

Estudi sobre la salut  
dels residents de Catalunya

La Salut del MIR

Fundació  GALATEA

ESTUDI SOBRE LA SALUT  
DELS RESIDENTS DE CATALUNYA

## Preàmbul

Des que es va crear el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM), ara fa deu anys, la Fundació Galatea ha anat desenvolupant diferents programes per tal d'atendre i prevenir els problemes de salut dels metges. Dins la línia d'estudis que la Fundació està duent a terme en els darrers anys per tal de millorar el coneixement de l'estat de salut del nostre col·lectiu professional, us presentem ara els resultats de l'Enquesta sobre la Salut dels residents de Catalunya. Aquest estudi forma part d'un seguit d'accions que hem anomenat programa sobre La Salut del MIR.

Cada vegada hi ha més dades que demostren alts nivells d'estrès i malestar en la professió mèdica. I, internacionalment i de manera específica, es troba força literatura sobre aquest malestar durant la residència. La incorporació a la vida professional, conjuntament amb els canvis vitals que aquesta etapa comporten poden resultar estressants, i en alguns casos desencadenants de desequilibris o psicopatologies latents. L'existència permanent de consultes per part de residents al programa PAIMM així ens ho confirma.

Tanmateix, fins al moment actual la informació directe sobre els nivells d'estrès i les condicions que s'hi relacionen continua sent escassa en el nostre entorn. Per tant, l'estudi que ara presentem resulta rellevant ja que significa tenir les primeres dades sobre la situació dels MIR a Catalunya. Tot i la limitació que representa un primer estudi transversal, els resultats obtinguts, que coincideixen clarament amb els d'altres autors, ens animen a continuar aquesta tasca, que esperem que es pugui concretar en un futur immediat.

La residència, com a període formatiu i d'aprenentatge, és un moment fonamental per adquirir models de comportament i actituds professionals que són la base per a una bona praxi, i un desenvolupament professional saludable. Esperem que les dades que us presentem serveixin perquè la consciència de tenir cura de la pròpia salut estigui més present en la formació dels professionals.

Vull agrair la col·laboració a tots els residents, de la mostra seleccionada, que han respost els qüestionaris de manera voluntària i anònima; als autors que han elaborat el projecte; i a Laboratoris Almirall que ens ha ajudat en la seva publicació i divulgació.

Dr. Jaume Padrós i Selma  
*President de la Fundació Galatea*

**Edita:** Fundació Galatea

**Autors/es:** **Xavier Blancafort**  
Expresident de la Secció Col·legial de Metges Interns Residents del COMB

**Eulàlia Masachs**  
Coordinadora de Programes. Fundació Galatea

**Sergi Valero**  
Psicòleg. Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Antoni Arteman**  
Gerent. Fundació Galatea

**Dipòsit legal:** B:D.L.3033-08

**Estudi editat a l'abril de 2008**

# Índex

<b>1. Introducció</b> .....	7
<b>2. Objectius</b> .....	9
<b>3. Metodologia</b> .....	10
3.1. Població i tipus de mostreig.....	10
3.2. Procediment.....	10
3.3. Característiques de l'instrument .....	11
<b>4. Resultats: dades descriptives</b> .....	13
4.1. Mostra d'anàlisi.....	13
4.2. Dades sociodemogràfiques.....	13
4.3. Salut.....	16
4.4. Consum de substàncies .....	18
4.5. Salut mental.....	23
4.6. Entorn laboral.....	24
<b>5. Resultats: relació entre el malestar psicològic i les condicions de vida i de treball del resident</b> .....	27
5.1. Preàmbul.....	27
5.2. Factors sociodemogràfics .....	27
5.3. Salut i estils de vida .....	27
5.4. Consum de substàncies .....	28
5.5. Entorn laboral.....	30
5.6. Anàlisi final.....	33
<b>6. Discussió</b> .....	34
6.1. Consideracions sobre la mostra.....	34
6.2. Discussió de resultats.....	35
<b>7. Conclusions</b> .....	40
<b>8. Resum</b> .....	41
<b>9. Bibliografia</b> .....	42
<b>10. Annex: Qüestionari sobre la situació laboral</b> .....	45

# 1. Introducció

Els residents es troben en una etapa professional en la qual han de consolidar les seves competències per a arribar a ser uns bons metges especialistes. La incorporació al sistema sanitari com a metge intern resident permet una formació lligada a la pràctica real assumint, de mica en mica, responsabilitats professionals concretes, fins a arribar al nivell necessari d'expertesa. Però aquesta pràctica comporta també treballar en entorns laborals complexos caracteritzats, nombroses vegades, per la presència d'una important pressió assistencial, la incorporació a les guàrdies, la possible manca de suport i d'hores de son, l'aparició de dilemes ètics i morals, una interacció intensa amb els pacients i els familiars, la vivència de situacions emocionals impactants (dolor, mort,...). És a dir, situacions que podríem definir com a estressants.

Diversos autors (Firth-Cozens. 1987, Morales et al. 1995, Dabrow et al. 2006) descriuen el període de la residència com una etapa estressant, que situa al resident en una especial situació de vulnerabilitat que el pot conduir a nivells importants de malestar psicològic. Alguns estudis destaquen la importància de l'entorn de treball en la generació d'aquest malestar (Michie et al. 2003, Earle et al. 2005); altres apunten a unes característiques personals de major vulnerabilitat en el resident que pateix aquest malestar (Morales et al 1995, Ramírez et al. 1996).

La necessitat d'un bon equilibri emocional per a realitzar la tasca de metge justifica la conveniència de tenir-ne una informació més concreta. En el nostre àmbit, la informació sobre la salut dels metges, i concretament dels metges residents, és escassa. La possibilitat de conèixer el nivell d'estrès en aquesta població i determinar la seva relació tant amb els aspectes de l'entorn laboral, com amb les situacions individuals, permetria detectar factors de risc de malestar psicològic, alhora que dissenyar programes d'intervenció orientats a aquest període formatiu.

Complementàriament, la descripció dels hàbits i estils de vida dels residents de medicina han de ser considerats amb interès, donat el rol professional que els futurs especialistes desenvoluparan com a agents en educació sanitària i l'activitat preventiva que hauran d'estimular en els seus pacients i usuaris (Frank, 2000; Brotons, 2005).

En el present informe es presenten els resultats de l'enquesta de salut dels residents de Catalunya, realitzada per la Fundació Galatea. L'informe recull els objectius (capítol 2) i la metodologia de l'estudi (capítol 3). Els resultats es presenten en dos capítols, un primer que recull les dades descriptives, relatives als hàbits de salut i condicions de treball (capítol 4), i un segon que recull l'anàlisi inferencial dels factors determinants de malestar psicològic (capítol 5). El document conclou amb la discussió de les dades (capítol 6) i les conclusions (capítol 7).

## 2. Objectius

### Objectiu general

Estimar la prevalença de malestar psicològic en el col·lectiu de metges residents de Catalunya.

### Objectius específics

- » 1. Descriure l'estat de salut del col·lectiu MIR, en termes d'estils de vida, hàbits tòxics, utilització de serveis i malestar psicològic.
- » 2. Descriure les condicions de treball i factors d'estrès en l'entorn laboral del MIR.
- » 3. Determinar el grau d'associació entre el malestar psicològic i els factors sociodemogràfics, hàbits i estils de vida, i factors laborals.

## 3. Metodologia

### 3.1. Població i tipus mostreig

La població d'interès en aquest estudi és la totalitat dels residents de Catalunya, segons cens de l'any 2005 disponible el gener del 2006. La xifra de persones en aquesta situació ascendia a 3.100.

Per fer una estimació de la mostra per incloure a l'estudi es va considerar com a objectiu principal la determinació de la prevalença d'algun trastorn psicològic. Per a operativitzar aquesta variable es va emprar el GHQ en la seva versió de 12 ítems i es va prendre una prevalença del 42% com a xifra de referència (Firth-Cozens. 1987). Atès que la població de residents era de 3.100 subjectes, que s'assumia com a raonable un error d'estimació del 5% (prevalença estimada d'algun possible trastorn psicològic comprès entre el 37% i el 47%) i que cada cas perdut seria substituït per un de nou, la grandària de la mostra necessària estimada va ser de 335 subjectes. Tots aquests casos van ser aleatòriament seleccionats del cens de residents.

### 3.2. Procediment

Es va enviar una carta postal a cadascuna de les 335 persones seleccionades en la qual s'informava de l'objectiu de l'estudi i en la qual es demanava la resposta al qüestionari a través de la pàgina web de la Fundació Galatea. En aquesta carta s'indicava que la participació era voluntària, desinteressada i anònima. Cada subjecte disposava d'un codi alfanumèric d'accés que permetia la seva identificació codificada per part dels investigadors. El període de recollida de respostes es va perllongar entre els mesos de febrer i juliol de l'any 2006.

Atès que estava previst que no totes les sol·licituds de participació fossin acceptades, o bé que algunes cartes no arribessin eficaçment al seu destinatari, es va elaborar un protocol de seguiment i de substitució dels subjectes participants. Quan una persona inclosa inicialment a l'estudi no donava resposta abans d'un temps prudencial, que podia estar al voltant de 3 setmanes, l'equip es posava en contacte telefònic

amb aquesta persona, per tal de recordar els objectius de l'estudi però, sobretot, per estimular-ne la participació. En el cas que aquesta persona afirmés que sí contestaria l'enquesta, es deixava de nou un període d'espera de 3 setmanes. En el cas d'una negativa a participar, la persona triada era substituïda. La tria era de nou aleatòria. Si un potencial participant, després de 3 intents de contacte telefònic, no era finalment localitzat o bé no donava resposta, era també substituït per una altra persona aleatòriament seleccionada del cens. L'objectiu perseguit va ser, sempre, el d'assegurar una màxima aleatorietat, tot intentant, així, aconseguir la màxima validesa externa de les inferències de l'estudi.

### 3.3. Característiques de l'instrument

L'instrument d'avaluació, en format d'enquesta, es nodreix d'ítems obtinguts emprant tres estratègies diferents. En primer lloc, l'enquesta incorpora el GHQ-12, conegut instrument de cribatge i habitualment utilitzat en contextos epidemiològics com el que motiva el present projecte (Departament de Salut. 2006). Aquest instrument està constituït per un total de 12 ítems que recullen informació relativa al malestar psicològic experimentat durant els 30 dies previs al moment de l'exploració. Permet obtenir una puntuació total, que pot ser interpretada com a possible positiu d'alteració quan aquesta supera una puntuació de 2 (Goolberg, Williams. 1996, ASPB. 2003).

Un segon bloc de preguntes són les relatives a l'estrès laboral. Donat que no disposem d'un instrument específic per a l'avaluació de l'estrès laboral dels residents de medicina, vam optar per crear un conjunt d'ítems que recollissin adequadament algunes de les circumstàncies més habituals i rellevants que poden ser percebudes com una font d'estrès específic per aquest perfil professional. Aquest conjunt d'ítems (n=27) ha estat dissenyat per poder obtenir informació relativa a la freqüència amb què cada situació s'esdevé, així com sobre la intensitat de l'estrès que aquesta situació genera en el subjecte. Totes les preguntes van ser proposades en el context d'un grup focal constituït per 8 residents i contrastant les situacions expressades en el grup amb les recollides a la bibliografia consultada. La resta de preguntes, de tipus sociodemogràfic, relatives a la dieta, el consum de substàncies, l'exercici físic, etc., van ser creades ad hoc per l'equip investigador.

L'enquesta final comptava amb un total de 83 ítems que es distribuïen en cinc blocs informatius: Dades sociodemogràfiques, Salut i estils de vida, Consum de substàncies, Benestar psicològic i Situació laboral. L'enquesta es mostra a l'annex d'aquest document.

El format de l'enquesta va ser digital, és a dir, era contestada des d'una pàgina web a la qual s'accedia des de la pàgina principal de la Fundació Galatea del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. La justificació del perquè es va emprar una enquesta en aquest format es basa en diverses consideracions. En primer lloc, es va assumir que la població d'interès no hauria de tenir gaire dificultats a accedir a un entorn digital per contestar una enquesta. En segon lloc, es va voler evitar que la persona enquestada hagués de molestar-se a remetre l'enquesta per correu postal. En tercer lloc, la resposta en web permetia disposar

d'un control immediat del ritme amb què es desenvolupava el procés de recollida de dades, ja que les respostes eren a disposició dels investigadors en el mateix moment en què l'enquesta era contestada. En quart lloc, una enquesta en aquest format permetia introduir mecanismes de control sobre les respostes donades impedit, per exemple, l'omissió de respostes, o bé les respostes il·lògiques.

Les dades quedaven automàticament enregistrades en un full d'excel, el qual era íntegrament exportable a SPSS v14, programa amb què un membre de l'equip va realitzar l'explotació de les dades.

## 4. Resultats: dades descriptives

### 4.1. Mostra d'anàlisi

Van ser enviades un total de 494 cartes informatives. D'aquestes, les enquestes contestades van ser un total de 206 (41,7% del total). Del total de cartes enviades, el 7,9% dels potencials subjectes participants es va negar a respondre. En un 18,8% dels casos, tot i que el resident seleccionat va comunicar als investigadors que sí que contestaria l'enquesta, finalment, en el moment de tancar el període de recollida de dades, no va donar cap resposta. En el 5,7% dels casos, la persona a qui es va dirigir la carta informativa havia deixat de ser resident. Un 0,6% va expressar la seva impossibilitat de contestar una enquesta digital atès que no disposava de cap accés a Internet. En un 22,3% dels casos les dades de què disposaven els investigadors no van permetre contactar amb el resident. En el 3% restant dels casos les raons de no resposta són diverses (estar de vacances, estar fent una estada a l'estranger...).

Aquesta mostra de 206 residents suposa el 6,6% de la població de residents de Catalunya.

### 4.2. Dades sociodemogràfiques

#### *Edat i sexe*

Del total de 206 persones enquestades, el 32% són homes i el 68% dones. L'edat mitjana se situa en els 28,61 anys (DE= 2,69) i és semblant entre homes i dones.

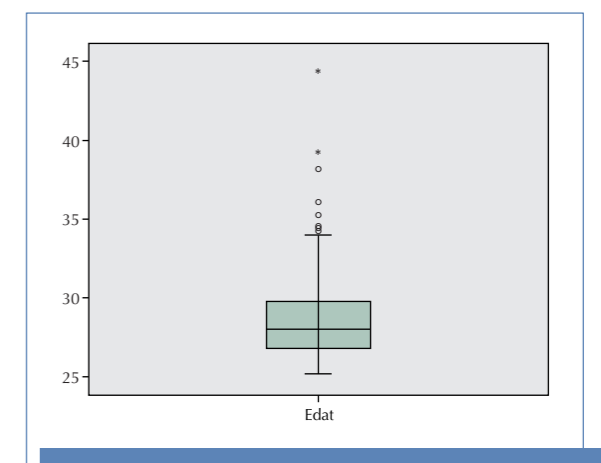


FIGURA 1: Distribució d'edat

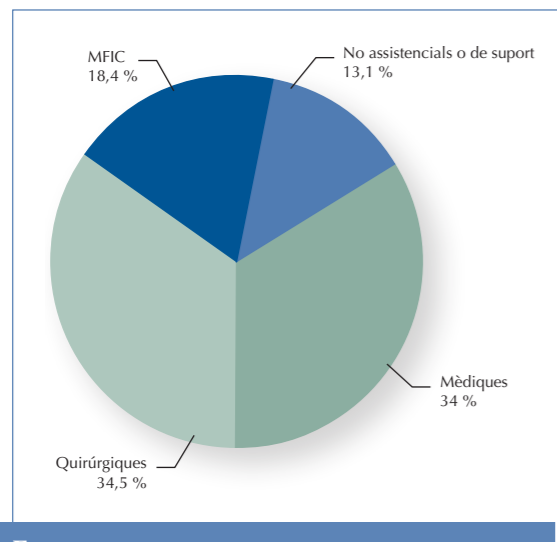


FIGURA 2: Especialitat mèdica agrupada

### Unitat docent i especialitat

Donada la gran quantitat de categories relatives a les especialitats en medicina, hem considerat més adient l'agrupació d'aquesta variable. La distribució d'aquesta nova variable apareix a la FIGURA 2. El 34,5% realitzen especialitats quirúrgiques, el 34% especialitats mèdiques, el 18,4% medicina familiar i comunitària, i el 13,1% especialitats no assistencials o de suport.

Cal esmentar que la distribució real d'aquestes categories a la població de residents l'any 2007 és: 34% especialitats mèdiques, 34,5% especialitats quirúrgiques, 18,4% medicina familiar i comunitària, i 13,1% especialitats no assistencials o de suport. Considerem en general bastant reduïda la discrepància entre la distribució obtinguda i la real. Només en el cas de les especialitats quirúrgiques la discrepància entre les dues distribucions ascendeix a les 13,8 unitats percentuals. La mitjana de la discrepància de les 4 agrupacions és del 7%.

### Tipus de centre

La mostra ha estat dividida en dos grups en funció del tipus de centre en què es desenvolupa la residència. La meitat justa dels enquestats (50%) pertany a centres grans (>100 residents) i l'altra meitat a centres mitjans o petits (<100 residents).

### Any de residència

La distribució per any de residència és la següent (FIGURA 3): el 19,4% es troben en el primer any de residència, el 30,6% en el segon, el 27,2% en el tercer i el 18% en el quart. Només un 4,9% estan en el cinquè any de residència, dada que concorda

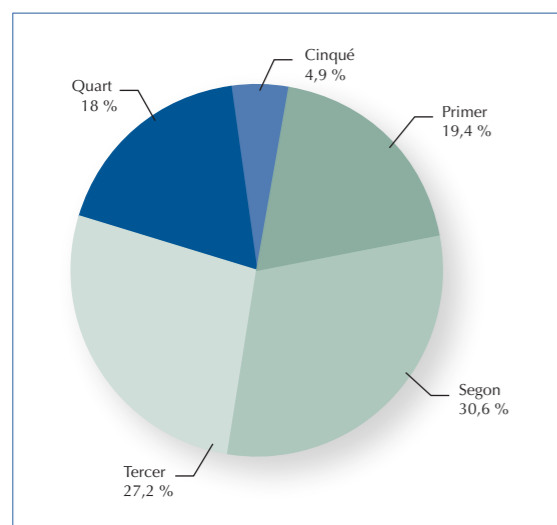


FIGURA 3: Any de residència

amb el fet que només algunes especialitats arriben al cinquè any de formació.

### Lloc d'origen

El 64,1% dels residents enquestats són nascuts a Catalunya, el 29,6% provenen d'altres comunitats autònomes (CA), l'1,9% són de la resta d'Europa i el 4,4% de la resta del món.

### Parella, convivència i fills

La majoria dels residents afirmen tenir parella (72,8%) i en un 37,6% d'aquests casos, tots dos són metges.

El 41,7% dels residents viuen amb la parella, el 21,4% comparteixen pis amb estudiants o companys, un 21,4% viuen amb els pares, un 2,9% viuen amb altres persones i el 12,6% viuen sols.

Un 5,3% dels residents tenen fills.

### Satisfacció amb les relacions socials i d'amistat

Els 55,8% dels residents consideren que les seves relacions personals i d'amistat són satisfactòries, mentre que el 40,8% les considera molt satisfactòries. Només un 3,4% les considera insatisfactòries.

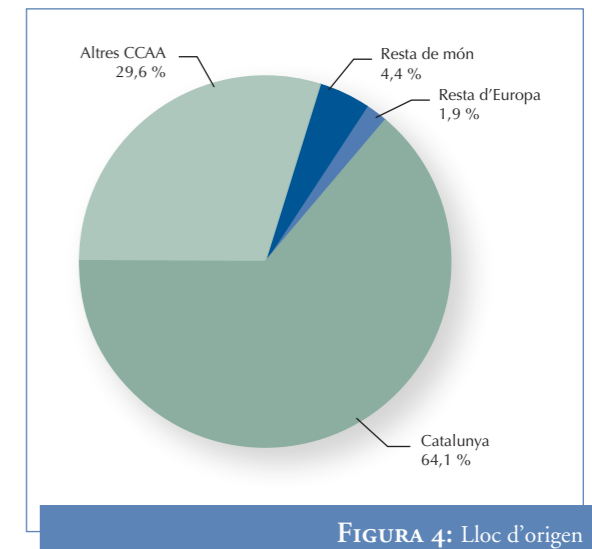


FIGURA 4: Lloc d'origen

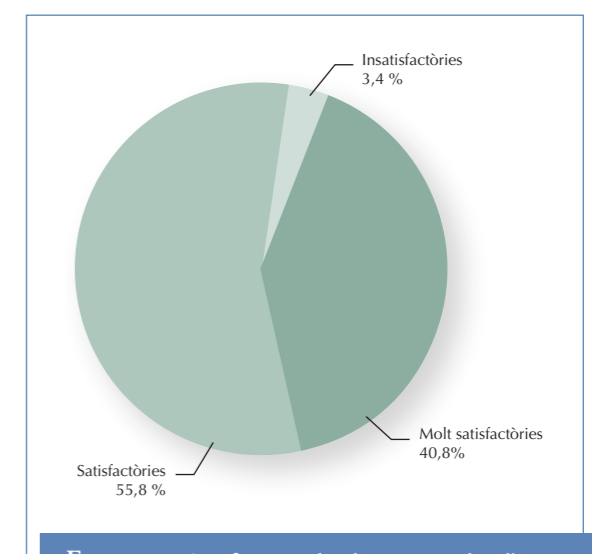


FIGURA 5: Satisfacció amb relacions socials i d'amistat

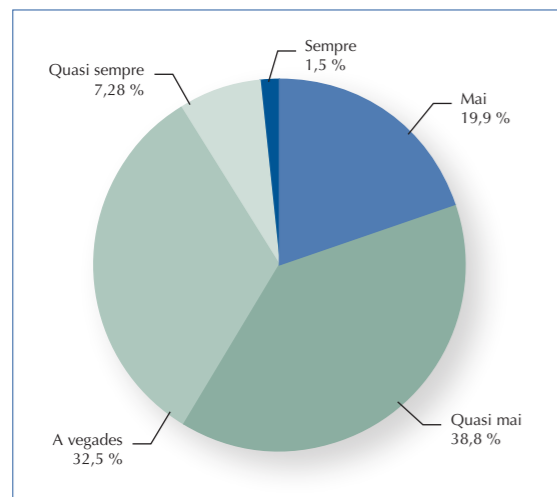


FIGURA 6: Dificultats econòmiques

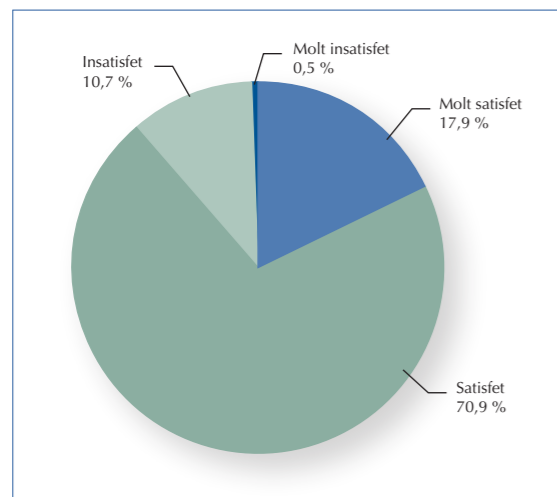


FIGURA 7: Percepció de la pròpia salut

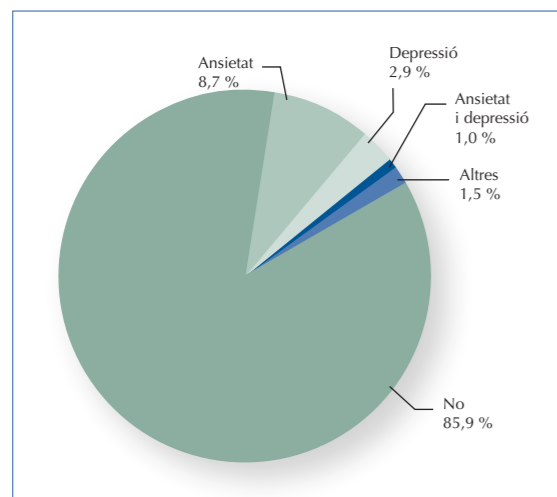


FIGURA 8: Antecedents psiquiàtrics

### Dificultats econòmiques

Un 19,9% afirma no tenir mai problemes econòmics. Un 38,8% quasi mai pateix aquest tipus de dificultats. Un 32,5% les té a vegades, mentre que un 7,28% les té quasi sempre. L'1,5% restant afirma tenir dificultats econòmiques sempre.

## 4.3. Salut

### Percepció de la pròpia salut

El 17,9% dels enquestats descriu la seva salut com a molt satisfactòria, el 70,9% la descriu com a satisfactòria. El 10,7% es considera insatisfet, mentre que només un 0,5% es considera molt insatisfet amb la seva salut.

### Utilització de serveis de salut

El 41,3% dels residents tenen història clínica oberta per part d'un metge de capçalera. Durant el darrer any, el 36,9% ha fet alguna consulta a algun professional per motius de salut: el 6,3% ho ha fet per un motiu psiquiàtric o psicològic i el 30,6% ho ha fet per altres motius.

Entre els que han consultat, el 28,4% considera que el motiu del problema respon a alguna causa relacionada amb la seva activitat professional.

### Antecedents psiquiàtrics

El 14% dels enquestats afirma tenir antecedents psiquiàtrics personals que han requerit tractament mèdic.

Els tipus de trastorns són: trastorn d'ansietat 8,7%, trastorn depressiu 2,9%, trastorn ansiós-depressiu 1%, i altres 1,5%.

### Hàbits i estils de vida

El 39,2% de la mostra afirma no haver practicat cap activitat esportiva en els darrers 15 dies. En aquest període de temps, un 12,1% ha dedicat menys d'una hora a aquest tipus d'activitat, l'11,7% ha fet una o dues hores d'esport, el 16,5% de dues a quatre hores, el 10,7% de quatre a sis i el 9,7% més de sis hores.

### Dieta

El 64,5% dels enquestats afirma procurar que la seva dieta sigui equilibrada sempre o quasi sempre, el 27,7% a vegades i el 7,8% mai o quasi mai. Homes i dones afirmen tenir el mateix comportament respecte a la dieta.

### Consum begudes estimulants

El 8,7% diu que habitualment consumeix més de tres begudes estimulants al dia (café, te, coles,...), el 15,5% quasi sempre, el 20,9% a vegades, el 35,4% quasi mai i el 19,4% mai.

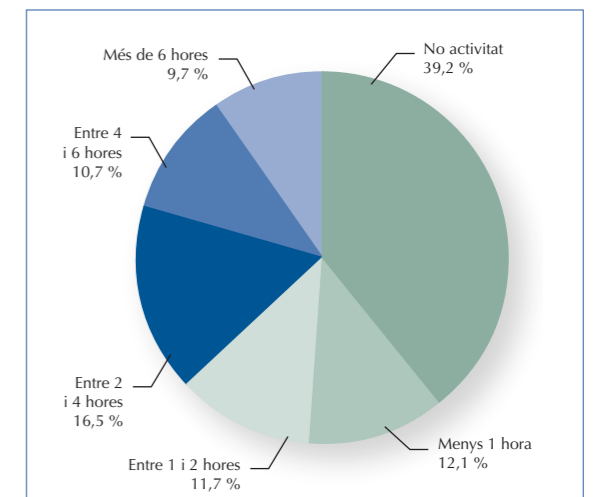


FIGURA 9: Hores pràctica activitat esportiva darrers 15 dies

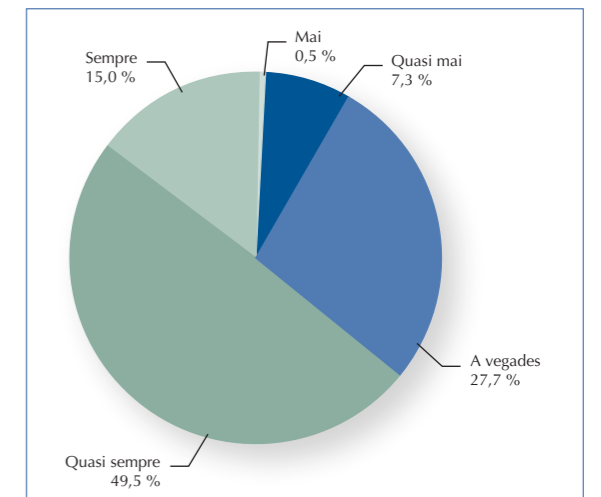


FIGURA 10: Procurar-se una dieta equilibrada

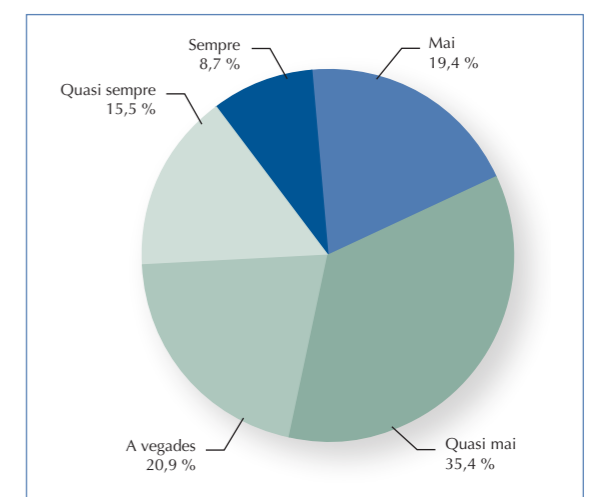


FIGURA 11: Consum begudes estimulants (més de 3 al dia)

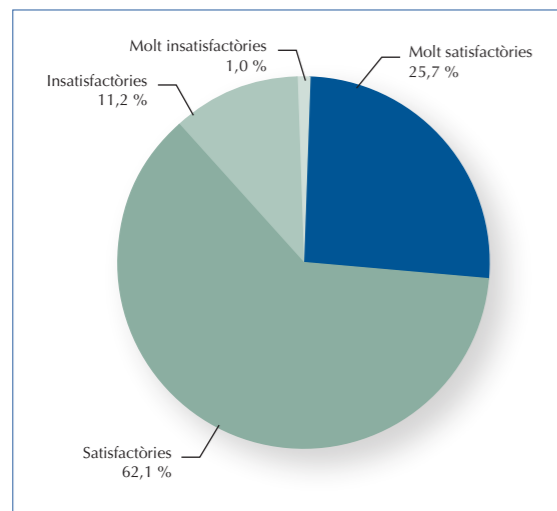


FIGURA 12: Satisfacció relacions sexuals

### Satisfacció amb les relacions sexuals

Les relacions sexuals són molt satisfactòries pel 25,7% dels enquestats, satisfactòries pel 62,1%, insatisfactòries per l'11,2% i molt insatisfactòries per l'1%. Estadísticament homes i dones presenten la mateixa distribució de valors.

## 4.4. Consum de substàncies

### Tabac

El 55,3% dels residents no ha fumat mai, el 16,5% són exfumadors i el 28,2% fumen actualment. Homes i dones mostren resultats molt similars pel que fa al consum de tabac.

L'edat mitjana d'inici en aquest hàbit se situa en els 19 anys (DE=2,02).

Un 6,4% afirma que va començar a fumar durant la preparació de l'examen MIR i un 12,8% durant la residència. El 80,9% ja fumava abans de començar la preparació de l'examen MIR.

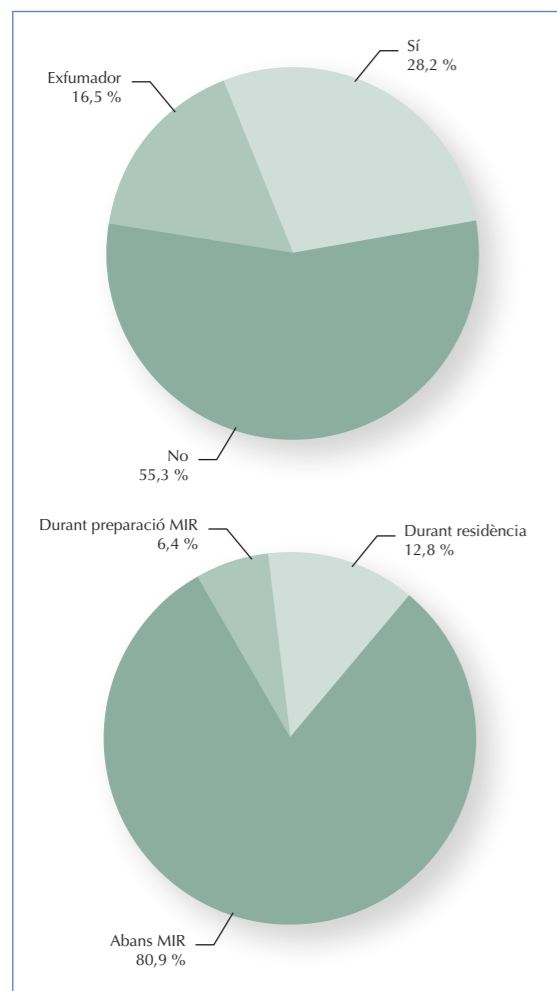


FIGURA 13: Hàbit tabàquic i moment d'inici de l'hàbit

El patró de consum és superior durant els dies festius, moment en què es consumeix una mitjana de 9,5 cigarretes/dia (DE=9,23). Els dies de guàrdia aquesta xifra és de 8,2 cigarretes/dia (DE 9,19), i els dies feiners (no guàrdia) és de 7,5 cigarretes/dia (DE=6,95). Les diferències entre les tres situacions no són estadísticament significatives.

El 75,9% dels fumadors diuen que els agradaria deixar de fumar i el 34,4% ha intentat fer-ho en els darrers 12 mesos.

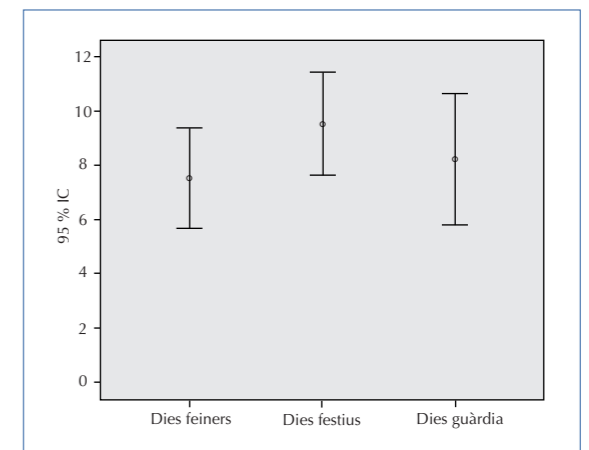


FIGURA 14: Quantitat de cigarretes segons moment (amb intervals de confiança 95%)

### Consum d'alcohol

Durant el darrer dia feiner, la majoria de residents (80,6%) no ha consumit alcohol.

Entre els que han manifestat haver consumit alcohol (19,4%), el 80% afirma haver consumit una sola beguda, mentre que el 17,5% n'ha pres dues i un resident (2,5%) n'ha pres sis.

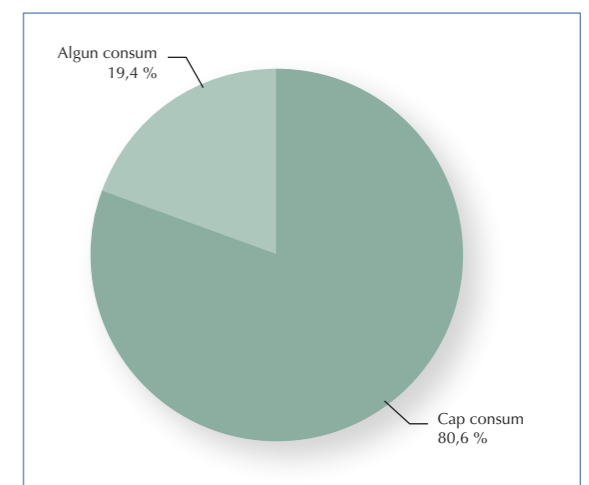


FIGURA 15: Consum alcohol darrer dia feiner

El 69,4% dels enquestats manifesta haver consumit alguna beguda alcohòlica en el darrer dia festiu.

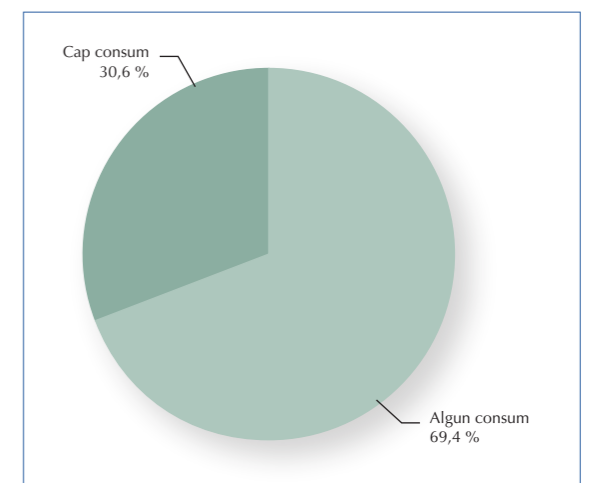


FIGURA 16: Consum alcohol darrer dia festiu

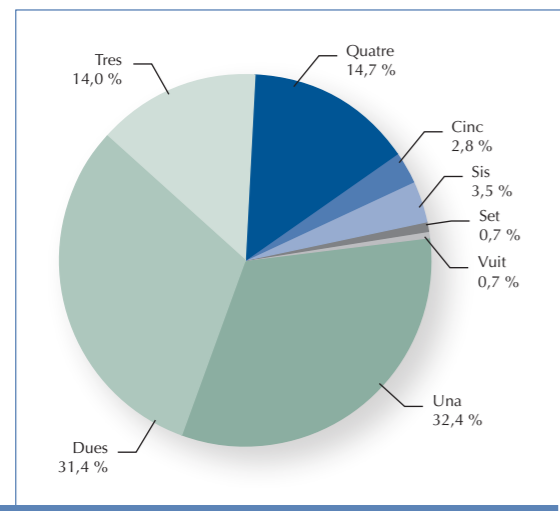


FIGURA 17: Unitats consumides d'alcohol darrer dia festiu

Entre els que afirmen haver consumit alcohol en el darrer dia festiu, el 32,4% ha consumit una sola beguda, i el 31,4% dues. Cap dona afirma haver consumit més de dues unitats d'alcohol. En canvi, el 30,3% dels homes afirma haver-ne consumit tres, el 31,87% arriba a les 4 unitats i el 16,7% ha consumit un mínim de cinc begudes.

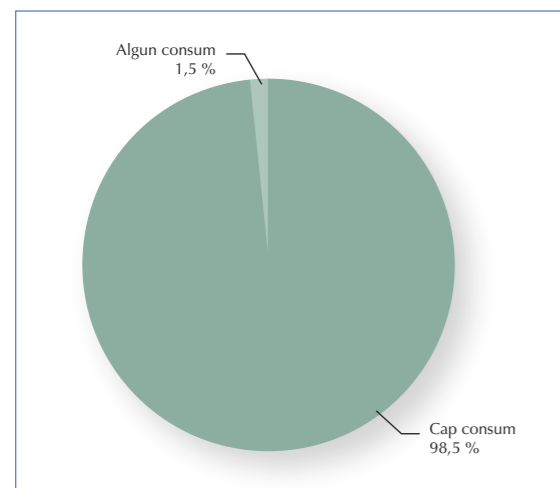


FIGURA 18: Consum alcohol darrer dia guàrdia

En el darrer dia de guàrdia l'1,5% dels residents afirma haver consumit alcohol.

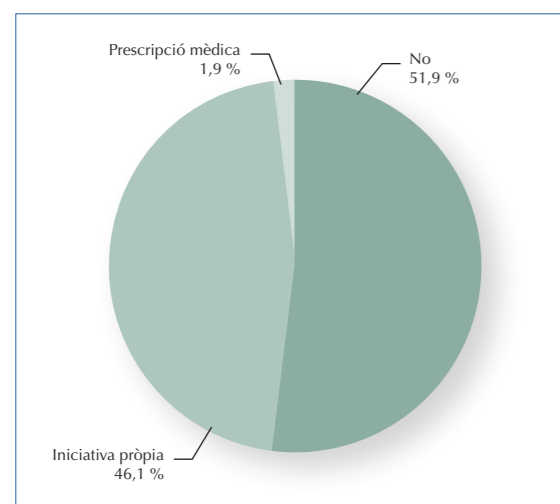


FIGURA 19: Consum antiinflamatoris darrer mes

### Consum de fàrmacs i altres substàncies

Cap dels subjectes enquestats afirma haver consumit medicació pel colesterol en el darrer mes.

En el cas del consum de medicació antiinflamatòria en el darrer mes, s'observa que el 46,1% en consumeix segons iniciativa pròpia, i l'1,9% n'ha consumit seguint prescripció mèdica. El 51,9% no n'ha consumit.

El 87,4% afirma no haver consumit medicació antial·lèrgica en el darrer mes. El 7,3% sí que ho ha fet, i per iniciativa pròpia. El 5,3% restant n'ha pres per prescripció mèdica.

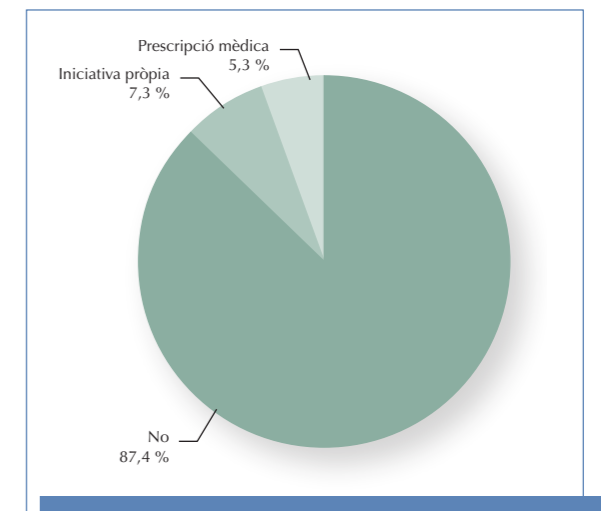


FIGURA 20: Consum antial·lèrgics darrer mes

Més de la meitat dels enquestats ha pres medicació analgèsica per iniciativa pròpia (59,2%) en el darrer mes. Només vora l'1% ho ha fet per prescripció mèdica. El 39,8% restant no està prenent aquest tipus de medicació.

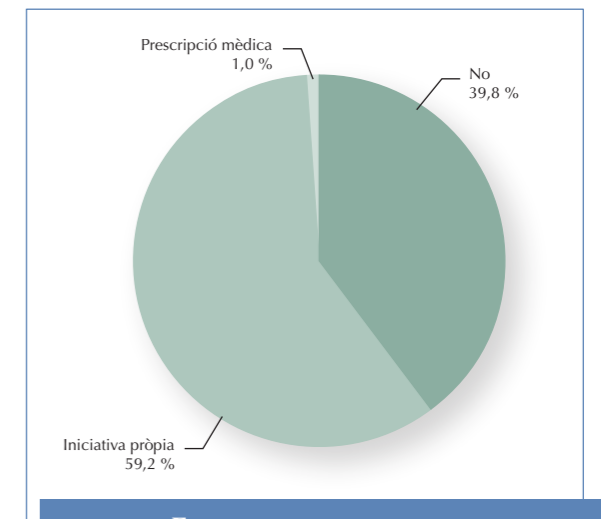


FIGURA 21: Consum analgèsics darrer mes

Només el 4,4% dels enquestats afirma haver pres vitamines o minerals en el darrer mes. El 3,4% ho ha fet per iniciativa pròpia, mentre que vora l'1% ho ha fet per prescripció mèdica. El 95,6% restant no ha pres, en el darrer mes, aquest tipus de medicació.

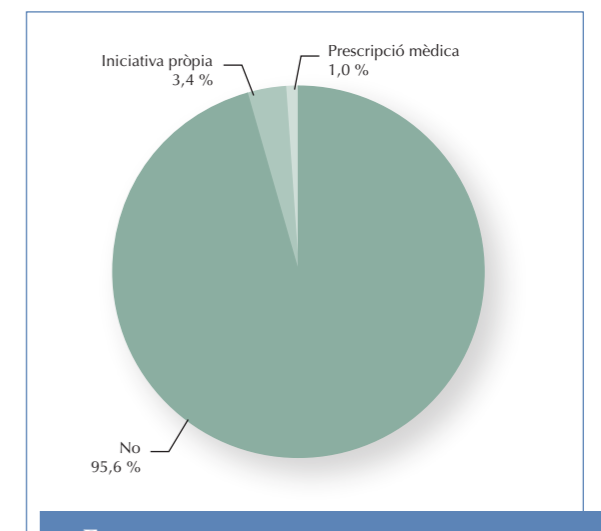


FIGURA 22: Consum vitamines/minerals darrer mes

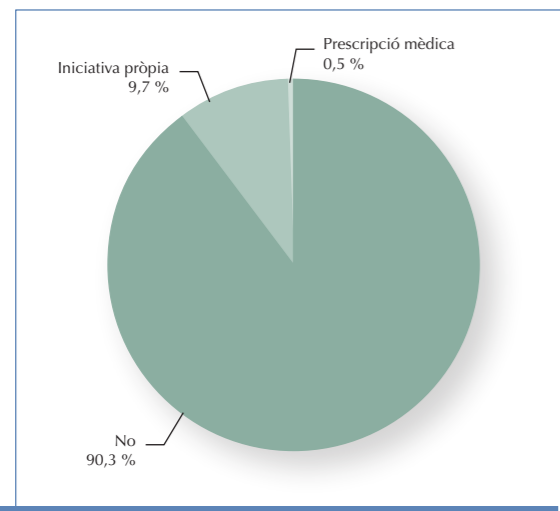


FIGURA 23: Consum antidepressius darrer mes

Un 9,7% de la mostra afirma consumir antidepressius, pràcticament tots per iniciativa pròpia. El 90,3% restant no pren aquests fàrmacs.

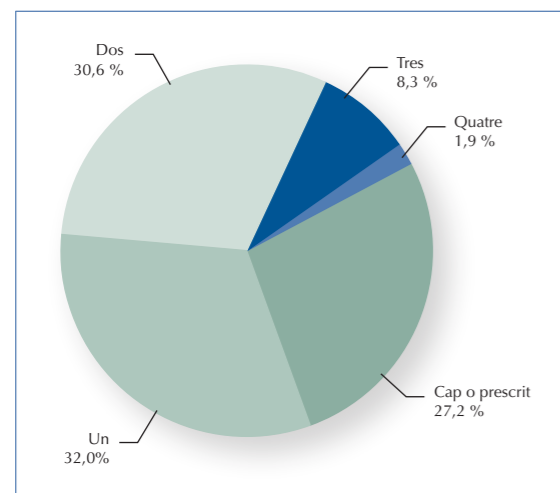


FIGURA 24: Quantitat fàrmacs pròpia iniciativa darrer mes

En el darrer mes, i pel que fa als fàrmacs esmentats, el 72,8% està prenent alguna medicació per iniciativa pròpia. El 32% de la mostra s'automedica amb un d'aquests fàrmacs. El 30,6% en pren dos. El 8,3% en pren tres, mentre que un 1,9% pren 4 medicaments. El 27,2% restant, o bé no es medica o bé ho fa per prescripció mèdica.

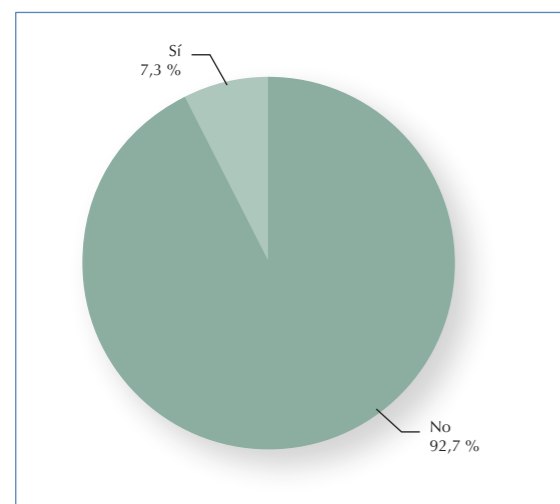


FIGURA 25: Consum tranquil·litzants darrer mes

El 7,3% dels enquestats afirma haver consumit tranquil·litzants en el darrer mes. D'aquests, el 66,7% ho ha fet en dies feiners (FIGURA 25).

El 3,9% afirma haver consumit alguna substància psicoactiva diferent de l'alcohol o el tabac en el darrer mes.

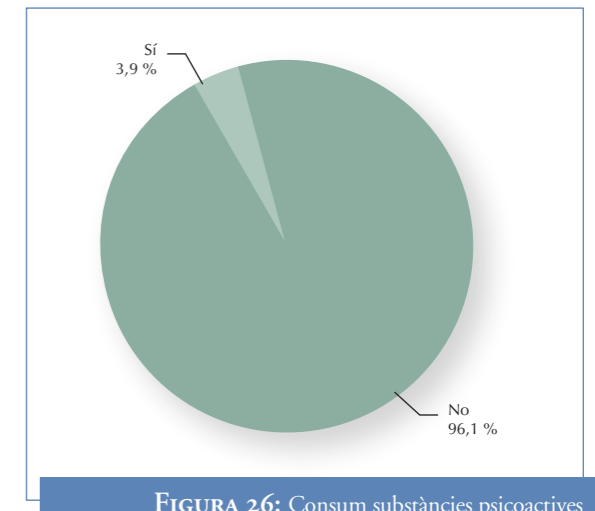


FIGURA 26: Consum substàncies psicoactives (no alcohol ni tabac) darrer mes

## 4.5. Salut mental

A la FIGURA 27 es presenta l'histograma de la distribució de la puntuació total del GHQ-12.

La resposta al qüestionari ha permès classificar les persones enquestades en dos grups: residents amb puntuacions totals superiors a 2 i que anomenarem “amb malestar psicològic”, i residents que obtenen una puntuació igual o inferior a aquesta xifra, i que seran considerades “sense malestar psicològic”.

D'acord amb aquest estàndard de classificació, les persones amb malestar psicològic han estat 62, el que suposa el 30,1% de la mostra (IC95% 23,8 - 36,4).

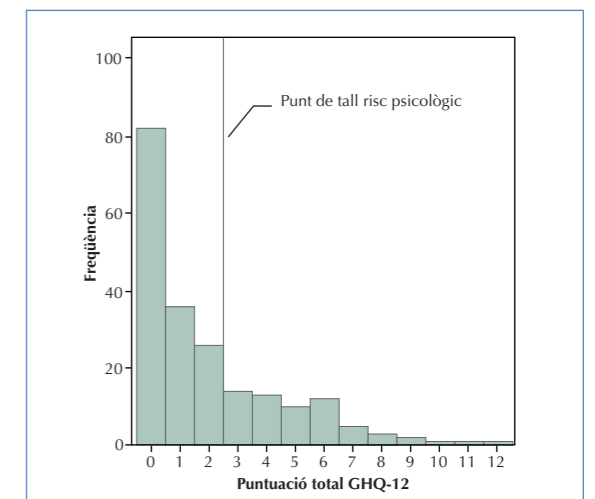


FIGURA 27: Distribució puntuacions GHQ-12

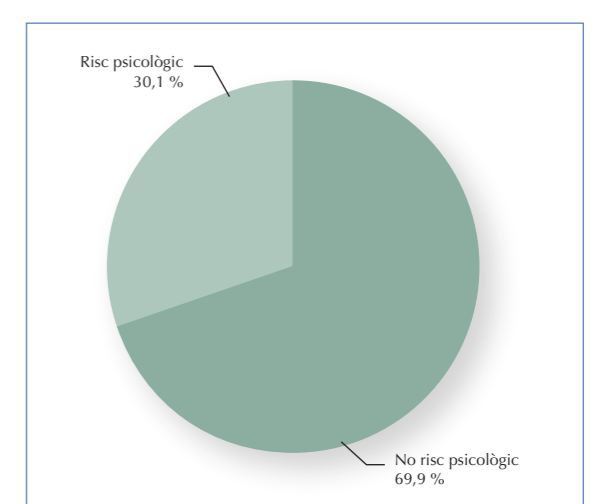


FIGURA 28: GHQ-12 dicotomitzat: malestar psicològic (punt tall &gt; 2)

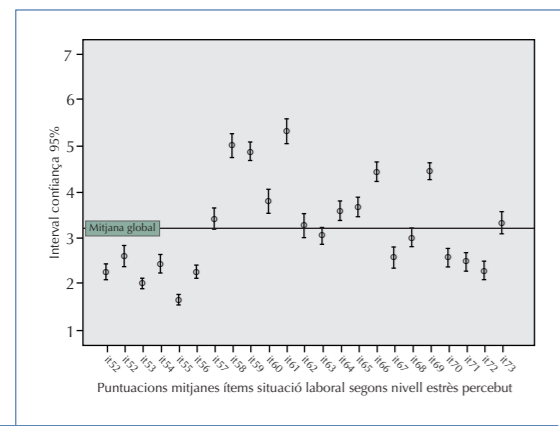


FIGURA 29: Puntuació mitjana i IC95% ítems situació laboral. Freqüència percebuda

## 4.6. Entorn laboral

### Factors d'estrès en termes de freqüència

Les mitjanes i el corresponent interval de confiança de cadascun dels ítems relatius a les condicions laborals estressants, en termes de freqüència, s'exposen a la FIGURA 29. Es pot observar que els ítems que es perceben com a més freqüents són *dormir poc i malament el dia de la guàrdia* (it61, mitjana=5,3, DE=1,9), *pressió assistencial elevada durant les guàrdies* (it58, mitjana=5, DE=1,8), i *sobrecàrrega de treball* (it59, mitjana=4,9, DE=1,5). Aquests ítems se situen a més de 2 desviacions estàndard de la mitjana global de la totalitat dels ítems (la línia que defineix aquesta mitjana apareix a la gràfica).

Els ítems que són percebuts com a esdeveniments menys freqüents són *dificultats de relació amb companys residents del teu any* (it55, mitjana=1,7, DE=0,90), *dificultats de relació amb residents i/o adjunts d'altres serveis* (it53, mitjana=1,99, DE=0,89) i *dificultats de relació amb residents més grans i/o adjunts dins el teu servei* (it51, mitjana=2,25, DE=1,11).

El contingut de tots els ítems es pot veure a l'annex: qüestionari sobre la situació laboral (pàgina 45).

### Factors d'estrès en termes d'intensitat

Aquests mateixos ítems, però valorats en termes d'intensitat d'estrès, són els que apareixen a la FIGURA 30. Els ítems que reben la màxima puntuació són *dormir poc i malament* (it61, mitjana=4,64, DE=1,97), *falta de dedicació a l'estudi*

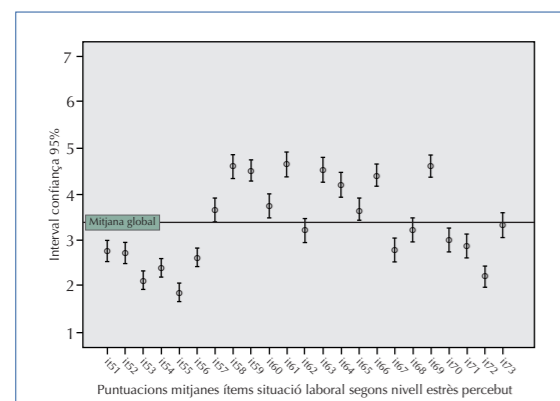


FIGURA 30: Puntuació mitjana i IC95% ítems situació laboral. Estrès percebut

(it69, mitjana=4,61, DE=1,65) i *pressió assistencial elevada durant les guàrdies* (it58, mitjana=4,61, DE=1,89).

Els ítems que reben una menor puntuació són *dificultats de relació amb companys residents del teu any* (it55, mitjana=1,86, DE=1,32), *dificultats en la relació amb residents i/o adjunts d'altres serveis* (it53, mitjana=2,13, DE=1,40) i *patir alguna actitud sexista* (it72, mitjana=2,19, DE=1,62).

### Nombre de guàrdies i hores de treball

La mitjana de guàrdies al mes és de 4,7 (DE=1,9).

Un 6,8% dels residents no fa guàrdies habitualment. La quantitat més freqüent de guàrdies al mes és de cinc (35%) o sis (21,8%) (FIGURA 31). Aproximadament un 5% dels residents enquestats fa més de 7 guàrdies mensuals.

Entre els residents que desenvolupen especialitats de naturalesa no assistencial o bé de suport, la mitjana de guàrdies mensuals és de 2,41 (DE=2,39). En el cas de l'especialitat MfC, la mitjana és de 5,11 (DE=2,17). Les especialitats mèdiques presenten una mitjana de guàrdies de 4,67 (DE=1,49), mentre que en el cas de les especialitats quirúrgiques la mitjana és de 5,41 guàrdies mensuals (DE=1,24). La diferència en la quantitat de guàrdies entre els quatre grups d'especialitats és estadísticament significativa ( $F=21,24$ ,  $p=0,0005$ ). En el cas de les especialitats no assistencials o de suport la xifra és significativament inferior a la dels altres tres grups. Els altres tres grups d'especialitats no difereixen de forma significativa pel que fa al nombre de guàrdies. A la FIGURA 32 es pot observar la mitjana de guàrdies

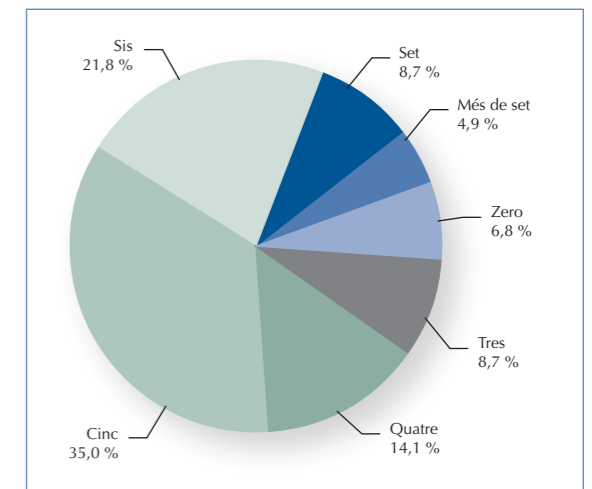


FIGURA 31: Quantitat de guàrdies realitzades darrers mes

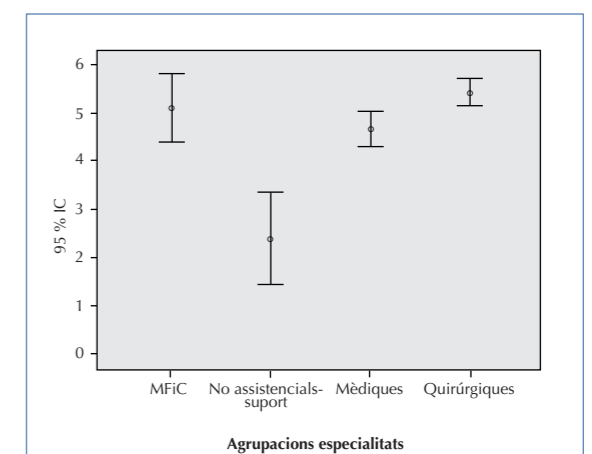


FIGURA 32: Mitjana guàrdies mensuals i IC95% segons agrupacions especialitat

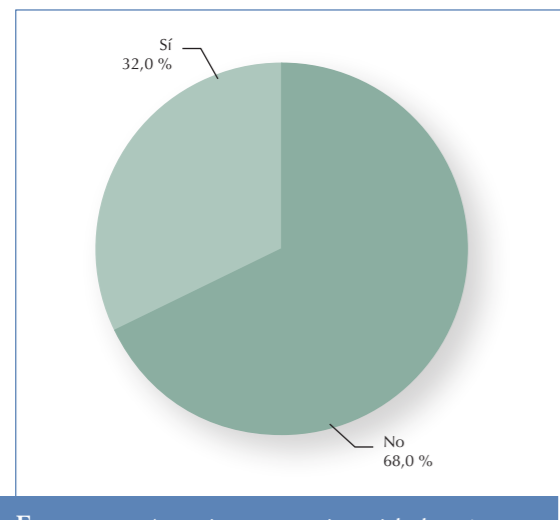


FIGURA 33: Assumir tasques assistencials després d'una guàrdia

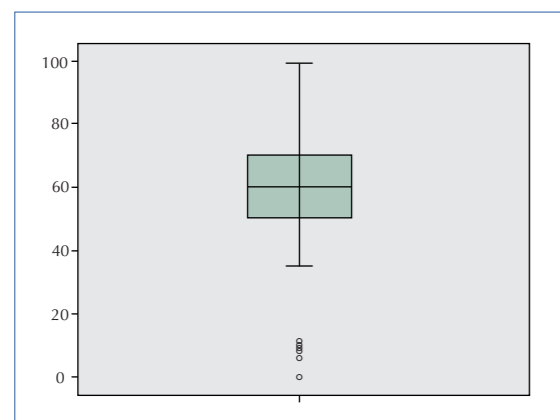


FIGURA 34: Distribució d'hores de treball setmana anterior

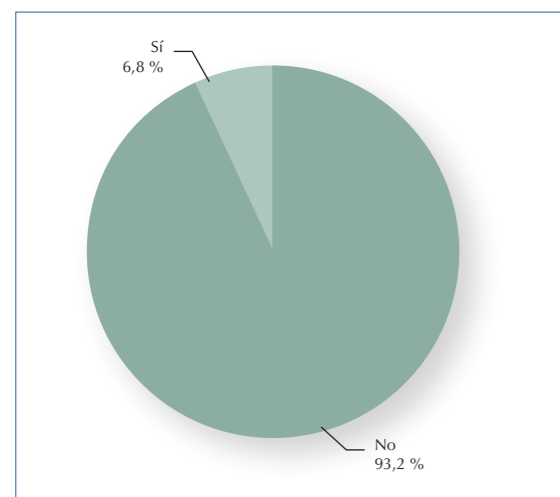


FIGURA 35: Inconvenient en què es torni a contactar amb enquestat?

segons agrupació d'especialitat amb els corresponents intervals de confiança.

El 32% dels enquestats afirma assumir tasques assistencials l'endemà d'una guàrdia. El 68% no ho fa (FIGURA 33). Aquest comportament està distribuït homogèniament entre les especialitats agrupades.

En els set dies previs al moment de l'enquesta, els residents enquestats han treballat una mitjana de 60,12 hores (DE= 17,74). Aquesta xifra també és independent de l'especialitat agrupada. La distribució d'aquesta variable apareix a la FIGURA 34.

### Hores de son

En les 48 hores prèvies a l'enquesta la mitjana d'hores de son és de 12,79 (DE = 2,48). Aquesta xifra és sensible a la presència de guàrdies, ja que aquells residents que han tingut alguna guàrdia en aquest període de temps tenen una mitjana d'hores de son inferior a la dels companys que no n'han fet ( $t=6,97$ ,  $p=0,0005$ ).

El 93,2% dels enquestats afirma que no té cap inconvenient que ens tornem a posar en contacte amb ells per fer un seguiment de l'estudi.

## 5. Resultats: relació entre el malestar psicològic i les condicions de vida i de treball del resident

### 5.1. Preàmbul

Un dels objectius de l'estudi és el de determinar el grau d'associació entre la salut mental dels residents, entès com a benestar/malestar psicològic mesurat amb el qüestionari GHQ12, amb les seves condicions de vida i de treball. En les següents anàlisis s'ha pres com a objecte d'estudi la puntuació total en el GHQ12 dicotomitzada, considerant les persones que obtenen una puntuació superior a 2 punts en aquest instrument com a persones amb **malestar psicològic (MP)**, i les persones que obtenen una puntuació igual o inferior a 2 com a persones **sense malestar psicològic (sMP)**.

Totes les anàlisis estadístiques empen un nivell de confiança del 95% i les hipòtesis són bidireccionals.

### 5.2. Factors sociodemogràfics

El MP no té una relació estadísticament significativa amb cap de les variables sociodemogràfiques recollides en l'estudi (edat, sexe, lloc de naixement,...).

### 5.3. Salut i estils de vida

#### Consultes mèdiques o psicològiques i antecedents psiquiàtrics

Haver consultat en el darrer any a un professional de la salut s'associa significativament amb la presència de MP ( $\chi^2=4,35$ ,  $p=0,037$ ; OR=2 IC95% 1,09 - 3,67). Un 39,5% dels MIR que han fet una consulta mèdica en el darrer any té MP. Entre els enquestats que no han fet cap consulta en el darrer any el percentatge de MP és del 24,6%.

L'existència d'antecedents psiquiàtrics personals que hagin requerit medicació no es relaciona amb el MP (Chi=0,228, p=0,592).

### Activitat esportiva

L'activitat física portada a terme en els darrers 15 dies no s'associa a la probabilitat de patir MP.

### Dieta

Els residents que no vigilen la seva dieta –mai o quasi mai– presenten una major probabilitat de patir MP que els seus companys que afirmen exercir-hi certa vigilància (Estadístic exacte de Fisher, p=0,024, OR=3,32 IC95% 1,18 - 9,35) .

### Consum de begudes estimulants

Apareix una associació pràcticament significativa entre el MP i el consum de més de tres begudes estimulants al dia (Chi=3,73, p=0,053). Entre les persones que manifesten consumir més de tres begudes estimulants al dia -sempre o quasi sempre- la proporció de MP ascendeix a un 42%, mentre que aquesta xifra en el cas de les persones amb un consum més baix o nul arriba a un 26,3% dels casos.

### Relacions sexuals

Els residents que expressen molta satisfacció o satisfacció en les seves relacions sexuals tenen una distribució diferencial de MP (Chi=10,53, p=0,001) respecte als que es mostren insatisfets o molt insatisfets. Identificar com a satisfactòries les relacions sexuals s'associa a una probabilitat quatre vegades superior de no manifestar MP per comparació amb els residents que identifiquen com a no satisfactòries les seves relacions sexuals (OR=4,28, IC95% 1,80 - 10,17). L'associació entre les dues variables és estadísticament independent de disposar o no de parella.

## 5.4. Consum de substàncies

### Consum de tabac

El consum o no de tabac és independent del MP. Tampoc no és rellevant l'edat d'inici en el consum d'aquesta substància.

Pel que fa al consum de cigarretes en dies feiners, encara que les persones amb MP tendeixen a fumar de mitjana 2 cigarretes més que les persones sMP, l'associació no és estadísticament significativa.

Pel que fa al consum de cigarretes en dia festiu, la mitjana de cigarretes consumides entre els residents amb MP és de 9,51. Aquesta dada supera en 2,5 cigarretes de mitjana als individus amb bona salut mental. L'associació, però, tampoc no és significativa.

En el cas del consum de cigarretes en dia de guàrdia, la mitjana de consum entre els residents amb MP és de 8,21 cigarretes. Aquesta dada supera en 4,22 cigarretes la mitjana dels residents sMP. No obstant això, la diferència roman estadísticament no significativa.

### Consum d'alcohol

La quantitat de begudes consumides, tant en dies festius com en dies feiners i de guàrdia, no es relaciona amb la variable de malestar psicològic.

### Consum de fàrmacs i altres substàncies

El consum d'antiinflamatoris s'associa a la presència de MP (Chi=5,49, p=0,019). Els que en consumeixen dupliquen la probabilitat de tenir MP (OR=2,15, IC95% 1,17 - 3,96).

No hi ha relació entre el consum de medicació analgèsica o antial·lèrgica i MP.

El consum de vitamines o minerals està pràcticament associat amb la presència de MP (Chi=3,19, p=0,070). Entre les persones que en prenen, un 50% té MP, mentre que entre els que no en prenen el MP disminueix a un 28% dels casos.

Només són 6 els residents que afirmen estar consumint antidepressius, el que impedeix realitzar-ne cap inferència estadística.

Quan es té en consideració l'acumulació de fàrmacs consumits, s'observa que no existeixen diferències significatives en la proporció de persones afectades de MP entre les que realitzen aquesta presa de medicació per iniciativa pròpia i les que segueixen prescripció mèdica.

Es constata, però, que la quantitat de fàrmacs consumits tendeix a ser superior en el grup afectat de MP (z=2,78, p=0,005), tot i que cal esmentar que la discrepància entre ambdós grups és mínima (IC95% diferència: 0,15 - 0,78).

Només 15 casos (7,3%) afirmen haver consumit algun tranquil·litzant en els darrers 30 dies. El consum d'aquest fàrmac no es relaciona amb la presència de MP.

## 5.5. Entorn laboral

### *Factors d'estrès en termes de freqüència*

El primer pas per a l'anàlisi d'aquesta dimensió ha estat realitzar comparacions de mitjanes, tot diferenciant els residents amb MP o sMP segons les puntuacions mitjanes a cadascun dels ítems de l'instrument sobre situacions laborals.

Amb l'objectiu de reduir la potencial presència de resultats falsos positius davant la realització de nombroses comparacions, s'ha aplicat una correcció del grau de significació. Atès que són un total de 23 els ítems que formen part d'aquesta mesura, només es considerarà significativa aquella discrepància entre residents amb o sense MP que s'associa a un grau de significació inferior al 2‰ (0,05/23=0,002).

Sota aquesta condició restrictiva, els ítems que diferencien significativament entre residents amb MP i sMP són 12 (el 52,2% del total d'ítems):

- » It51. Dificultats en la relació amb residents més grans i/o adjunts del teu servei
- » It52. Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior
- » It55. Dificultats de relació amb companys residents del teu any
- » It57. Pressió assistencial elevada durant les guàrdies
- » It59. Sobrecàrrega de treball
- » It63. Adonar-te d'un error comès
- » It64. Por a cometre un error
- » It65. Portar les preocupacions de la feina a casa
- » It66. Manca de temps per a la vida privada
- » It67. Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina
- » It68. conflicte entre el teu treball i els teus valors personals
- » It73. Preocupació sobre les perspectives professionals en la meva especialitat

En tots els casos, els residents amb MP tenen una puntuació superior que els residents sMP.

Amb la finalitat de determinar quina és la capacitat descriptiva d'aquests ítems en un context multivariànt, sobre la diferenciació entre residents amb i sense MP, es realitza una anàlisi de regressió logística. L'objectiu últim és el de determinar quins de tots els ítems anteriors tenen finalment capacitat predictiva sobre el malestar psicològic.

El model resultant és estadísticament significatiu (Chi=47,33, p=0,0005) i inclou tres variables:

- » it52. Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior
- » it65. Portar les preocupacions de la feina a casa
- » it67. Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina

### *Factors d'estrès en termes d'intensitat*

Seguint la mateixa estratègia d'anàlisi exposada en l'apartat anterior, però en aquest cas considerant l'estrès causat per les situacions exposades en aquest instrument, observem que els ítems que romanen estadísticament diferenciats entre residents amb i sense MP són els següents:

- » It51. Dificultats en la relació amb residents més grans i/o adjunts del teu servei
- » It52. Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior
- » It57. Prendre decisions sense la suficient supervisió
- » It58. Pressió assistencial elevada durant les guàrdies
- » It59. Sobrecàrrega de treball
- » It60. Excés de guàrdies
- » It63. Adonar-te'n d'un error comès
- » It64. Por a cometre un error
- » It65. Portar les preocupacions de la feina a casa
- » It66. Manca de temps per a la vida privada
- » It67. Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina
- » It68. conflicte entre el teu treball i els teus valors personals
- » It70. Por a reclamacions per part dels usuaris
- » It73. Preocupació sobre les perspectives professionals en la meva especialitat

Aquestes són el 60,8% del total de circumstàncies explorades, i en tots els casos el nivell d'estrès causat és superior en el cas dels residents afectats per MP.

Una anàlisi de regressió logística, com el realitzat amb anterioritat, emprant aquestes 14 situacions com a predictors, suposa obtenir un model significatiu (chi=41,68, p=0,0005) en el que només són dos els ítems significatius:

- » It52. Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior
- » It65. Portar les preocupacions de la feina a casa

Si analitzem conjuntament els ítems de freqüència i d'intensitat d'estrès que han obtingut rellevància estadística en l'anàlisi de regressió logística -52freq, 65freq, 67freq, 52estres i 65estres - observem que el model resultant és significatiu (Chi=49,85, p=0,0005). Després d'aquesta seqüència d'anàlisi, podem

afirmar que les 3 situacions laborals que millor discriminen entre residents amb o sense MP són *Portar les preocupacions de la feina a casa, Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina i Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior.*

Més enllà de la simple significació estadística, i en termes d'ajustament, aquests tres ítems permeten explicar el 21,5% de la variança de les diferències observades entre MP i sMP. La capacitat discriminativa d'aquests ítems entre residents amb MP i sense MP és estadísticament independent del gènere, de l'edat i de l'any de residència, el que facilita la seva generalització.

### *Tipus de centre, nombre de guàrdies i hores de treball*

El tipus de centre on es desenvolupa la tasca professional en termes de centres grans i centres mitjans/petits està relacionat amb la probabilitat de presentar malestar psicològic ( $\chi^2=6,67$ ,  $p=0,010$ ). En el cas dels centres grans, la presència de residents amb malestar és 2,3 vegades superior a la dels centres petits ( $OR=1,26 - 4,33$ ).

No hi ha diferències estadísticament significatives entre el nombre de guàrdies realitzades al mes i la presència o absència de MP.

Entre els que assumeixen tasques assistencials després d'una guàrdia, el 39,4% té malestar psicològic. Entre els que no les assumeixen el 25,7% té malestar psicològic. Aquesta diferència, però, no és estadísticament significativa ( $\chi^2=3,37$ ,  $p=0,067$ ).

No es pot establir una associació entre la mitjana d'hores treballades en els darrers 7 dies i la salut mental dels residents.

### *Hores de son*

Les hores de son reportades relatives als dies feiners tampoc es relacionen amb el MP. Sí que ho fa la quantitat d'hores de son relatives en les darreres 48h. Els residents afectats de MP tendeixen a reportar una quantitat menor d'hores de son que els seus companys sMP ( $t=2,80$ ,  $p=0,006$ ) (IC95% dif 0,31 - 1,77). Aquest efecte significatiu és independent d'haver realitzat o no guàrdia a les darreres 48h.

### *Dificultats econòmiques*

Aquesta variable no discrimina entre residents amb MP i sMP

## *Tutoria*

La quantitat de tutories que es realitzen no s'associa tampoc a MP.

## 5.6. Anàlisi final

Amb l'objectiu d'eliminar potencials efectes de confusió i redundàncies empíriques entre factors associats a MP, s'ha procedit a fer una anàlisi de regressió logística emprant com a potencials predictors aquelles variables que en totes les anàlisis anteriors han mostrat una significativa capacitat discriminativa entre residents amb o sense MP. Aquestes variables i els valors que prenen són:

- » Consulta a un professional de la salut en el darrer any (sí vs no)
- » Vigilar la dieta (mai-quasi mai vs a vegades-quasi sempre-sempre)
- » Satisfacció relacions sexuals (molt insatisfet-insatisfet vs satisfet- molt satisfet)
- » Presa medicació antiinflamatòria (sí vs no)
- » Quantitat medicació presa (quantitat)
- » Hores de son darreres 48h (quantitat)
- » Grandària hospital (més de 100 residents vs menys de 100 residents)
- » 3 ítems situació laboral (escala 1-7): Portar les preocupacions de la feina a casa (freq); Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina (freq); Manca de reconeixement per part del tutor i/o superior (estrès)

El model resultant, i que és estadísticament significatiu ( $\chi^2=50,80$ ,  $p=0,0005$ ), inclou les quatre següents variables:

- » Portar les preocupacions de la feina a casa (freqüència)
- » Manca de reconeixement per part del tutor o superior (estrès)
- » Satisfacció relacions sexuals
- » Hores de son en les darreres 48h

Aquests quatre factors expliquen, conjuntament, el 23,7% de la variança de les diferències entre residents amb o sense MP.

## 6. Discussió

### 6.1. Consideracions sobre la mostra

Abans de discutir els resultats de l'estudi creiem necessari fer algunes consideracions en relació amb la representativitat de la mostra emprada a l'estudi.

En primer lloc cal tenir present que el tipus de selecció de la mostra d'un estudi ajustat a una metodologia d'enquesta esdevé un element de gran importància en la determinació de la capacitat de generalització dels resultats obtinguts. En el cas específic d'una enquesta de salut com la que ens ocupa, la selecció aleatòria dels subjectes participants sol ser l'estratègia més idònia per assegurar la representativitat desitjada. No obstant això, també és cert que la majoria de vegades, sinó totes, no és possible que la totalitat de la mostra projectada en els termes aleatoris previstos en el disseny acabi esdevenint la mostra realment recollida.

En el context d'una enquesta de salut les raons que justifiquen la manca de concordança entre la mostra teòrica projectada i la mostra finalment recollida són nombroses. Hi ha subjectes de la població d'interès que tenen un nivell d'afectació sobre la seva salut que els impedeix poder respondre una enquesta, o persones institucionalitzades i, per tant, ubicades en espais on les enquestes de salut no solen arribar. O bé persones que, simplement, es neguen a respondre. Aquestes i altres condicions limiten la capacitat generalitzadora d'una enquesta.

Encara que una població de residents de medicina discreparia en molts paràmetres fonamentals respecte a la població general, el present estudi està sotmès, també, a potencials biaixos que tenen el seu origen en la manca de resposta. Aquest fet fa necessari analitzar les situacions que la generen i que hem pogut determinar a partir de les trucades de seguiment, i així aproximar-nos a la magnitud i la naturalesa del biaix que podria suposar aquesta limitació.

Considerem que la raó més rellevant de no resposta, en el sentit de la seva significació, ha estat la negativa explícita per part del resident (un 7,9% dels enquestats). A més, hi ha un 18,8% dels enquestats potencials que tot i haver afirmat que respondrien l'enquesta no havien donat resposta en el moment de tancar el període de recol·lecció. Aquest conjunt de no-respostes pot ser una font potencial de biaix, ja

que no és possible determinar en quin grau les persones que d'una manera o altra no donen resposta són comparables a les que sí ho fan.

La raó més freqüent de no resposta ha estat la de no disposar d'una font d'informació precisa sobre la localització del resident (22,3% de les enquestes projectades). Molt probablement, això es deu al fet que els residents siguin una població amb una alta mobilitat. Per aquest motiu, les dades de què es disposa en els respectius col·legis no coincideixen necessàriament amb les dades actuals on el resident viu, i tampoc aquesta base de dades té informació específica sobre el lloc de treball. Des d'un punt de vista metodològic, sembla raonable assumir que aquesta població –no accessible– no té perquè presentar una prevalença de malestar psicològic diferent de la resta de la població resident i, per tant, no representa necessàriament una font rellevant de biaix en les estimacions d'interès per a l'estudi.

La grandària de la mostra es va determinar, parcialment, segons la prevalença estimada de malestar psicològic entre els residents de medicina. Donat que no disposàvem de dades en el nostre entorn (raó fonamental que justifica aquest treball) es va escollir com a possible xifra de prevalença la reportada per Firth-Cozens (1999), d'un 42%. Aquest valor, pròxim al 50%, i que des d'un punt de vista estadístic suposa el valor de màxima indeterminació en l'estimació d'un esdeveniment dicotòmic, exigeix tenir una mostra relativament elevada de residents. Segons els resultats obtinguts, la prevalença de malestar psicològic se situa entorn al 30%, xifra clarament inferior al 42% previst inicialment. Això implica que si s'hagués considerat com a acceptable una xifra entorn al 30% en l'estimació de la mostra inicial, 206 observacions es consideraria un nombre adequat a la situació real que cal estimar. D'altra banda una mostra de 206 residents suposa el 6,6% de la població de residents de Catalunya, com s'ha assenyalat en un altre moment. Aquesta xifra relativa supera a moltes altres pertanyents a estudis comparables.

### 6.2. Discussió de resultats

L'especial vulnerabilitat del metge durant el període de formació (Firth-Cozens. 1987, Morales et al. 1995, Dabrow et al. 2006), la necessitat d'un bon equilibri emocional per realitzar la tasca de metge i el paper rellevant dels professionals de la salut en l'educació sanitària i en la promoció de la salut de la població justifiquen l'objectiu fonamental del present estudi: determinar, per primera vegada, la prevalença de malestar psicològic entre els residents de medicina a Catalunya i la seva associació amb els estils de vida, els hàbits tòxics, l'ús de serveis sanitaris i les condicions laborals.

L'estudi confirma l'elevada prevalença de malestar psicològic entre la població MIR a Catalunya. Aquesta xifra se situa en el 30% (IC95% 23,8 - 36,4) i és concordant amb l'observada en estudis comparables portats a terme amb residents (Morales et al. 1995, Firth-Cozens. 1999), metges d'atenció primària (Molina et al. 2003, Esteva et al. 2006) i metges d'hospital (Ramírez et al. 1996, Clarke et al. 2004, Taylor. 2005). Les xifres de malestar psicològic d'aquests estudis es mouen entre el 26% i el 37%.

La prevalença observada en els MIR de Catalunya triplica la de la població catalana entre 24 i 30 anys, que ascendeix a un 8,8%, segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (Departament de Salut. 2006). En el cas de la ciutat de Barcelona aquesta arriba al 14% (ASPB. 2003). Tant a l'ESCA com al nostre estudi, el GHQ forma part d'un qüestionari general, prou extens, i per això creiem que no s'ha produït una resposta induïda (McManus. 1999). Per tant, aquestes xifres evidencien que aquest col·lectiu constitueix una població crítica pel potencial desenvolupament de psicorrbilitat.

Els nostres resultats assenyalen, tal i com s'observa en altres estudis (Morales et al. 1995, Ramírez et al. 1996, Esteva et al. 2006), que la presència de malestar psicològic és independent de l'edat i del gènere del resident. Tampoc s'ha trobat cap associació amb la resta de variables sociodemogràfiques contemplades, fet que concorda, de nou, amb els resultats obtinguts en altres investigacions (Ramírez et al. 1996). Aquests resultats contrasten amb els observats en la població general (WHO. 2002, Departament de Salut. 2006), els quals mostren prevalences significativament superiors en el gènere femení. L'explicació d'aquesta discrepància pot estar justificada per la presència d'un rol professional i social més comparable entre homes i dones durant aquest període vital.

Tot i que el primer any de residència podria considerar-se un moment de major estrès i comportar un factor de risc de malestar psicològic (Firth-Cozens. 1987), els nostres resultats indiquen que el primer any de residència no suposa una prevalença diferenciada de la resta d'anys de formació. Tampoc hem observat una distribució diferencial del malestar psicològic en funció de l'especialitat mèdica (mèdiques, quirúrgiques, medicina de família i no assistencials o de suport). En canvi, sí que observem que el nivell de malestar psicològic dels residents ubicats en hospitals grans és més elevat que els que treballen en centres més petits. Desconeixem el perquè d'aquesta dada, però pensem que pot estar originada per diferències en l'entorn relacional del treball, més enllà de les condicions estructurals, d'acord amb els motius que mencionarem més endavant.

Segons els nostres resultats, els metges residents de Catalunya tenen una bona percepció de la seva salut en general, que s'ajusta a la que manifesta la població catalana entre 15 i 44 anys (Departament de Salut. 2006). No obstant això, aquesta percepció no es relaciona amb la presència de malestar psicològic.

En relació amb la utilització de serveis de salut, els resultats confirmen les dades d'altres estudis (Bruguera et al. 2001, Schneider et al. 2007). Menys de la meitat dels metges joves tenen oberta història clínica pel seu metge de capçalera. Tot i que es tracta d'una població d'edat en principi saludable, tenir una història clínica oberta significa haver consultat en algun moment i tenir un referent sanitari també per a la prevenció. Aquestes dades corroboren la tendència dels professionals a fer de metges d'ells mateixos o a consultar de forma informal entre companys (Adshead et al. 2005). En el cas de les consultes realitzades a un professional de la salut mental els resultats obtinguts revelen que la quantitat de consultes és lleugerament superior a la manifestada per la població general catalana (Departament de Salut. 2006), sense que aquest comportament es relacioni amb l'any de residència. Les persones que presenten malestar psicològic dupliquen la probabilitat de fer una consulta d'aquesta naturalesa. No obstant això, la dada que considerem

clínicament més rellevant és que més del 60% de les persones que presenten malestar psicològic no ha fet cap consulta a un professional de la salut en el darrer any. Aquest resultat és fruit, probablement, de la tendència a no incloure els aspectes psicològics en la valoració del propi estat de salut.

El present estudi posa de manifest, a més, que la presència d'antecedents psiquiàtrics que han requerit tractament mèdic no s'associa a una major probabilitat de malestar psicològic actual i, per tant, no pot ser considerat un bon predictor de malestar psicològic.

Molt pocs residents es mostren insatisfets amb les seves relacions sexuals i aquesta dada té una alta capacitat discriminativa de la presència de malestar psicològic, ja que multiplica per quatre la probabilitat de patir-ne. A més de la seva potència predictiva, és destacable que sigui independent de totes les variables contemplades en el present estudi. Un disseny d'enquesta com el present no permet determinar quina és la causa i quina és la conseqüència d'aquesta associació, però en qualsevol cas, abans de molts altres factors, caldria considerar el grau de satisfacció sexual a l'hora de predir el malestar psicològic.

Els hàbits i estils de vida dels metges residents catalans són similars als observats en altres estudis de professionals de la salut (López et al. 1998) i en conjunt no es poden considerar idonis des del punt de vista de rol exemplar que aquests professionals haurien de tenir. Els metges que practiquen bons hàbits de salut no només donen consells de salut de forma més freqüent (Frank et al. 2000, Lewis et al. 1991) sinó que també es mostren més convinents i capaços de motivar al pacient per canviar d'estils de vida (Frank et al. 2000b). Si prop d'un 40% dels enquestats no ha realitzat cap tipus d'activitat física esportiva en les setmanes immediates al moment de l'enquesta i, només el 65% de professionals afirmen procurar regularment que la seva dieta sigui equilibrada, és evident que cal augmentar la conscienciació dels professionals envers aquests temes.

L'hàbit tabàquic dels residents se situa en el 28% dels casos, uns 10 punts percentuals menys que en la població general catalana d'edat comparable (Departament de Salut. 2006). Desconeixem el perquè d'aquesta diferència positiva, però creiem que, sobretot en el cas dels homes, podria explicar-se no tant per la conscienciació pròpia de la professió, sinó més aviat per la tendència observada en la població general segons la qual l'hàbit tabàquic estaria disminuint en els col·lectius amb un nivell educatiu elevat (Giskes et al. 2005, Fernandez et al. 2001). L'edat mitjana d'inici al consum se situa en el moment en què els metges arriben a la universitat, essent més tard, per tant, que en el cas de la població general. És un fet positiu observar que el període de residència no sembla esdevenir un factor de risc d'iniciació a l'hàbit. També observem que la quantitat de cigarretes consumides és essencialment comparable entre dies festius i dies feiners, fins i tot els dies de guàrdia. El percentatge de metges fumadors que voldrien deixar de fumar és elevat, ja que ascendeix a un 76% dels enquestats i fins a un terç dels fumadors han intentat deixar el tabac en els darrers dotze mesos. Davant d'aquestes xifres, considerem que l'oferiment d'un programa per al cessament de l'hàbit tabàquic probablement gaudiria d'una bona resposta.

Alguns autors afirmen que el consum excessiu d'alcohol entre els residents (Birch et al. 1998) i entre els metges en general (Sebo et al. 2007) és elevat, essent utilitzat sovint com a automedicació (Earle et al. 2005). No obstant això, els criteris per avaluar el consum d'alcohol són heterogenis. En el nostre estudi s'observa que la immensa majoria dels residents de Catalunya no manifesten tenir un consum d'alcohol de risc: només un resident manifesta haver consumit més de cinc begudes el darrer dia feiner, i finalment el 5% dels enquestats manifesta haver consumit més de cinc begudes el darrer dia festiu. Malgrat que no hem trobat associació entre el consum d'alcohol i el malestar psicològic, probablement per manca de potència estadística, cal incidir en aquest grup de consumidors.

Tot i que les dades trobades en altres estudis sobre consum de psicofàrmacs en metges són molt superiors (Earle et al. 2005, Menéndez et al. 2005, Schneider et al. 2007), en el nostre estudi cal destacar que el 7,3% dels residents ha consumit tranquil·litzants en el darrer mes i el 9,7 % ha pres antidepressius. A diferència d'altres estudis (ASPB. 2003), no hem trobat una associació entre el malestar psicològic i el consum de tranquil·litzants. Davant d'una prevalença de consum de tranquil·litzants tan baixa, estadísticament parlant, hagués calgut una mostra molt gran per tal de trobar una associació significativa.

Malgrat que observem que l'automedicació en antiinflamatoris i analgèsics és una pràctica generalitzada entre els residents, l'autoprescripció en antidepressius és el que cal considerar un motiu de preocupació.

Com s'ha assenyalat amb anterioritat, en la present enquesta han estat explorats un ampli ventall de circumstàncies relatives a l'entorn laboral i a les condicions en les quals el resident desenvolupa la seva tasca professional. Resulta rellevant indicar que la gran majoria de circumstàncies explorades diferencien significativament els residents amb i sense malestar psicològic. Entre elles, les més discriminatives, són les relatives a portar les preocupacions de la feina a casa, la manca de reconeixement per part del tutor o superior, la pressió assistencial elevada durant les guàrdies, la sobrecàrrega de treball, el dormir poc i malament el dia de guàrdia, la manca de temps per a la vida privada i la falta de dedicació a l'estudi, l'adonar-se d'un error comès i la por a cometre un error.

Aquesta gran quantitat de situacions, tant en termes de freqüència com d'intensitat d'estrès percebut estan interrelacionades entre elles. La majoria covarien entre sí. És per aquesta raó que hem considerat necessari poder discernir quines d'aquestes condicions percebudes mantenen la seva capacitat discriminativa un cop l'efecte de les altres circumstàncies laborals són ajustades. Sota aquest enfocament, i com hem esmentat, són relativament poques les situacions que esdevenen finalment discriminatives. I això, entenem, atorga una major precisió, tant en termes descriptius com a l'hora d'orientar potencials intervencions.

Ni el nombre de guàrdies setmanals, ni el fet d'assumir tasques assistencials després de la guàrdia, ni el nombre d'hores treballades, ni les dificultats econòmiques, ni la freqüència de les tutories, ni la sobrecàrrega de treball, ni cap altra circumstància estructural o considerada com a objectiva diferència degudament als residents amb i sense malestar psicològic. Portar les preocupacions de la feina a casa i la manca de reconeixement per part del tutor i/o superiors són les úniques circumstàncies laborals que romanen discriminatives entre les dues poblacions de residents.

Aquests resultats es relacionen amb les troballes obtingudes en estudis que utilitzen variables de naturalesa psicoafectiva (Morales et al. 1995, Ramírez et al. 1996, Firth-Cozens et al. 1999, Michie et al. 2003). En aquests estudis, variables com la percepció de: manca de cohesió i de suport de l'equip, insatisfacció pel treball o no rebre adequats recursos de maneig i comunicació, es perfilen com els factors condicionants de malestar psicològic. Aquests autors insisteixen en què aquests factors no es poden considerar de forma exclusiva des d'una perspectiva de limitacions dels individus, de persones simplement mal adaptades o amb pocs recursos, sinó que estan directament relacionats amb una dinàmica de funcionament organitzatiu.

Des del nostre punt de vista, la percepció que el tutor i/o superior no reconeix el resident i la preocupació per traslladar els problemes de la feina a casa podrien ser l'expressió d'un sistema organitzatiu (de servei o unitat docent) que, independentment del seu nivell de competència tècnica, no garanteix un adequat acompanyament al resident en aquest procés d'aprenentatge (Sánchez Candamio et al. 1990). Les circumstàncies actuals del sistema sanitari, i concretament les d'alguns serveis i centres docents (pressió assistencial, manca de recursos, increment de tasques i objectius...), poden fer difícil preservar les condicions necessàries per a la docència, i la funció docent d'aquests serveis pot quedar desvirtuada per dinàmiques d'altra índole.

En propers treballs seria interessant investigar amb més profunditat la influència d'una mínima organització que tingui en compte la integració i participació del resident dins l'equip assistencial, amb un pla de treball específic que permeti el seu reconeixement (Firth-Cozens, 2001; Firth-Cozens 2003). També caldria conèixer, més concretament, els recursos que el resident utilitza quan té problemes (Earle et al. 2005, Shanafelt et al. 2002) i la idoneïtat d'oferir espais d'expressió i reflexió sobre les pors i les incerteses que genera la pràctica mèdica, i d'elaboració de les dificultats i d'aprenentatge a partir dels errors.

## 7. Conclusions

Cal augmentar la conscienciació de la pràctica de bons estils de vida entre els metges residents, ja que el seu rol exemplar, junt amb la difusió activa de consells preventius, pot tenir un gran impacte en la població.

La prevalença de malestar psicològic durant la residència confirma que la medicina és una professió amb riscos psicosocials, que pot fer especialment vulnerable al metge jove. Aquesta realitat justificaria, d'una banda, la conveniència de complementar els programes formatius dels especialistes amb l'adquisició d'habilitats que ajudin en el maneig de l'estrès i l'impacte emocional de la pràctica mèdica i en la integració d'espais de suport emocional (grups de suport) en les activitats habituals del resident. D'altra banda, els serveis docents haurien de garantir una organització i un clima de treball que fossin receptius a les necessitats del resident. Cal insistir en la funció de la tutoria, com la responsabilitat d'orientar i fer el seguiment del procés de formació del resident.

El baix nivell de consulta que fan els residents amb malestar psicològic planteja la conveniència d'establir recursos de fàcil accessibilitat per tractar els seus problemes.

Cadascuna d'aquestes mesures ha de tenir com a finalitat preparar el resident per a un desenvolupament saludable de la seva vida professional.

## 8. Resum

En aquest estudi ens hem enfocat a dos objectius principals. En primer lloc la descripció dels hàbits i l'estat de salut general dels residents de medicina de Catalunya, així com la descripció de les seves condicions de treball. En segon lloc, la determinació dels factors estudiats que s'associen a la presència de malestar psicològic.

El residents de medicina tenen una bona percepció del seu estat de salut general, i els hàbits i estils de vida són similars als observats en altres estudis similars, realitzats amb professionals de la salut o fins i tot amb població general comparable en edat. Tot i això, els seus hàbits i estils de vida no poden considerar-se idonis des del punt de vista del rol exemplar que aquests professionals haurien de tenir per a la població general.

El consum d'alcohol i de psicofàrmacs dels residents és clarament inferior al reportat en estudis portats a terme amb metges sèniors.

Pel que fa al segon objectiu de l'estudi, podem afirmar que la prevalença de malestar psicològic entre la nostra població de residents s'ajusta a la reportada en estudis comparables. La xifra de metges amb MP és del 30,1% (IC95% 23,8 - 36,4).

En termes epidemiològics cal destacar que, tot i que la immensa majoria de condicions laborals adverses tendeixen a estar lligades a la presència de malestar psicològic, aquestes condicions estructurals no són les que més capacitat discriminativa tenen sobre la diferenciació entre els residents amb i sense psicomorbilitat. Tampoc el consum de substàncies té una capacitat discriminativa en aquest període formatiu, la qual cosa ens permet inferir que el resident no està, de moment, exposat a processos d'automedicació. Aquests processos, molt probablement, tendiran a manifestar-se més endavant en la seva vida professional.

Els factors que poden considerar-se com a factors de risc útils en la diferenciació dels residents amb i sense MP són elements com ara portar les preocupacions de la feina a casa, i la manca de reconeixement per part del tutor i/o superiors. Aquestes variables, de naturalesa psicològica, i que són coincidents amb les troballes d'altres estudis, posen de manifest la necessitat de tenir en consideració la vessant psicoafectiva del resident. Tot plegat ha de portar a plantejar-se la idoneïtat del procés actual d'acompanyament del resident en aquest període formatiu.

## 9. Bibliografia

- Adshead G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Adv Psych Treat* 2005;11:330-337.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut mental a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2003.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2005. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006.
- Anderson DJ. The hidden curriculum. *Am J Roent* 1992;159:21-2.
- Birch D, Ashton H, Kamali F. Alcohol, drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in north-east England. *The Lancet*. 1998; 352 (9130), 785-786.
- Brotons C et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine* 40 (2005) 595-601.
- Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)* 2001; 2001:492-494.
- Clarke D, Singh R. Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *N Z Med J*. 2004;117:1204-1121.
- Dabrow S, Russell S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad. Med.* 2006; 81:436-439.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya. 2006. Barcelona.
- Diari oficial de la Generalitat de Catalunya. Ordre SLT/396/2005 d'acreditació de tutors d'especialistes en formació: DOGC 4487. 11.10.2005. pàg. 32471.
- Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005;51:242-247.
- Esteve M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006;206(2):77-83.

- Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epid Com Health* 2001;55:729-730.
- Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *BMJ* 1987; 295:533-536.
- Firth-Cozens J. The psychological problems in doctors. A: Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in Health Professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Wiley & sons Ltd. West Sussex, England, 1999:79-92.
- Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine* 52 (2001) 215-222.
- Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ* 2003;326:670-671.
- Firth-Cozens J, Cording H. What matters more in patient care? Giving doctors shorter hours of work or a good night's sleep? *Qual. Saf. Health Care* 2004;13:165-166.
- Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff B. Correlates of physicians' prevention-related practices. *Arch Fam Med.* 2000;9:359-367.
- Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med.* 2000;9:287-290.
- Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine european countries by education. *J Epid Com Health* 2005;59:395-401.
- Golberg, D. & Williams, P. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. 1-163. 1996. Barcelona, MASSON.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth-Cozens J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58: 361-366.
- Lewis CE, Clancy C, Leake B, Schwartz JS. The counseling practices of internists. *Ann Intern Med.* 1991;114(1):54-58.
- López MV, Rivero ME, Serra C, Campo M, Raurich M, Bonfill X. Encuesta de salud a los profesionales sanitarios de Barcelona. *Arch Prev Riesgos Labor* 1998;2:55-62.
- McManus C, Winder BC, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed? *The Lancet* 1999; 354:1358-1359.

Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA. 2001;286:3007-3014.

Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occup. Environ. Med. 2003;60:3-9.

Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de una área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;31:564-574.

Morales M, López-Ibor JJ. Estrés y adaptación al inicio de la formación médica postgraduada. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1995; 23(5):241-248.

Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). Anales del Fondo de Investigación Sanitaria 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993:221.

Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996, 347:724-728.

Sánchez Candamio M, Pla M, Albertin P, Rodríguez M. El Procés de socialització del personal mèdic intern resident. (Monografies; 10). Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 1990.

Schneider M, Bouvier M, Goehring C, Künzi B, Bovier P. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly. 2007; 137: 121-126.

Sebo P, Bouvier M, Goehring C, Künzi B, Bovier P. Use of tobacco and alcohol by swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2007;7:5.

Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an Internal Medicine Residency Program. Ann Intern Med. 2002; 136:358-367.

Taylor C, Graham J, Potts H, Richards M, Ramirez A. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. Lancet 2005; 366:742-744.

Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? Aten Primaria 2004; 33:326-30.

WHO. Gender and mental health. World Health Organisation, 2002. (consulta: 8 de març del 2007). Disponible a: [http://www.who.int/gender/other\\_health/genderMH.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf)

## 10. Annex: Qüestionari sobre la situació laboral

A continuació s'exposen un seguit de situacions que es poden donar en l'àmbit laboral. Especifica per cadascuna d'elles la freqüència amb què es donen i el grau d'estrès que et produeixen; sota el barem de l'1 al 7, entenent el valor 1 com a *mai* i el valor 7 com a *sempre*.

Exemple: *Freqüència = 3 / Nivell d'estrès causat = 5.*

### Situacions

- » It51. Dificultats en la relació amb residents més grans i/o adjunts dins el teu servei
- » It52. Manca de reconeixement per part del tutor i/o superiors
- » It53. Dificultats en la relació amb residents i/o adjunts d'altres serveis.
- » It54. Dificultats de relació amb el personal d'infermeria
- » It55. Dificultats de relació amb companys residents del teu any
- » It56. Dificultats en la comunicació amb pacients i/o familiars.
- » It57. Prendre decisions sense la suficient supervisió
- » It58. Pressió assistencial elevada durant les guàrdies
- » It59. Sobrecàrrega de treball
- » It60. Excés de guàrdies
- » It61. Dormir poc i malament el dia de guàrdia
- » It62. No poder agafar vacances de forma programada
- » It63. Adonar-te d'un error comès
- » It64. Por a cometre un error
- » It65. Portar les preocupacions de la feina a casa
- » It66. Manca de temps per a la vida privada
- » It67. Incomprensió de la parella i/o família sobre les qüestions de la teva feina
- » It68. Conflicte entre el teu treball i els teus valors personals
- » It69. Falta de dedicació a l'estudi
- » It70. Por de reclamacions per part d'usuaris
- » It71. Por a una agressió física o verbal
- » It72. Patir alguna actitud sexista
- » It73. Preocupació sobre les perspectives professionals en la meua especialitat
- » It74. Una altra: \_\_\_\_\_

**FUNDACIÓ GALATEA****Presidència:**

Dr. Jaume Padrós i Selma

**Gerència:**

Dr. Antoni Arteman Jané

**Coordinació de programes:**

Dra. Eulàlia Masachs Fatjó

**Suport administratiu:**

Sra. Natàlia Raguer Escuder

**PATRONAT****President:**

Dr. Jaume Padrós i Selma

*Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona***Vicepresident:**

Dr. Joan Profitós Tuset

*Vicesecretari del Col·legi Oficial de Metges de Girona***Vocals:**

Dra. Leonor Ancochea Serraïma

*Vocal de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*

Dr. Xavier Blancafort Sansó

*Expresident de la Secció Col·legial MIR del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*

Dra. Mercè Botinas Martí

*Vocal de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*

Sra. Mariona Creus Virgili

*Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona*

Dr. Eduard Jaurrieta Mas

*Director Adjunt de desenvolupament del professional de l'Institut d'Estudis de Salut. Departament de Salut*

Dr. Ramon Balius Juli

*Metge jubilat del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*

Dr. Baldomero Tormo Carnicé

*Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona*

Dr. Ignacio Orce Satrústegui

*President d'Assistència Sanitària Col·legial*

Dr. Antoni Plasència Taradach

*Director general de Salut Pública del Departament de Salut*

Dr. Carles Querol Vela

*Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Lleida*

Dr. Marc Soler Fàbregas

*Gerent de l'Àrea Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*

Dr. Alexandre Darnell Tey

*Vicepresident de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears*

