

Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002

Dres. Calíope Ciriacos*, Hugo Rodríguez Almada†, Antonio L. Turnes‡

Trabajo auspiciado por el Sindicato Médico del Uruguay

Resumen

Introducción: las causas de muerte de los médicos han sido estudiadas a nivel mundial relacionándolas con factores diferentes, con resultados diversos. Un estudio anterior mostró diferencias con la población general, acentuado en las mujeres y algunas especialidades.

Objetivo: conocer las causas de muerte de los médicos fallecidos en Uruguay entre los años 1998 y 2002, y obtener información para implementar acciones de prevención y control.

Material y método: se realizó un estudio transversal retrospectivo de las causas de muerte de los médicos fallecidos en Uruguay entre el 1° de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002. Los datos se obtuvieron de los certificados de defunción del Ministerio de Salud Pública. Las causas se ordenaron según la Clasificación Internacional de Causas de Muerte (ICD-10). Se compararon con cifras de la población general.

Resultados: fallecieron 298 médicos, 76,6% hombres con una mediana de edad de 71 años, y 23,4% mujeres con una mediana de 60 años. La primera causa fue cardiovascular con 35,5%. La segunda causa fue neoplásica con 30%. El 7% falleció por causa violenta siendo la única causal en que las mujeres superan a los hombres en edad.

Discusión: apreciamos una prevalencia de enfermedades crónicas. El 66% falleció por enfermedades que tienen como factor de riesgo al tabaco y 38% al alcohol. Los patrones de mortalidad no tienen grandes diferencias con los de la población general, a excepción de la edad en las mujeres. Aparentemente los médicos no nos beneficiamos de las medidas preventivas que recomendamos. En el futuro sería importante poner énfasis en el estudio de las condiciones socio-económicas y laborales.

Conclusiones: las limitaciones causadas por la destrucción de la información dificultó la comparación con cifras internacionales y por especialidades. Las principales causas coinciden con las de la población general del país. Se destaca la frecuencia de enfermedades respiratorias vinculadas al tabaquismo y el número de hepatopatías crónicas en jóvenes.

Palabras clave: MÉDICOS.
URUGUAY.
MORTALIDAD.

* Doctora en Medicina. Magíster en Epidemiología. Ex Profesora Adjunta del Departamento de Docencia en Comunidad, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

† Doctor en Medicina. Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

‡ Doctor en Medicina. Ex Administrador General del Sindicato

Médico del Uruguay.

Correspondencia: Dr. Antonio L. Turnes.
Bulevar Artigas 1515, CP 11.200. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: alturnes@adinet.com.uy

Recibido: 5/12/05.

Aceptado: 28/8/06.

Introducción

En un estudio anterior los autores revisaron la mortalidad de los médicos en Uruguay durante el período 1974-2002, demostrando un comportamiento diferente de la población estudiada respecto a la expectativa de vida al nacer (EVN) nacional. Este fenómeno era particularmente acentuado para las mujeres médicas y en algunas especialidades⁽¹⁾.

En el presente estudio, complementario del anterior, se estudian las principales causas de muerte de los médicos en el período 1° de enero de 1998 al 31 de diciembre de 2002. La eliminación por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) de los certificados de defunción anteriores a 1998, impidió analizar la serie completa del primer estudio.

La revisión de la bibliografía muestra que en los últimos 50 años las causas de muerte de los médicos en general, y en algunas de las especialidades, ha sido objeto de estudio a nivel mundial.

En el Reino Unido existen numerosos estudios realizados con seguimiento de cohortes. La mortalidad de médicos varones en relación con el consumo de alcohol fue analizada a través de un estudio prospectivo que mostró que el consumo de alcohol parecía reducir el riesgo de cardiopatía isquémica, pero aumentaba la mortalidad por todas las causas⁽²⁾. Otro estudio mostró un considerable aumento de la mortalidad asociada al tabaquismo, causada por cáncer, enfermedades respiratorias, vasculopatías y úlcera péptica⁽³⁾. Otros trabajos analizaron la mortalidad médica discriminada por especialidad y evaluaron las exposiciones ocupacionales^(4,5). Demostraron que la mortalidad entre los 25 y 74 años fue menor a la mitad de la esperada para las tasas nacionales, con menor mortalidad por enfermedad cardiovascular, cáncer de pulmón; las tasas de mortalidad por intoxicación accidental fueron elevadas para los varones, en especial para los ginecólogos, y su causa fueron medicamentos controlados; el análisis del género femenino mostró una mortalidad elevada por causas violentas, con tasas de suicidio que duplican lo esperado, siendo más elevadas en las anesthesiólogas. El análisis por especialidad mostró una mayor mortalidad por todas las causas combinadas en los psiquiatras, de cirrosis y melanoma en los anesthesiólogos, de enfermedades respiratorias en los radiólogos y radioterapeutas, cáncer de vejiga para los cirujanos generales y cáncer laríngeo para los oftalmólogos⁽⁴⁾. Otro estudio relacionó la mortalidad con la especialidad y el hábito de fumar: los médicos generales fumaron 37% más cigarrillos que los médicos de hospital y los cirujanos, y sus tasas de mortalidad fueron casi 23% mayores. Esta alta tasa se obtuvo a expensas de las enfermedades vinculadas al tabaquismo como cáncer de pulmón, bronquitis crónica, cardiopatía isquémica y cardiopatía pulmonar⁽⁵⁾.

En los países escandinavos se realizaron varios estudios de mortalidad médica⁽⁶⁻¹⁰⁾. Un estudio de cohortes sueco para el período 1961-1970 mostró una tasa de suicidio mayor entre los médicos varones en relación con otros profesionales, y que las mujeres médicas tenían mayor tendencia al suicidio que el resto de las mujeres. También los cirujanos generales tuvieron un riesgo aumentado⁽⁶⁾. Otro estudio sueco mostró que los anesthesiólogos tenían una EVN menor que la población general (64,1 frente a 72,9), en tanto la de los pediatras era mayor (77,0)⁽⁷⁾.

En Estados Unidos se produjeron varios estudios sobre longevidad y mortalidad médica. En uno de ellos se analiza la mortalidad médica y su distribución según sexo, edad, especialidad y procedencia, sugiriendo que los médicos debían tener una expectativa de vida mayor que la población general⁽¹¹⁾. El suicidio entre los médicos norteamericanos también fue objeto de estudios y llamados de atención⁽¹²⁻¹⁸⁾. La tasa de suicidios de las médicas fue cuatro veces mayor que la de la población de mujeres blancas mayores de 25 años y el doble de la de las divorciadas mayores de 70 años, el grupo de mayor riesgo suicida⁽¹⁸⁾. Un estudio más reciente mostró que las diez primeras causas de muerte para médicos varones blancos coinciden con las de la población general⁽¹⁹⁾. La mortalidad de los anesthesiólogos fue objeto de trabajos específicos que mostraron que el abuso de sustancias y el suicidio representan riesgos ocupacionales significativos para la especialidad⁽²⁰⁻²²⁾.

También en Japón se realizaron importantes estudios sobre mortalidad médica⁽²³⁻²⁵⁾. Uno ellos encontró que la mortalidad médica, en especial la de los médicos generales, a todas las edades, era mayor que la de la población general, a expensas de causas respiratorias y coronariopatías; sin embargo, la mortalidad por neoplasia, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y accidentes era menor que para el resto de los trabajadores japoneses⁽²³⁾. Un estudio de cohortes encontró una fuerte asociación entre el hábito de fumar y la mortalidad médica por cáncer y enfermedad coronaria⁽²⁴⁾. El consumo diario de alcohol conlleva un aumento de la mortalidad por todas las causas y con varias causas de muerte, pero está inversamente relacionado con la mortalidad por infarto de miocardio⁽²⁵⁾.

La primera referencia bibliográfica en América Latina es un estudio chileno (1961) que destaca el papel de las enfermedades cardiovasculares como causa de mortalidad médica y, en especial, el infarto de miocardio, cuya tasa duplica a la de la población general. El estudio reveló un mayor riesgo de los médicos salubristas con responsabilidades de administración⁽²⁶⁾. Estudios realizados en Costa Rica mostraron un elevado consumo de alcohol y tabaco entre los médicos, una menor EVN para los médicos, y llamaron la atención sobre el suicidio como responsable de 10% de las defunciones médicas⁽²⁷⁻²⁹⁾. La muerte

violenta fue destacada en una publicación dominicana como responsable de 9,9% de la mortalidad médica⁽³⁰⁾.

En Uruguay, un estudio de los certificados de defunción de las muertes ocurridas entre 1960 y 1974 mostró que la tendencia a morir era mayor entre los profesionales universitarios que en la población general a partir de ciertas edades. La principal causa de muerte eran las enfermedades cardiovasculares, con predominio de la coronariopatía isquémica entre los profesionales médicos. En las muertes de causa tumoral mostró diferencias con la población general en los tumores malignos de esófago, estómago e intestino, y destacó la alta proporción de muertes por accidentes de tránsito y por heridas de armas de fuego entre los profesionales universitarios⁽³¹⁾. En 1976, un artículo advirtió sobre la contaminación por agentes anestésicos en sala de operaciones y sus efectos tóxicos por exposición crónica a diversos agentes, como hepatitis, embriopatías y alteraciones del psiquismo⁽³²⁾. Un trabajo más reciente alertó sobre la exposición del personal quirúrgico a los agentes anestésicos y al estrés crónico⁽³³⁾.

La revisión precedente muestra la diversidad de resultados de las investigaciones de las causas de mortalidad médica en los distintos países, lo que se relaciona con distintos estilos de vida, hábitos, prácticas culturales, modalidad de trabajo y riesgos ocupacionales^(2-5,9,10,13,16-18,20-25,28,32-34).

Esta diversidad justifica profundizar el estudio específico de la mortalidad médica nacional ya iniciado⁽¹⁾.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue conocer las causas de muerte de los médicos fallecidos en Uruguay entre los años 1998 y 2002, con la finalidad de obtener el conocimiento que sirva de base para la implementación de acciones de prevención y control del colectivo.

Material y método

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de las causas de muerte de los médicos fallecidos en Uruguay en el período comprendido entre el 1° de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002.

Los datos se obtuvieron de los certificados de defunción del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública. No se pudo estudiar todo el período de trabajo inicial 1974-2002⁽¹⁾, porque los certificados de defunción anteriores a 1998 fueron destruidos, siguiendo normas adoptadas por la Administración a comienzos de la década de 1990.

Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 10.1.

Las causas de muerte están ordenadas según la Clasificación Internacional de Causas de Muerte (ICD-10).

La edad se presenta en percentiles y como medida de dispersión el rango intercuartílico.

Se compararon las causas por sexo con las cifras nacionales de la población general.

No se tomaron en cuenta dos médicos fallecidos que residían en el exterior.

Resultados

En el quinquenio comprendido entre el 1° de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002 fallecieron en Uruguay 298 médicos, 228 hombres (76,6%) y 70 mujeres (23,4%).

Los hombres tenían un rango de edad entre 32 y 101 años (mediana: 71 años), y las mujeres entre 36 y 96 años (mediana: 60 años).

La primera causa de muerte fue de origen cardiovascular (CV) con 106 casos (35,5%), y la segunda fue de origen neoplásico: 90 casos (30,2%), en igual orden que en la población general⁽³⁵⁾.

Tabla 1. Distribución por causa (según CIE 10) y sexo de médicos fallecidos. Uruguay 1998-2002

Causa	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Total
Enfermedades del sistema circulatorio (1-064/1-071)	89	17	106
Tumores (neoplasias 1-026/1-047)	58	32	90
Enfermedades del sistema respiratorio (1-072)	20	3	23
Accidentes, suicidios y otras causas violentas (1-096/1-1103)	13	8	21
Septicemia (1-012)	12	5	17
No consta	19	2	21
Resto	17	3	20
Total de defunciones	228	70	298

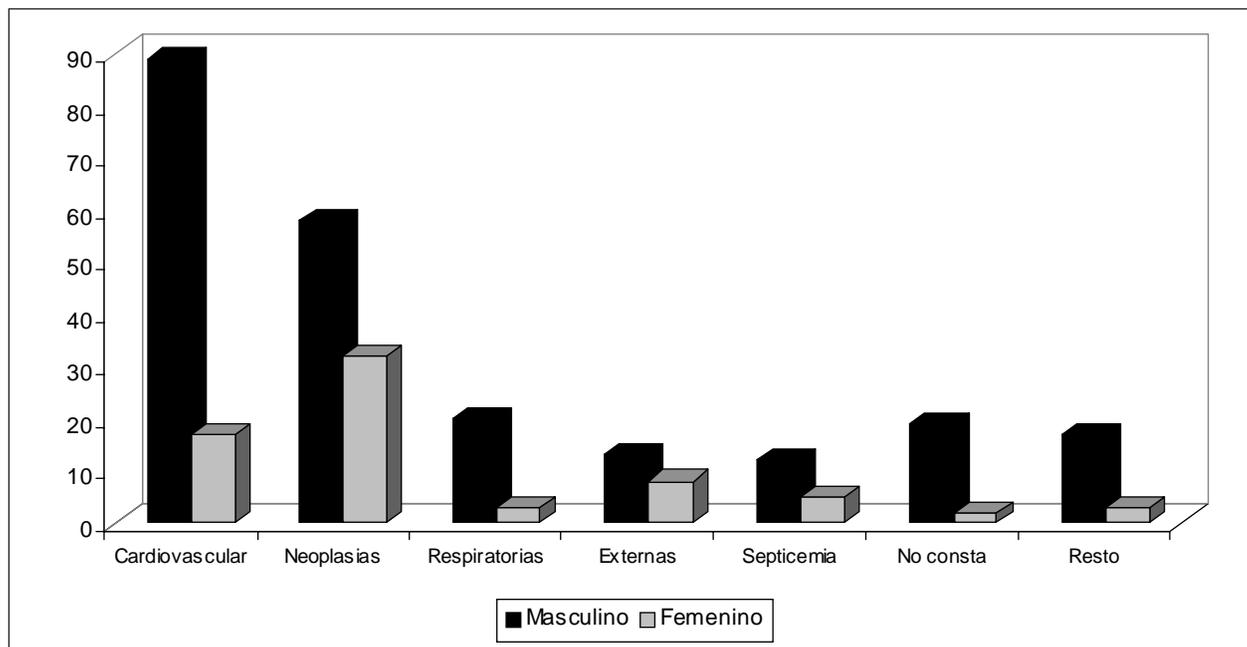


Figura 1. Distribución por sexo y causa según CIE 10

Al discriminar por sexo se constata que en las mujeres la enfermedad neoplásica ocupa el primer lugar (45,7%), ubicándose la enfermedad cardiovascular en segundo lugar (24,3%). La distribución por causa y sexo se muestra en la tabla 1 y la figura 1.

Enfermedad cardiovascular

Fallecieron por enfermedad CV 106 médicos (17 mujeres y 89 hombres), 35,5% del total. A nivel de la población general este porcentaje fue de 33%⁽³⁵⁾.

La mediana de edad en los hombres fue de 75 años (rango: 45-97 años). En las mujeres la mediana fue de 77 años (rango: 38-91 años).

Cuando se discrimina por edad y sexo se ve que en ambos sexos los valores de la mediana y el percentil 75 presentaban valores similares; sin embargo, en los percentiles 10 y 25 las mujeres tenían valores notoriamente menores, con una mayor dispersión, de tal manera que 10% de los hombres tenían menos de 60 años, mientras que 10% de las mujeres eran de 39 años o menos (tabla 2 y figura 2). La enfermedad más frecuente (44 casos) fueron las isquémicas y, dentro de éstas, el infarto agudo de miocardio (IAM) (24 casos): 20 hombres y 4 mujeres.

En el segundo lugar, para ambos sexos, encontramos las enfermedades cerebrovasculares con 23 casos: 19 hombres y 4 mujeres (tabla 3). En la mortalidad a nivel nacional en las mujeres, el primer lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares y en segundo lugar las enfermedades isquémicas⁽³⁵⁾.

Enfermedad neoplásica

A causa de enfermedad neoplásica fallecieron 90 médicos (30%), discriminados en 58 hombres y 32 mujeres (tabla 1).

La mediana de edad de los hombres fue de 71 años (rango: 32-90 años). Las mujeres tenían una mediana de edad de 52 años, con un rango entre 36 y 82 años. En todos los neoplasmas se constató edades menores en las mujeres, con una menor dispersión (tabla 2 y figura 3).

La enfermedad neoplásica fue la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres. Esto se diferencia de la mortalidad por causas en la población general, donde para ambos sexos fue la enfermedad que ocupa el segundo lugar.

El primer lugar lo ocupaban el cáncer de pulmón, seguido de los de próstata, colon y recto, mama y las leucemias (tabla 4).

Los cánceres más frecuentes en la población general fueron: el de pulmón en primer lugar, seguido por los de colon y recto, mama y próstata. Las leucemias ocupan a nivel nacional el séptimo lugar⁽³⁶⁾.

La enfermedad más frecuente en los hombres fue el cáncer de pulmón con 13 casos, con un rango de edad entre 50 y 85 años, seguido del cáncer de próstata con 12 casos, con un rango de edad entre 53 y 90 años. En este caso encontramos un comportamiento similar al de la población general, en la cual 99% de los fallecidos por cáncer de próstata fue mayor de 50 años, no así en cuanto a que en la población general 35% de quienes fallecen por cáncer de próstata son mayores de 90 años^(36,37).

Tabla 2. Distribución por causa, sexo y edad en percentiles, mediana y rango intercuartílico

Edad (en percentiles)	Sexo	
	Masculino	Femenino
Enfermedad cardiovascular		
P. 10	60	39
P. 25	68	50
Mediana	75	77
P. 75	82,5	80,5
Rango intercuartil	14,5	30,5
Enfermedad neoplásica		
P. 10	48	32
P. 25	56	46
Mediana	71	52
P. 75	81	62
Rango intercuartil	27	16
Causas externas		
P. 10	39	44
P. 25	45	48
Mediana	49	58
P. 75	60	74
Rango intercuartil	15	26

En las mujeres el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama con ocho casos, con un rango de edad entre 36 y 74 años; el segundo lugar lo ocupa el cáncer de colon y recto con cinco casos, con un rango de edad entre 40 y 56 años (tabla 4).

A nivel nacional el cáncer más frecuente en las mujeres fue el de mama, seguido por el de colon y recto, lo cual coincide con lo hallado en nuestra serie. A nivel de la población general el cáncer de cuello de útero ocupó el tercer lugar, y en esta serie se constató un caso^(36,37).

En Uruguay, desde la década de 1990 el cáncer de pulmón en las mujeres ha ido en aumento, desplazando al cáncer de piel. En esta serie se constataron dos casos de neoplasma de pulmón y ninguno de piel⁽³⁵⁾.

En diez casos la causa de muerte se consignó como “carcinomatosis”, neoplasma” o “primitivo oculto”.

Enfermedad respiratoria

La enfermedad respiratoria fue la causa de muerte atribuida a 23 médicos (20 hombres y 3 mujeres).

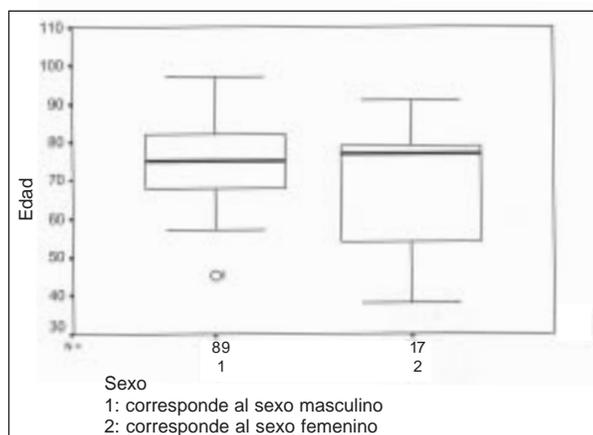
La mediana de edad de los hombres fue de 70 años (rango: 50-101 años), mientras que la edad de las tres mujeres eran: 79, 80 y 85 años.

La enfermedad más frecuente fue la neumonía con 14

Tabla 3. Distribución por causa cardiovascular (según CIE 10) y sexo

Causa	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Total
Cardiopatía isquémica*	35	9	44
Enf. cerebrovascular	19	4	23
Enf. hipertensiva	5	1	6
Aterosclerosis	2	-	2
Resto†	28	3	31
Total	89	17	106

* Incluye infarto agudo de miocardio. † Incluye tromboembolismo pulmonar, aneurisma de aorta, infarto de intestino mesentérico. Enf.: enfermedad

**Figura 2.** Fallecidos por enfermedad cardiovascular, por sexo y edad, en mediana, percentiles y rango intercuartílico

casos, seguida de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (tabla 5).

Se destaca que en cuatro de los fallecidos por otras causas se consigna que eran portadores de EPOC.

Un hombre de 50 años falleció de “crisis asmática prolongada”, y otro de 53 años, falleció de “cuadro de gripe”.

Externas

Fallecieron por causas externas (violencia accidental o intencional) 21 médicos (7,0%), discriminados en 13 hombres y 8 mujeres.

La mediana de edad de los hombres fue de 49 años (rango: 39-72 años) y la de las mujeres fue 58 años (rango: 44-80 años).

Destacamos que en diez fallecimientos, según el certificado de defunción, se hizo “reconocimiento” por médi-

Tabla 4. Distribución por causa neoplásica (según CIE 10) y sexo

Tumor	Frecuencia		Total
	Masculino	Femenino	
T.M. Labio, cavidad bucal y faringe	1	-	1
T.M. Esófago	1	-	1
T.M. Estómago	2	1	3
T.M. Colon y recto	4	5	9
T.M. Hígado y vías biliares	1	2	-
T.M. Páncreas	3	2	5
T.M. Laringe	1	-	1
T.M. Tráquea, bronquios y pulmón	13	2	15
Melanoma	2	-	2
T.M. Mama	-	8	8
T.M. Cuello de útero	-	1	1
T.M. Útero	-	1	1
T.M. Ovario	-	1	1
T.M. Próstata	12	-	12
T.M. Vejiga urinaria	2	-	2
T.M. Meninges y sistema nervioso central	2	2	4
Leucemias	3	1	4
Resto	8	-	8
Sin especificar	3	6	9
Total	58	32	90

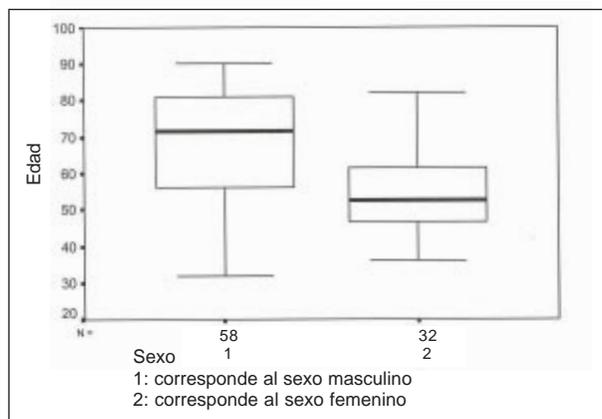


Figura 3. Fallecidos por tumores malignos, por sexo y edad, en mediana, percentiles y rango intercuartílico

co forense. En cinco de ellos estaba señalado además el ítem de causa externa, sin indicación de que fuera suicidio, homicidio o accidente, por lo cual se incluyeron en esta causa; en los otros cinco sólo constaba la palabra “reconocimiento”, por lo que fueron incluidos bajo la denominación de “no consta” en la tabla respectiva por causas (tabla 6).

Al discriminar por causas se encuentra que los accidentes incluían cinco de tránsito, uno domiciliario y en el restante no se especifica.

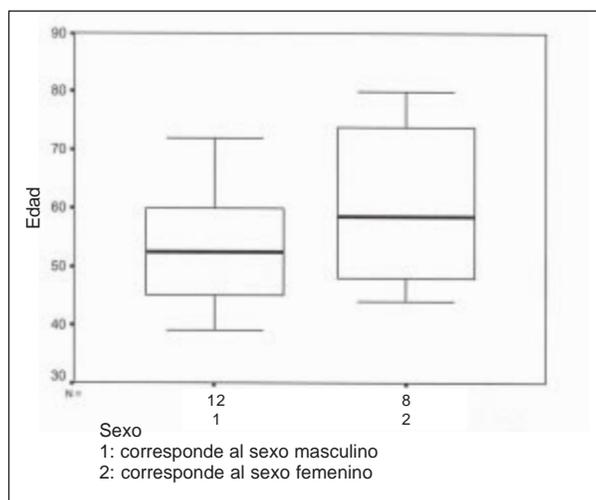


Figura 4. Fallecidos por causas externas, por sexo y edad, en mediana, percentiles y rango intercuartílico

Los suicidios incluían: uno por psicofármacos, dos por arma de fuego y dos por precipitación.

Los fallecimientos por homicidio fueron dos casos, ambos en mujeres.

Los cinco “reconocimientos” identificados como de causas externas correspondieron todos al sexo masculino: uno de 39 años, con politraumatismos graves; uno de

Tabla 5. Distribución por causa respiratoria (según CIE 10) y sexo

Causa	Frecuencia		Total
	Masculino	Femenino	
Neumonía	12	2	14
EPOC	4	-	4
Insuficiencia respiratoria	1	-	1
Influenza (gripe)	1	-	1
Otras	2	1	3
Total	20	3	23

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Tabla 6. Distribución por causa externa (según CIE 10) y sexo

Causa	Frecuencia		Total
	Masculino	Femenino	
Accidentes	3	4	7
Suicidios	3	2	5
Homicidios	-	2	2
Reconocimiento	5	-	5
Precipitación	1	-	1
Muerte violenta	1	-	1
Total	13	8	21

56 años, en el cual consta “estallido de cráneo”; uno de 60 años, por sumersión en la playa; uno de 62 años, por agravo cerebral irreversible; uno de 48 años.

Esta causa de muerte (por factores externos) es la única en la que los estadísticos por edad de las mujeres son mayores que los hombres. A nivel de la población general, 37 de cada 100 fallecidos lo es por esta causa; en esta serie fallecen siete de cada 100 (figura 4).

Hepatopatías

Se encontraron seis casos de fallecidos por hepatopatías, todos del sexo masculino: tres por hepatopatías crónicas, uno de 55 años y dos de 77. En los otros tres, de 53, 57 y 64 años, se especificó la cirrosis como causa de muerte.

Sepsis

En 17 de los fallecidos se indicó esta causa: 12 hombres y 5 mujeres.

El rango de edad de los hombres, fue entre 42 y 93 años, y el de las mujeres entre 41 y 83 años.

De la totalidad de estos casos, en cuatro sólo consta la palabra “sepsis”, sin ninguna otra indicación.

Hubo cuatro casos de origen respiratorio, tres de origen urinario, tres por sepsis posoperatoria (con 75, 79 y 80 años), uno enteral, uno por celulitis de muslo y un hombre de 42 años en sepsis por *Salmonella*, portador de sida, enfermedad en etapa terminal.

Otras causas

En 20 casos se agrupan diversas enfermedades.

En 21 casos bajo el rubro “no consta” se agrupan los cinco “reconocimientos” de fallecidos por causa no violenta, y otros en los que se informa “paro cardiorrespiratorio” o “se desconoce”.

Discusión

La premisa básica de la epidemiología es que la salud y la enfermedad no se dan en forma casual sino que responden a patrones que reflejan la forma en que actúan las causas subyacentes en una determinada población. Es por ello que conociendo la distribución y progresión del estado de salud y enfermedad de un grupo de población se pueden implementar acciones con una efectividad mayor. Por lo que antes de iniciar cualquier acción se debe tener este conocimiento previo que redundará en mejores acciones y consecuentes resultados.

A través del análisis de los datos de mortalidad se puede medir indirectamente el nivel de salud, ya que éstos nos aproximan al conocimiento de los problemas de salud prevalentes.

Apreciamos una alta prevalencia de enfermedades crónicas, cuya etiología se atribuye a la interacción de varios factores, situación esta a tener en cuenta cuando se implementan medidas de prevención y control, a nuestro entender tan necesarias luego de lo mostrado por este estudio.

El cáncer es el resultado final de una serie de circunstancias interrelacionadas; es una de las enfermedades, donde con más claridad se aplican los modelos multicausales. En consecuencia, cualquier acción que se implemente contra un factor de riesgo implicado en mayor o menor medida actuará sobre más de un tipo de neoplasia.

Encontramos 66% de nuestra población que falleció por enfermedad cardiovascular u oncológica. El tabaco es considerado factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y para varios de estos neoplasmas^(36,37).

El 38% falleció de enfermedades que tienen como factor de riesgo el alcohol.

A nivel general podríamos afirmar que los patrones de mortalidad de los médicos no tienen grandes diferencias con los de la población general, a excepción de las dife-

rencias de edad del sexo femenino. La pregunta que este estudio no puede responder es por qué los médicos no nos beneficiamos de las medidas preventivas que recomendamos a nuestros pacientes. Sería importante replantearse el enfoque y no poner énfasis en los factores de riesgo sino en el estudio de aquellas condiciones socio-económicas y laborales que sean el origen de esta no diferencia.

Conclusiones

Resulta difícil establecer comparaciones con estudios internacionales debido, entre otros factores, a no disponer de los certificados de defunción de toda la serie de 1.741 de médicos fallecidos entre 1974 y 2002. Sólo se accedió a los certificados de defunción de los 298 casos ocurridos en los últimos cinco años de la serie debido a la destrucción de certificados.

Por esta misma razón no fue posible realizar un estudio de tendencias ni profundizar en las diferencias de causas de mortalidad en las diferentes especialidades.

A pesar de ser un período de estudio más corto se mantiene la tendencia del primer estudio en cuanto a las diferencias por edad de las mujeres⁽¹⁾.

Al discriminar por causa se encontró diferencias de edad entre hombres y mujeres.

Las principales causas coinciden con las de la población general del país, aunque, en algunos casos, no en el mismo orden.

Se destaca la frecuencia de enfermedades respiratorias: neoplasma de pulmón y EPOC, este último obrando como causa determinante o contribuyente de la muerte, siendo una enfermedad prevenible, ya que tiene una fuerte vinculación con el hábito de fumar.

También resulta llamativo el número de hepatopatías crónicas que afectan a médicos relativamente jóvenes.

Summary

Background: causes of physicians death have been studied worldwide. A previous study showed diverse results related to general population, women and some specialties.

Objective: to determine death causes of physicians in Uruguay from 1998 to 2002 in order to promote prevention and control actions.

Method: a retrospective transversal study of causes of death occurred from January 1, 1998 to December 31, 2002. Data was obtained from death certifications of the Ministry of Public Health (Ministerio de Salud Pública) in Uruguay. Causes of death were classified according to international categorization (CIE-10), and were subsequently compared to overall values.

Results: the physician population considered accounted for 298 people: 76.6% were men (mean age, 71 years) and 23.4% women (mean age, 60 years). The first cause of death was heart related (35%), neoplastic cause ranked in the second place (30%), and 7% died from violent causes (for this group, mean age of death in women was higher compared to mean age of men).

Discussion: there is a prevalence of chronic diseases: 66% died from diseases which risk factor was smoking and in 38%, risk factor was alcohol. Mortality pattern was similar to overall population, except for women ages of death. Social and labour conditions should be included in further studies.

Conclusions: main causes of death coincide with causes for general population in Uruguay. Rates of respiratory diseases smoking-related and rates of chronic hepatopathies in young physicians.

Résumé

Introduction: les causes de mort des médecins ont été étudiées dans le monde entier. Un travail antérieur a montré des différences avec la population générale, surtout chez les femmes et dans quelques spécialités.

Objectif: connaître les causes de mort des médecins décédés en Uruguay entre 1998 et 2002 et obtenir de l'information afin de développer des actions de prévention et de contrôle.

Matériel et méthode: on fait une étude transversale rétrospective des causes de mort des médecins uruguayens entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2002. On a obtenu les données des actes de décès du Ministère de la Santé Publique. Les causes ont été classées selon l'échelle mondiale de causes de mort (CIE-10). On compare les chiffres de la population générale.

Résultats: 298 médecins sont morts dont 76,6% d'hommes, moyenne d'âge 71 ans, 23,4% de femmes, moyenne d'âge 60 ans. La première cause est cardiovasculaire (35,5%). La deuxième est néoplasique (30%). 7% a décédé par cause violente, unique cause où les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

Discussion: on apprécie une prévalence de maladies chroniques. 66% a décédé à cause de maladies ayant comme facteur de risque le tabac et 38% l'alcool. Les lignes de mortalité n'ont pas de grandes différences avec celles de la population générale, sauf à l'âge des femmes. Apparemment, les médecins ne bénéficient pas des mesures préventives qu'on recommande. Désormais, ce serait important de mettre l'accent sur l'étude des conditions socio-économiques et de travail.

Conclusions: les limitations causées par la destruction de l'information a difficulté la comparaison à des chiffres internationaux et par spécialité. Les principales causes

correspondent à celles de la population du pays. On signale la fréquence des maladies respiratoires liées au tabagisme et au nombre d'hépatopathies chroniques chez des jeunes.

Resumo

Introdução: as causas de morte dos médicos foram estudadas em todo o mundo relacionadas a diferentes fatores com diferentes resultados. Um trabalho anterior mostrou diferentes com a população em geral, mais pronunciado nas mulheres e em algumas especialidades.

Objetivo: conhecer as causas de morte dos médicos falecidos no Uruguai no período 1998-2002, e obter informação para implementar ações de prevenção e controle.

Material e método: realizou-se um estudo transversal retrospectivo das causas de morte dos médicos falecidos no Uruguai entre 1º de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2002. Os dados foram obtidos dos atestados de óbito do Ministério de Saúde Pública. As causas foram categorizadas de acordo com a Classificação Internacional de Causas de Morte (CID-10). Os resultados foram comparados com os dados da população em geral.

Resultados: faleceram 298 médicos, 76,6% homens com uma mediana de idade de 71 anos, e 23,4% mulheres com uma mediana de 60 anos. A primeira causa de morte foi cardiovascular com 35,5%. A segunda causa foi neoplásica com 30%. Sete por cento (7%) faleceu por causas violentas sendo esta a única causa na qual a idade das mulheres supera a dos homens.

Discussão: observamos uma prevalência de doenças crônicas. 66% faleceu por doenças que apresentam como fator de risco o tabaquismo e 38% as bebidas alcoólicas. Os padrões de mortalidade não mostram diferenças importantes com a população em geral, com exceção da idade nas mulheres. Aparentemente os médicos não nos beneficiamos das medidas preventivas que recomendamos. No futuro seria importante enfatizar o estudo das condições socio-econômicas e ocupacionais.

Conclusões: a destruição de informação dificultou a comparação com dados internacionais e com especialidades. As principais causas são coincidentes com as da população em geral do país. Ressaltamos a frequência de doenças respiratórias vinculadas ao tabaquismo e o número de hepatopatias crônicas em jovens.

Bibliografía

1. **Turnes AL, Ciriacos CM, Rodríguez Almada H.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002. características demográficas. *Rev Med Urug* 2003; 19: 216-24.
2. **Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R.** Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 911-8.
3. **Doll R, Peto R, Wheatley K, Gris R, Sutherland I.** Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 910-1.
4. **Carpenter L, Swerdlow A, Fera N.** Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med* 1997; 54 (6): 388-95.
5. **Doll R, Peto R.** Mortality among doctors in different occupations. *BMJ* 1977; (6074): 1433-6.
6. **Arnetz S, Horte L, Hedberg A, Theorel T, Allander E, Malker H.** Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 139-43.
7. **Svardsudd K, Wedel H, Gordh T.** Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1187-95.
8. **Ohtonen P, Alahuhta S.** Mortality among Finnish anesthesiologists from 1984-2000. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1196-9.
9. **Rimpela AH, Nurmien MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T.** Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet* 1987; 10: 84-6.
10. **Aasland OG.** Mortality of anesthesiologists, pediatricians, and other specialists in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1200-2.
11. **Goodman LJ.** The longevity and mortality of American physicians, 1969-1973. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1975; 53(3): 353-75.
12. **Simon W.** Suicide among physicians: prevention and postvention. *Crisis* 1986; 7(1): 1-13.
13. **Sargent DA, Jensen VW, Petty TA, Raskin H.** Preventing physician suicide. The role of family, colleagues, and organized medicine. *JAMA* 1977; 237(2): 143-5.
14. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project. Stage II. Council on Scientific Affairs. *JAMA* 1987; 257(21): 2949-53.
15. Physician mortality and suicide. Results and implications of the AMA-APA Pilot Study. AMA Council on Scientific Affairs. *Conn Med* 1986; 50(1): 37-43.
16. **Blachly P.** Which MDs are likely candidates for suicide? *Med World News* 1979; 19: 20-2.
17. **Craig G, Pitts FN.** Suicide by physicians. *Dis Nerv Syst* 1968; 29: 763-72.
18. **Rose KD, Rosow I.** Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 800-5.
19. **Franck E, Biola H, Burnett CA.** Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Med Prev* 2000; 19(3): 155-9.
20. **Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB.** Cause-specific mortality risk of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 922-30.
21. **Berry AJ, Fleisher LA.** Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. New evidence for the existence of old problems. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 919-21.
22. **Lew EA.** Mortality experience among anesthesiologists, 1954-1976. *Anesthesiology* 1979; 51: 195-9.
23. **Araki S, Murata K, Kumagai K, Nagasu M.** Mortality of medical practitioners in Japan: social class and the "healthy worker effect". *Am J Ind Med* 1986; 10(1): 91-9.
24. **Kono S, Ikeda M, Tokudome S, Nishizumi M, Kuratsune M.** Smoking and mortalities from cancer, coronary heart disease and stroke in male Japanese physicians. *J Cancer Res Clin Oncol* 1985; 110(2): 161-4.
25. **Kono S, Ikeda M, Tokudome S, Nishizumi M, Kuratsune M.** Alcohol and mortality: a cohort study of male Japanese physicians. *Int J Epidemiol* 1986; 15(4): 527-32.

26. **Armijo R, Monreal T.** Causas de mortalidad en médicos chilenos. *Rev Med Chile* 1962; 347-52.
27. **Jiménez-Navarrete MF.** Mortalidad en el cuerpo médico nacional. *Acta Med Costarric* 1997; 39(2): 38-43.
28. **Jiménez-Navarrete MF, González-Blandón R, Seel-Salazar V.** Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. *Acta Med Costarric* 2000; 42(3): 121-30.
29. **Valverde Caravaca CA.** Mortalidad comparada entre profesionales en Costa Rica, años 1988-1992. *Rev Med Costa Rica* 1994; 61(527): 57-60.
30. **Casilla De León E, Céspedes R, Concepción Borroughs J, Sosa Ortiz, M, Méndez S, Cruz Arias J, et al.** Principales características de la muerte del médico en República Dominicana. *Rev Med Dom* 1993; 54(1): 3-4.
31. **Vidal L, Gambón E, Contera M, Fernández M.** Mortalidad de profesionales universitarios en el Uruguay. Estudio epidemiológico. Montevideo: Facultad de Medicina, 1976.
32. **Rosasco CL.** Riesgo profesional en la sala de operaciones. Efecto de los agentes anestésicos. *Cir Urug* 1976; 46(4): 288-92.
33. **Barreiro G.** La polución ambiental en sala de operaciones: un problema aún sin solución. *Rev Med Urug* 1990; 6: 6-8.
34. **Ullmann D, Phillips RL, Besson L, Dewey HG, Brin BN, Kuzma JW, et al.** Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. *JAMA* 1991; 265(16): 2352-9.
35. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública, División Estadística.** Mortalidad clasificada por causa, sexo, y edad. Montevideo: MSP, 1998.
36. **Vassallo JA, Barrios E.** Actualización ponderada de los factores de riesgo del cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 2003: 9-119.
37. **Ríos E, Ronco A, Fierro L, De Stéfani E, Vassallo JA.** Tendencias de la mortalidad por cáncer en Uruguay 1953-1997. *Rev Med Urug* 2002; 18: 167-74.