

Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974 - 2002. Características demográficas

Dres. Antonio L. Turnes¹, Calíope María Ciriacos²,
Hugo Rodríguez Almada³

Trabajo auspiciado por el Sindicato Médico del Uruguay

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las características demográficas y de especialidad de los médicos fallecidos en Uruguay entre los años 1974 y 2002. Los datos se obtuvieron del Padrón Médico Nacional del Sindicato Médico del Uruguay.

En la comparación con las cifras de esperanza de vida al nacer (EVN) nacional, se observa un elevado porcentaje de médicos que fallecen a edades menores a los valores de dicho indicador, los que son siempre mayores en las mujeres.

Fallecieron 1.772 médicos –247 mujeres y 1.525 hombres– con un comportamiento diferente en la edad de la muerte por sexo. Mientras 50% de las mujeres fallece antes de los 60 años, 25% de los hombres muere antes de esa edad. Todos los indicadores calculados muestran una mortalidad en edades menores en las mujeres frente a los hombres. En cuanto al análisis por especialidad se observa que en todas las especialidades se mantienen las características de la distribución total, es decir, siempre las mujeres mueren a edades más jóvenes que sus colegas hombres, encontrándose que anestesiólogos y cardiólogos mueren a edades más jóvenes que el resto de sus colegas. Se concluye la necesidad de profundizar los estudios, asimismo identificar como grupo de riesgo a la profesión médica en conjunto y como subgrupo de riesgo a las especialidades, según los hallazgos encontrados, y desarrollar estrategias de prevención para corregir los efectos adversos encontrados, tanto generales hacia el colectivo médico como específicas para los subgrupos mencionados.

Palabras clave: MÉDICOS.
MORTALIDAD.
URUGUAY.

1. Doctor en Medicina. Administrador General del Sindicato Médico del Uruguay.

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

3. Doctor en Medicina, Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Médico Forense del Poder Judicial.

Correspondencia: Dr. Antonio L. Turnes.
Comodoro Coe 3365, CP 11600. Montevideo, Uruguay.

E-mail: alturnes@adinet.com.uy

Recibido: 30/4/03.

Aceptado: 12/12/03.

Introducción

La comunidad médica de cada país ha procurado realizar estudios para conocer, a través de los tiempos, si sus integrantes se ven beneficiados por sus conocimientos sobre el cuidado de la salud, si son indiferentes a esos conocimientos y circunstancias, o si se ven perjudicados, obteniendo expectativas de vida inferiores a la población general.

En los países con organizaciones nacionales de médicos antiguas y poderosas, como los Estados Unidos de América, o el Reino Unido, o en los países escandinavos, se vienen realizando estudios sistemáticos y prospectivos que permiten un conocimiento más afinado de la morbimortalidad de los profesionales médicos y de otras profesiones, en particular enfermería. En algunos países de América Latina se han publicado, en años recientes, estudios sobre las causas de mortalidad de los médicos, que permiten conocer cómo ocurren estos fenómenos.

Importancia del tema

Distintas circunstancias han sido señaladas, en los diversos estudios, como causantes de una mayor mortalidad de los médicos, o de algunos grupos de especialistas. Relacionadas con modalidades de trabajo, con el ambiente laboral, con el contacto con sustancias tóxicas, el uso y abuso de algunas dependencias (tabaco y alcohol), incluso drogas. Las muertes de causa violenta, en algunas sociedades, han tenido una mayor incidencia y son señaladas desde hace décadas en revistas médicas. En otros estudios, sin embargo, se ha señalado que los médicos tienen una expectativa de vida superior a la de sus pacientes o conciudadanos, lo que supondría un mejor aprovechamiento de sus conocimientos en beneficio de una calidad de vida más saludable. No se ha estudiado la incidencia de factores socioeconómicos, como la inestabilidad laboral, el desempleo, u otras noxas, que podrían incidir en el síndrome de "burnout", cada vez más mencionado en los estudios sobre calidad de vida de los profesionales de la salud, incluso en nuestro medio^(1,2).

Uno de los autores ha iniciado, ya a comienzos de la década de 1990, una compilación de datos derivados del Padrón Médico Nacional (PMN) que lleva desde 1974 el Sindicato Médico del Uruguay, una base de datos de la totalidad de los médicos habilitados para el ejercicio profesional en el país, donde se registran los fallecimientos producidos. Esos primeros intentos de sistematizar la información mostraron, en la comparación de los diferentes grupos de especialistas, elementos que permitían sospechar situaciones muy diferentes entre algunas actividades médicas y el resto del colectivo. Sin embargo, no fue hasta 2003 que se reunió suficiente evidencia para realizar

un estudio necesario a fin de conocer la realidad y adoptar, si correspondiera, conductas de prevención que beneficien a futuro a los grupos más vulnerables.

Desde enero de 2000, se ha comenzado a formar una base de datos de un importante grupo de médicos, fundamentalmente de Montevideo y su área metropolitana, en cuanto a las causas de morbilidad*, lo que agregaría elementos de información trascendentes y objetivos para realizar estudios futuros. Con la información reunida ha sido posible, no obstante, conocer qué distribución tenían las principales enfermedades como causa de incapacidad, en términos de días de actividad perdidos por causal de enfermedad.

Esa es la razón inicial de este trabajo, con el cual los autores aspiran a contribuir al mejor conocimiento de esta situación, sus causas y posibles soluciones.

Revisión bibliográfica

En Uruguay se registra un primer trabajo sobre mortalidad de los profesionales universitarios en 1975⁽³⁾, y otros estudios que alertan sobre la incidencia de factores ambientales en sala de operaciones sobre los médicos anesestesiólogos y el personal que trabaja bajo la exposición de los agentes farmacológicos, fundamentalmente halogenados y ciclopropano^(4,5), mencionándose entre diversas enfermedades la frecuencia de abortos espontáneos en el personal femenino.

Se obtuvieron referencias en América Latina desde la década de 1960, con el primer trabajo publicado en Chile por Armijo y colaboradores⁽⁶⁾, hasta trabajos cercanos efectuados en Brasil en el estado de São Paulo, en uno de los cuales se subraya la falta de cuidado que tienen los médicos con su propia salud⁽⁷⁾ y, por otra parte, otro estudio también reciente pone énfasis en la incidencia de hábitos tóxicos (alcohol y drogas) entre los profesionales⁽⁸⁾. Se han registrado también varios estudios en Costa Rica⁽⁹⁻¹¹⁾ y uno en República Dominicana⁽¹²⁾.

En los Estados Unidos de América hay abundante bibliografía en estudios generales⁽¹³⁾, y de grupos de especialistas, destacando los realizados entre los anesestesiólogos⁽¹⁴⁻¹⁸⁾, algunos de ellos llevados adelante en forma conjunta por la AMA[†] y el ASA[‡]. Del mismo modo, se efectuaron observaciones sobre calidad de vida en médicos de la misma región con diferentes patrones culturales⁽¹⁹⁾. Incluso fueron efectuados estudios conjuntos entre la AMA y la APA[§] ⁽²⁰⁻²²⁾, preocupados por la tasa de suicidios registrada entre médicos jóvenes⁽²²⁻²⁷⁾. Algún estudio ha mostrado apreciaciones diferentes⁽²⁸⁾.

* Caja de Auxilio y Seguro Médico Montevideo-Uruguay (CASEMED). Comunicación al autor (A.T.).

† AMA = American Medical Association.

‡ ASA = American Society of Anesthesiology.

§ APA = American Psychiatric Association.

En el continente europeo se han realizado estudios de cohortes entre médicos generales en el Reino Unido, midiendo la incidencia de diversos factores en la muerte de los médicos, como el tabaco⁽²⁹⁾ y el alcohol⁽³⁰⁾, aunque éste fue severamente cuestionado por los lectores de la revista que publicó el informe⁽³¹⁻³³⁾; no obstante, otros lo aprobaron⁽³⁴⁾. Otros estudios valoraron la incidencia según especialidades^(35,36) a través de más de cuatro décadas. En los países escandinavos, Dinamarca⁽³⁷⁾, Finlandia^(38,39), Suecia^(40,41) y Noruega⁽⁴²⁾, se realizaron diversos estudios. También en Japón se efectuaron varios estudios^(43,44), a través de las décadas, midiendo la incidencia de hábitos de los médicos: tabaco⁽⁴⁴⁾ y alcohol⁽⁴³⁾.

En varios países (Estados Unidos, Brasil) se organizaron esfuerzos encaminados a prevenir la ocurrencia de muertes por las causas detectadas (factores ambientales para los anestesiólogos, grupos de psicoterapia y ayuda para los dependientes).

El objetivo de este trabajo es obtener el conocimiento de las características de los médicos fallecidos en Uruguay en el período comprendido entre el 1° de enero de 1974 y el 31 de diciembre de 2002.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las características de los médicos fallecidos en Uruguay, con títulos expedidos o revalidados en el país y residentes en él, en el período transcurrido entre el 1° de enero de 1974 y el 31 de diciembre de 2002.

Se utilizaron los datos obtenidos del Padrón Médico Nacional del Sindicato Médico del Uruguay.

Se estudiaron las características demográficas, de especialidad y año de fallecido.

Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 10.1.

La fecha de muerte se presentó en tablas y figuras en quinquenios.

La variable edad se presenta en percentiles y como medida de dispersión el rango intercuartilico, al ser una medida más robusta para las distribuciones asimétricas⁽⁴⁵⁾.

Se compararon los hallazgos con la esperanza de vida al nacer (EVN) del Ministerio de Salud Pública, la cual era para 1974/1976, 65 años para los hombres y 72 para las mujeres; en 1984/1986, para hombres 68 años y para las mujeres 75; en el bienio 1996/1997, para los hombres 69 años y 77 años para las mujeres⁽⁴⁶⁾.

Se agrupó en una sola categoría Psiquiatría y los cuatro casos de Psiquiatría Infantil, porque no se diferenciaban en sus comportamientos. Lo mismo sucedió con los radiólogos y radioterapeutas. Los indicadores de los cirujanos plásticos no mostraban diferencias con los presentados por los cirujanos generales por lo que se agruparon

en una sola categoría para su presentación. Las características de edad y sexo en anestelistas, cardiólogos, cirujanos, pediatras, psiquiatras y médicos generales se calcularon y presentaron separadamente, para permitir una mejor comparación con los resultados encontrados en la literatura consultada.

Resultados

Durante el período de estudio, comprendido entre el 1° de enero de 1974 y el 31 de diciembre de 2002, en Uruguay fallecieron 1.772 médicos, 247 mujeres (14%) y 1.525 hombres (86%).

Las muertes tuvieron un promedio anual de 61 y un rango entre 31 en el año 1974 y 73 en 1979.

La distribución por edad, sexo y año de fallecido se presenta en la tabla 1 y en la figura 1. En ella se observa que se mantiene relativamente constante el número de fallecidos en todo el período; no obstante, se constata un incremento constante del porcentaje de mujeres sobre el total de médicos fallecidos, pasando de 5,8% en el año 1974 a 23% en 2002.

Las características de la edad y el sexo se presentan en las tablas 2 y 3 y en las figuras 2, 3 y 4.

Respecto al comportamiento de la variable edad, se observa una diferencia en la edad de la muerte por sexo. Mientras que 50% de las mujeres fallece antes de los 60 años, el porcentaje de los hombres que mueren antes de esa edad es de 25%. Todos los indicadores calculados muestran una mortalidad en edades menores en las mujeres frente a los hombres.

En la comparación con las cifras de la EVN nacional por sexo, observamos en todo el período de estudio un elevado porcentaje de médicos que fallecen a edades menores a los valores de dicho indicador. Estos porcentajes son siempre mayores en las mujeres.

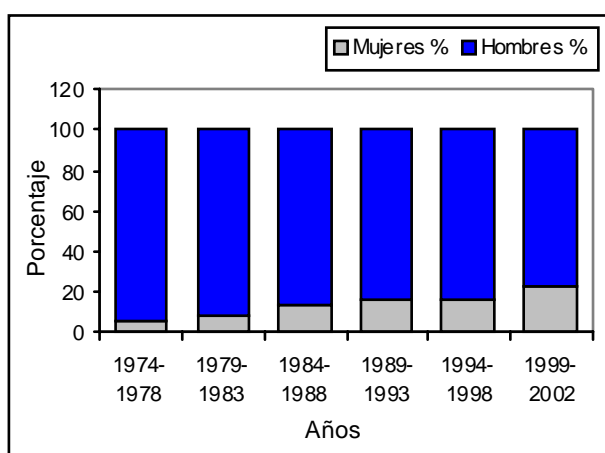
En el período 1974/1976, 100% de las mujeres y 42% de los hombres murió a edades menores a la EVN nacional. En el período 1984/1986, 86% de las mujeres y 36,4% de los hombres no llegó a la EVN nacional por sexo, y en el período 1996/1997, 75% de las mujeres y 38% de los hombres no lo hizo.

Estudiada la distribución de las muertes según especialidades, se aprecia que existen valores llamativamente diferentes en algunas de ellas (tabla 4).

Estudiados los anestesiólogos como grupo, encontramos que el número de mujeres de esta disciplina no era suficiente para calcular indicadores. Sus edades eran: 39, 57, 68 y 79 años. De ellas, tres de las cuatro, no llegaron a la EVN nacional para el sexo. Otro tanto ocurrió con los cardiólogos, donde se encontró entre las mujeres sólo cuatro muertes con las siguientes edades: 47, 52, 55, 88 años. Se repite el hecho de que tres de las cuatro no alcan-

Tabla 1. Distribución de médicos fallecidos por sexo y año de fallecido (en quinquenios). Uruguay 1974-2002

Años	Médicos fallecidos					
	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1974-1978	15	5,8	241	94,2	256	100
1979-1983	24	8	276	92	300	100
1984-1988	43	13	293	87	336	100
1989-1993	49	17	237	83	286	100
1994-1998	53	17	262	83	315	100
1999-2002	59	23	193	77	252	100

**Figura 1.** Distribución de médicos fallecidos por sexo y año (en quinquenios). Uruguay 1974-2002

zaron la EVN nacional para su sexo.

La tabla 5 y la figura 5 muestran la edad de anesthesiólogos y cardiólogos hombres.

El 25% de los anesthesiólogos de sexo masculino fallecieron a edades en las cuales fallecieron 10% de los médicos en su totalidad. El 50% de los anesthesiólogos del mismo sexo fallecieron a edades en las que se registran 75% de las muertes de la totalidad de sus demás colegas.

Los cardiólogos de sexo masculino tienen indicadores menores a los médicos hombres en general, pero no en las dimensiones de los anesthesiólogos.

Las características de cirujanos, médicos generales, pediatras y psiquiatras se muestran comparadas por sexo en la tabla 6 y en las figuras 6, 7, 8 y 9.

Los fallecidos de estas especialidades mantienen las características de la distribución total, es decir, siempre las mujeres tienen indicadores menores, o sea, mueren a edades más jóvenes que sus colegas hombres.

Analizados por sexo, los médicos generales del sexo femenino muestran valores en los percentiles 10, 25 y 50 menores a los de las médicas en general; vale decir que las mujeres de esta categoría fallecen a edades menores que

Tabla 2. Distribución de médicos fallecidos por edad y sexo. Uruguay 1974-2002

Edad	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
25-34	10	26	36
35-44	35	67	102
45-54	42	110	152
55-64	50	241	291
65-74	40	379	419
75-84	41	430	471
85-94	15	185	200
95 y más	2	13	15
S/D	12	73	85
Total	247	1.525	1.772

Tabla 3. Edad en mediana. Rango intercuartil. Percentil 10, 25, 75 por sexo. Uruguay 1974-2002

Estadístico	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Percentil 10	49	39
Percentil 25	61	47
Mediana	72	60
Percentil 75	80	74
Rango Intercuartil	19	27

el conjunto de las médicas. Las pediatras y psiquiatras no muestran diferencias a los de las mujeres en general.

Las ginecólogas muestran indicadores levemente mayores.

Los pediatras, médicos generales y ginecólogos del sexo masculino muestran indicadores similares a la distribución de los hombres en su conjunto. Por el contrario, los psiquiatras en el período estudiado fallecen en los percentiles 10, 25 y 50 a edades mayores al conjunto de los médicos, igualándose en el percentil 75.

Tabla 4. Distribución de médicos fallecidos según especialidad y sexo. Uruguay 1974-2002

Especialidad	Frecuencia		Total
	Mujeres	Hombres	
Administración	4	18	22
Anestesiología	4	37	41
Cardiología	4	51	55
Cirugía *	1	185	186
Dermatología	6	25	31
Endocrinología	6	14	20
Gastroenterología	4	37	41
Ginecología	23	88	111
Medicina general	53	472	525
Medicina intensiva	0	2	2
Medicina interna	6	42	48
Neumología	7	40	47
Oftalmología	4	30	34
Pediatría	55	127	182
Psiquiatría †	18	69	87
Radiología ‡	6	30	36
Urología	0	25	25
Otros	43	210	253
S/D	3	23	26
Total	247	1.525	1.772

* Cirugía incluye 11 casos de cirugía plástica y cinco de cirugía infantil.
 † Psiquiatría incluye cuatro casos de psiquiatría infantil.
 ‡ Incluye radiología y radiodiagnóstico.

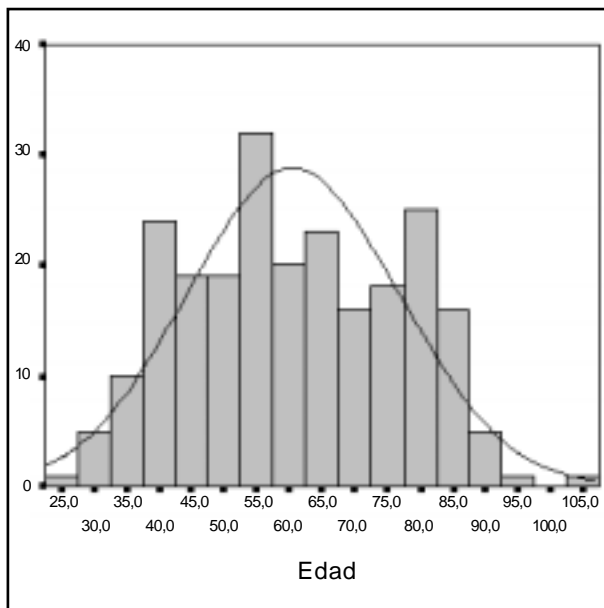


Figura 2. Distribución por edad de médicos mujeres fallecidos. Uruguay, 1974-2002

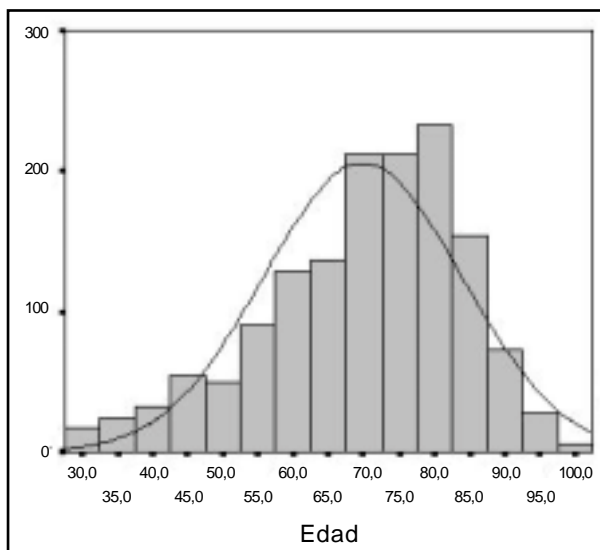


Figura 3. Distribución por edad de médicos hombres fallecidos. Uruguay, 1974-2002

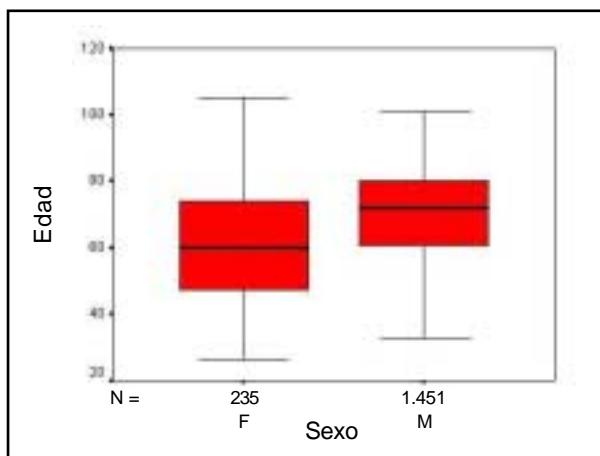


Figura 4. Distribución de médicos fallecidos según sexo y edad en mínimo, máximo, mediana, percentiles

Tabla 5. Edad de anestesiólogos y cardiólogos fallecidos del sexo masculino en percentiles, rango intercuartil

Estadístico	Anestesiólogos	Cardiólogos
Percentil 10	42	47
Percentil 25	49,5	56,75
Percentil 50	61,5	68
Percentil 75	72,75	80
Rango intercuartil	23	23,25

Tabla 6. Distribución por especialidad, sexo y edad percentiles, rango intercuartil Uruguay 1974-2002

Estadístico	Especialidad							
	Pediatria		Medicina general		Psiquiatria		Ginecología	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Percentil 10	38,6	50,8	32	43	40,3	44,8	37	48
Percentil 25	46	60	39	60	47,7	56	49	61,5
Percentil 50	60	71	55	72	57,5	62	67	74
Percentil 75	71	78	72	81	67,5	77	79,2	79,5
Rango intercuartil	25	18	33	21	19,7	21	30	18

F: femenino, M: masculino

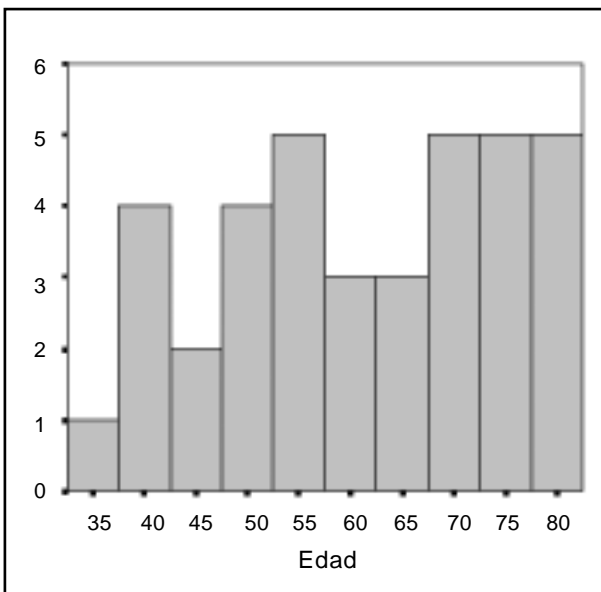


Figura 5. Distribución por edad de anestesiólogos del sexo masculino. Uruguay 1974-2002

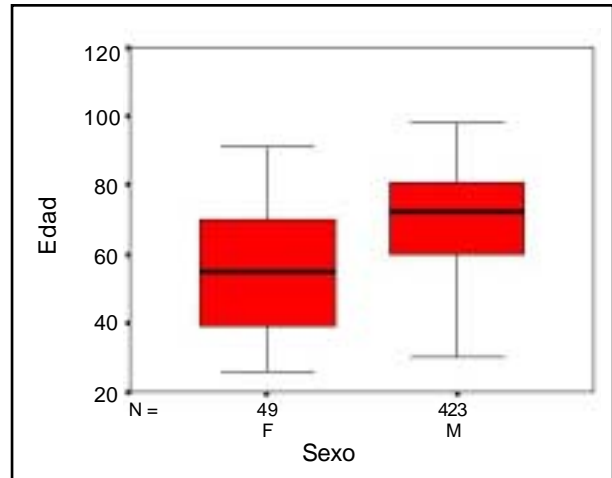


Figura 7. Distribución de médicos generales por sexo y edad en percentiles, mínimo y máximo. Uruguay 1974-2002. F: femenino, M: masculino

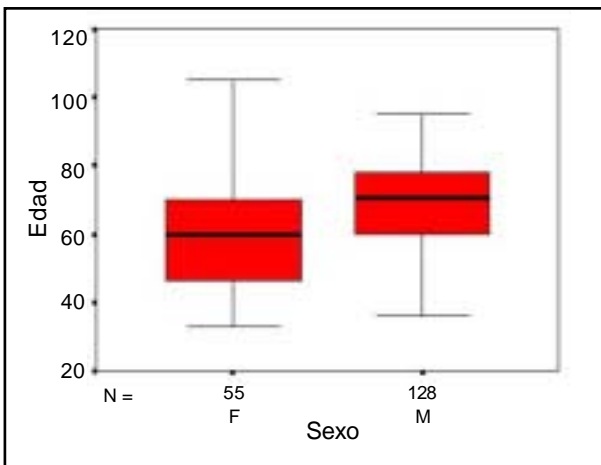


Figura 6. Distribución de pediatras por sexo y edad en percentiles, máximo y mínimo. Uruguay 1974-2002 F: femenino, M: masculino

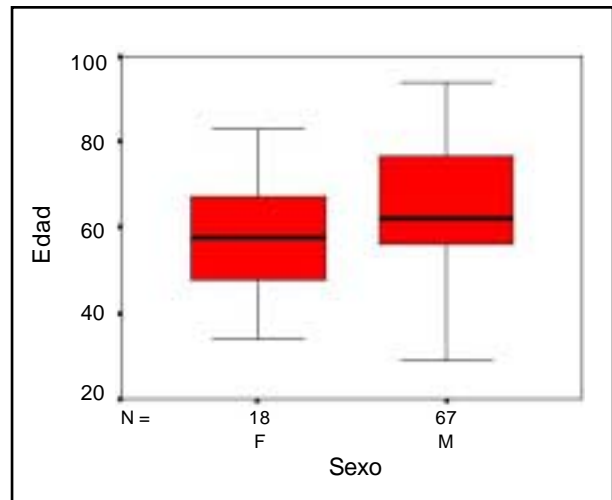


Figura 8. Distribución de psiquiatras por sexo y edad en percentiles, mínimo y máximo. Uruguay 1974-2002 F: femenino, M: masculino

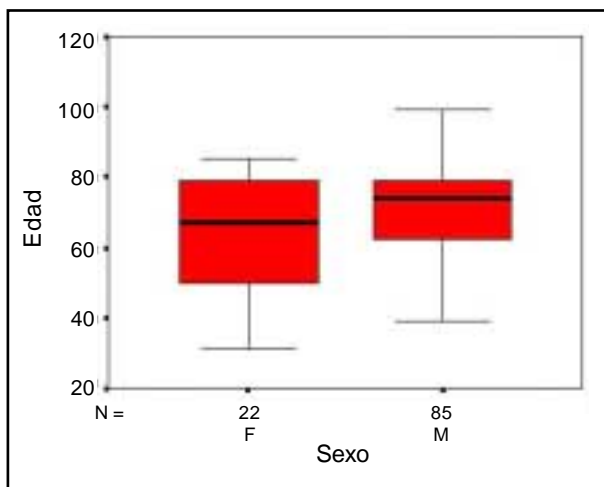


Figura 9. Distribución de ginecólogos por sexo y edad en percentiles, mínimo y máximo. Uruguay 1974-2002. F: femenino, M: masculino

En cuanto a las tasas de mortalidad comentamos lo siguiente:

De acuerdo con la estadística y la epidemiología las tasas brutas no son válidas para la comparación.

Debería entonces calcularse las tasas específicas por edad y sexo de los médicos para compararlas con las tasas nacionales, situación esta no factible por carecer de los denominadores, es decir, del número de médicos por edad y sexo en cada uno de los segmentos del período. Y más aun, en caso de que esto fuera posible, en numerosos autores de la bibliografía de nuestro trabajo se sostiene que no es una comparación válida dado el número de variables que estarían influyendo, y eventualmente confundir al observador, por lo que se comparó con la expectativa de vida al nacer.

Conclusiones

Desde hace siglos se conoce que “vale más prevenir que curar”. Esto se ha incorporado como principio cardinal en la medicina moderna, procurando un cambio en el modelo de atención que apunte a mejorar la calidad de vida y disminuir los costos de los servicios asistenciales, que registran una tendencia universal al crecimiento.

Cada vez más la comunidad científica médica hace hincapié en la importancia de la prevención, orientada hacia los pacientes y la población en general. En base a estos conceptos se han desarrollado diferentes estrategias, entre otras, la estrategia de grupos de riesgo y la poblacional. Es decir, realizar acciones hacia grupos que tienen mayor probabilidad de sufrir determinados daños, o realizar acciones hacia la población en su conjunto, como mejorar las condiciones básicas de salubridad.

Para que tales acciones sean realmente efectivas se

debe tener un conocimiento cabal del grupo o población a quienes van dirigidas. Además, con similar importancia, es fundamental que los beneficiarios de las acciones estén convencidos y motivados a recibirlas. Una de las dificultades mayores que se enfrenta para desarrollar estas estrategias es cambiar hábitos y costumbres en poblaciones adultas. Por lo que muchas veces el conocimiento sobre los hechos ya sucedidos representa un valor a futuro para las poblaciones más jóvenes cuando es adecuadamente incorporado en las nuevas generaciones.

Uno de los principios de la Epidemiología⁽⁴⁷⁾, que los autores de este trabajo comparten, es que el conocimiento obtenido de los estudios epidemiológicos no debe ser restringido a un pequeño círculo científico, sino aportado a la sociedad para que ésta se beneficie.

Los médicos suelen recomendar medidas de prevención a sus pacientes. Lo que no se conoce es qué sucede con los propios médicos como pacientes.

Este trabajo aspira a iniciar un conocimiento de esta situación entre los médicos uruguayos, utilizando una estrategia epidemiológica que es valorar, a través de los indicadores de mortalidad, cómo es la salud de nuestros colegas.

A falta de registros continuos y confiables de morbilidad de nuestros médicos uruguayos, hemos iniciado esta tarea a través del estudio de las características de la mortalidad de nuestros colegas. Al mismo tiempo, hacemos una revisión de la literatura publicada sobre colectivos médicos de otros países, para conocer en qué nos parecemos y en qué nos diferenciamos, y adoptar las conductas más apropiadas.

Según la bibliografía consultada, no son comparables las tasas de mortalidad de médicos con las tasas de la población general de un mismo país, ya que deberían ser ajustadas por diferentes variables socioeconómicas y culturales, lo que escapa a los fines de este primer estudio.

Los hallazgos de la población analizada indican que nuestros colegas uruguayos fallecen a edades más jóvenes que la población general.

El menor porcentaje de médicas fallecidas y su aumento a lo largo del período coincide con la feminización de la profesión. Lo que se debe resaltar es que a pesar de que en la población general las mujeres mueren a mayor edad que los hombres, las médicas mueren a edades más tempranas que sus colegas hombres.

En cuanto al estudio de las características de mortalidad de acuerdo con las especialidades contiene limitaciones por no estudiarse las causas de mortalidad a las cuales se refiere la bibliografía internacional. A pesar de ello debemos destacar la llamativa mortalidad a edades tempranas.

Si analizamos el número de médicos fallecidos en estos 29 años se podría concluir que los médicos tienen una

tendencia a disminuir su mortalidad, ya que se mantiene el promedio anual de muertos, a pesar de que el número de médicos en estos 29 años se triplicó.

Se podría concluir entonces que tenemos un comportamiento similar al de los países desarrollados, en cuanto hace a las características de la mortalidad de los médicos. Pero al desagregarse la población estudiada por sexo y edad, se comprueba que la importancia radica no en el número de muertes, sino en la edad en la que ellas ocurren. Por lo que consideramos que este trabajo justifica continuar y profundizar en los estudios sobre una temática que nos importa a todos, si nos identificamos como un grupo de riesgo, y tomamos conciencia de que lo mismo que transmitimos a nuestros pacientes debemos incorporarlo a nuestras propias vidas.

Así como les indicamos prevención a nuestros pacientes, debemos incorporar el concepto de prevención hacia nuestra propia salud y vida.

Debemos identificar como grupo de riesgo a la profesión médica en conjunto y como subgrupo de riesgo a las especialidades, según los hallazgos encontrados, y desarrollar estrategias de prevención para corregir los efectos adversos encontrados, tanto generales hacia el colectivo médico como específicas para los subgrupos mencionados.

Summary

A descriptive, retrospective and transversal study on both demographic characteristics and specialities of physicians dead in Uruguay from 1974 to 2002. Data was obtained from national medical records at the Sindicato Médico del Uruguay (Padrón Médico Nacional del Sindicato Médico del Uruguay). Comparing to life expectancy at birth (EVN), age of death was significantly lower.

Age death was different considering sexes; out of 247 women and 1.525 men (n = 1.772), 50% women died before 60 years old comparing to 25% men. All indicators showed mortality age lower in women than in men.

In relation to specialities, they all showed the same pattern: always woman death age was lower than man death age. Anesthesiologists and cardiologists died the youngest.

Further information is needed, the same as identifying surgeons as a group risk and the above-mentioned specialities in order to design prevention strategies.

Résumé

On fait une étude descriptive, rétrospective et transversale des caractéristiques démographiques et des spécialités des médecins morts en Uruguay entre 1974 et 2002. Les données sont tirées du Fond Médical National du Syndicat

Médical de l'Uruguay.

En comparant les chiffres de l'espoir de vie à la naissance nationale (EVN), on observe un pourcentage élevé de médecins qui meurent avant l'âge prévu.

1.772 médecins sont morts- dont 247 femmes et 1.525 hommes- avec un comportement différent selon le sexe. Tandis que 50% des femmes meurt avant 60 ans, 25% des hommes meurt avant cet âge-là. Tous les indicateurs montrent une mortalité plus précoce chez les femmes. En ce qui concerne l'analyse par spécialité, on observe qu'à toutes les spécialités les caractéristiques de distribution totale restent les mêmes, c'est à dire, les femmes meurent toujours plus jeunes que leurs collègues hommes; on voit aussi que les anesthésiologistes et les cardiologues meurent plus jeunes que le reste. On signale le besoin d'approfondir les études ainsi que d'identifier la profession médicale en tant que groupe de risque et ces spécialités comme sous- groupe de risque. Il faudrait aussi développer des stratégies de prévention.

Bibliografía

1. **Turnes AL.** La salud mental de los médicos y los profesionales de la salud: Conferencia en el Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud. Montevideo, 10 de octubre de 2002.
2. **Turnes AL.** La salud mental de los médicos y los profesionales de la salud. Diario Médico Nov. 2002; 5(42): 2-3.
3. **Vidal L, Gambón E, Contera M, Fernández M.** Mortalidad de profesionales universitarios en el Uruguay: estudio epidemiológico. Montevideo: Departamento de Higiene y Medicina Preventiva, 1976.
4. **Rosasco CL.** Riesgo profesional en la sala de operaciones: efecto de los agentes anestésicos. Cir Uruguay 1976; 46(4): 288-92.
5. **Barreiro G.** La polución ambiental en sala de operaciones: un problema aún sin solución. Rev Med Uruguay 1990; 6(1): 6-8.
6. **Armijo R, Monreal T.** Causas de mortalidad en médicos chilenos. Rev Med Chile 1962: 347-52.
7. **Pereira A.** Médico não cuida da própria saúde, diz estudo. J Socesp 1998; 2(8). http://www.socesp.org.br/publicacoes/jornal/ano1998/numero8/8_imprensa.htm [Consulta: 10/1/2003]
8. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo.** Dependencia entre médicos: encuesta realizada en el año 2000. www.sindhosp.com.br [Consulta: 20/2/2002]
9. **Jiménez-Navarrete Mf, González-Blandón R, Sell-Salazar V.** Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. Acta Med Costarric 2000; 42(3): 121-30.
10. **Valverde Caravaca CA.** Mortalidad comparada entre profesionales en Costa Rica años 1988-1992. Rev Med Costa Rica 1994; 61(527): 57-60.
11. **Jiménez-Navarrete MF.** La mortalidad en el cuerpo médico nacional. Acta Med Costarric 1997; 39(2): 38-43.
12. **Casilla De León EM, Céspedes RE, Concepción Borroughs J, Sosa Ortiz ME, Méndez H, Cruz Arias J.** Principales características de la muerte del médico en República Dominicana. Rev Med Domin 1993; 54(1): 3-4.

13. **Goodman LJ.** The longevity and mortality of American physicians, 1969-1973. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1975; 53(3): 353-75.
14. **Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB.** Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 922-30.
15. **Berry AJ, Fleisher LA.** Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. New evidence for the existence of old problems. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 919-21.
16. **Bruce DL, Eide KA, Linde HW, Eckenhoff JE.** Causes of death among anesthesiologists: a 20-year survey. *Anesthesiology* 1968; 29(3): 565-9.
17. **Bruce DL, Eide KA, Smith NJ, Seltzer F, Dykes MH.** A prospective survey of anesthesiologist mortality, 1967-1971. *Anesthesiology* 1974; 41(1): 71-4.
18. **Lew EA.** Mortality experience among anesthesiologists, 1954-1976. *Anesthesiology* 1979; 51(3): 195-9.
19. **Ullmann D, Phillips RL, Beeson WL, Dewey HG, Brin BN, Kuzma JW, et al.** Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. *JAMA* 1991; 265(18): 2352-9.
20. **Blachly P.** Doctor-owned malpractice plan cuts defense costs. *Med World News* 1979; 20(20): 20-2.
21. **American Medical Association. Council on Scientific Affairs.** Physician mortality and suicide: Results and implications of the AMA-APA Pilot Study. *Conn Med* 1986; 50(1): 37-43.
22. **American Medical Association. Council on Scientific Affairs.** Results and Implications of the AMA-APA Physician Mortality Project Stage II. *JAMA* 1987; 257(21): 2949-53.
23. **Simon W.** Suicide among physicians: prevention and postvention. *Crisis* 1986; 7:1-13.
24. **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.
25. **Craig AG, Pitts FN Jr.** Suicide by physicians. *Dis Nerv Syst* 1968; 29(11): 763-72.
26. **Rose KD, Rosow I.** Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29(6): 800-5.
27. **Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ, Jones RL.** Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med* 1995; 70(3): 242-4.
28. **Frank E, Biola H, Burnett CA.** Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med* 2000; 19(3): 155-9.
29. **Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I.** Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male british doctor. *BMJ* 1994; 309(6959): 901-11.
30. **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(6959): 911-8.
31. **Marks DF.** Mortality and alcohol consumption: the dose-response relation is probably linear. *BMJ* 1995; 310(6975): 325-6.
32. **Shaper AG.** Mortality and alcohol consumption: non-drinkers shouldn't be used as baseline. *BMJ* 1995; 310(6975): 325.
33. **Reynolds TM.** Mortality and alcohol consumption: the conclusions we draw. *BMJ* 1995; 310(6975): 326.
34. **Lyons RA, Lo SV, Monaghan S, Littlepage BN.** Mortality and alcohol consumption: moderate drinking also improves health. *BMJ* 1995; 310(6975): 326.
35. **Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT.** Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med* 1997; 54(6): 388-95.
36. **Doll R, Peto R.** Mortality among doctors in different occupations. *BMJ* 1977; 1(6074): 1433-6.
37. **Juel K, Mosbech J, Hansen ES.** Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *Int J Epidemiol* 1999; 28(3): 456-60.
38. **Ohtonen P, Alahuhta S.** Mortality among Finnish anesthesiologists from 1984-2000. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1196-9.
39. **Rimpela AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela, MK, Valkonen T.** Mortality of Doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet* 1987; 1(8524): 84-6.
40. **Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell 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(2): 139-43.
41. **Svardsudd K, Wedel H, Gordh T Jr.** Mortality rates among swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1187-95.
42. **Aasland OG.** Mortality of anesthesiologists, pediatricians, and other specialists in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1200-2.
43. **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.
44. **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.
45. **Peña D, Romo J.** Descripción numérica (2). In: *Introducción a la Estadística para las Ciencias Sociales*. Madrid: Mc Graw-Hill, 1997: 65-80.
46. **Ministerio de Salud Pública.** Estadísticas de Salud. Montevideo: MSP, 1998:34.
47. **Wall S.** Epidemiology for prevention. *Int J Epidemiol* 1995; 2(4): 655-64.