Shanafelt T.
30	J. Edward Berk distinguished lecture: avoiding burnout: finding balance between work and everything else.	Surawicz CM.
6 artículos en total, 4 relacionados con la búsqueda.	Palabra clave: "work home conflict" and physicians	Limites: Humans, 2011 al 2016

### SCOPUS - WHC

Número de referencia:	Título del artículo:	Autores:
1	Work/Home conflict and burnout among academic internal medicine physicians.	Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD.
4	Factors associated with burnout during emergency medicine residency	Takayesu, J.K.a, Ramoska, E.A.b, Clark, T.R.c, Hansoti, B.d, Dougherty, J.e, Freeman, W.f, Weaver, K.R.g, Chang, Y.a, Gross, E.hi
6	Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey	Colin P. West, Andrew J. Halvorsen, Sara L. Swenson, Furman S. McDonald

13	Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce	Liselotte N. Dyrbye, MD, MH-PE; Julie Freischlag, MD; Krista L. Kaups, MD, MSc; Michael R. Oreskovich, MD; Daniel V. Satele, BA; John B. Hanks, MD; Jeff A. Sloan, PhD; Charles M. Balch, MD; Tait D. Shanafelt, MD
16	Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex.	Dyrbye LN1, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J.
17	Beyond the body: A systematic review of the nonphysical effects of a surgical career	Youssof Oskrochi, MBBSa,, Mahiben Maruthappu, MBChBb, Maria Henriksson, MBBSc, Alun H. Davies, FRCSD, Joseph Shalhoub, PhDd
19	Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages	Liselotte N. Dyrbye, Prathibha Varkey, Sonja L. Boone, Daniel V. Satele, Jeff A. Sloan, Tait D. Shanafelt
20	A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict.	Dyrbye LN1, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, Sloan J, Oreskovich M, Shanafelt T.
30	J. Edward Berk distinguished lecture: avoiding burnout: finding balance between work and everything else.	Surawicz CM.
12 Artículos	Palabra clave: "work home conflict" and physicians	Límites: 2011 al 2011; Article and Review.

# Obesidad y sobrepeso en los médicos: ¿qué se sabe realmente?

*Dra. Natalia Márquez\**

## **Resumen:**

La obesidad ha sido considerada en la última década una epidemia que concierne a todos sin medir etnia, edad, ni nivel socio-económico. La misma se ha instalado notoriamente en la población llevando consigo un alto costo social y de políticas de salud en cada región. En la promoción de salud el profesional médico es piedra fundamental en la detección, prevención y promoción de salud. El presente trabajo pretende mediante una revisión bibliográfica indagar qué se sabe acerca de la salud de los galenos en los últimos tiempos y en especial sobre cómo es afectada la comunidad médica por la obesidad y el sobrepeso.

Siendo los médicos las personas mejor instruidas y capacitadas para promover conductas de estilos de vida saludables importa saber si también éstos lo llevan a cabo en su vida diaria. Este trabajo intenta analizar si existen a nivel internacional y/o nacional estudios sobre la salud del profesional médico.

**Palabras clave:** Obesidad, Sobrepeso, Médicos

## **Abstract:**

*Obesity has been considered in the past decade an epidemic that concerns everyone without measuring ethnicity, age, or socioeconomic status. It is installed notably in the population carrying a high social cost and health policies in each region. Health promotion in the medical professional is a cornerstone in the detection, prevention and health promotion. This paper aims through a literature review to investigate what is known about the health of physicians in recent times and especially on how the medical community is affected by obesity and overweight. As doctors the best educated and trained to promote behaviors healthy lifestyles people care to know if they also carry it out in their daily lives. This paper attempts to analyze whether there are international and / or national health studies of health care.*

**Keywords:** Obesity - Overweight - Physicians.

Fecha de recibido: enero 2015

Fecha de aceptado: mayo 2016

Correspondencia: Natalia Marquez | namava09@hotmail.es

## Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es identificar estudios a nivel internacional y/o nacional que informen sobre la salud de los profesionales médicos en la última década.

Como objetivos específicos se pretendió en primer lugar acopiar datos e información sobre la visión y comportamiento del médico en relación al autocuidado, también sobre la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en el personal médico a nivel mundial y especialmente en Uruguay en la última década y por último identificar la implicancia que tiene para el galeno verse obeso; cómo influye en su manera de pensar y actuar en la práctica diaria, dentro y fuera de su ámbito laboral así como sobre el impacto de este factor de riesgo en aspectos psicológicos del médico que aún está en actividad.

## Metodología

Para alcanzar el objetivo del presente trabajo se procedió a realizar una revisión bibliográfica en base de datos de libre acceso como lo son Portal Timbo Science Direct, Pubmed donde en ellos se puede acceder a resúmenes de artículos o textos completos de índole académico de investigación biomédica; que aporten al presente trabajo información detallada sobre lo que la autora trata de indagar. En ambas base de datos se utilizaron palabras claves, criterios de inclusión / exclusión y límites. Las palabras

claves utilizadas en esta instancia fueron obesidad, sobrepeso, médicos y factores de riesgo cardiovascular. Se tomó como operador booleano AND OR NOT .En tanto los criterios de inclusión de los artículos fueron todos aquellos artículos, citas de la última década que nos hablen de la salud de los profesionales médicos .En tanto los criterios de exclusión fueron todos aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión. Los límites usados fueron ser humano y acceder a artículos completos de los últimos 10 años hasta la fecha actual.

## Resultados

De la exhaustiva búsqueda bibliográfica a que la autora pudo acceder de miles de artículos de índole académico que aportaran información se incluyeron los siguientes: CHABS Cardiovascular Health and Behaviour Survey realizado en España en el año 2010, ICARIA Ibermutamur Cardiovascular Risk Assesment Study ,How doctors view their health and professional practice: An appraisal analysis of medical discourse y dos artículos nacionales: Vamos los médicos por la salud realizada en 2007 y el artículo Estudio de Prevalencia de Factores de Riesgo en Jóvenes Universitarios. Se utilizaron también los datos recabados de la Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad año 2006 así como el Anuario Estadístico 2015 del INE que da información sobre los números de médicos afiliados a la CJPU.

## Introducción

Una encuesta sobre la percepción del estado de salud de los galenos realizada en Mayo 2015 a médicos que concurren al Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo muestra una apreciación negativa de varios aspectos del cuidado de la salud. En particular, los profesionales consultados subrayan que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades no transmisibles de alta incidencia.

La salud de los médicos es un aspecto relevante socio-sanitario que puede impactar de forma subjetiva y objetiva en la calidad asistencial que los pacientes reciben, simultáneamente es percibido por la población general como modelo al momento de indicar o prescribir conductas saludables.

La obesidad es considerada una epidemia y ha ido en crecimiento en los últimos años siendo una de las enfermedades crónicas no transmisibles con X millones de afectados mundialmente. Los profesionales de la salud no son ajenos a esta situación.

La consecuencia sobrepeso/obesidad es un FRENT ligado directamente con la enfermedad cardiovascular, la Diabetes Mellitus 2, el cáncer y trastornos del aparato locomotor entre otros. De

---

\*Estudiante de la Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria

estas la cardiopatía y el accidente cardiovascular ocupan las principales causas de mortalidad.

Las ENT causaron el 68% de los fallecimientos a nivel mundial en el año 2012<sup>1</sup>. Un artículo publicado por la OMS - Estadísticas Sanitarias 2014 - data que en 2008 en la población uruguaya la obesidad en adultos de 20 años se encontraba en una relación de 20,7% en hombres y 26,0% en mujeres.<sup>2</sup> Todo lo antedicho motiva a la autora a identificar los datos que se tengan en relación a este problema como instancia preliminar a una investigación de más largo aliento.

**Marco teórico**

**Obesidad**

La obesidad es un problema de salud que afecta a gran porcentaje de la población y es causal de alta morbimortalidad en la población que la padece. Se define como un exceso de grasa que condiciona un riesgo para la salud.

Según citado en Ferreras<sup>3</sup> la obesidad es de "causa multifactorial con múltiples manifestaciones clínicas y amplias formalidades de tratamiento que se ve influida por muchas formas de presentación y sus complicaciones que determinan tratamiento individualizado". No obstante ello, un paciente puede desarrollar obesidad debido a la disminución del gasto energético, el aumento de su ingesta de energía o la coexistencia de ambos factores.

La obesidad entraña un alto riesgo padecer HTA, enfermedades

cardiovasculares, hiperinsulinismo, diabetes mellitus y se asocia de manera especial a mayor morbimortalidad en general.<sup>4</sup>

Con la simple observación se obtiene una impresión subjetiva del grado de obesidad pero se requieren indicadores objetivos para definir como a una persona como obesa y el grado de ésta.

El IMC (índice de masa corporal) es un índice fácil de calcular, creado por el estadístico belga Adolphe Quetelet, que da una idea más aproximada de la corpulencia del individuo y por consiguiente del grado de sobrepeso u obesidad. Se calcula con formula IMC: PESO (Kg/ (TALLA m )<sup>2</sup>). El valor obtenido es variable, ya que varía con la edad y el sexo.

Este índice se relaciona de manera importante con la proporción de grasa corporal medida con otros métodos de referencia. Aun así, mediante este índice los pacientes que presentan un gran desarrollo de la musculatura pueden clasificarse como obesos.

En función de este índice, según Garrow<sup>5</sup>, los pacientes pueden clasificarse en diferentes grados de obesidad por encima de 25 kg/m<sup>2</sup>. Cuanto mayor sea el IMC, mayor riesgo para la salud.

**Clasificación IMC(OMS)  
Rango Kg/m<sup>2</sup>**

Normalidad	≥ 18,5 y 24,9
Sobrepeso	≥25 y 29,9
Obesidad	≥30

Hay que señalar que la masa grasa aumenta con la edad considerando el sobrepeso como exceso ponderal superior al 120% del peso ideal, su prevalencia en los países desarrollados varia del 15% al 40% de la población, aumentando con la edad e influyendo también el nivel socioeconómico.<sup>6</sup>

De acuerdo a una nota descriptiva entregada a la prensa, la OMS considera que la prevalencia mundial de la enfermedad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. En este último año, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos y en general, se considera que el 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.<sup>7</sup>

**Medicina Familiar**

La Medicina Familiar es un campo de desarrollo relativamente reciente, producto de un siglo -el pasado - en el que la medicina ha avanzado muchísimo en sus aspectos científicos, técnicos y tecnológicos, a veces sin acompañar esos progresos con una respuesta adecuada desde el punto de vista humano. Pone énfasis en que aspectos como la calidad de la atención humana resultan críticos respecto a la satisfacción de los pacientes y al éxito de la intervención médica, más allá de la competencia científica o técnica de las instituciones y sus operadores.

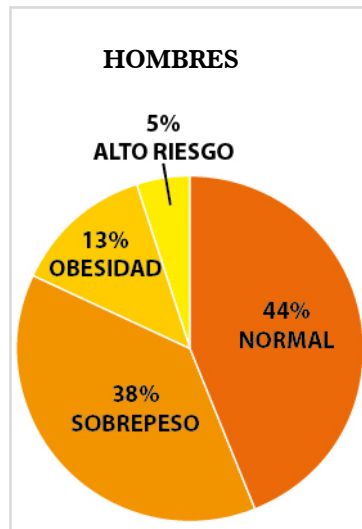
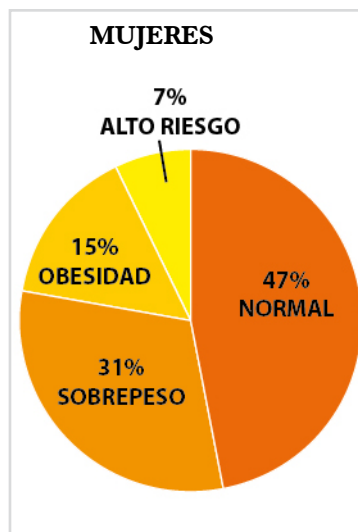
Según la American Academy of Family Physicians la Medicina Familiar (MF) "se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades." Dicha definición integra al médico con el paciente en el proceso salud / enfermedad, la relación que atañe entre ambos y el núcleo familiar.

Es propio de la MF el mantener un enfoque centrado en la persona inserta en su realidad familiar, considerada como ámbito de intervención y también como contextos en el que se dan los padecimientos de los pacientes, contexto que influye en la aparición y desarrollo de problemas sanitarios y que a su vez es influido por éstos. La medicina de familia es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera y se define exclusiva y únicamente en el contexto familiar.

La relevancia de la MF es fácil de ver. Marc Lalonde en 1974 señaló que el estado de salud/enfermedad de una población se encuentra determinado por 4 campos: *biología humana, ambiente, estilo de vida, organización de los sistemas de salud*. Dentro de estos, *estilo de vida* ocupa el 43%, y es justamente el campo al cual está dedicada la MF.<sup>8</sup>

La MF adquiere aún más importancia en las formas actuales de administración de los sistemas de salud, orientadas hacia la prevención, la integralidad en la atención, la distribución equitativa de los recursos y el trabajo en redes. En la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar WONCA- CIMF de Santiago de Chile en Octubre 2005 se establece que la MF como "especialidad orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, es el efector más apropiado para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de la Atención Primaria en Salud"

guayos se encontraba en la franja de obesidad o sobrepeso y 1 de cada 5 uruguayos muestra obesidad. Como resultado el 54% de La población en Uruguay tiene sobrepeso.<sup>9</sup>



### Relevamiento de información nacional

La Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (enso2) en adultos de entre 18-65 años o más realizada en 2006, mostro que uno de cada 2 uru-

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/> las 10 causas principales de defunción en el mundo 2000\_2012 nota descriptiva n° 310 Mayo 2014
2. parte III indicadores sanitarios mundiales 5 factores de riesgo [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf)
3. Farreras Rozman Medicina Interna vol. II decimotercera edición pág. 1977 sección 15 Metabolismo y Nutrición.
4. Ibídem
5. Ibídem
6. Ibídem
7. Centro de prensa nota descriptiva 311 enero 2015. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/)
8. Medicina familiar abordaje de la promoción de salud en el primer nivel de atención. Cap. 3 pág.71 Roberto Varela, Estela Retamoso, Gonzalo.
9. Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más) publicado en Revista Médica del Uruguay 2009;25:14-26

continúa...

**t** **Tabla 1:** Índice de masa corporal. Uruguay, país urbano, mayo 2006 (en porcentaje)

	Normal <25	Sobrepeso 25 - 29.9	Obesidad 30 - 34.9	Alto riesgo ≥35	TOTAL
TODOS	46	34	14	6	100
Sexo					
Hombres	45	38	13	5	100
Mujeres	47	31	15	7	100

En cuanto a la cantidad de médicos en actividad en el país, existe un relevamiento hecho por el Sindicato Médico del Uruguay<sup>10</sup> que arroja los siguientes datos:

Años	1974	1987	1997	2006	2009	2010
Médicos en actividad	4115	8199	11209	13495	14451	14726

Por otra parte el Anuario Estadístico 2015 del Instituto Nacional de Estadística revela que 16317 médicos estuvieron afiliados a la Caja de Jubilaciones de Profesionales Universitarios<sup>11</sup>.

### Estudios relevados internacionales /nacionales

#### Estudio CHABS

Médicos de atención primaria españoles participaron de un estudio CHABS (Cardiovascular Health and Behaviour Survey) donde se realizó una evaluación de la salud cardiovascular, entorno socio sanitario y conductas preventivas en una población de 2583 médicos. Fue elaborado por SEM FYC, la sociedad española de médicos generales y de familia (SEMG) y la sociedad española de médicos de atención primaria SEMERGEN con apoyo de NOVARTIS. Consistió en un estudio transversal multicéntri-

co, el cual se realizó mediante una encuesta a médicos de las comunidades autónomas de España en los meses de marzo y julio 2010. Dicho estudio utiliza como método de inclusión a médicos trabajadores en ámbito de atención primaria de centros de salud tanto ambulatorios, consultorios y de actividades privadas.

El estudio describe la salud cardiovascular autopercibida por estos profesionales y valora los factores socio-sanitarios que les influyen. El 65% considero que su estado de salud en general era bueno. Aunque los médicos muestran una menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular que la población general, el 43% presentaban sobrepeso u obesidad.

La investigación tomó como indicadores: características socio demográficas, situación laboral,

características antropométricas, hábitos dietéticos, estado de salud último año, factores de riesgo cardiovascular.

En sus resultados mostró diferencia entre hombres y mujeres, encontrándose en la muestra que 34,9% presentaba sobrepeso (52,8% de los varones en relación a 19,2% en mujeres;  $p < 0,0001$ ). En particular, el porcentaje de médicos con obesidad abdominal fue de 20,6% del total, siendo mayor entre las mujeres (25,6 frente a 15,5%  $p < 0,0001$ ). Mientras que las mujeres de media presentan normopeso los varones tienen sobrepeso además de haber entre ellos el doble de personas obesas que entre las mujeres.

En cuanto a la percepción del estado de salud en el último año, el 88,2% de los médicos, consideró encontrarse en buen estado de salud.



Como nota saliente, debe decirse que aunque la formación académica brinda una amplia gama de herramientas para mejorar la calidad de vida y la salud del individuo, este estudio muestra similitudes notorias entre la salud de los profesionales y la salud de la población en general.

### Estudio ICARIA

También en España, el estudio ICARIA (Ibermutuamur Cardiovascular Risk Assesment Study) realizó una investigación sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población española tomando como datos la frecuencia de sobrepeso, obesidad abdominal y obesidad en personal médico. Este estudio permitió comparar sus resultados con los obtenidos en la población científica en general.

En él se puede observar que en 1340 médicos un 28,7% presentó sobrepeso, un 9,0% presentó obesidad y un 13,3% mostró obesidad abdominal. En la población de profesionales científicos no médicos, en un total de 78489 profesionales científicos los valores fueron: sobrepeso 33,2%, obesidad 10,7% y obesidad abdominal 13,9%.

Puede inferirse una conclusión similar a la expresada por el estudio citado anteriormente: a pesar de la educación continua en el ejercicio de la medicina y la posesión de herramientas para preservar una mejor calidad de vida que el resto de la población, esto no se corresponde con

una mejor situación de salud en los médicos.

### Encuesta Médica de la Federación Médica del Interior (FEMI)

En el año 2007 el Sindicato Médico del Uruguay con el auspicio del Ministerio Salud Pública, la Facultad de Medicina y la Federación Médica del Interior llevó a cabo una encuesta nacional con el objetivo de recabar información de cómo cuidaban su salud los médicos uruguayos. La muestra fue realizada aleatoriamente y conto con n: 500 facultativos durante el periodo de los meses de octubre y noviembre de dicho año. En esta se indagó sobre algunos factores de riesgo cardiovascular ocupando el sobrepeso el 28% del total vinculándolos con las variables sexo, edad, procedencia y número de empleos. De aquí tomando el sexo masculino fue el que tuvo mayor porcentaje llegando a un 38% y mostro que a mayor edad la proporción de padecer sobrepeso aumentaba (46 años en adelante alcanzo al 35%).

### Estudio de Prevalencia de Factores de Riesgo en Jóvenes Universitarios

En 2011 un estudio observacional, transversal y descriptivo que abarco adultos jóvenes universitarios de diferentes regiones en el periodo marzo - abril se propuso como objetivo conocer la prevalencia de factores de riesgo de ECNT en dicha población. El total de los participantes de la muestra fue de 484 personas. De ellos el 57% correspondió al

sexo femenino. En lo que respecta al factor de riesgo obesidad y sobrepeso este mostró que de un total de 378 encuestados el rango IMC entre 25- 29,99 fue de 20,11% y IMC > 30 correspondió al 7,14%.

### Artículo: Cómo ven los médicos su salud y su práctica profesional

El artículo publicado en 2010 *How doctors view their health and professional practice: An appraisal analysis of medical discourse* manifiesta que la salud del profesional médico sigue siendo un problema mayor dentro del sistema de cuidados, aunque la información sigue siendo muy limitada a pesar de contar con múltiples encuestas en diferentes países.

En él se plantea en que muchos de los médicos no admiten presentar dificultades y/o necesitar ayuda para obtener mejores resultados en su práctica profesional.

El artículo propone un análisis cualitativo en el cual participaron médicos de Latinoamérica que incluyó Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua en los meses de noviembre del 2005 a diciembre del 2006. Se analiza

10. <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia.html>

11. <http://www.ine.gub.uy/documentos/10181/351713/Anuario+Estad%C3%ADstico+2015/9b97bb4e-f863-4ffc-bd62-b5356b3aa732>

ron 230 mensajes conteniendo aspectos sobre la salud del médico, la profesión y los aspectos institucionales.

El artículo tiene valor además porque cita intervenciones enviadas por los médicos a los investigadores, lo cual puede servir de insumo o referencia para investigaciones cualitativas. Citamos algunos ejemplos:

*“Creo que el mensaje es nefasto para el paciente. ¿Con qué autoridad puede un profesional modificar los malos hábitos de un paciente cuando el mismo es un ejemplo de lo que no se debe hacer? ¿Cómo puedo pretender que mi paciente tenga menos de 90 cm de perímetro abdominal cuando la panza me impide abrocharme la chaqueta? ¿Qué fuerza puede tener esta recomendación? (22/3/06, Argentina)”*

*“Pero creo que la causa principal de nuestras enfermedades es porque nosotros no damos la prioridad a nuestra propia salud... (22/09/06, Ecuador)”*

*“Hay una realidad: el médico descuida su salud, y declina pensar en la posibilidad de enfermarse porque, al saber factores de riesgo, por el mismo estilo de vida es mejor desentenderse por considerarse infalible. (30/08/06, México.)”*

*“¿No será que muchas veces es cuestión de orgullo no queremos consultar a otros colegas para no dar signos de flaqueza o ignorancia? (27/11/05 Panamá)”*

*“Creo que nos enfermamos porque siempre pensamos que el enfermo es el otro y que a nosotros, supe poderosos, nunca nos va a tocar. (07/09/06 Saladillo Argentina)”*

### Análisis

Vivimos en una época en donde los avances de la ciencia y la investigación han ocupado un lugar trascendente; no queda duda que estamos cada día más cerca de una respuesta a cada interrogante que se nos plantea. Sin embargo creemos que en ciertos aspectos desconocemos la realidad en la cual estamos inmersos.

El presente trabajo se propuso como objetivo general identificar estudios internacionales y/o nacionales que nos dieran una visión del estado de salud de los médicos.

Habiendo hecho una búsqueda exhaustiva de bibliografía se puede observar que es poca la información de cómo se encuentra la salud de los profesionales en la última década.

De lo encontrado a nivel internacional el estudio CHABS nos da una aproximación de cuantos padecen obesidad/sobrepeso llegando a valores de 43% estando la población masculina liderando dicho resultado. En este resulta paradójico ver que subraya que el 65% que correspondería a una  $\frac{3}{4}$  parte del total de los encuestados manifestaron encontrarse en buen estado de salud.

Por otra parte el estudio ICARIA reveló que un 9% presento obesidad y un 28,7% sobrepeso.

Tomando estos dos estudios españoles con una población muy parecida a la nuestra nos hablan a nivel internacional de lo que ha venido acaeciendo en los últimos años en cuanto a la alta prevalencia de estas patologías. Por lo aquí expuesto la obesidad entendida como una de las principales causales de ENT abarcando todas las clases sociales conlleva altos costos económicos reduciendo el potencial desarrollo del individuo inserto en la sociedad hacia una peor calidad de vida de los habitantes de cada una de las regiones involucradas. De aquí destacar que dichos estudios demuestran existiría cierta negación por parte del personal de la salud hacia la práctica cotidiana de hábitos saludables demostrada por la alta prevalencia de dichas ya que más de la mitad de los encuestados refirieron no estar afectados.

En lo que respecta a la población de médicos uruguayos la encuesta FEMI “Vamos los médicos por nuestra salud” “el sobrepeso ocupó el 28% del total incumbiendo unos 4568 médicos estando el sexo masculino liderando dichos resultados, cifras muy similares a las encontradas en la población española. De aquí vale sostener que estamos refiriéndonos a un estudio que lleva ya 10 años de realizado, mostrando que más de la cuarta parte de los médicos uruguayos aquí incluidos presentaron

riesgo asociado a múltiples patologías ;este extra polarizado a tiempo actual implicaría un alto costo sanitario y social considerando que podría haberse aplicado medidas preventivas para reducir en lo mediato futuras consecuencias. La presente encuesta valdría ser la piedra fundamental para el inicio de acciones en pro de la salud del profesional incluyendo o incentivando al mismo a controlarse periódicamente a favor de una mejor calidad no con el fin de solo promoción y captación precoz de ENT sino para aplicarlos en políticas de salud que conduzcan a reducir estas y conocer cómo es la salud del médico en tiempo real.

En tanto el estudio de prevalencia de jóvenes universitarios mostró un 7,14% de obesidad. Este estudio brinda otra visión en cuanto a qué podemos hacer como médicos de familia en la captación temprana de jóvenes con comorbilidades poniendo hincapié en la prevención primaria. Dicha captación temprana tendría como propósito a futuro disminuir el impacto de di-

cha pandemia y con ella reducir el número de jóvenes afectados integrando a los jóvenes en actividades comunitarias aportando tanto a estos como a familiares un plan de acción y concientización sobre la importancia de conductas saludables. Sabemos que es a ellos en donde podemos hacer la mejor intervención para educación en salud.

En cuanto al comportamiento del galeno frente a la obesidad, el afrontamiento de esta, el autocuidado, los artículos leídos refieren que lo que se sabe de la salud del médico es muy limitado y escueto. Frente a esto nos planteamos entre otros si esto sucede porque los médicos no consultan con otros profesionales, si es por temor a quedar vulnerable, o porque coexistiría la creencia de todo lo sabe y todo lo puede. Solo el artículo editado en el 2010 cita opiniones en cuanto a la visión que presentan de su estado de salud médicos de otros países.

Basados en los principios de la medicina familiar teniendo presente que ella busca enrique-

cerse adquiriendo destrezas llegando al conocimiento del ser humano inmerso en su contexto social y familiar, facilitando la comunicación de los participantes, evitando juicios y sentimientos negativos nos debemos el deber de llevar nuestros aportes también al profesional médico teniendo presente que este; dejando de lado su profesión es un integrante más , un ciudadano con derechos y deberes que no escapan a la realidad El médico de familia otorga conocimientos ,fortalezas ,una comunicación eficiente evitando juicios que contaminen el libre accionar .

Dicho profesional pretende siendo de un manera cordial y respetuosa brindar herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida en el proceso salud enfermedad. He aquí una oportunidad para aplicarlo hacia el profesional médico con su enfoque biopsicosocial, acercarnos a él trabajando en conjunto y usando los conocimientos adquiridos de esta enriquecida profesión.

## Conclusiones

La obesidad y el sobrepeso son una epidemia de la que no escapa el personal médico.

Por lo expuesto aquí comparando los estudios ICARIA y CHABS con lo que arrojó la encuesta FEMI los valores se aproximan entre sí.

Ante todo lo expuesto anteriormente podemos concluir que existe muy poca información sobre cómo se presenta la salud de la población médica a nivel tanto internacional como nacional.

A esto se suma que los datos aportados muestran un comportamiento negador de los individuos con capacitación médica lugar donde los médicos de familia pueden llegar a aportar una visión integral de la salud y un accionar más profundo.

Aún queda mucho por hacer e investigar; porque dando por entendido que el médico es el individuo mejor capacitado académicamente aún hoy patologías de tanto conocimiento como lo son la obesidad y el sobrepeso se presentan en los mismos condicionando su calidad de vida.

### Bibliografía

- Carlos Catalina Romero et al. Sobrepeso y obesidad en personal médico en España; resultados del estudio ICARIA. Medicina Clínica. Volumen 139, Número 2, Junio de 2012, Páginas 84–85
- Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar - WONCA – Región Iberoamericana - CIMF. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Santiago de Chile, Chile. <http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/Compromiso-de-Santiago-de-Chile-II-Cumbre-Iberoamericana-de-MF-Oct-2005.pdf>
- Etchebarne, Liliana (coord.). Temas de medicina preventiva y social. Tomo1. Oficina del libro AEM, Montevideo, 1998.
- Farreras, V. Rozman, C. Medicina Interna. Vol. II 13° edición. Mosby - Doyma, Madrid, 1997.
- Federación Médica del Interior. Encuesta Médica Nacional. Montevideo, Uruguay. [http://www.femi.com.uy/not/n8\\_08\\_09.html](http://www.femi.com.uy/not/n8_08_09.html)
- Gallardo, S. Ferrari, L. Cómo ven su salud los médicos y la práctica profesional. Journal of Pragmatics, Número 42, páginas 3172 - 3187.
- Giménez, A. et al. Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en marzo de 2011. Biomedicina, Volumen 8, Número 2, páginas 6-21.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. New York, EEUU. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/> las 10 causas principales de defunción en el mundo 2000\_2012 nota descriptiva n° 310 Mayo 2014

- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. New York, EEUU. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. New York, EEUU. [www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/) nota descriptiva 311 enero 2015.
- Universidad del Valle. Departamento de Medicina Familiar. Cali, Colombia. <http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html>
- Varela, R. Retamoso, E. Paleo, G. Salud y estilo vida según OMS: medicina familiar. Abordaje de la promoción de salud en el primer nivel de atención. Oficina del Libro, Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, 2013.
- Autopercepción de la salud cardiovascular de los médicos de atención primaria. Estudio CHABS <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-autopercepcion-salud-cardiovascular-los-medicos-90025200>.
- Sobrepeso y obesidad en personal médico en España; resultados del estudio ICARIA. <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S002577531101075X>.
- Encuesta FEMI Vamos los médicos por la salud [http://www.femi.com.uy/not/n8\\_08\\_09.html](http://www.femi.com.uy/not/n8_08_09.html) Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en Marzo de 2011 Giménez A, Fernández A, Lozano F, Cabrera J M, Lewy E, Salas F, Cid A, Hackembruch C. BIOMEDICINA, 2013,8(2) 16 -21 I ISSN 1510- 9747
- How doctors view their health and professional practice: An appraisal analysis of medical discourse. Journal of Pragmatics S Gallardo, L Ferrari 42(2010)3172-3187 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037821SO378116610002134>

# Biomedicina

Revista del Centro de Ciencias Biomédicas  
de la Universidad de Montevideo

BIOMEDICINA es la revista del *Centro de Ciencias Biomédicas* de la Universidad de Montevideo, publicación periódica científico-tecnológica del referido centro y su Observatorio de la Salud, encargado de la difusión de revisiones, artículos originales y de diseminación técnica de autores que libremente presenten sus textos al Comité Editorial y Panel de Revisores Independientes, de acuerdo a las normas de publicación vigentes.

Se aceptarán artículos en idioma: español, portugués, inglés y francés.

## Estructura tipo de la revista

Cada número se compone de:

- a. Prólogo Editorial
- b. Capítulos: Farmacología Clínica, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Emergencia, Traumatología y Ortopedia, Mastología y un último capítulo de Varios en donde se incluirán artículos referentes a ética y bioética, administración de servicios

de salud, salud ambiental, etc.

## c. Normas de publicación.

Se contará con versión on line a texto completo de la Revista.

## Periodicidad

Se publicará un volumen anual compuesto por tres números de aparición cuatrimestral. Periódicamente se propondrán números especiales, bajo forma de suplementos de contenidos temáticos específicos dedicados a un tema, una especialidad o un problema que se considere de interés prioritario por el Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo.

## Información para los autores

1. Los trabajos y artículos podrán ser enviados por correo electrónico a: [revistabiomedicina@um.edu.uy](mailto:revistabiomedicina@um.edu.uy) o por correo ordinario al Centro del Ciencias Biomédicas, Puntas de Santiago 1604 Montevideo, Uruguay. Los originales enviados por correo ordinario

deberán presentarse impresos en hoja A4 y en CD. En cualquiera de los dos casos, los artículos deberán estar en Microsoft Word.

2. La fecha límite de recepción de originales es el décimo día hábil del mes de marzo para el primer número, el décimo día hábil del mes de junio para el segundo número y el décimo día hábil del mes de noviembre para el tercer número.
3. Los artículos deberán de tener una extensión mínima de 2 páginas y máxima de 10; los de revisión deberán tener una extensión mínima de 5 páginas y máxima de 15.
4. El texto original irá acompañado de los siguientes datos:

### a. Página del título

- título del artículo y en su caso, subtítulo. Deberá ser representativo del contenido del trabajo.
- nombre completo de cada autor, con mención del más alto grado académico y cargos docentes o científicos que ocupen.

- correo electrónico de los autores, Institución en que trabajan y dirección.

#### **b. Resúmenes y palabras clave.**

Se elaborarán dos resúmenes de hasta 150 palabras, uno en idioma original y otro en inglés o francés. A cada uno de los resúmenes seguirán palabras clave representativas del contenido del artículo, de acuerdo con el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

**c. Estructura del texto.** En general, aunque no necesariamente constará de: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y agradecimientos, si corresponde.

#### **d. Referencias bibliográficas.**

Se ubicarán al final y serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen mencionadas en el texto. Se presentarán siguiendo los “Requi-

sitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas”, elaborados por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

- Artículos de revista: apellidos e iniciales de los autores (de la bibliografía nacional se citarán todos, de las extranjeras solo los 6 primeros, seguidos de “et al”). Título del artículo. Título de la publicación abreviado (como aparece en el Index Medicus/Medline: [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals)). Año, volumen, número o fascículo (entre paréntesis): números de páginas inicial y final.

Ejemplo: Puppo Turiz H, Toma JA, Puppo Bosch D. Suicidio. Rev Psiquiatr Urug 1982; 46 (274): 159-174

- Libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo a referir. Nombre del

capítulo. Título del Capítulo. Apellidos e iniciales de los autores del libro (eds) Título del libro. Número de edición. Ciudad de publicación: editorial, año, capítulo, páginas o volumen.

Ejemplo: Rocha Hernando E, Martínez Brotons F, Monreal Bosch M, editores. Manejo práctico del paciente con tromboembolismo venoso. Madrid: Ed. Acción Médica, 2002; pp. 11-29.

- Material electrónico: datos de la revista o libro electrónico, fecha en que fue consultado, dirección URL.

Ejemplo: More SS. Factors in the emergent of infectious diseases. Emerg Infect Dis (revista electrónica) 1995; 1(1) (consultado 05.06.2004): Disponible en: [www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm)

#### **e. Ilustraciones:**

son todos los esquemas, gráficos, tablas, dibujos o fotografías que contribuyan a aclarar el texto. Se presenta-

rán en hojas independientes, numerados correlativamente y con leyendas explicativas concisas. Las fotografías se remitirán en blanco y negro o bien en archivos fotográficos electrónicos, con alta resolución por pulgada.

### Proceso de admisión

El manuscrito enviado a publicación será examinado en primera instancia por el Consejo Editorial, quien valorará forma y contenido de la presentación. De ser aceptado, será sometido a arbitraje, en general por dos uno que analizará la metodología y otro el contenido, destacando que pueden recaer en una única persona. Recibida la opinión de los expertos, será evaluado nuevamente por el Consejo, de donde puede resultar:

- a) la aceptación del manuscrito sin modificaciones;
- b) la no aceptación;
- c) la no aceptación potencial, condicionada a la revisión del manuscrito por los autores, teniendo en cuenta las sugerencias de modificaciones, y el envío de la versión corregida para su nueva evaluación. La decisión

será comunicada a la brevedad a los autores, a quienes se les exigirá un tiempo no superior a 4 semanas, para la corrección del manuscrito. Los árbitros no conocerán la identidad de los autores ni a estos se les informará quiénes realizarán el arbitraje. El autor escribirá una carta al Comité Editorial aceptando las condiciones de publicación, con firma y fecha, luego que su trabajo ha sido definitivamente aceptado para su publicación, incluyendo los cambios que fueron realizados. Los editores protegerán los trabajos que figuren en la revista, prohibiendo el plagio, la utilización no adecuada de los datos publicados, su reimpresión no autorizada o cualquier otro uso indebido, sin la autorización de los mismos. El autor no recibirá compensaciones por ceder sus derechos de publicación a Biomedicina

**El Consejo Editorial se reserva el derecho a sugerir modificaciones en los originales para adecuarlos al estilo de la sección en que se incluyan y a las normas de presentación de los originales.**





Centro de  
Ciencias Biomédicas

