

Salut, estils de vida i condicions
de treball dels metges i metgesses
de Catalunya

Salut, gènere i exercici
professional



SALUT, ESTILS DE VIDA I CONDICIONS DE TREBALL
DELS METGES I METGESSES DE CATALUNYA

Edita: Fundació Galatea
Autores: Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris (CAPS)
Izabella Rohlf
Pilar Arrizabalaga
Lucía Artazcoz
Carme Borrell
Mercè Fuentes
Carme Valls
Coordinació del treball de camp:
Lucía Baranda

Dipòsit legal: B:D.L.39621-07

Estudi realitzat al juny de 2007 i editat al novembre de 2007

Presentació

A punt de celebrar el desè aniversari del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) podem afirmar que la Fundació Galatea ha consolidat amb èxit un model d'assistència i rehabilitació per als professionals de la medicina i de la salut que ja és un referent reconegut, tant en el nostre entorn més immediat, com a nivell de l'Estat i d'Europa. Tenint en compte que la salut dels professionals és una condició necessària per a garantir una bona qualitat assistencial, la tasca del PAIMM resulta ja imprescindible.

Ara bé, l'experiència d'aquests anys també ens ha portat a qüestionar-nos els factors que poden influir o determinar l'emmalaltiment o la salut del nostre col·lectiu, i ens obliga, inevitablement, a plantejar-nos la necessitat d'aprofundir en aquesta qüestió.

Seguint els passos d'altres programes que han estat pioners en l'atenció al metge malalt, especialment els dels EUA, Canadà i Austràlia, la Fundació Galatea va iniciar fa pocs anys diversos programes amb l'objectiu de promoure la investigació i les conseqüents estratègies d'actuació en l'àmbit de la prevenció i la promoció de la salut dels metges i metgesses.

L'estudi que ara presentem està dins del que hem anomenat programa sobre Salut, Gènere i Exercici professional. Tot i que aquest treball és un punt de partida en un terreny de coneixement que s'haurà de consolidar amb posteriors investigacions, es tracta també d'una fita destacada atès que, per primera vegada, disposem de dades quantificades sobre qüestions clau en la situació de la professió. A més, aquest treball és pioner en un abordatge que planteja mesurar la salut, els estils de vida i les condicions laborals de metges i metgesses tenint en compte molt especialment una perspectiva de gènere, que hem considerat obligada per a la creixent feminització del nostre col·lectiu.

La salut i el benestar del professional sanitari són qüestions molt importants, com ja hem dit, per tal de garantir una praxi de qualitat, sense oblidar el fet que metges i metgesses representem un rol exemplar en la societat. Esperem que els resultats que avui us presentem serveixin per avançar conjuntament des de tots els estaments relacionats amb la professió mèdica, en el camí de les accions que promoguin el benestar i la salut dels qui hem de tenir cura de la salut dels altres.

Vull agrair a les autores la qualitat i el rigor de la tasca realitzada, i als laboratoris MSD (Merck-Sharp-Dohme) pel seu mecenatge; sense ells aquest treball no hauria estat possible.

Dr. Jaume Padrós i Selma

President de la Fundació Galatea

Índex

1. Introducció	9
2. Antecedents	11
2.1. La morbidimortalidad i les condicions de treball	12
2.2. La salut percebuda dels metges i metgesses	12
2.3. Els estils de vida de les metgesses i els metges	13
2.4. La utilització dels serveis sanitaris i medicaments en els metges i metgesses	13
2.5. La salut reproductiva de les metgesses	14
3. Objectius de l'enquesta	16
3.1. Objectiu general	16
3.2. Objectius específics	16
4. Metodologia	17
4.1. Univers estadístic i població d'estudi	17
4.2. Resposta	17
4.3. La confidencialitat	18
4.4. El qüestionari i el treball de camp	18
4.5. Les variables compostes	19
<i>L'estructura familiar</i>	19
<i>L'entorn psicosocial del treball</i>	19
<i>La salut mental</i>	20
<i>L'índex de massa corporal</i>	21
<i>L'activitat física</i>	21
<i>El consum de tabac</i>	22
<i>El consum d'alcohol</i>	22
4.6. Anàlisi	23
4.7. Estructura de l'informe de resultats	23
5. Resultats principals	25
5.1. Les característiques ociodemogràfiques	25
<i>La distribució per edat, sexe i lloc de naixement</i>	25
<i>La distribució segons especialitats</i>	26
5.2. La situació laboral i l'activitat professional	27
<i>Nombre de feines i sector d'activitat</i>	27
<i>El centre d'exercici de l'activitat professional principal</i>	28
<i>L'antiguitat i el tipus de contracte</i>	30
<i>Els càrrecs de comandament</i>	30
<i>La jornada de treball i les hores treballades</i>	32
<i>L'entorn psicosocial del treball</i>	34
<i>La insatisfacció laboral</i>	38

5.3.	L'àmbit domèstic i familiar	40
	<i>L'estructura de convivència de la llar</i>	<i>40</i>
	<i>La distribució dels treballs domèstics i la cura de les persones dependents</i>	<i>41</i>
	<i>L'ús del temps.....</i>	<i>42</i>
	<i>La satisfacció amb diferents esferes de la vida</i>	<i>44</i>
5.4.	L'estat de salut	44
	<i>L'estat de salut percebut.....</i>	<i>44</i>
	<i>Els trastorns crònics</i>	<i>46</i>
	<i>El sobrepès i l'obesitat</i>	<i>48</i>
	<i>La salut mental.....</i>	<i>49</i>
	<i>El dolor i el cansament</i>	<i>51</i>
5.5.	Les conductes o estils de vida relacionats amb la salut.....	53
	<i>L'activitat física.....</i>	<i>54</i>
	<i>El consum de tabac</i>	<i>56</i>
	<i>El consum d'alcohol.....</i>	<i>58</i>
	<i>Les hores de son.....</i>	<i>59</i>
5.6.	L'ús de serveis sanitaris i medicaments i les pràctiques preventives	62
	<i>Comportament davant d'un problema de salut.....</i>	<i>62</i>
	<i>Tenir metgelssa de capçalera i historia clínica oberta.....</i>	<i>64</i>
	<i>Ingressos i adscripció de l'hospital d'ingrés</i>	<i>65</i>
	<i>Consum de fàrmacs</i>	<i>66</i>
	<i>Les pràctiques preventives: vacuna de la grip, revisió periòdica de la tensió arterial i del colesterol.....</i>	<i>70</i>
5.7.	La salut reproductiva de les metgesses.....	73
	<i>Les pràctiques preventives</i>	<i>73</i>
	<i>La situació de la menstruació i els símptomes premenstruals</i>	<i>74</i>
	<i>Els embarassos.....</i>	<i>76</i>
6.	Apunts finals i conclusions.....	78
	<i>Les característiques sociodemogràfiques, la situació laboral i l'activitat professional</i>	<i>78</i>
	<i>L'àmbit domèstic i familiar.....</i>	<i>79</i>
	<i>L'estat de salut.....</i>	<i>80</i>
	<i>Les conductes o estils de vida relacionats amb la salut.....</i>	<i>81</i>
	<i>L'ús de serveis sanitaris i medicaments i les pràctiques preventives</i>	<i>81</i>
	<i>La salut reproductiva de les metgesses.....</i>	<i>83</i>
7.	Bibliografia.....	84

Índex de taules

TAULA 1. Escales de risc psicosocial.....	20
TAULA 2. Comparació de les condicions de treball de les metgesses i metges amb la població ocupada catalana.....	34
TAULA 3. Comparació de l'estat de salut percebut i la morbiditat amb població ocupada i classe social I	50
TAULA 4. Comparació amb població ocupada i classe social I de conductes o estils de vida relacionats amb la salut.....	61
TAULA 5. Comparació del consum de medicaments (prescrits o iniciativa pròpia) amb població ocupada i classe social I.....	69
TAULA 6. Comparació de les pràctiques preventives amb població ocupada i classe social I	72
TAULA 7. Comparació de les pràctiques preventives amb població ocupada i classe social I.....	74

Índex de figures

FIGURA 1. Piràmide d'edat segons el sexe	25
FIGURA 2. Distribució segons les especialitats més freqüents en les dones	26
FIGURA 3. Distribució segons les especialitats més freqüents en els homes	27
FIGURA 4. Distribució segons el nombre de feines remunerades actuals (dones)	27
FIGURA 5. Distribució segons el nombre de feines remunerades actuals (homes).....	28
FIGURA 6. Distribució segons sector d'activitat i sexe	28
FIGURA 7. Distribució segons centre de treball i sexe	29
FIGURA 8. Prevalença de professionals amb més d'una feina segons centre de treball i sexe	29
FIGURA 9. Distribució segons tipus de contracte i sexe	30
FIGURA 10. Prevalença d'ocupació de càrrecs de comandament segons centre de treball i sexe.....	31
FIGURA 11. Distribució segons el sexe del cap immediat en homes i en dones	31
FIGURA 12. Distribució segons jornada de treball i sexe.....	32
FIGURA 13. Distribució de les hores setmanals de treball remunerat per homes i dones que fan guàrdies segons edat.....	33
FIGURA 14. Nombre d'hores de treball remunerat setmanal segons centre de treball i sexe	33
FIGURA 15. Factors de risc psicosocial segon sexe	36
FIGURA 16. Suport dels superiors segons centre de treball i sexe.....	36
FIGURA 17. Exigències psicològiques segons centre de treball i sexe.....	37
FIGURA 18. Control sobre el treball segons centre de treball i sexe.....	37
FIGURA 19. Suport dels companys segons centre de treball i sexe	38
FIGURA 20. Participació en les decisions de la unitat segons centre de treball i sexe.....	38
FIGURA 21. Insatisfacció amb les condicions de treball segons centre i sexe	39
FIGURA 22. Prevalença d'insatisfacció amb les condicions de treball segons el tipus de relació laboral i el sexe	39
FIGURA 23. Distribució segons sexe de l'estructura de convivència de la llar.....	40
FIGURA 24. Edat segons l'estructura de convivència de la llar i sexe	41
FIGURA 25. Distribució segons sexe de les persones responsables principals de la cura dels menors de 15 anys en persones que viuen en parella.....	41

FIGURA 26. Distribució segons sexe de la persona responsable principal de les tasques domèstiques en persones que viuen en parella	42
FIGURA 27. Hores de treball domèstic segons l'estructura de convivència de la llar i sexe	43
FIGURA 28. Hores de treball remunerat segons l'estructura de convivència de la llar i sexe	43
FIGURA 29. Distribució de la disponibilitat de temps per les aficions o per descansar tranquil·lament en l'última setmana segons sexe.....	44
FIGURA 30. Prevalença d'insatisfacció amb diferents aspectes de la vida segons el sexe	44
FIGURA 31. Distribució de l'estat de salut percebut segons sexe	45
FIGURA 32. Prevalença de trastorns crònics segons sexe.....	47
FIGURA 33. Prevalences de trastorns crònics segons sexe i edat	48
FIGURA 34. Distribució segons l'índex de massa corporal segons sexe	49
FIGURA 35. Prevalença de patiment psicològic segons insatisfacció amb diferents aspectes de la vida i sexe.....	50
FIGURA 36. Nivell de dolor segons l'estructura de convivència a la llar i sexe	51
FIGURA 37. Nivell de cansament segons centre de treball i sexe.....	52
FIGURA 38. Distribució del nombre de minuts setmanals dedicats a l'activitat física en el temps de lleure segons sexe (esport + caminar)	55
FIGURA 39. No realització d'esport durant el temps de lleure segons l'estructura de convivència a la llar i sexe.....	56
FIGURA 40. Distribució del consum de tabac segons sexe	57
FIGURA 41. Distribució del consum d'alcohol segons sexe.....	59
FIGURA 42. Distribució de les hores de son segons l'estructura de la llar i sexe	61
FIGURA 43. Distribució de les respostes a la pregunta: - Quan té un problema de salut que considera important, acostuma a demanar consell a un o a diversos col·legues?- segons sexe	63
FIGURA 44. Distribució segons la resposta a la pregunta - Quan té un problema de salut demana consell a col·legues?- segons centre de treball (homes)	63
FIGURA 45. Distribució de les respostes a la pregunta: - L'últim cop que s'ha trobat malament a ha qui recorregut?- segons sexe	64
FIGURA 46. Prevalences de tenir metge/metgessa de capçalera i haver estat ingressat a l'hospital l'últim any segons sexe (excepte per parts)	64
FIGURA 47. Distribució del motiu d'ingrés segons sexe (% sobre ingressats)	66
FIGURA 48. Distribució segons l'adscripció del centre de l'últim ingrés (dones)	66
FIGURA 49. Prevalences de consum de fàrmacs en les últimes dues setmanes (homes)	67
FIGURA 50. Prevalences de consum de fàrmacs en les últimes dues setmanes (dones)	67
FIGURA 51. Distribució del consum de psicofàrmacs segons sexe.....	68
FIGURA 52. Utilització de psicofàrmacs segons l'estructura de convivència a la llar i sexe.....	68
FIGURA 53. Prevalences de la vacunació de la grip cada tardor i control periòdic (menys de 2 anys) de la tensió arterial i del nivell de colesterol en sang.....	70
FIGURA 54. Distribució de la vacunació de la grip cada tardor segons centre de treball i sexe	71
FIGURA 55. Control periòdic del colesterol (menys de 2 anys) segons edat i sexe	72
FIGURA 56. Distribució segons el mètode anticonceptiu utilitzat de manera regular entre les dones que tenen la menstruació.....	73
FIGURA 57. Distribució segons la situació en relació amb la menstruació	74
FIGURA 58. Prevalença de símptomes premenstruals en dones que tenen la menstruació segons centre de treball.....	75
FIGURA 59. Distribució segons el nombre d'embarassos.....	76
FIGURA 60. Distribució segons el nombre de parts prematurs entre les dones que alguna vegada han estat embarassades.....	76
FIGURA 61. Prevalença de complicacions obstètriques en dones que han estat embarassades segons centre de treball.....	77

1. Introducció

La medicina és una professió amb un fort compromís social i que sovint comporta una gran implicació en el treball, però també és conegut que els i les professionals de la medicina estan, cada dia més, sotmesos/es a pressions d'origen divers (els usuaris, les organitzacions on treballen, els aspectes acadèmics...) que poden fer difícil mantenir les condicions necessàries per a un desenvolupament saludable de la seva tasca. El PAIMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt) es va crear per atendre els metges i metgesses que ja estan malalts/es i no reben una assistència adequada. En tots aquests anys de funcionament del PAIMM, ha quedat clar que és necessari estudiar millor els factors de risc i els grups de professionals sotmesos a major perill, i prevenir l'aparició de la síndrome de desgast professional (Burn-out) i de l'estrès patològic. Tot plegat per detectar, com més aviat millor, l'aparició dels primers símptomes de malaltia, patiment mental o conducta addictiva en els professionals, per tal que així rebin el tractament apropiat. La salut dels professionals sanitaris, lligada a la qualitat dels serveis assistencials i al funcionament de les institucions sanitàries, són qüestions que estan irrompent amb gran força en l'àmbit dels sistemes sanitaris dels països més avançats. En els països llatins, a part de l'experiència del PAIMM, sembla com si el problema no existís, malgrat les múltiples situacions que es viuen en el treball quotidià dels centres sanitaris i que queden reflectides a la premsa especialitzada i general.

Excepte en l'àmbit anglosaxó, manquen investigacions que estudiïn la relació de les condicions de vida i treball amb la salut de metges i metgesses, que estableixin comparacions segons el sexe i estudiïn les possibles desigualtats (perspectiva de gènere). Amb aquesta perspectiva es tenen en compte, a més dels efectes de la càrrega laboral i professional, els derivats dels treballs domèstics i de la cura de la família, s'esbrinen les diferències i desigualtats entre metges i metgesses en la distribució d'aquestes tasques i s'analitzen quins són els seus efectes en la seva salut i qualitat de vida.

L'any 2004 el Col·legi de Metges de Barcelona va publicar un estudi sobre els metges de Barcelona (Rodríguez JA i Bosch JLC, 2004) i, donat que més del 75% dels metges i metgesses de Catalunya pertanyen a la circumscripció de Barcelona, en línees generals alguns dels resultats d'aquest estudi poden ser extrapolables al col·lectiu mèdic de tot Catalunya. D'aquest estudi cal destacar les dades que reflecteixen la joventut d'aquests professionals, i una feminització progressiva de la professió mèdica que augura, si continuen les tendències actuals, un escenari on les metgesses seran majoria en els propers anys.

Conèixer si hi ha diferències i desigualtats de salut entre metges i metgesses, i quina relació tenen els problemes de salut que presenten amb les seves condicions de vida i treball és necessari per desenvolupar estratègies de promoció i prevenció de la salut entre aquests professionals.

És un fet prou conegut que els professionals de la medicina, quan pateixen problemes de salut, es comporten d'una manera diferent a la que recomanen als seus pacients. En general, els seus comportaments i actituds són contradictoris, tant quan són pacients com quan fan de terapeutes de metges malalts. La reacció més característica és la negació o la minimització del seu problema de salut o, sovint, l'ocultació, com si el problema de salut fos una debilitat, una vulnerabilitat impossible d'assumir. Un altre tret remarcable és que els és molt difícil d'establir una relació metge pacient normal i seguir el procés habitual: cita programada a l'agenda, espera prèvia a la consulta, proves diagnòstiques seguint els protocols, història clínica oberta i actualitzada, etc. Els resulta difícil, especialment, seguir les indicacions terapèutiques que se'ls han prescrit.

Quan el problema de salut és mental i/o addictiu, llavors l'ocultació esdevé quasi sistemàtica, i es possible que, si continuen exercint, puguin posar en risc la salut dels seus pacients.

La Fundació Galatea es va crear per tractar de modificar la situació de manca de dades i de programes específics per als metges i metgesses. El seu propòsit és estudiar els problemes de salut mental dels professionals sanitaris, els factors de risc que desencadenen aquests problemes i desenvolupar totes les actuacions possibles, en el seu àmbit i possibilitats, per procurar el benestar, la prevenció i la cura de les malalties d'aquests professionals.

L'objectiu d'aquest informe és presentar els resultats principals de l'enquesta 'Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya' promogut i comissionat per la Fundació Galatea, i realitzat per un equip d'investigadores del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris de Barcelona (CAPS).

En primer lloc es revisa la literatura sobre el tema. Posteriorment es descriuen els objectius, mètodes i resultats. Finalment, es fan uns apunts sobre les principals conclusions de l'estudi.

2. Antecedents

L'interès per conèixer la salut dels professionals sanitaris, principalment metges i metgesses i professionals infermeres, ha propiciat alguns estudis, sobretot en els països anglosaxons i del nord d'Europa, tot i que la bibliografia sobre el tema no és tan abundant com en un primer moment s'esperava trobar. Una de les primeres limitacions quan es fa una cerca bibliogràfica sobre la salut dels metges i metgesses és la dificultat per triar les paraules clau en el *Medical Subject Headings (MeSH)*. Si introduïm metges (*MeSH 'doctor' o 'physician' o 'physician role'*) i salut (*'health'*), la gran majoria dels articles resultants de la cerca tractarà sobre l'actuació professional, però molt minoritàriament sobre aspectes de la salut dels propis professionals. Tot i refinar més la cerca, aquest solapament de temes persisteix. En el MeSH (*Medical Subject Headings*) no s'ha trobat un terme que pugui permetre seleccionar bibliografia específica sobre salut, benestar, estils de vida i utilització de serveis de salut dels propis metges i metgesses.

Els primers estudis sobre la salut dels metges provenen dels EEUU i es van fer cap a la segona meitat dels anys 70. Aquests estudis tractaven específicament sobre el consum abusiu d'alcohol i/o drogues per part dels metges. Posteriorment, al llarg dels 80 s'hi van afegir els trastorns mentals. Cap als 90, sense deixar la preocupació per les psicopatologies dels metges, es va començar a parlar de la salut en general dels metges i de la seva percepció. Més o menys per aquesta època, també van començar els estudis sobre el *Burn-out* i l'estrès. Actualment, l'àmbit d'interès anglosaxó està molt més centrat en el benestar del professionals, els seus estils de vida i les seves condicions de treball, com també en les repercussions que poden originar aquests factors en la qualitat dels serveis sanitaris.

La majoria d'aquests estudis i reflexions han sorgit del món anglosaxó, sobretot dels EEUU i, posteriorment, del Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. A Europa, els nòrdics hi han treballat més que ningú, i els britànics, des dels 90, han estat molt centrats en els temes d'estrès i alcohol. En el nostre entorn europeu i llatí no existeixen estudis sobre l'estat de salut dels metges i molt pocs sobre la percepció que ells mateixos tenen de la seva pròpia salut.

2.1. La morbidimortalidad i les condicions de treball

Entre els anys 40 i 70 del segle passat, els pocs estudis epidemiològics efectuats mostraren una disminució progressiva de la mortalitat entre els professionals de la medicina per comparació a la població general en els països del nord d'Europa (Hörte LG i cols, 1987). Per contra, les taxes de suïcidi entre els metges foren molt superiors a les de la població general, fet que ha estat confirmat clarament per diversos estudis posteriors (Lindeman S i cols, 1996; Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T, 2001).

Diversos estudis han analitzat la relació entre la morbiditat i la mortalitat entre els metges i metgesses i determinades condicions de vida i treball. Cal destacar els estudis sobre l'entorn psicosocial del treball, l'estrès, el desgast emocional i la depressió (Firth-Cozens J, 2001; McManus IC, Winder BC i Gordon D, 2002). Els treballs més recents informen d'un increment progressiu de la insatisfacció dels professionals en la seva pràctica mèdica durant els darrers anys. Als anys 70, menys d'un 15% dels metges referia insatisfacció laboral, a partir dels anys 80 ja ho verbalitzava més de la tercera part, i l'any 2001 ho manifestava un 58 % del col·lectiu mèdic, estudiat per Zuger i col·laboradors (Zuger A 2004). Alguns estudis apunten que els metges tradueixen la insatisfacció mitjançant símptomes somàtics, mentre les metgesses la tradueixen mitjançant el desgast psíquic (Bergman B, Ahmad F i Stewart DE 2003).

Els resultats d'un estudi realitzat a Mallorca entre metges de família, indiquen que més d'una quarta part dels metges enquestats presentaven patiment psíquic d'acord amb el qüestionari GHQ 28. Segons aquest mateix estudi, la satisfacció laboral és un element clau en la protecció de la salut mental i del desgast professional (Esteve M, Larraz C, Jimenez F 2006).

Així mateix, alguns estudis recents han demostrat que la salut de les metgesses és especialment sensible a l'entorn psicosocial negatiu del treball (Stewart DE i col 2000; Linzer M i col, 2002). Les metgesses tenen un 60% més de probabilitat que els metges de presentar signes i símptomes de desgast psíquic i de pèrdua de motivació professional o *burn-out*. El risc relatiu de *burn-out* s'incrementa de 12% a 15% per cada 5 hores addicionals que es treballin a la setmana, per sobre les 40 hores (McMurray i cols 2000).

2.2. La salut percebuda dels metges i metgesses

A Finlàndia, l'any 1997, es va realitzar una enquesta postal a una tercera part dels metges i metgesses col·legiats més joves de 66 anys i en actiu en la professió, amb un 74% de respostes (3.313 professionals). Es va estudiar l'estat de salut percebut, els trastorns crònics i la utilització de serveis sanitaris. Així mateix, també es va fer una comparació amb les dades obtingudes de la població ocupada, enquestada per l'Enquesta Nacional de Salut de Finlàndia. En general, els resultats van indicar que les metgesses tenien un millor estat de salut percebut que les dones ocupades de la població general, però que utilitzaven més els serveis sanitaris i tenien més dies de baixa que els seus col·legues homes. En canvi, els metges usaven

menys els serveis de salut que la població general, i s'autotractaven i medicaven en una proporció més alta que les metgesses. També es va esbrinar que els metges reportaven més trastorns crònics que els homes ocupats de la població general. Aquest és l'estudi que més s'apropa a la metodologia emprada en l'estudi que es presenta en aquest informe (Toyry S i cols 2000).

2.3. Els estils de vida de les metgesses i els metges

Diversos estudis han esbrinat que els metges i metgesses tenen estils de vida més saludables i taxes de mortalitat més baixes que la població general, fins i tot quan són comparats amb persones de la seva mateixa posició socioeconòmica. Aquest fet està especialment ben documentat pel que fa al consum de tabac. L'estudi de la salut de les metgesses dels EUA (Women Physician's health Study), per exemple, ha esbrinat que només un 4% de les metgesses fumava, mentre que ho feien un 8% de les dones de la mateixa classe social i un 25% de les dones en la població general (Frank E i cols 1998; Frank E 2004). A més, les conductes lligades a la salut dels metges semblen afectar les actituds dels pacients i la seva motivació per canviar el seu estil de vida. L'any 1984 es va publicar un estudi marc en aquest sentit, que va posar de manifest que els consells mèdics donats als pacients reflectien en bona mesura les creences i comportaments lligats a la salut dels propis professionals (Wells KB, Lewis CB i Ware JE. 1984). En un estudi realitzat a Palo Alto (Califòrnia), es va esbrinar que un 96% dels metges i un 82% de les metgesses feien exercici físic regularment, fet que contrasta amb la troballa que un 48% dels metges i un 32% de les metgesses tenia sobrepès (Bortz WM II 1992). Aquest mateix estudi va trobar un percentatge de fumadors d'un 2%.

Un article publicat recentment (Sebo P i cols 2007), assenyala el descens espectacular que hi ha hagut en el tabaquisme de metges i metgesses d'atenció primària a Suïssa, i indica que actualment un 12% són fumadors, mentre que en la població general, aquest percentatge és d'un 30%. Crida l'atenció l'alt percentatge de consum de risc d'alcohol entre els professionals (30% d'acord amb el qüestionari AUDIT). D'acord amb aquest mateix qüestionari (AUDIT), un 6% dels metges i metgesses enquestats a un estudi fet el 2003 a Califòrnia eren bevedors de risc (Reinhardt T i cols 2005). Al nostre entorn, no s'ha trobat cap estudi sobre el consum d'alcohol entre metges i metgesses.

2.4. La utilització dels serveis sanitaris i medicaments en els metges i metgesses

És ben coneguda la paradoxa que, sovint, els professionals de la medicina no tenen la mateixa cura en relació a la seva pròpia salut que la que ells aconsellen als seus pacients. La importància de la salut dels metges i metgesses, tant la física com la relacionada amb l'equilibri psicològic i afectiu, és fonamental per poder oferir als ciutadans una atenció de qualitat i evitar els errors mèdics.

La majoria dels estudis consultats sobre la utilització de serveis de salut per part de metges i metgesses, posa de manifest que aquests professionals utilitzen menys els serveis sanitaris formals que la població general. L'opció més freqüent és la consulta informal als companys o persones de la feina i l'autoprescripció (Forsythe M, Calnan M i Wall B 1999; Bruguera i cols 2001; Davidson S i Schattner P 2003; Kay M, Mitchell G i Del Mar C 2004; Töyry S i cols; Hem E i cols 2005). En el nostre entorn, un estudi promogut pel Col·legi de Metges de Barcelona l'any 2000 (Bruguera et al 2001) va trobar que un alt percentatge de metges no tenia una història clínica oberta (48%), un 47% no efectuava les revisions periòdiques de salut que ofería el centre de treball, i més de la meitat (52%) no seguia les instruccions de la persona professional que havien consultat; un altre resultat impactant és que un 82% s'automedicava. Aquest estudi assenyalava a les seves conclusions que: *'una elevada proporció de metges adopta actituds inadequades en relació amb la cura de la seva salut, el que fa recomanable una reflexió en la pròpia professió sobre la necessitat de canviar aquests comportaments'*.

Respecte a l'autoprescripció, els resultats d'un estudi realitzat a Noruega remarquen que el 90% dels metges que han utilitzat medicació amb necessitat de prescripció, s'han autoprescrit. Els medicaments utilitzats amb més freqüència han estat els antibiòtics (71% - 81%), els analgèsics (18-21%) i els hipnòtics (9-12%) (Hem et al 2005). Töyry i col.(2004), a partir dels resultats d'un estudi longitudinal, realitzat a Finlàndia entre 1986 i 1997 assenyalen: *'resulta preocupant l'alta proporció de metges que tracten les seves pròpies malalties, especialment els trastorns mentals, amb medicaments autoprescrits. A més, crida l'atenció l'alt percentatge d'automedicació per les malalties cròniques, que exigeixen no tan sols medicació, sinó també un canvi de l'estil de vida, i un control de les complicacions'*.

2.5. La salut reproductiva de les metgesses

Des de fa més de trenta anys s'ha estat informant en la literatura mèdica d'un increment dels problemes obstètrics entre les metgesses. En un estudi en què es comparen metgesses i població general, les primeres tenien un risc relatiu (RR) de 1,86 de presentar complicacions durant l'embaràs o el part. Les metgesses tenien un RR de 4,0 de contraccions prematures, i un RR de 2,33 de tenir un nadó prematur, més alt que les dones no metgesses. També es va observar un increment dels exàmens amb ecografies entre les metgesses (Miller NH, Katz VL i Cefalo RC 1989).

Un altre estudi va esbrinar que el 43 % de les metgesses que quedaven embarassades durant el programa de formació com a residents presentaven complicacions mèdiques, com també una incidència de hipertensió (12%) més elevada que la de la població general (5%), i això amb una incidència igual en tres especialitats (Obstetrícia - ginecologia, psiquiatria i cirurgia) (Phelan ST 1988).

Diferents estudis han relacionat la feina de les dones a l'àrea quirúrgica amb una major presència d'avortaments espontanis, malformacions congènites i esterilitat. En un estudi realitzat a Anglaterra

entre 5.700 dones metgesses, es va demostrar que les que treballaven a l'àrea d'anestèsia tenien nadons de baix pes, més freqüència de mortalitat neonatal i nadons amb més malformacions congènites del sistema cardiovascular que altres dones metgesses. S'ha sospitat que els gasos anestèsics són la possible etiologia (Pharoah PO i cols 1977).

3. Objectius de l'enquesta

3.1. Objectiu general

Proporcionar informació respecte a la salut, els hàbits i conductes relacionats amb la salut, la utilització dels serveis sanitaris i medicaments, i els treballs (remunerat i domèstic) de metges i metgesses de Catalunya, per a la planificació d'accions de prevenció i promoció de la salut d'aquests professionals, com també per aprofundir en el coneixement de les similituds, diferències i desigualtats en la salut de metges i metgesses (perspectiva de gènere).

3.2. Objectius específics

Conèixer les característiques sociodemogràfiques, les condicions de treball i de l'entorn extralaboral (convivència, distribució dels treballs domèstics, cura de les persones dependents i disponibilitat d'ajuda) de les metgesses i els metges catalans.

Descriure la salut percebuda de les metgesses i els metges catalans i analitzar la seva relació amb l'edat, l'estructura de convivència de la llar i el principal centre de treball.

Descriure hàbits i conductes relacionats amb la salut de les metgesses i els metges catalans i esbrinar la seva relació amb l'edat, l'estructura de convivència de la llar i el principal centre de treball.

Descriure la utilització de serveis sanitaris i el consum de medicaments dels metges i metgesses catalanes i conèixer la seva relació amb l'edat, l'estructura de convivència de la llar i el principal centre de treball.

Fer una anàlisi comparativa de tots els àmbits estudiats segons sexe i, sempre que sigui possible, amb perspectiva de gènere.

Comparar alguns dels principals resultats amb la població ocupada de Catalunya del mateix rang d'edat, i també amb la població ocupada del mateix rang d'edat i la mateixa classe social (CS I).

4. Metodologia

4.1. Univers estadístic i població d'estudi

L'enquesta de Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya s'ha adreçat a tots els metges i metgesses col·legiats als Col·legis de Metges de Catalunya (Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona) que es troben en actiu (entre 30 i 55 anys) i que desenvolupen la seva activitat professional en l'atenció als pacients. En aquest sentit, s'exclouen els col·legiats/des que es troben en excedència o que es dediquen exclusivament a tasques de gestió, formació o recerca. La mostra que es va dissenyar preveia l'obtenció de 800 qüestionaris. Finalment se n'han analitzat 762 de vàlids, és a dir un 95,3% de la mostra prevista. Aquesta mostra és representativa del col·lectiu de metges i metgesses de Catalunya (segons els criteris especificats més amunt) i assoleix un marge d'error del 3,55% sobre el total. La selecció dels efectius a entrevistar s'ha fet de manera aleatòria i probabilística a partir de llistats cecs (sense dades d'identificació) de les persones, facilitats pels col·legis corresponents. La distribució interna dels efectius és proporcional a les característiques de l'univers sobre la base de les variables control de sexe, edat, territori i especialitat.

4.2. Resposta

La resposta se situa en un 31,5%: només una de cada tres persones que han rebut el qüestionari l'han retornat omplert. Ha calgut enviar 2.400 qüestionaris per assolir la mostra prevista. Cal dir que aquesta resposta es pot considerar elevada en enquestes per correu, més encara si tenim en compte que el qüestionari és relativament llarg, i que s'adreça a un col·lectiu amb poca disponibilitat de temps.

De fet, una gran part de la resposta ha estat possible gràcies al seguiment telefònic realitzat, que ha estat força exhaustiu. Així, si calculem el percentatge de resposta entre persones a les quals no s'ha trucat, perquè no es disposava d'un telèfon de contacte, aquesta se situa en un 14,4%, la qual cosa indica que les trucades recordatòries han més que duplicat la resposta. No s'observen diferències entre els que han contestat el qüestionari i les no respostes. Cal dir que el propi disseny de l'enquesta ja preveia la substitució de les no respostes per persones amb les mateixes característiques.

Per a més detalls sobre el disseny i el control de la representativitat mostral, i sobre el desenvolupament del treball de camp, es pot sol·licitar més informació a la Fundació Galatea.

4.3. La confidencialitat

Un dels elements de l'enquesta que més ha preocupat a l'hora de dissenyar-la i plantejar el sistema de recollida d'informació ha estat garantir la confidencialitat de les respostes, en tant que necessàries per a la recerca, però pertanyents a àmbits privats. En aquest sentit cal dir que, si bé s'ha recorregut a l'ús de dades d'identificació, aquest ús s'ha restringit als processos en què era absolutament necessari, com ara la tramesa de cartes i qüestionaris, i el seguiment telefònic per incentivar les respostes. Com hem vist, l'extracció de la mostra s'ha realitzat a partir de llistats cecs, on no apareixia cap dada personal, i s'ha establert un operatiu de treball de camp on el nom de la persona que contesta (i la resta de dades d'identificació) no es podia posar en relació amb la informació procedent del qüestionari.

D'acord amb un rigorós seguiment de les normes ètiques i de protecció de dades, la base de dades amb els resultats de l'enquesta no incorpora cap dada que permeti identificar la persona que l'ha contestada (fins i tot els municipis de residència petits han estat agrupats i codificats), i ni tan sols els Col·legis de Metges o la Fundació Galatea poden tenir coneixement de qui ha contestat què.

4.4. El qüestionari i el treball de camp

L'enquesta, autoadministrada sobre la base d'un qüestionari precodificat de 86 preguntes, ha estat realitzada per correu, amb un seguiment telefònic (fins a 7 trucades per qüestionari) destinat a afavorir i estimular la resposta. El treball de camp, tramesa i recepció de qüestionaris, s'ha realitzat entre el desembre del 2005 i l'abril del 2006.

Els àmbits principals d'estudi han inclòs: els hàbits i comportaments relacionats amb la salut; la percepció de la pròpia salut; la qualitat de vida percebuda; els trastorns de la salut; la utilització dels serveis sanitaris i el consum de medicaments; la satisfacció amb diverses esferes de la vida; la situació laboral i professional; i l'estructura familiar i domèstica. En el cas de les metgesses, s'han estudiat també diversos aspectes de la salut reproductiva. El qüestionari s'ha dissenyat de tal manera que permetés la comparació amb l'Enquesta de Salut de Catalunya (l'ESCA) de l'any 2002 (Servei Català de la Salut 2003).

4.5. Les variables compostes

Els qüestionaris rebuts han estat codificats i gravats informàticament per ser treballats amb el programa de tractament estadístic SPSS.

La base de dades resultant conté 209 variables directes del qüestionari, a les quals cal afegir-n'hi d'altres que han estat agrupades o generades a partir de les anteriors. Sense entrar a comentar les variables agrupades de manera estàndard (edat, nombre d'hores, etc.), i que es troben convenientment etiquetades al llarg de l'informe, definirem les principals variables generades, que són:

L'estructura familiar

Variable generada a partir de la informació sobre el nombre de persones que conviuen a la llar amb les persones entrevistades, i la seva relació de parentiu. L'estructura de la llar es classifica com a:

- » Unipersonal: quan la persona viu sola.
- » Viu amb parella: quan la persona viu amb la seva parella (sense fills).
- » Viu amb parella i fills: quan la persona viu amb la seva parella i els fills conjunts o d'algun dels membres de la parella.
- » Monoparental/monomarental: quan la persona viu amb fills i sense parella.
- » Altres tipus de llar: quan la persona viu amb altres persones més del nucli familiar corresponent, siguin familiars o no familiars. En aquesta categoria també s'ha inclòs, parella i altres persones, parella i fills i altres persones, i llars monoparentals amb altres persones. La majoria de les persones incloses en aquesta categoria viuen en famílies compostes per parella, fills i altres persones (n=37, 45% de la categoria "Altres tipus de llar").

L'entorn psicosocial del treball

Aquest ha estat mesurat mitjançant una adaptació del '*Job Content Questionnaire*' (Karasek RA, Pieper C i Schwartz J. 1993; Escribà-Agüir V, Más-Pons R i Flores Reus E. 2001) que mesura les exigències psicològiques, el control, el suport i les compensacions del treball. Els factors de risc psicosocial són de naturalesa abstracta, per la qual cosa no es mesuren amb una sola pregunta sinó amb una bateria d'ítems - escales - relacionats amb el concepte d'interès (TAULA 1). La puntuació màxima per cada ítem és 4 (exceptuant les exigències psicològiques, com més alta és la puntuació, menys risc psicosocial hi ha). Per obtenir l'índex de risc psicosocial les respostes a aquests ítems han estat codificades considerant les mitjanes de les cinc dimensions estudiades: el suport dels superiors, les exigències psicològiques, el control, el suport dels companys/es i la participació. Les respostes obeïen una escala de likert que variava de 1: molt d'acord, a 4: molt en desacord. Exceptuant la dimensió d'exigències psicològiques, les preguntes negatives han estat

recodificades. Els resultats varien de l'1 (absència d'exposició) fins al 4 (màxima exposició). S'ha calculat la consistència interna de les escales amb el coeficient alfa de Cronbach que, a excepció de l'ítem control sobre el treball (alfa de Cronbach =0,577), ha estat sempre superior a 0,7.(Cronbach LJ. 1951).

A la **TAULA I**, es mostren les diferents escales i la seva consistència interna mesurada amb el coeficient alfa de Cronbach.

TAULA I: Escales de risc psicosocial

Dimensió	Ítems
Suport dels/de les superiors (alfa de Cronbach =0,828)	Al meu o la meva cap li preocupa el benestar dels que treballen amb ell/ella
	El meu o la meva cap presta atenció al que li dic
	El meu/ meva cap és hostil o conflictiu/va amb mi
	El meu o la meva cap aconsegueix que la gent treballi en equip
Exigències psicològiques (alfa de Cronbach =0,703)	Haig de treballar molt
	A la meva feina em demanen sovint que faci coses incompatibles
	La meva feina requereix que em concentri durant molta estona en allò que estic fent
	Sovint m'interrompen la feina i per això haig de tornar a posar-m'hi més tard
	Haig de treballar contrarellotge
Control sobre el treball (alfa de Cronbach =0,577)	Sovint la meva feina es demora perquè haig d'esperar el resultat de proves que realitzen altres persones o departaments
	La meva feina requereix que sigui creatiu/va
	La meva feina em permet prendre moltes decisions pel meu compte
	A la meva feina arribo a fer una gran quantitat de coses diverses
Suport dels companys/es (alfa de Cronbach =0,794)	Tinc molta influència sobre allò que passa a la meva feina cada dia
	Els meus companys de feina són hostils o conflictius amb mi
	Els meus companys de feina s'interessen per mi com a persona
	Els meus companys de feina fomenten el treball en equip
Participació (alfa de Cronbach =0,776)	Si tingués algun problema a la feina podria comptar fàcilment amb l'ajut dels meus companys
	Puc influir de manera important sobre les decisions que afecten la meua unitat
	A la meua unitat les decisions es prenen col·lectivament
	Es tenen en compte les meves idees sobre el treball de la unitat

La salut mental

S'ha optat per incorporar a l'enquesta la mesura de salut mental 'General Health Questionnaire' de 12 ítems (GHQ12). El GHQ12 (Goldberg D 1972), que s'utilitza habitualment en l'Enquesta de Salut

de Barcelona i en l'Enquesta de Salut de Catalunya adreçades a població general, és un instrument que detecta dos tipus de trastorns: la incapacitat per continuar desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa", i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena (*distress*). Tanmateix, aquest instrument de cribratge és àmpliament utilitzat per detectar disfuncions psicològiques actuals i diagnosticables, principalment centrades en ruptures momentànies del funcionament psicològic normal, més que en patologies psiquiàtriques establertes. És per això que cobreix desordres de personalitat o patrons d'adaptació quan aquests estan associats amb l'angoixa. Segons el mètode recomanat pel GHQ (Goldberg D 1978) per obtenir l'Índex de Salut Mental, les respostes 1 i 2 de cada pregunta puntuen com a 0 i les respostes 3 i 4 valen 1 punt. Es considera que les persones que tenen més de 2 punts estan en risc de patiment psicològic.

L'Índex de Massa Corporal

Per tal de determinar l'obesitat, s'utilitza l'Índex de Quetelet o Índex de Massa Corporal (IMC) basat en la mesura del pes i de la talla declarats: $IMC = \text{kg} / \text{m}^2$. És el paràmetre que millor es correlaciona amb el percentatge de greix corporal, encara que el sobreestima en individus musculars i infravalora en persones amb baixa massa magra (ancians). S'accepta com punt de tall per a l'obesitat un valor de IMC igual o superior a 30 kg/m^2 . Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS 2000) l'IMC es classifica en:

- » Baix pes: individus amb un IMC inferior a $20 \text{ kg} / \text{m}^2$
- » Pes acceptable: canvia segons el sexe
 - Dones: IMC de 20 a $<25 \text{ kg} / \text{m}^2$
 - Homes: IMC de 20 a $<27 \text{ kg} / \text{m}^2$
- » Sobrepès: canvia segons el sexe
 - Dones: IMC de 25 a $30 \text{ kg} / \text{m}^2$
 - Homes: IMC de 27 a $30 \text{ kg} / \text{m}^2$
- » Obesitat: individus amb un IMC superior a $30 \text{ kg} / \text{m}^2$

L'activitat física

Per a aquest estudi es considera que l'activitat física total és el sumatori del nombre de minuts setmanals emprats en caminar i en fer esport. També es considera separatament el nombre de minuts emprats en fer esport. En aquest estudi, s'ha considerat que el llindar mínim d'activitat física amb repercussions positives a la salut, és de 90 minuts d'activitat física (caminar, fer esport o ambdues activitats) a la setmana (30 minuts com mínim 3 dies) (Pate RR i cols 1995). Les xifres de minuts sempre s'agrupen en múltiples de 30 minuts. Així, els que fan més de 210 minuts d'activitat física setmanals, són els que fan més de 30 minuts diaris d'activitat física, que és la situació considerada ideal.

El consum de tabac

En aquesta enquesta es classifiquen les persones consultades en les diferents categories de fumador en funció de la seva resposta. Les categories són:

Fumadors:

- { Fumador/a habitual: les persones que fumen diàriament (una cigarreta diària com a mínim)
- { +
- { Fumador/a ocasional: les persones que fumen menys d'una cigarreta diària
- No fumador/a: les persones que no fumen actualment i que no han fumat mai
- Exfumador/a: les persones que havien estat fumadors habituals o ocasionals però que ara no fumen

El consum d'alcohol

Per conèixer la quantitat d'alcohol consumit, es demana el nombre de consumicions, gots o copes consumides durant un dia feiner i durant el cap de setmana. Aquesta dada ens permet conèixer els grams d'alcohol ingerits per cada individu a partir de l'equivalència entre els grams que conté cada tipus de beguda i la mesura consumida. L'equivalència considerada ha estat:

Cervesa (mitjana)	10 grs
Got de vi, cava o similars	10 grs
Dosi de conyac, cigalons, vermut, licors i similars	20 grs
Dosi de whisky, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars	20 grs

Un cop coneguda la freqüència i la quantitat consumida, calculem els grams consumits diàriament de mitjana pels individus que declaren consumir com a mínim un cop per setmana.

Posteriorment els individus es classifiquen en:

- » Abstemi/èmia: persona que declara que no ha consumit alcohol cap dia.
- » Consum prudent: persona que ha consumit alcohol en quantitats que se situen:
fins a 20 grs diaris en el cas de les dones i fins a 30 grs diaris en el cas dels homes.
- » Consum lleuger: consum de 21-30 grs/dia per les dones i de 31-40 grs/dia pels homes.
- » Bevedor/a de risc: persona que ha consumit alcohol en quantitats que sobrepassen el límit de risc:
31 grs o més diaris (dones).
41 grs o més diaris (homes).

4.6. Anàlisi

Es presenten les dades en freqüències i percentatges. Per a les variables contínues es presenten les distribucions a través de l'ANOVA, amb els respectius intervals de confiança al 95%.

Els resultats que no presentaven distribució normal varen ésser comparats mitjançant proves no paramètriques com el test de l'U de Mann-Whitney. A més, en alguns casos s'han ajustat models de regressió logística multivariants.

Sota un interval de confiança del 95 %, les diferències s'han de considerar significatives quan $p < 0.05$.

Tots els resultats comparen homes i dones. L'anàlisi s'ha realitzat utilitzant el paquet estadístic SPSS 13.

4.7. Estructura de l'informe de resultats

Aquest informe presenta 7 apartats (5.1 a 5.7), amb els resultats obtinguts de l'anàlisi de l'enquesta 'Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya'. En l'apartat 5.1, es presenta un descriptiu general de la població enquestada, representativa dels metges i metgesses de Catalunya, de 30 a 55 anys, que es troben en actiu professionalment i que treballen en tasques mèdiques, quirúrgiques, de laboratori, de radiodiagnòstic o en altres tasques d'atenció als pacients. En l'apartat 5.2, es descriuen detingudament les característiques i condicions del treball remunerat, i en el 5.3 l'àmbit domèstic i familiar de la població estudiada.

Els següents apartats són: l'estat de salut; les conductes relacionades amb la salut; la utilització de serveis i consum de medicaments; i la salut reproductiva de les metgesses. En l'apartat sobre l'estat de salut, es descriuen i analitzen els principals indicadors de salut utilitzats en enquestes poblacionals: l'estat de salut percebut, els trastorns crònics i la salut mental. També s'estudia el dolor i el cansament. En l'apartat sobre les conductes relacionades amb la salut s'analitzen les hores de son, el consum de tabac i alcohol, l'índex de massa corporal (IMC) i l'activitat física. En l'apartat sobre la utilització de serveis i consum de medicaments, s'analitza i descriu el comportament dels metges i metgesses relacionats amb la cura de la seva salut, les pràctiques preventives i el consum de medicaments, prescrits o no. Finalment, en l'apartat sobre la salut reproductiva de les metgesses, s'analitzen les visites ginecològiques periòdiques, les mamografies periòdiques, la situació de la menstruació i els símptomes premenstruals, i els embarassos i el seu resultat.

En els apartats 5.4, 5.5 i 5.6 l'anàlisi ha seguit el següent ordre:

En primer lloc, totes les variables presentades es comparen segons sexe en els tres eixos que hem considerat fonamentals per a l'anàlisi de les dades: **Pedat** (agrupada en 2 categories: 30 a 44 anys i 45 a 55 anys);

l'estructura de convivència de la llar: llars unipersonals, convivència amb la parella, convivència amb la parella i fills/filles, convivència del progenitor o progenitora amb fills/filles (llars monomarentals/ mono-parentals) i altres situacions de convivència i; **el principal centre de treball:** Centre d'Atenció Primària (CAP), servei quirúrgic d'un hospital, servei mèdic d'un hospital, clíniques o consultes privades, i altres situacions. La raó de l'elecció d'aquests eixos d'anàlisi es justifica per la seva importància i repercussions en la salut, estils de vida i utilització de serveis.

En segon lloc, s'analitzen homes i dones separatament, seguint els mateixos eixos esmentats anteriorment, per detectar si hi ha diferències en els determinants estudiats entre metgesses i metges. Així mateix, en alguns casos, també es realitzen anàlisis complementàries, que poden afegir informació als resultats.

En l'apartat 5.7 també s'analitzen les variables de la salut reproductiva de les metgesses segons el principal centre de treball i l'edat. L'anàlisi de l'estructura familiar de convivència s'ha mostrat col·lineal a la majoria de variables analitzades (fet esperable, donades les estretes relacions que hi tenen), i per això s'ha considerat que no afegia informació rellevant a l'anàlisi descriptiva.

Els resultats estadísticament significatius ($p < 0,05$) són els més àmpliament analitzats en aquest informe, tot i que també es comenten alguns resultats que tot i no ser significatius, resulten destacables pel significat del seu contingut (en aquests casos, sempre s'esmenta que les relacions trobades no són estadísticament significatives).

En les principals variables de tots els apartats, i sempre que resulta possible, es presenta una taula comparant els resultats trobats amb les dades poblacionals de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2002 (ESCA) en població ocupada del mateix grup d'edat, i també en població ocupada del mateix grup d'edat i mateixa classe social (classe social I).

5 Resultats Principals

5.1. Les característiques sociodemogràfiques

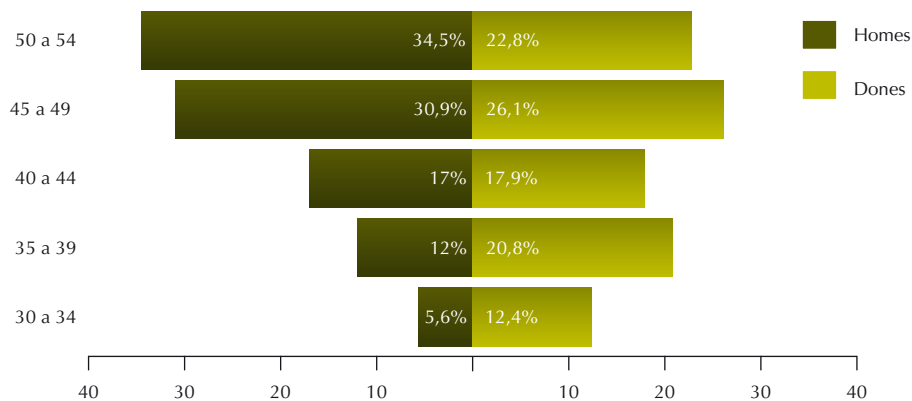
La distribució per edat, sexe i lloc de naixement

L'enquesta va ser contestada per 762 persones, un 47,1% homes i un 52,9% dones, i segueix la mateixa estructura de distribució dels metges i metgesses col·legiats d'aquest grup d'edat.

La majoria dels metges enquestats estan en el grup de 45 a 55 anys, en canvi en les metgesses són majoria les del grup de 30 a 44 anys ($p<0,05$). Aquest fet indica una clara feminització de la professió en la darrera dècada. L'edat mitjana es de 46,2 anys (D.E.=6,3) per als homes i de 43,5 (D.E.=6,8) per a les dones.

La **FIGURA 1** mostra la piràmide d'edat en grups quinquennals de la població estudiada.

FIGURA 1: Piràmide d'edat segons el sexe



La majoria dels metges (80,1%) i metgesses (78,4%) han nascut a Catalunya, un 13,8% i un 16,4% han nascut a altres CCAA (metges i metgesses respectivament). Tan sols un 5,5% són d'altres països, entre els que destaca un 3,3% de nascuts en algun país a l'Amèrica del Sud. No s'han trobat diferències estadísticament significatives entre dones i homes segons el país de naixement. Tot i així, destaca el major percentatge de metgesses no nascudes a Catalunya, fet que coincideix amb la major mobilitat laboral de les dones, tant si és per raons personals (per acompanyar la família o parella), com per raons laborals (a causa de les ofertes del mercat de treball).

La distribució segons especialitats

Un 88,3% de les persones enquestades tenen una especialitat, sense diferències entre homes i dones, tot i que hi ha diferències segons el tipus d'especialitat. Entre les dones les sis especialitats més freqüents són la medicina familiar i comunitària (28,8%), la pediatria (10,9%), l'anestesiologia i reanimació (6,1%), la psiquiatria (5,6%), l'obstetrícia i ginecologia (5,9%), i la medicina interna (5,6%). Les altres metgesses que contestaren (37%) estan distribuïdes en 32 altres especialitats diferents. Entre els homes les sis especialitats més freqüents són la medicina familiar i comunitària (21,3%), la cirurgia ortopèdica i traumatologia (7,3%) la cirurgia general i de l'aparell digestiu (7%), l'anestesiologia i reanimació (5,1%), l'obstetrícia i ginecologia (5,4%) i la pediatria (3,8%). Els altres metges enquestats (46,9%) estan distribuïts en 35 altres especialitats diferents (**FIGURA 2 i FIGURA 3**).

Només un 18,1% ha fet el doctorat, i un 13,1% l'està cursant en l'actualitat.

FIGURA 2: Distribució segons les especialitats més freqüents en les dones

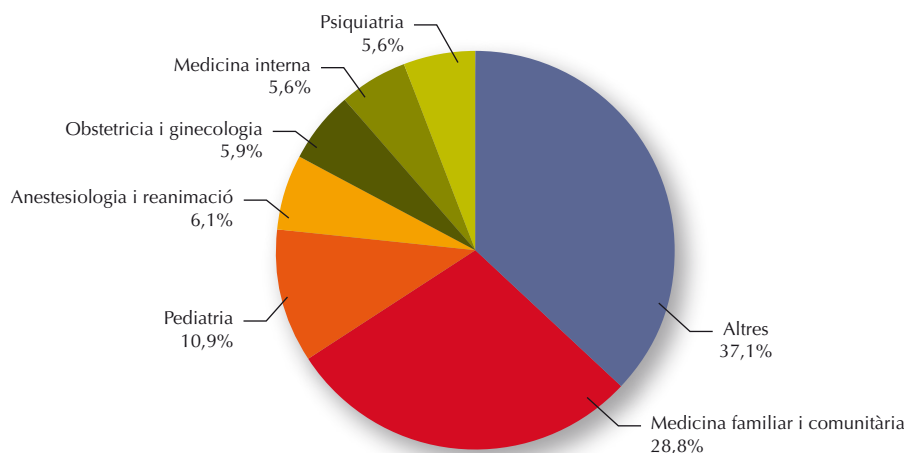
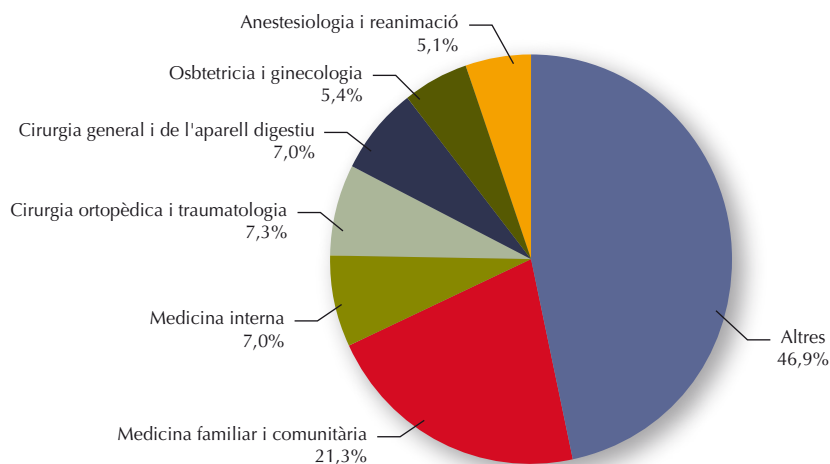
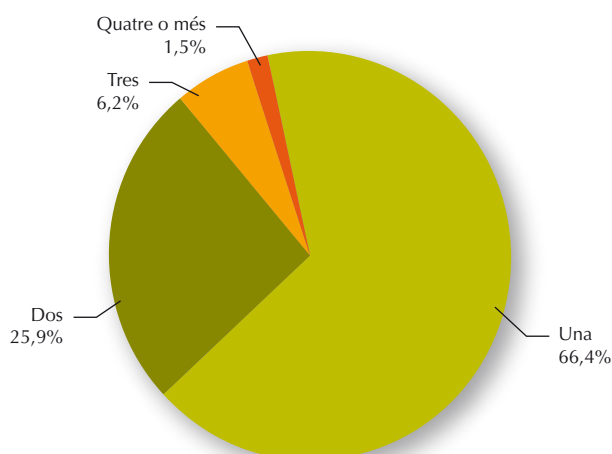


FIGURA 3: Distribució segons les especialitats més freqüents en els homes

5.2. La situació laboral i l'activitat professional

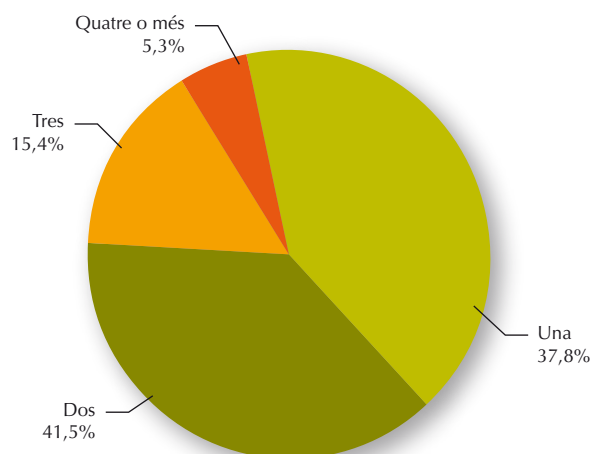
Nombre de feines i sector d'activitat

Gairebé la meitat de les persones enquestades té més d'una feina (FIGURA 4 i FIGURA 5), amb diferències significatives segons el sexe. Així com un 62,2% dels homes afirma tenir més d'un treball remunerat, entre les dones la proporció és només d'un 33,6%. Entre els homes, tenir més d'una feina s'associa amb l'edat: a mesura que augmenta l'edat augmenta la probabilitat de tenir més d'una feina. En canvi per a les dones aquesta relació no és significativa¹.

FIGURA 4: Distribució segons el nombre de feines remunerades actuals (dones)

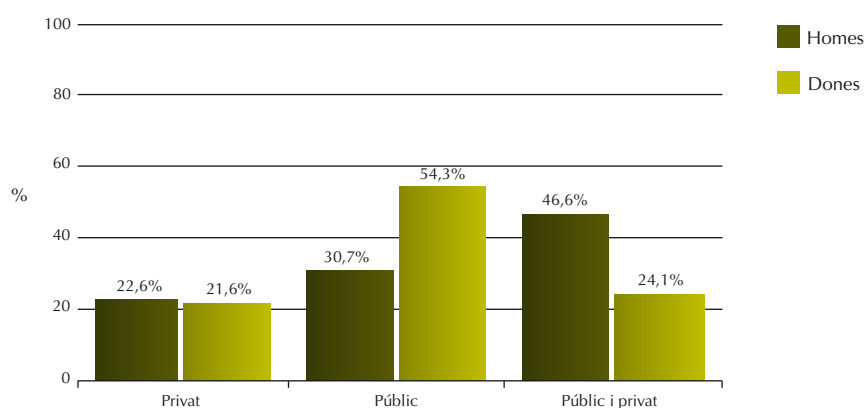
¹ Resultats corresponents a l'ajust de models de regressió logística multivariada.

FIGURA 5: Distribució segons el nombre de feines remunerades actuals (homes)



Aquestes diferències són explicables donada la distribució d'homes i de dones en el sector públic i en el sector privat. Més de la meitat de les dones treballa exclusivament en el sector públic, i en canvi el percentatge en els homes és d'un 30,7%. Un 46,6% dels homes treballa concomitantment al sector públic i al privat; en les dones aquesta proporció és d'un 24,1% (FIGURA 6).

FIGURA 6: Distribució segons sector d'activitat i sexe

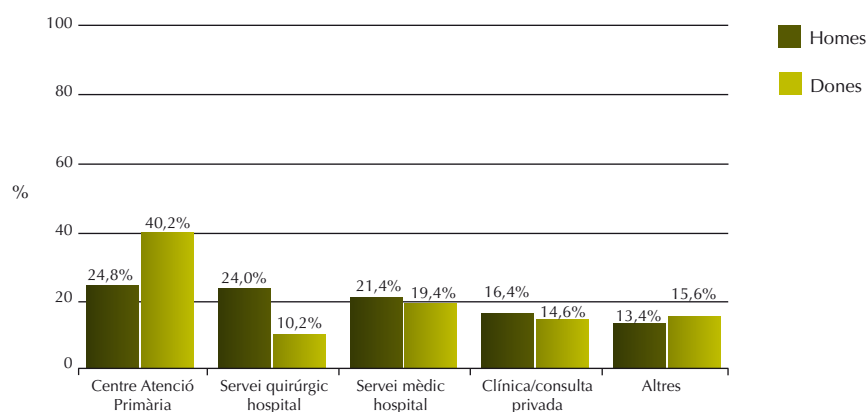


El centre d'exercici de l'activitat professional principal

En consonància amb la segregació de gènere en les especialitats, hi ha diferències entre dones i homes en els centres on desenvolupen la seva feina. La majoria de les dones treballa en Centres d'Atenció Primària

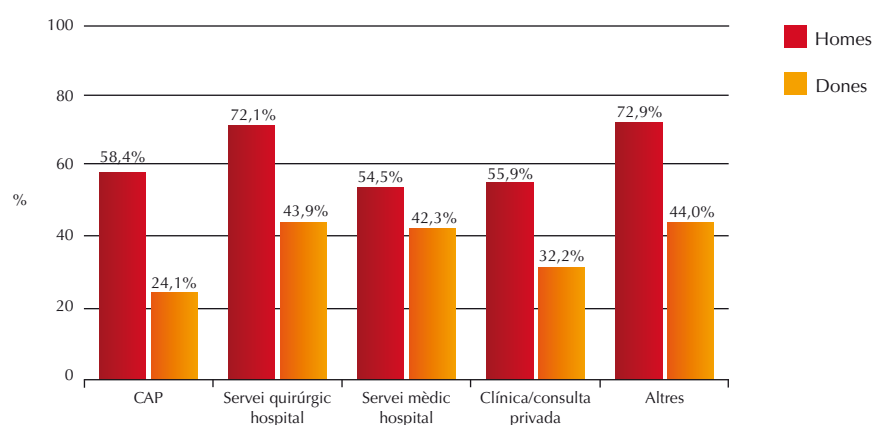
(CAPs) (40,2%, en contrast amb el 24,8% dels homes). El percentatge d'homes que treballa a hospitals és superior, en particular, als serveis quirúrgics (FIGURA 7).

FIGURA 7: Distribució segons centre de treball i sexe



Tenir més d'una feina és més freqüent en els homes, independentment del centre de treball. Cal destacar l'alta proporció de metges que tenen dues feines entre els que realitzen la seva feina principal a serveis quirúrgics d'hospital (72,1%), a altres llocs (72,9%), i fins i tot CAPs (58,4%) (FIGURA 8).

FIGURA 8: Prevalença de professionals amb més d'una feina segons centre de treball i sexe

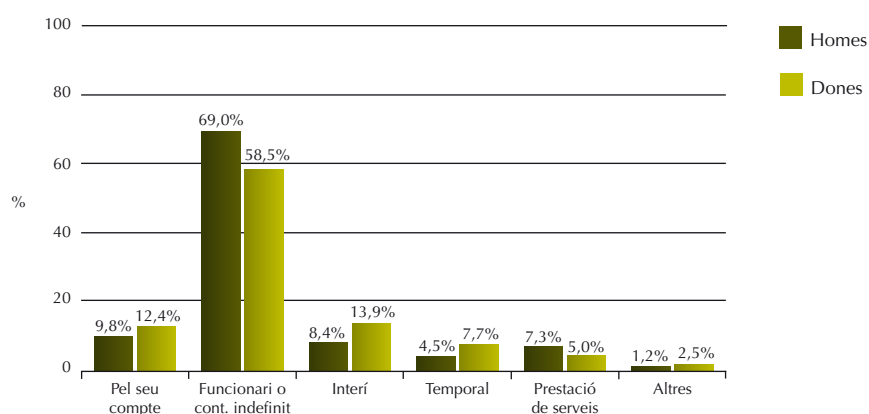


L'antiguitat i el tipus de contracte

L'antiguitat mitjana en el lloc de treball actual és significativament superior en els homes que en les dones (13,3 anys enfront de 9,6 anys) –realitat que concorda amb el fet que els metges són més grans que les metgesses–.

Existeixen diferències de gènere en el tipus de contracte. Els homes tenen amb més freqüència contractes fixos que les dones (69% enfront de 58,5%), mentre la situació és la inversa pel que fa al treball autònom i la situació d'interinatge (**FIGURA 9**).

FIGURA 9: Distribució segons tipus de contracte i sexe



També cal assenyalar que els contractes temporals, la prestació de serveis i l'interinatge són més freqüents entre els metges i metgesses més joves de 45 anys ($p < 0,05$).

Per als que són assalariats (a la **FIGURA 9**, tots excepte els que treballen pel seu compte), el percentatge de contractacions temporals (categoria que inclou interins, contractes temporals, prestació de serveis i altres) en les metgesses és el triple que en les dones de la mateixa classe social, i tretze punts per sobre de les dones de la població catalana. En els metges, aquest percentatge de contractació temporal és gairebé sis vegades més alt que en la població ocupada de Catalunya de classe social I (**TAULA 2**).

Els càrrecs de comandament

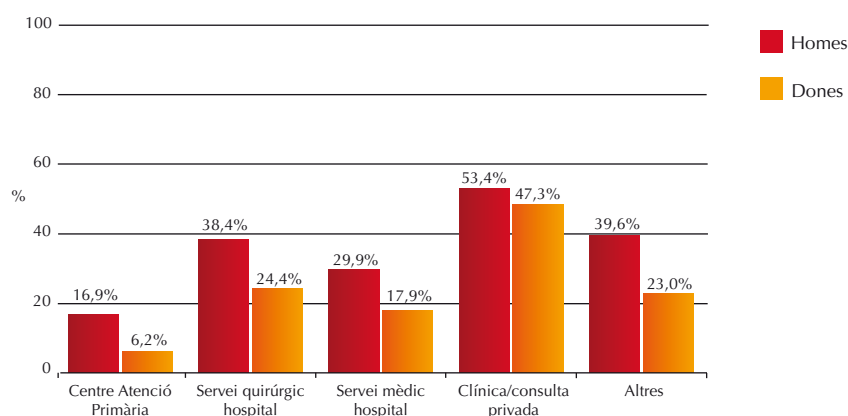
Existeixen també clares diferències de gènere en l'ocupació de càrrecs de comandament (33,8% dels homes i 18,7% de les dones), que no s'expliquen per l'edat, per l'antiguitat ni pel tipus de centre de treball².

² Resultats corresponents a l'ajust de models de regressió logística multivariada.

Com s'aprecia a la **FIGURA 10**, en qualsevol tipus de centre de treball, inclòs l'àmbit de la primària, on les dones enquestades eren representades 8 punts per sobre dels homes, la proporció d'homes amb càrrecs de comandament és superior a la de dones.

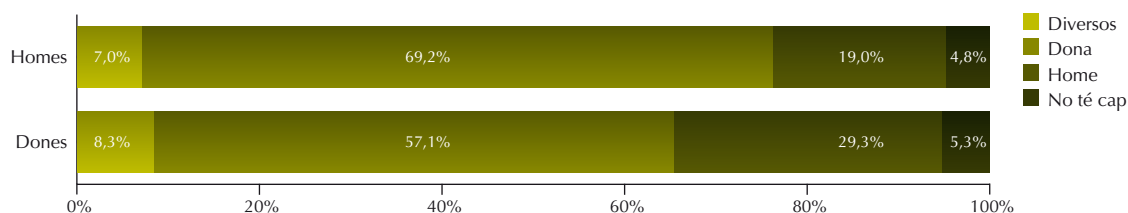
Comparant amb dades de l' ESCA, a Catalunya la proporció de càrrecs de comandament és semblant entre les metgesses (18,7) i la població de dones ocupada (16,8%), però molt inferior a la de la població ocupada de dones de la mateixa classe (37%). En els metges, la proporció de càrrecs de comandament (33,8) és lleugerament superior al de tots els homes ocupats (28%) però molt inferior als de la classe social I (51,4%) (**TAULA 2**).

FIGURA 10: Prevalença d'ocupació de càrrecs de comandament segons centre de treball i sexe



La majoria de les persones enquestades té un cap immediat que és home, si bé la segregació de gènere fa que sigui lleugerament més freqüent en els homes que el seu cap immediat sigui un altre home, i en les dones una altra dona (**FIGURA 11**).

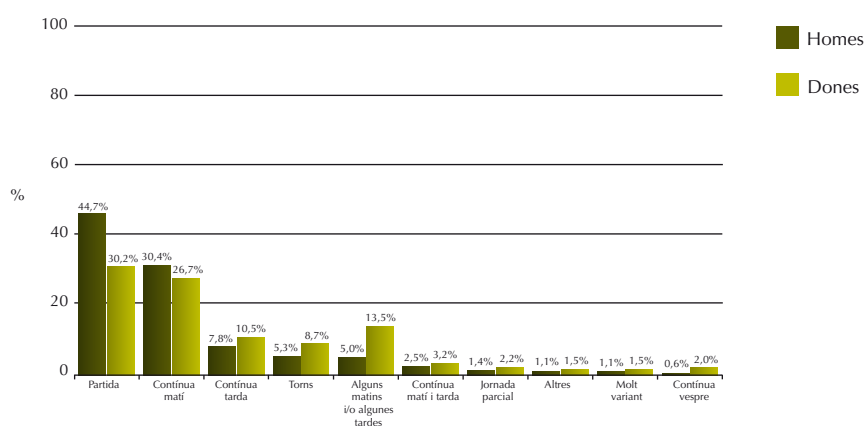
FIGURA 11: Distribució segons el sexe del cap immediat en homes i en dones



La jornada de treball i les hores treballades

La jornada de treball difereix segons el sexe. Ells fan amb més freqüència jornada partida; elles estan més representades en les jornades contínues de tarda, fent torns, o treballant alguns matins i algunes tardes (FIGURA 12).

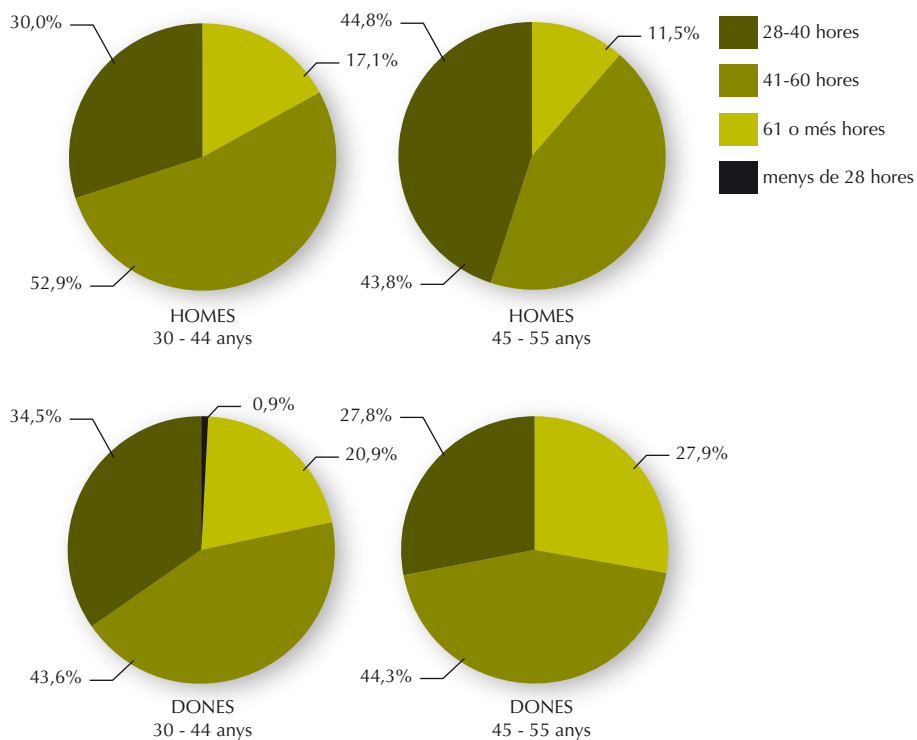
FIGURA 12: Distribució segons jornada de treball i sexe



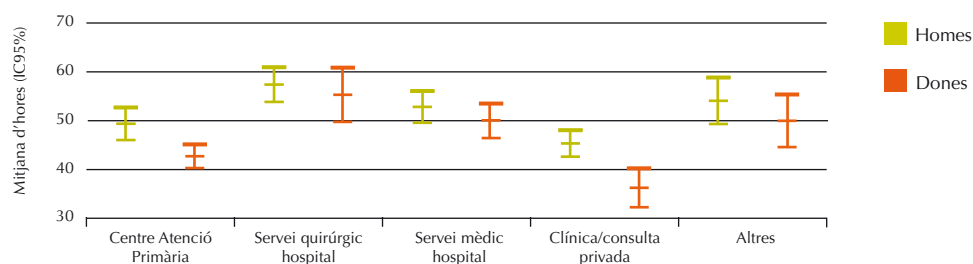
La mitjana d'hores treballades en l'última setmana, comptant totes les feines remunerades i les guàrdies és de 52 hores per als homes i 45,6 hores per a les dones. Un 44% de les persones enquestades han fet guàrdies en els últims 30 dies, fet que ha suposat 72,7 hores de mitjana, sense diferències de sexe.

El nombre d'hores de treball setmanals s'incrementa a mesura que ho fa el nombre de feines que tenen les persones enquestades, i passa de 44,7 en les que tenen només una feina, a 55,6 en les que en tenen quatre.

Un 56,5% dels homes de 30 a 44 anys, i un 41% dels de 45 a 50 anys ha fet guàrdies en el mes anterior a l'enquesta. Pel que fa a les dones, un 53,4% de les de 30 a 44 anys ha fet guàrdies, mentre que per les de 45 a 55 anys, només un 30% n'ha fet. A la FIGURA 13 es pot observar que la distribució d'hores de feina varia segons si es fan o no es fan guàrdies, l'edat i el sexe. Entre els que fan guàrdies, no es troben diferències segons sexe entre les hores setmanals de feina dels més joves de 30 a 44 anys. Entre els de 40 a 55 anys, en canvi, els homes treballen més hores que les dones.

FIGURA 13: Distribució de les hores setmanals de treball remunerat per homes i dones que fan guàrdies segons edat

El nombre d'hores setmanals de treball remunerat varia segons el centre de treball. Com s'observa a la **FIGURA 14**, el nombre d'hores és molt més alt als serveis hospitalaris, on no hi ha diferències de sexe, que als centres d'atenció primària, on el temps de treball dels homes és significativament superior al de les dones, cosa que probablement està lligada al fet que els homes tenen, amb més freqüència, més d'una feina remunerada. Cal considerar que la relació estudiada es la de les hores totals de tots els treballs remunerats segons el lloc d'exercici de la feina principal.

FIGURA 14: Nombre d'hores de treball remunerat setmanal segons centre de treball i sexe

La mitjana setmanal d'hores de treball és clarament superior en metges i metgesses a la de la població ocupada de Catalunya, i gairebé deu hores més que la de la població ocupada de la mateixa classe social (TAULA 2).

TAULA 2: Comparació de les condicions de treball de les metgesses i metges amb la població ocupada catalana

	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
% contracte temporal en assalariats	23,5	33,2	14,4	20,0	4,3	11,5
Mitjana setmanal d'hores de treball	52,0	45,6	41,4	36,4	42,6	36,9
% Càrrec de comandament	33,8	18,7	28,0	16,8	51,5	37,0

L'entorn psicosocial del treball

Existeix una àmplia evidència de l'efecte dels factors de risc de naturalesa psicosocial sobre la salut. A diferència dels riscos de seguretat, d'higiene o d'ergonomia, els psicosocials són intangibles. La seva avaluació, per tant, requereix en primer lloc concretar aquesta realitat abstracta a través de models teòrics que expliquin l'estat de salut, i en segon lloc mesurar, mitjançant escales, les dimensions de risc identificades pels models. Un dels abordatges més utilitzats per explicar la relació entre els factors de risc psicosocial i la salut és el que es fonamenta en el balanç exigències psicològiques – control – suport social (Artazcoz L. 2001).

Per exigències psicològiques s'entén el volum de treball, la pressió de temps i les interrupcions que obliguen a la persona treballadora a deixar momentàniament les tasques per tornar-hi més tard, i que solen estar relacionades amb una planificació inadequada o amb descoordinació. El control sobre el contingut del treball té dues subdimensions: oportunitat de desenvolupar les pròpies habilitats, és a dir, fer un treball en el qual la persona té la possibilitat de treballar en allò que millor sap fer (treballs creatius i variats); i autonomia. A més, per damunt de les tasques, és necessari considerar la importància del control de les decisions de la unitat, la participació en aquestes.

El suport social es refereix tant a la relació emocional com a l'aspecte operatiu que implica comptar amb companys/es o superiors/es competents, que cooperen per tirar la feina endavant. La situació més negativa per a la salut es caracteritza per altes exigències psicològiques, baix control i baix suport social. També és negatiu treballar aïllat (Johnson JV i Hall EM 1988).

Recentment, diversos estudis han mostrat l'efecte nociu sobre la salut -els estudis se centren sobretot en els trastorns cardiovasculars- de la falta d'equilibri entre l'esforç i les compensacions en el treball. El treball remunerat té com a possibles fonts de compensació el salari adequat a l'esforç, el reconeixement o

valoració del treball, i el control d'estatus, és a dir, el grau de certesa sobre el propi futur, o de compliment de les expectatives que cadascú s'ha creat sobre un mateix. Les amenaces al futur del treball remunerat minen la percepció sobre l'eficàcia del propi treball, el mestratge i l'autoestima, a causa de la vivència continuada de sentiments de ràbia i frustració, de por, de bloqueig o d'irritació. (Siegrist J 1996).

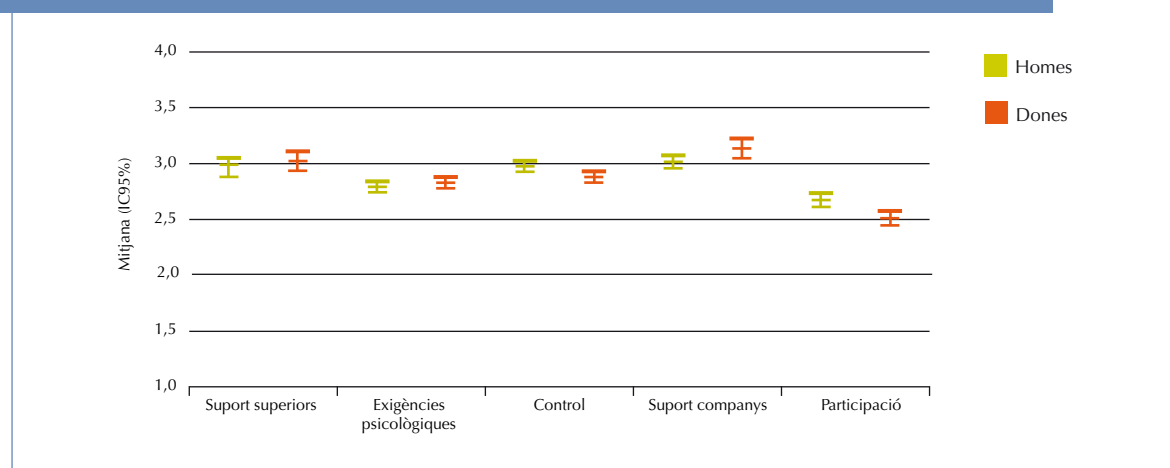
Des del punt de vista del control d'estatus són amenaces: la inestabilitat laboral, (Artazcoz i cols 2004), la falta de perspectives de promoció, els canvis no desitjats, o la inconsistència d'estatus. En definitiva, fer un treball per sota de la pròpia qualificació, trenca unes expectatives de vida futura que la persona s'havia plantejat. Algunes teories psicològiques defensen que la situació de falta de balanç entre l'esforç i compensacions no es manté durant un llarg període de temps, i per tant no té importància fisiològica. Les persones, d'acord amb aquesta hipòtesi, actuen per equilibrar el balanç, reduint el seu esforç o les seves expectatives. El problema és que, en l'actualitat, els treballadors i treballadores no tenen llibertat per prendre aquesta decisió, en un mercat laboral amb una alta inestabilitat i competitivitat. Aquesta circumstància fa que, entre les persones menys qualificades, es mantingui de forma crònica la situació de desequilibri entre l'esforç i les compensacions per conservar el lloc de treball. Entre els més qualificats, el desequilibri està entre l'esforç i les compensacions per desenvolupar la carrera professional.

Les exigències psicològiques, el control sobre el contingut del treball, el suport social en el treball i les compensacions són els quatre eixos generals bàsics que expliquen l'efecte dels riscos psicosocials sobre la salut. Els trastorns associats van des dels situats en l'esfera psicosocial a curt termini (ansietat, depressió, insatisfacció laboral, trastorns psicosomàtics) als de l'esfera biològica a més llarg termini (trastorns cardiovasculars, úlceres d'estómac o dolor d'esquena, entre altres).

En aquest estudi, totes les dimensions psicosocials analitzades se situen en un nivell mitjà-alt, tret de la participació en les decisions de la unitat, que estarien en un nivell mitjà. No hi ha diferències de gènere pel que fa al suport social dels superiors ni a les exigències psicològiques. En canvi, el control sobre el treball i la participació en les decisions de la unitat són menors en les dones i el suport dels companys és superior (FIGURA 15)³. Es interessant assenyalar que les diferències de gènere trobades en el control i la participació es mantenen també en les persones que no tenen càrrecs de comandament.

³ Prova U de Mann-Whitney.

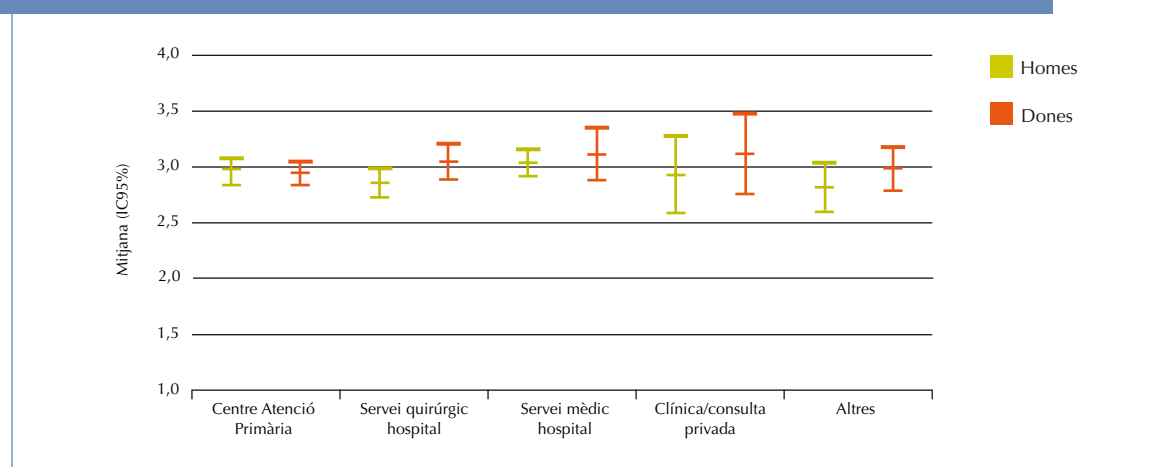
FIGURA 15: Factors de risc psicosocial segon sexe



Les característiques de l'entorn psicosocial difereixen segons el centre de treball. Els metges i metgesses que treballen als CAPs tenen més exigències psicològiques, menys control sobre el seu treball, i menys participació en les decisions de la unitat. Per als homes les diferències en el suport dels companys i companyes no són significatives segons el centre de treball. En canvi, les dones que treballen a serveis mèdics d'hospital, són les que tenen menor suport dels companys i companyes.

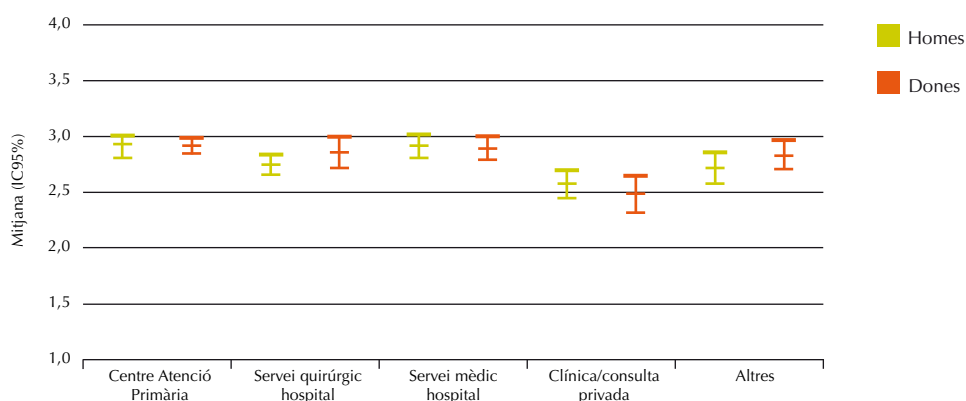
En els dos sexes s'observen diferències en el suport dels superiors, més baix en aquells que treballen en altres situacions. Una anàlisi que desglossa aquesta categoria apunta que és en els serveis d'urgències on es dona un menor suport dels/les superiors/es (FIGURA 16).

FIGURA 16: Suport dels superiors segons centre de treball i sexe



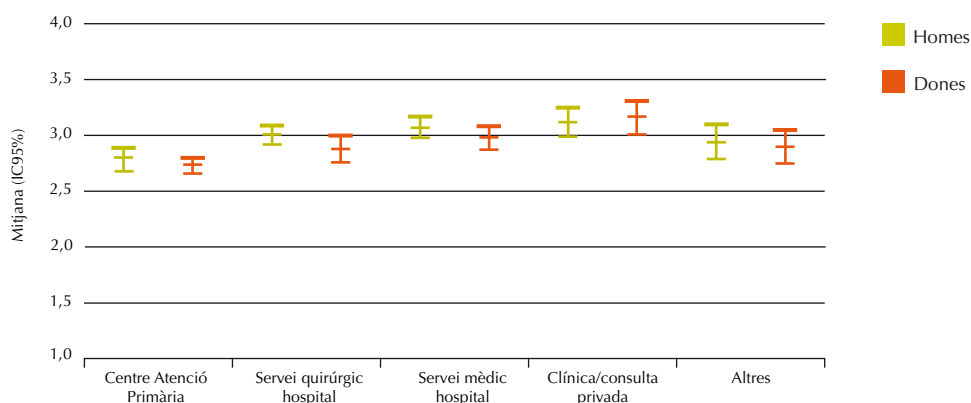
Com s'aprecia a la **FIGURA 17**, les exigències psicològiques són similars, i sense diferències de sexe, als CAPs i als centres hospitalaris. Destaquen les exigències més baixes en els homes que treballen als serveis quirúrgics d'hospitals i en el homes i dones que treballen a clíniques i consultes privades.

FIGURA 17: Exigències psicològiques segons centre de treball i sexe



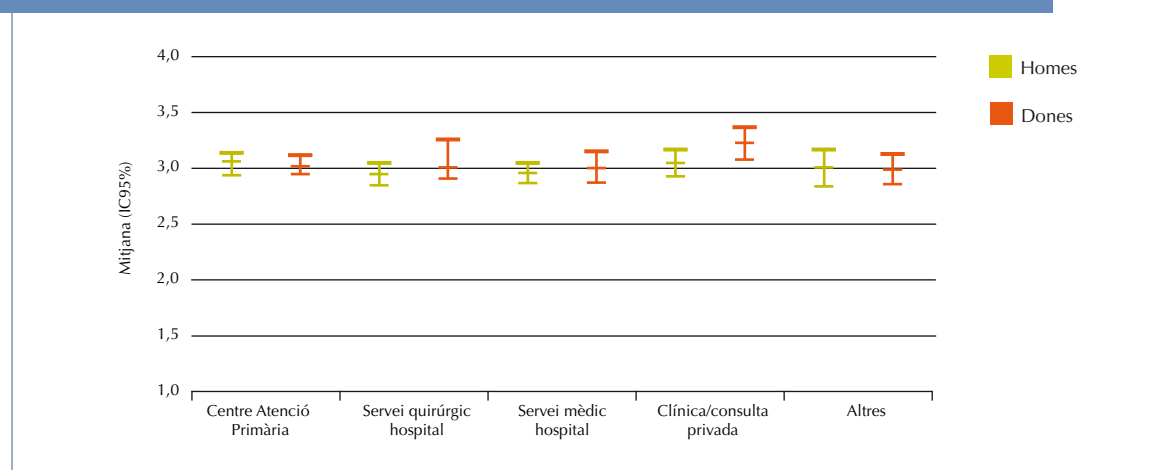
Així com les exigències són similars, el nivell de control dels que treballen als CAPs és significativament menor que el dels que treballen als serveis hospitalaris. Cal remarcar el menor control de les dones en comparació amb els seus col·legues homes als serveis quirúrgics i mèdics d'hospital (**FIGURA 18**).

FIGURA 18: Control sobre el treball segons centre de treball i sexe



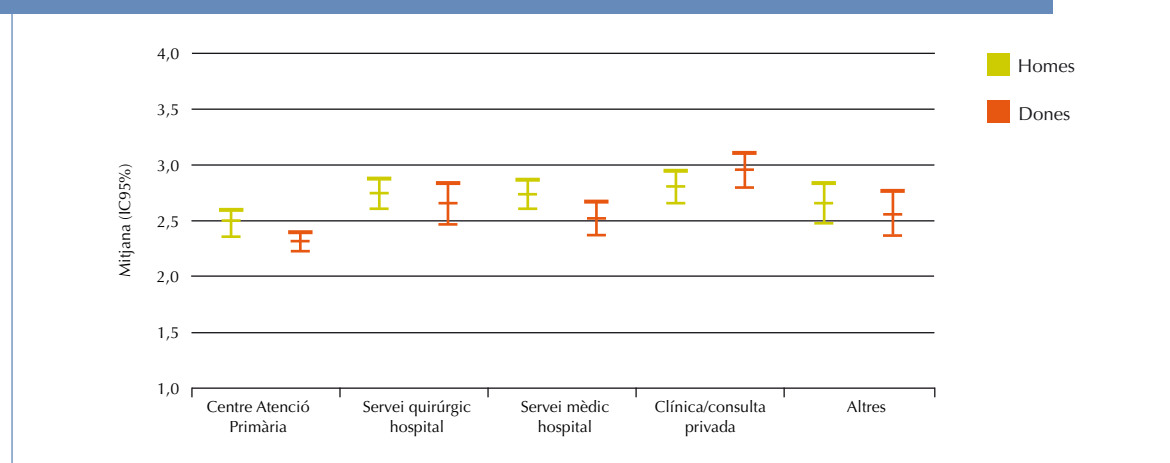
El suport dels companys i companyes és alt a qualsevol centre de treball, i no es troben diferències entre dones i homes (**FIGURA 19**).

FIGURA 19: Suport dels companys segons centre de treball i sexe



Com succeïa amb el control, la participació en les decisions de la unitat és menor als CAPs que als serveis d'hospitals. Destaca la menor participació de les dones en comparació dels homes tant als CAPs com als serveis mèdics d'hospitals (FIGURA 20). Aquestes diferències es mantenen després de restringir l'anàlisi a persones sense càrrec de comandament.

FIGURA 20: Participació en les decisions de la unitat segons centre de treball i sexe



La insatisfacció laboral

Es troba més insatisfacció entre els professionals dels CAPs i o d'altres situacions -especialment d'urgències hospitalàries- que entre els de serveis mèdics i quirúrgics d'hospitals (FIGURA 21). També estan més insatisfets els metges interins i les metgesses amb contracte temporal (FIGURA 22).

En un model de regressió logística multivariant, en tenir-se en compte simultàniament el sexe, l'edat, el nombre de feines, el tipus de centre de treball, el tipus de relació laboral i el nombre d'hores de treball remunerat setmanal, les variables que expliquen la insatisfacció laboral són el centre de treball (més insatisfacció entre els i les professionals dels CAPs), la relació contractual (més satisfacció entre els autònoms), i el nombre total d'hores de treball (com més hores es treballen, major insatisfacció).

FIGURA 21: Insatisfacció amb les condicions de treball segons centre i sexe

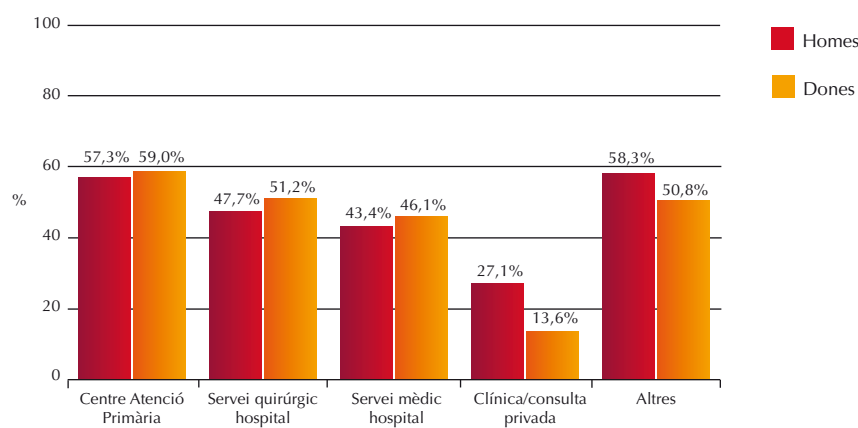
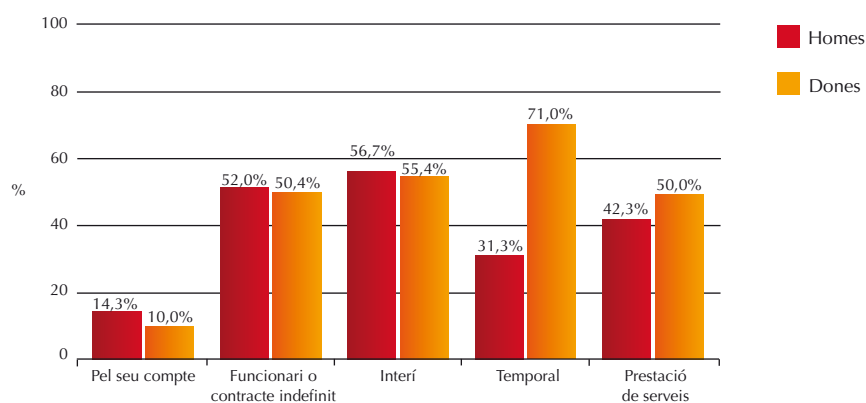


FIGURA 22: Prevalença d'insatisfacció amb les condicions de treball segons el tipus de relació laboral i el sexe



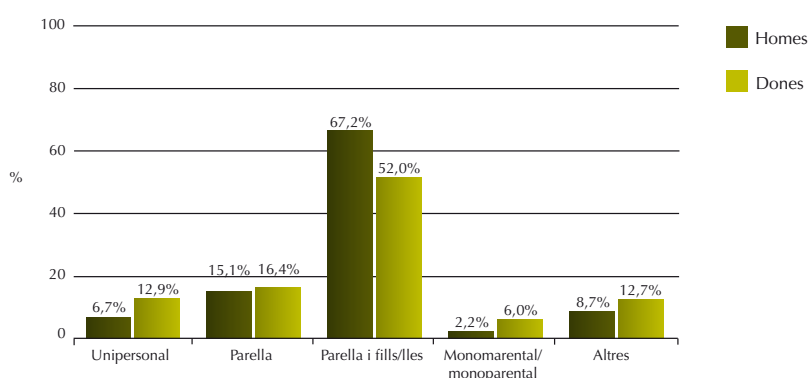
Tot i que a l'ESCA 2002 no es preguntava separatament sobre la satisfacció amb les condicions laborals i la satisfacció amb el salari, la pregunta general sobre la satisfacció amb la feina actual dóna resultats molt diferents dels trobats en aquest estudi. Només un 9,1% dels homes catalans amb una feina remunerada i un 11,1% de les dones en la mateixa situació manifestaven sentir insatisfacció laboral. A la població catalana ocupada de la classe social I aquests percentatges són encara més baixos (9,7% dels homes i 3,9% de les dones).

5.3. L'àmbit domèstic i familiar

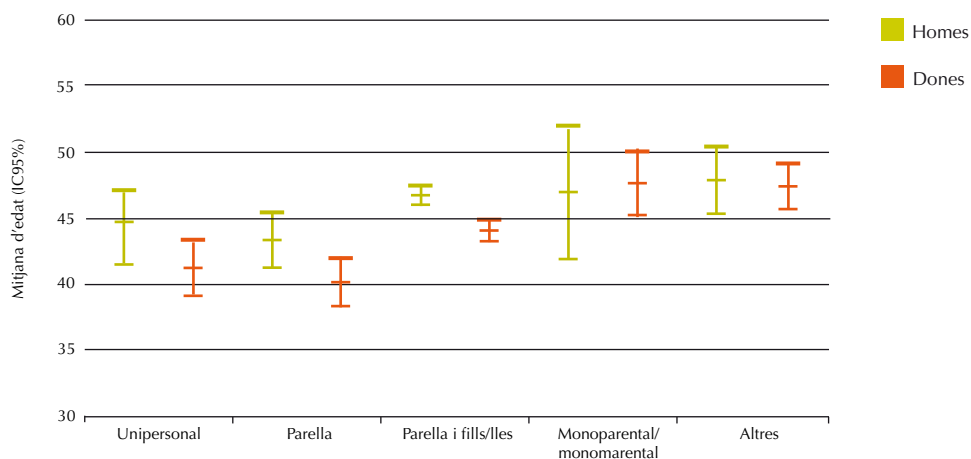
L'estructura de convivència de la llar

La majoria de les persones enquestades viuen amb la seva parella i fills o filles, sobretot en els cas dels homes. La proporció de dones que viuen soles (13%) quasi duplica la dels homes. També és superior la proporció de dones que viuen sense parella i amb fills/filles (la majoria com a responsable de llars monoparentals). La proporció de responsables de llars monoparentals és d'un 2,2% entre els homes i quasi tres vegades més entre les dones (6%) (**FIGURA 23**).

FIGURA 23: Distribució segons sexe de l'estructura de convivència de la llar

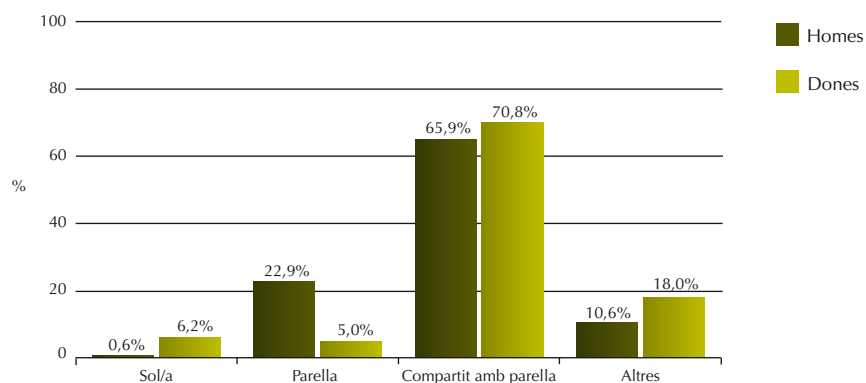


Les persones més joves són les que viuen soles o només amb la seva parella en major proporció (**FIGURA 24**). Un 74,1% dels homes i un 64,3% de les dones tenen fills o filles vivint a casa seva. Un 7% dels homes i un 10,4% de les dones conviuen temporal o permanentment amb persones amb discapacitat o majors de 75 anys.

FIGURA 24: Edat segons l'estructura de convivència de la llar i sexe

La distribució dels treballs domèstics i la cura de les persones dependents

Tot i que al voltant d'un 70% de les dones i un 66% dels homes que viuen en parella afirmen compartir la cura de les criatures menors de 15 anys, s'observen desigualtats de gènere en la distribució d'aquestes tasques. Mentre que un 6,2% de les dones les fan soles, un 22,9% dels homes reconeix que les fa la seva parella, situació en què es troben només un 5% de les dones (FIGURA 25).

FIGURA 25: Distribució segons sexe de les persones responsables principals de la cura dels menors de 15 anys en persones que viuen en parella

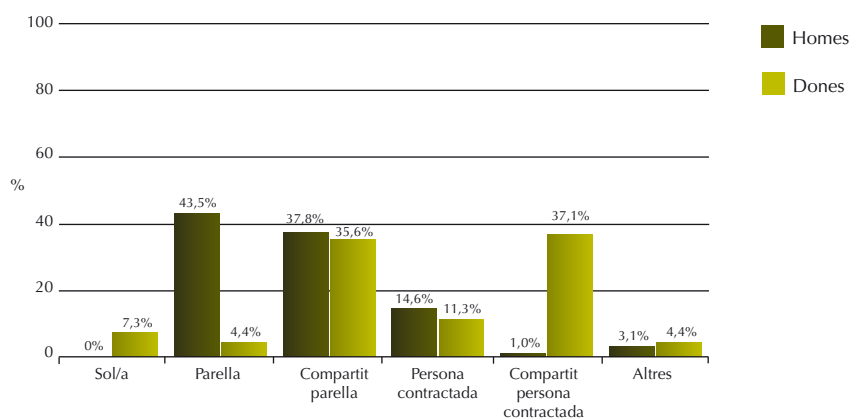
A la població catalana (ESCA 2002), un 55% de les dones amb una feina remunerada (43,1% a la classe social I) i un 57% dels homes (55,1% a la classe social I) afirmen compartir la cura de les criatures menors

de 15 anys. Resulta destacable que un 29,1% de les dones (30,4% per les de la classe social I) declaren ser elles soles les cuidadores dels menors de 15 anys, mentre que pel que fa als homes, aquest percentatge és d'un 1,6% (1,4% pels de la classe social I).

Les desigualtats a la llar són molt més accentuades en la distribució d'altres tasques domèstiques com ara netejar, planxar, cuinar, etc. La tercera part afirma compartir les tasques domèstiques, però cap metge és el principal responsable d'aquestes tasques, mentre que així es defineixen un 7% de les metgesses. Una tercera part de les metgesses comparteix aquesta responsabilitat amb una persona contractada. Finalment, un 43,5% dels homes assenyalen la seva parella com la que s'encarrega de les feines de la llar, situació en què es troba només un 4,4% de les dones (FIGURA 26).

Un 71% de les persones enquestades té alguna persona contractada a la llar per realitzar tasques domèstiques com ara netejar, planxar, cuinar, etc., sense diferències de sexe. Una proporció menor, un 16% té alguna persona contractada de manera habitual per tenir cura dels infants, persones grans o malaltes que viuen a casa, també sense diferències de sexe.

FIGURA 26: Distribució segons sexe de la persona responsable principal de les tasques domèstiques en persones que viuen en parella

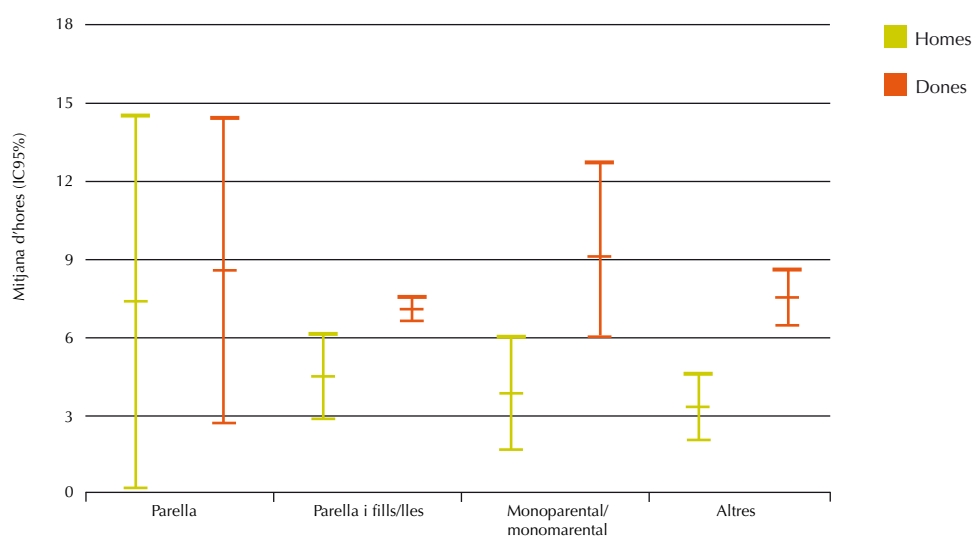


Els resultats de l'ESCA 2002 indiquen que en un 50,9% de casos, les dones amb una feina remunerada i que viuen amb la seva parella (26,9% entre les de la classe social I) són elles soles les principals responsables de les tasques domèstiques, mentre que aquest percentatge és d'un 2,4% pels homes (2,9% a la classe social I). Un 5,4% de les dones (17,6% a la classe social I) indica que ho fa una persona contractada, mentre que aquest percentatge és del 3,6% (18,6% a la classe social I) entre els homes.

L'ús del temps

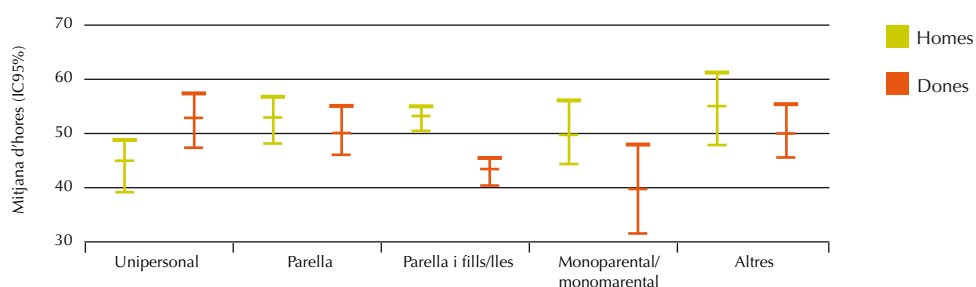
Les dones que viuen en parella o en llars monomarentals dediquen més hores al treball domèstic que els homes en la mateixa situació. Si entre les persones que viuen en parella, sense ningú més, no s'observen diferències de gènere, aquestes apareixen, igual que en la població general, amb l'existència d'altres persones, majoritàriament fills o filles, convivint a casa (**FIGURA 27**).

FIGURA 27: Hores de treball domèstic segons l'estructura de convivència de la llar i sexe



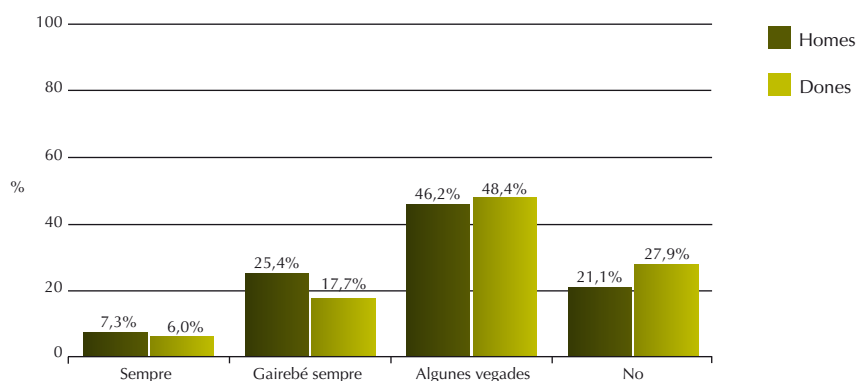
Quan viuen en parella, les dones dediquen menys temps que els homes al treball remunerat i les diferències s'accentuen quan arriben les criatures. Cal destacar el major nombre d'hores de treball remunerat de les dones entre les persones que viuen soles (**FIGURA 28**). Aquests resultats són compatibles amb la divisió sexual del treball, que per una banda assigna a les dones els treballs domèstics i de cura de les persones dependents, dificultant-los així l'ascens professional i, per altra banda, fa persistir la centralitat de l'home com principal proveïdor dels recursos econòmics de la unitat familiar. Aquest fet es tradueix en sobrecàrrega pels dos sexes, tot i que de diferents tipus.

FIGURA 28: Hores de treball remunerat segons l'estructura de convivència de la llar i sexe



Com s'aprecia a la **FIGURA 29**, un 21% dels homes i un 27% de les dones afirmen no haver tingut temps per dedicar-se a les seves aficions o per descansar tranquil·lament en la setmana prèvia a l'entrevista.

FIGURA 29: Distribució de la disponibilitat de temps per les aficions o per descansar tranquil·lament en l'última setmana segons sexe

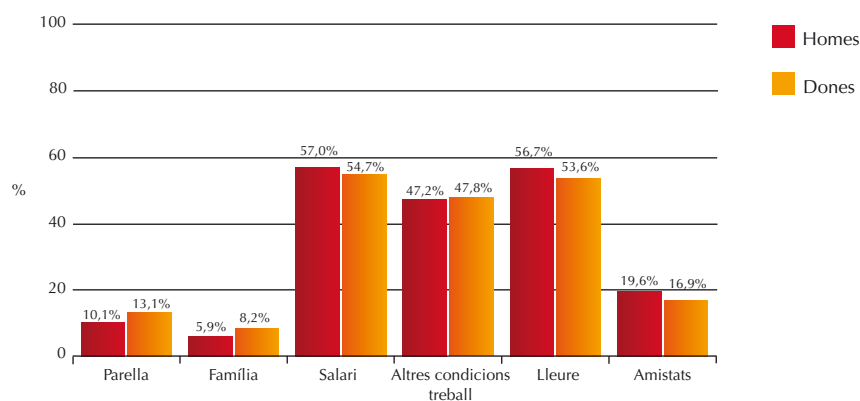


La satisfacció amb diferents esferes de la vida

La utilització de preguntes sobre la satisfacció amb diferents aspectes de la vida es un bon indicador per analitzar l'estat d'adequació i benestar d'una persona a l'entorn on viu.

No s'observen diferències de gènere en la satisfacció amb diferents esferes de la vida. En general, els metges i metgesses estan més satisfets amb la seva vida privada (menys en relació amb les seves relacions amistoses que amb les de parella o de família) que amb la seva vida laboral. Més de la meitat afirmen no sentir-se satisfets amb el seu salari o amb altres condicions de treball. Cal remarcar l'alt grau d'insatisfacció amb el temps de lleure (**FIGURA 30**).

FIGURA 30: Prevalença d'insatisfacció amb diferents aspectes de la vida segons el sexe



5.4. L'estat de salut

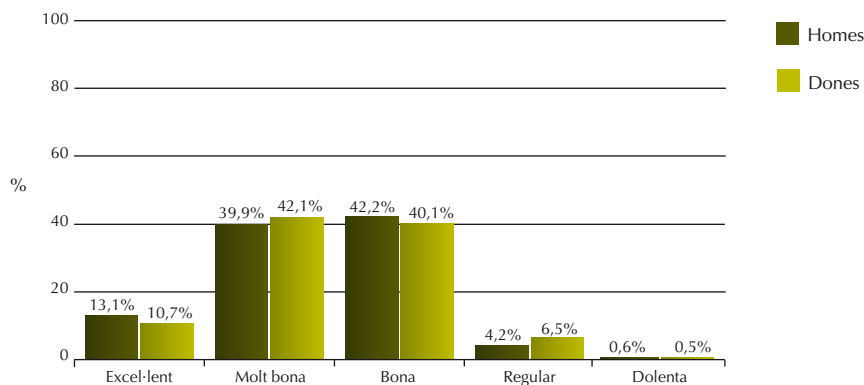
L'estat de salut percebut

L'estat de salut percebut és un dels indicadors utilitzats amb més freqüència en la literatura mèdica i epidemiològica, i s'ha fet servir àmpliament en les enquestes de salut poblacionals. Consisteix en la següent pregunta tancada: “Em pot dir si en general la seva salut és excel·lent, bona, regular o dolenta?” (de la traducció de l'anglès: *excelent, good, fair or poor*)?. (Krause i Jay 1994). La versió utilitzada en l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) i en aquest estudi és una variació d'aquesta pregunta: “Com diria que és la seva salut en general?” Amb les opcions de resposta: excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta.

Una de les principals raons per a l'ús d'aquest indicador de salut en les enquestes és la facilitat d'obtenció de resultats a través d'una única pregunta, i la seva capacitat de captar d'una forma succinta diversos aspectes de la salut (Bergner 1985). L'autovaloració de l'estat de salut combina l'experiència subjectiva de malalties agudes i cròniques, fatals i no fatals, com també sensacions com sentir-se esgotat o cansat o tenir dolors. Aquesta capacitat l'avalua com un bon indicador de la qualitat de vida de les persones. Diversos autors justifiquen la utilització d'aquest indicador perquè és una mesura relacionada tant amb les percepcions de l'individu respecte al seu estat físic i mental, com amb la presència de malalties clínicament diagnosticades, i per ser un fort predictor de mortalitat. (Segovia J, Bartletti RF i Edwards AC 1989; Ross i Bird 1994; Idler E L i Benyamini Y 1997).

L'estat de salut dels metges i metgesses de Catalunya és bo. Només un 4,8% dels homes el consideren regular o dolent i en les dones, aquest percentatge és d'un 7%. Aquesta diferència, però, no és estadísticament significativa (FIGURA 31).

FIGURA 31: Distribució de l'estat de salut percebut segons sexe



Quan es compara l'estat de salut de dones i homes, no es troben diferències segons els dos grups d'edat analitzats, ni segons la convivència, o el centre de treball.

En analitzar separatament els dos sexes, es pot observar que els metges que treballen en un CAP tenen una major proporció de salut regular o dolenta (10%) que els que treballen a altres llocs - per exemple 1,3% en els que treballen en un servei mèdic d'un hospital ($p<0,05$). Aquest fet que es repeteix en les metgesses que treballen als CAP (8,5% de mal estat de salut), tot i que pel que fa a elles aquesta relació queda en el límit de la significació estadística ($p=0,05$).

Quan es comparen aquests percentatges amb els de la població ocupada de Catalunya, es troba que són similars als de les persones de la mateixa classe social, i inferiors als del total de la població ocupada (TAULA 3).

Els trastorns crònics

La presència de trastorns crònics és considerada un indicador objectiu de salut, tant en els diagnòstics resultants d'avaluacions clíniques, com en el relat subjectiu de la presència d'aquestes malalties. Les preguntes obertes o els llistats específics són utilitzats amb freqüència en enquestes de salut (Kehoe i cols 1994). Alguns autors han estudiat les associacions entre diversos factors i l'exactitud de la resposta a preguntes respecte a la presència i tipus de trastorns crònics. Entre aquests factors destaquen l'edat (Liang et al. 1991, Kehoe i cols 1994), el sexe (Jackson i cols 1996), l'educació (Kehoe i cols 1994, Kriegsman et al 1996) i el contacte previ amb el sistema sanitari (visites al metge, hospitalitzacions etc.) (Kriegsman i cols 1996).

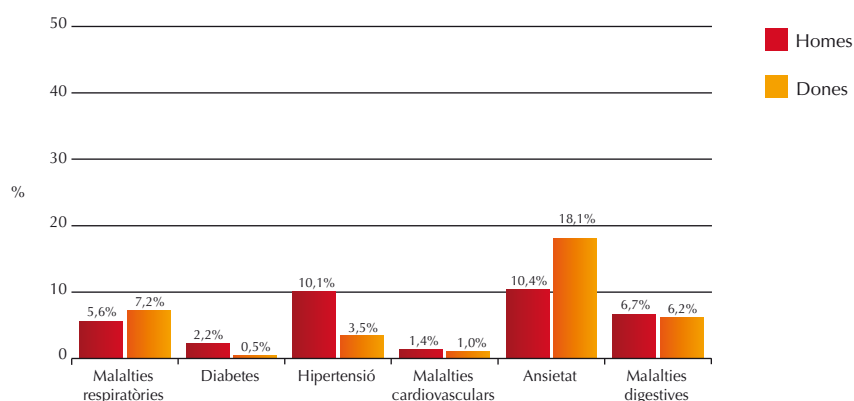
La pròpia definició de trastorns crònics ja remarca un dels seus avantatges: la seva durada en el temps (Verbrugge 1995). D'aquesta manera, la declaració subjectiva d'una malaltia crònica suposa un fet estable que justifica la seva utilització com un bon indicador de salut (Kriegsman 1996). Un dels avantatges de la presentació d'un llistat recordatori de trastorns crònics és l'homogeneïtat de les respostes en els instruments que utilitzen aquests llistats (Borrell 1995). No obstant això, la principal limitació d'aquests llistats és que la no inclusió de certes malalties pot reflectir-se en una infradeclaració d'aquestes.

Tipus de trastorns crònics

A l'enquesta utilitzada en aquest estudi s'ha emprat un llistat de 6 trastorns crònics (malalties respiratòries, diabetis, hipertensió, malalties cardiovasculars, trastorns afectius i/o ansietat, i malalties digestives), a causa de la seva alta prevalença en la població catalana adulta. En aquesta pregunta, tanmateix, hi havia un camp obert on es podia indicar i especificar la presència d'un altre trastorn crònic. També s'ha utilitzat una pregunta específica sobre els dolors musculoesquelètics i cefalees, que comentarem més endavant.

La FIGURA 32 presenta la prevalença de trastorns crònics segons el sexe. Destaca l'alta proporció tant en dones (18,1%) com en homes (10,4%) dels trastorns afectius i/o ansietat. La hipertensió en els metges (10,1%) i les malalties respiratòries en les metgesses (7,2%) són les següents malalties amb una major freqüència en la població d'estudi.

FIGURA 32: Prevalença de trastorns crònics segons sexe



La prevalença de diabetis en els metges (2,2%) és molt semblant a la de la població ocupada de Catalunya (1,6% - 0,7 % classe social I). Les metgesses, en canvi, presenten una prevalença de diabetis molt inferior a la de les dones ocupades i encara més inferior que les dones de la mateixa classe social (TAULA 3).

Si establim comparacions amb les dades de l'ESCA, a Catalunya la prevalença d'hipertensió arterial en els metges és inferior a la dels homes ocupats de la mateixa classe social (10,1% i 12,6%) i igual a la dels homes de la població ocupada (10,3%). En les metgesses, la prevalença de hipertensió és inferior a la de la població de dones ocupades, i de la mateixa classe social (TAULA 3).

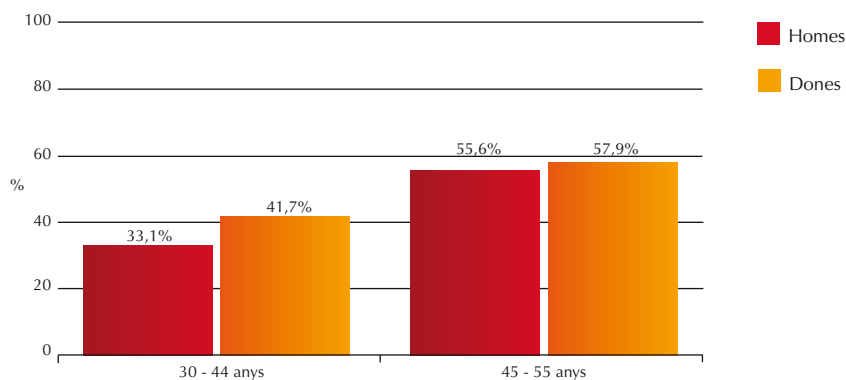
Presència d'algun trastorn crònic

Per tal de que les relacions entre els trastorns crònics i les variables d'estratificació (edat, centre de treball i estructura de la llar) siguin més fàcils d'entendre, i s'augmenti la potència estadística en les comparacions entre dones i homes, s'han agrupat aquests trastorns en una variable dicotòmica: trastorns sí (presència d'un o més trastorns en la mateixa persona) o no (cap trastorn crònic).

No es troben diferències significatives entre homes i dones segons els 2 grups d'edat estudiats o segons el centre de treball. En canvi, el percentatge de trastorns crònics en les dones que viuen soles és inferior (40,4%) al dels homes a la mateixa situació (75%).

En analitzar separatament dones i homes, observem que tant els homes com les dones majors de 44 anys presenten més trastorns crònics (55,6% i 57,9%), tot i que les diferències són més accentuades entre els professionals de 30 a 44 anys (FIGURA 33).

FIGURA 33: Prevalences de trastorns crònics segons sexe i edat



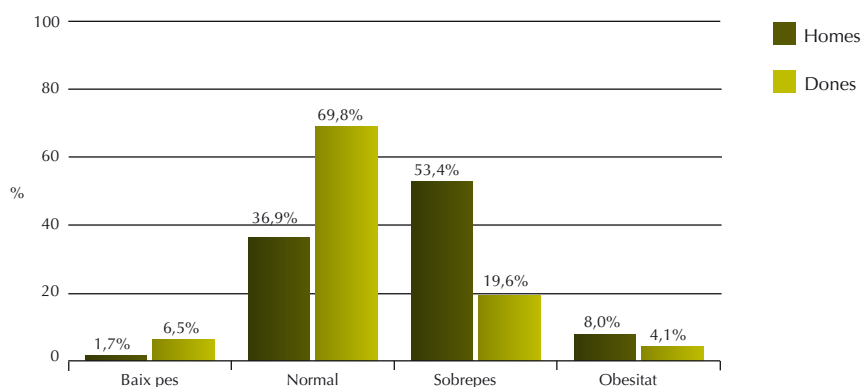
Per als homes, ni l'estructura de la llar ni el centre de treball són factors determinants per a la presència de trastorns crònics. Per a les dones, en canvi, l'estructura de la llar sí que ho és. Les dones que viuen en llars monomarentals són les que presenten la major proporció de trastorns crònics (75%), i en canvi les que viuen amb les seves parelles sense fills són les que en presenten menys (38%).

El sobrepès i l'obesitat

La *International Obesity Task Force* (IOTF), l'Organització Mundial de la Salut (OMS), les societats científiques, entre elles la Societat Espanyola per a l'Estudi de l'Obesitat (SEEDO), i els grups d'experts, en l'actualitat accepten, com criteri per a la definició d'obesitat, valors iguals o superiors a 30 per a l'índex de massa corporal (IMC) (pes en kg/talla en m²). L'estudi SEEDO'97 va permetre estimar la prevalença d'obesitat a Espanya utilitzant aquest criteri, mitjançant mesures antropomètriques individuals. A partir d'aquestes dades es va estimar una prevalença d'obesitat (IMC $\geq$ 30) per al conjunt de la població espanyola entre 25 i 60 anys d'un 13,4% (un 11,5% en homes i un 15,2% en dones). La sobrecàrrega ponderal global (sobrepès + obesitat o un IMC $\geq$ 25) es troba en un 58,9% en els homes i un 46,8% en les dones. A partir de les dades de l'Enquesta Nacional de Salut, basades en el pes i la talla referits per l'enquestat, s'havia estimat una prevalença d'obesitat per a la població espanyola major de 20 anys d'un 7,8%, (8,4% en les dones), xifres considerablement inferiors a les esmentades anteriorment. Tot i que el pes i la talla referits presenten una bona correlació amb les mesures individuals, habitualment comporten un biaix per sobreestimació de la talla i subestimació del pes. Això repercuteix en l'IMC i induïx una infraestimació de la prevalença d'obesitat en els estudis poblacionals. (Consenso SEEDO'2000).

Un 37% dels metges i un 70% de les metgesses tenen un índex de massa corporal dintre de la normalitat (IMC entre 20 i 24). El baix pes és més freqüent entre les dones (6,5%). Cal destacar l'alt percentatge de sobrepès (53,4%) i obesitat (8%) en els homes (FIGURA 34).

FIGURA 34: Distribució segons l'índex de massa corporal segons sexe



Les dones més joves presenten un percentatge de baix pes d'un 8,9%, mentre que no es troba cap home en aquesta situació. El sobrepès és més freqüent entre els homes i les dones de 45 anys o més. En canvi l'augment en el percentatge d'obesitat amb l'augment de l'edat només s'aprecia en els homes. No es troben diferències entre l'IMC de dones i homes que viuen sols. En canvi, els homes que viuen amb la parella, amb la parella i fills, o en altres situacions familiars tenen més sobrepès i obesitat que les dones en la mateixa situació de convivència. Si s'analiza aquesta variable segons el centre de treball, a tots es troba una major proporció d'homes amb sobrepès i obesitat.

En l'anàlisi separada per sexes, s'observa que l'edat no és determinant per a l'IMC de les dones, i en canvi sí que ho és per al dels homes. Es troba més sobrepès i obesitat entre els metges de 45 a 55 anys. Ni l'estructura de la llar ni el centre de treball no són determinants per a l'IMC de dones i homes.

La Salut Mental

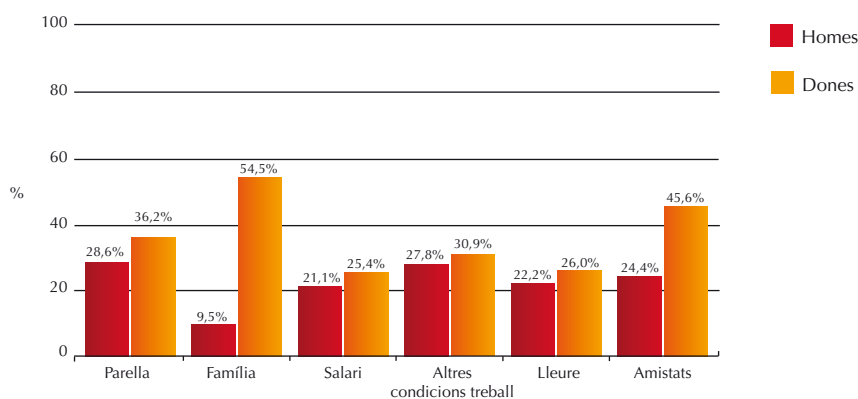
El qüestionari GHQ-12 (General Health Questionnaire de 12 ítems) és un instrument de cribatge de salut mental en població general, desenvolupat per Goldberg (1972, 1978) i adaptat a molts idiomes, inclòs el català. És un dels dos instruments més freqüentment utilitzats en les enquestes de salut. Diversos estudis han demostrat que el sexe, l'edat i el nivell d'estudis no afecten significativament la validesa d'aquest instrument.

Aquest estudi ha fet servir el (GHQ-12) com a indicador de salut mental. S'ha considerat el mateix tall que utilitza l'ESCA a la població de Catalunya, que considera que les persones entrevistades amb una puntuació superior a 2, en una escala de 12, presenten patiment psicològic.

Segons els resultats del GHQ12, un 21,1% de les dones i un 16,2% dels homes d'aquest estudi presenten patiment psicològic, i la diferència entre ells està en el límit de la significació estadística ($p=0,049$). No

s’han trobat diferències entre dones i homes en els 2 grups d’edat, ni tampoc segons el centre de treball o l’estructura de la llar. Tampoc a l’anàlisi separada per sexes s’han trobat relacions entre la salut mental i l’edat, el centre de treball o l’estructura de la llar. No obstant això, resulta interessant observar una relació estadísticament significativa, tant per a dones com per a homes, entre la salut mental i diferents aspectes de la satisfacció. Així, el que més afecta la salut mental de les dones és la insatisfacció amb les relacions familiars, i en canvi, aquest és l’únic aspecte que no té una relació estadísticament significativa amb la salut dels homes. Per als homes, el que més afecta la seva salut mental és la insatisfacció amb la relació de parella (FIGURA 35).

FIGURA 35: Prevalença de patiment psicològic segons insatisfacció amb diferents aspectes de la vida i sexe



La prevalença de patiment psicològic dels metges (16,2 %) és més alta que els resultats trobats a la població ocupada catalana, sobretot si la comparem amb la dels homes ocupats (9,1 %), i la dels homes de la classe social I de Catalunya (12,6 %). En les dones també observem una major proporció de patiment psicològic en les metgesses (TAULA 3). Aquest fet coincideix amb l’alta prevalença de consum de medicaments psicoactius en els metges i metgesses (es comentarà més detingudament aquesta troballa a l’apartat utilització de serveis).

TAULA 3: Comparació de l’estat de salut percebut i la morbiditat amb població ocupada i classe

	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	4,8	7,0	10,4	15,9	3,5	6,7
Patiment psicològic	16,2	21,1	9,1	16,6	12,6	17,8
Diabetis	2,2	0,5	1,6	2,0	0,7	3,3
Hipertensió arterial	10,1	3,5	8,1	5,7	9,0	4,4

El dolor i el cansament

El dolor

El dolor és una de les maneres que tenen les persones per expressar els patiments físics i psíquics. Sovint també és l'expressió del malestar enfront de les pressions socials, les situacions d'estrès o les desigualtats. El dolor crònic localitzat o generalitzat és un fort determinant de mala qualitat de vida de moltes dones i de molts homes (Rohlf, Valls i Perez 2005).

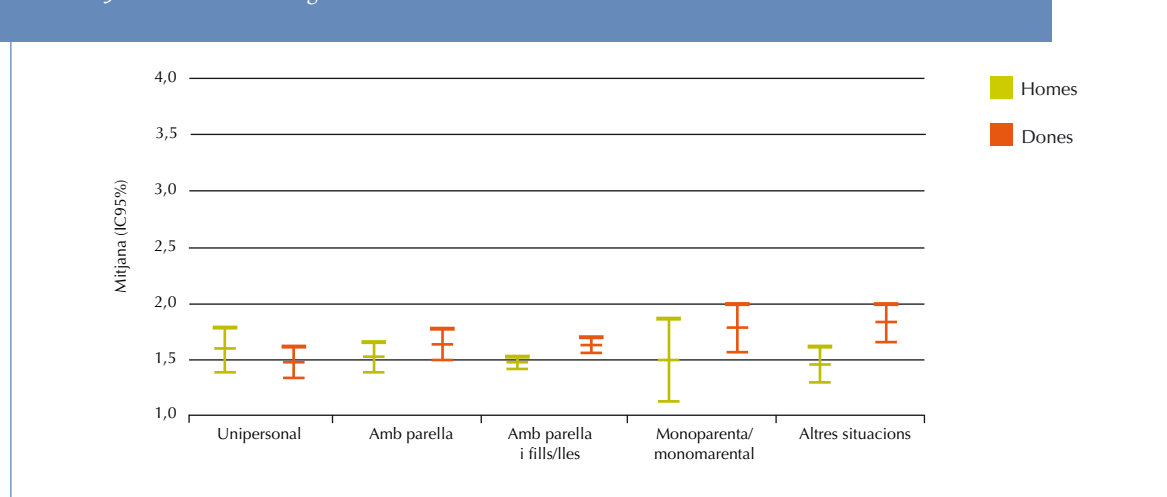
El mal d'esquena crònic pot ser una de les primeres manifestacions de patiments físics i mentals. Pot estar estretament relacionat a malalties somàtiques o degeneratives, però també a la sobrecarrega física i emocional, i a les condicions dels treballs remunerats i del treball domèstic.

Per a aquest estudi s'ha elaborat una escala amb una puntuació màxima de 4 basada en les respostes a 4 preguntes: dolor d'esquena a la zona cervical, dolor d'esquena a la zona dorsal, dolor d'esquena a la zona lumbar i dolor a les articulacions (inclosos peus i mans), amb opcions de resposta de mai a sempre (Alfa de Cronbach=0,68).

En aquesta escala de dolor, les dones (1,64 IC95%: 1,59-1,69) puntuen significativament més alt que els homes (1,48 IC 95%: 1,44-1,53).

En l'anàlisi separada per sexes, tant per a dones com per a homes, els majors de 44 anys són els que obtenen una major puntuació. No s'han trobat relacions entre el dolor i el centre de treball. Per als homes no s'ha trobat relació entre el dolor i l'estructura de convivència a la llar. En canvi, aquesta relació és estadísticament significativa per les dones, i les que presenten les pitjors puntuacions són les que viuen en famílies monomarentals, o altres situacions de convivència a la llar (**FIGURA 36**).

FIGURA 36: Nivell de dolor segons l'estructura de convivència a la llar i sexe



El cansament

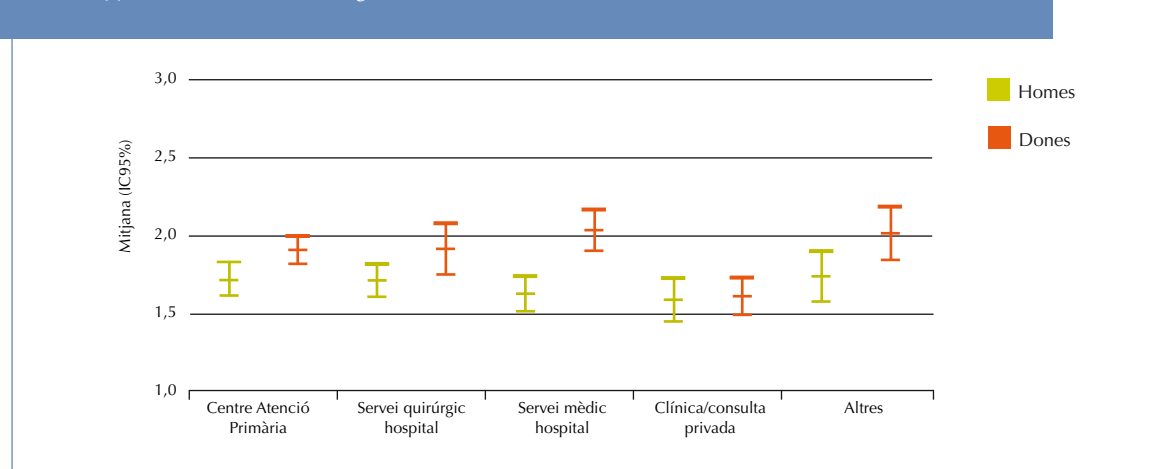
La sensació subjectiva de cansament també pot ser un senyal d'alerta, i tot que sovint no es relaciona amb els indicadors actuals de salut, la persistència d'aquesta sensació al llarg del temps pot afectar el benestar físic i mental. També cal fer esment que la sensació de cansament pot estar relacionada amb patologies clíniques o subclíniques, diagnosticades o no, com és el cas de les anèmies, l'hipotiroïdisme, o les neoplàsies. No obstant això, en aquest estudi no es pot esbrinar si la causa del cansament és la presència d'alguna malaltia. Així mateix, el cansament també reflecteix les condicions de vida i de treball, i la sobrecàrrega que comporta una disminució de la qualitat de vida de les persones.

Per a aquest estudi s'ha elaborat una escala amb una puntuació màxima de 3 basada en les respostes a 3 afirmacions: "m'he trobat cansat/da en aixecar-me al matí", "m'he sentit cansat/da a partir de mitja jornada", "en finalitzar la meua jornada de treball m'he sentit tan esgotat/da que no he pogut fer cap altra activitat", amb opcions de resposta de "mai" a "sempre" (alfa de Cronbach = 0,72).

En aquesta escala de cansament, les dones (1,91 IC95%: 1,85 -1,96) puntuen significativament més alt que els homes (1,68 IC 95%: 1,63-1,74).

En l'anàlisi separada per sexes, resulta interessant observar que tant els homes com les dones de 44 o menys anys puntuen més alt que el grup de 45 a 55 anys. No s'ha trobat relació entre el centre de treball i el cansament dels homes. En canvi, per a les dones aquesta relació és significativa, i les que treballen als serveis mèdics d'un hospital o en altres situacions són les que presenten més cansament (FIGURA 37). No s'ha trobat relació entre el cansament i l'estructura de convivència a la llar, ni per als metges ni per a les metgesses.

FIGURA 37: Nivell de cansament segons centre de treball i sexe



Quan s'analitza la puntuació de l'escala de cansament i el nombre d'hores de treball productiu segons sexe, i es controla segons la salut percebuda (agrupada en bona: excel·lent, molt bona i bona; dolenta: regular i dolenta), per als homes es troba un gradient (a mesura que augmenten les hores de treball,

augmenta el grau de cansament). Pel que fa a les dones, no s'observa cap gradient per a les que tenen bona salut, i tampoc per a les que la tenen dolenta. Crida l'atenció que les que presenten menys cansament són les que treballen entre 28 i 40 hores (puntuen millor en l'escala que les que treballen menys de 28 hores setmanals). En tractar-se d'un estudi transversal, no podem esbrinar la direccionalitat d'aquesta relació. És possible que el fet que estiguin més cansades fa que treballin menys hores (això pot estar relacionat amb trastorns crònics, patiment psicològic, sobrecàrrega dels treballs domèstic i de la cura de les persones etc.). Una altra explicació del perquè, tot i treballar menys hores, estan més cansades, pot ser les condicions adverses i la precarietat de l'entorn laboral. No obstant això, aquestes relacions no són estadísticament significatives per a les dones, i tampoc per als homes.

Un altre factor que s'ha considerat en l'anàlisi és haver fet o no guàrdies durant l'últim mes. S'observa que els homes que no han fet guàrdies, però que treballen més de 60 hores, puntuen més alt en l'escala de cansament que els que treballen el mateix nombre d'hores, però que sí que han fet guàrdies (relació estadísticament no significativa). Entre les dones, les que fan guàrdies i que treballen menys de 28 hores, o més de 60 hores a la setmana, són les que estan més cansades (relació estadísticament no significativa).

Si s'analitza la relació entre el nombre d'hores de treball domèstic i de cura de les persones i el cansament, tampoc no es troben resultats estadísticament significatius. Cal destacar que per als homes existeix un clar gradient (a mesura que augmenten les hores de treball domèstic i de cura de les persones augmenta el cansament). Pel que fa a les dones, s'observa que les que es dediquen menys de 5 hores a la setmana a aquest treball, tenen un grau de cansament semblant a les que hi dediquen 10 o més hores (força superior a les que hi dediquen de 5 a 9 hores).

5.5. Les conductes o estils de vida relacionats amb la salut

Les conductes o els estils de vida poden tenir conseqüències beneficioses o perjudicials per a la salut. Alguns autors consideren que els estils de vida són eleccions individuals discrecionals, i que, en conseqüència, les responsabilitats en les decisions d'adoptar o no certes conductes són de caràcter personal. No obstant això, d'altres han subratllat la importància de la contextualització de les persones en l'entorn social, econòmic i personal per explicar l'adopció de determinats estils de vida, i la seva relació amb la salut. Els estils de vida depenen, entre altres factors, de l'edat, del sexe/gènere, de la classe social, i de la cultura. Tampoc no es poden oblidar alguns aspectes psicològics, que determinen que una persona adopti o no certs hàbits (Dean 1989; Donaldson i Blanchard 1995).

Els comportaments positius per a la salut són genèricament anomenats comportaments saludables: *‘Els comportaments saludables són activitats que l'individu realitza per estar sa, prevenir malalties, protegir o promoure la seva salut. Existeix una considerable amplitud en la definició de comportaments saludables, que*

pot incloure actituds actives com la cerca d'una correcta nutrició i la realització d'exercici físic, o la no adopció d'hàbits com el tabaquisme' (Krick i Sobal 1990). En contraposició, existeixen diversos comportaments o estils de vida que tenen conseqüències clarament negatives per a la salut. El tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol, i el sedentarisme i la seva relació amb el sobrepès o l'obesitat són citats com els factors que contribueixen en major mesura a la morbiditat i mortalitat per malalties cròniques en països desenvolupats (Frazier i cols 1996).

Segons diversos estudis, les persones amb major nivell educatiu realitzen més activitat física d'oci, fumen menys, i utilitzen més els programes de cribatge de càncer (Rohlf I i cols 1998; Atienza AA i cols 2006; Harper S i Lynch J 2007). Krick i Sobal (1990) destaquen que l'educació influeix positivament en el coneixement de temes relacionats amb la salut i en la participació social, i proporciona un major sentit de domini sobre l'entorn.

L'activitat física

En el concepte d'activitat física generalment es diferencien dos components: laboral i de lleure. S'ha suggerit que en la societat moderna, amb el descens de requeriments d'activitat física en la majoria de les ocupacions, el principal temps en què es pot realitzar suficient activitat física que afecti positivament la salut és el de lleure (Caspersen i cols 1985).

Basant-se en l'anàlisi de les evidències fisiològiques, epidemiològiques i clíniques, la quantitat d'activitat física necessària per obtenir beneficis en la salut recomanada per als adults (Pate RR i cols 1995) és de 30 minuts o més d'activitat física de moderada intensitat en la majoria dels dies de la setmana, preferiblement tots, i com mínim 3 dies a la setmana. Aquesta recomanació recalca els beneficis de l'activitat física de moderada intensitat i de l'activitat física que pot ser acumulada en períodes relativament curts, i assenyalava que mantenir una despesa d'aproximadament 200 kilocalories/dia és el més important.

Entre els beneficis de l'activitat física es poden mencionar la seva importància en la prevenció de malalties com les cardiovasculars o la osteoporosis. Així mateix, s'ha observat que alguns estats psicològics com l'ansietat, l'estrès i alguns tipus de depressió poden millorar amb la pràctica d'exercici aeròbic regular (Santaulària 1995). De manera general, la realització d'activitat física de lleure pot significar una activitat lúdica i agradable, que proporciona contactes socials (Kaplan i cols 1996), sensació de benestar físic i mental, entreteniment i, per a algunes persones, evasió.

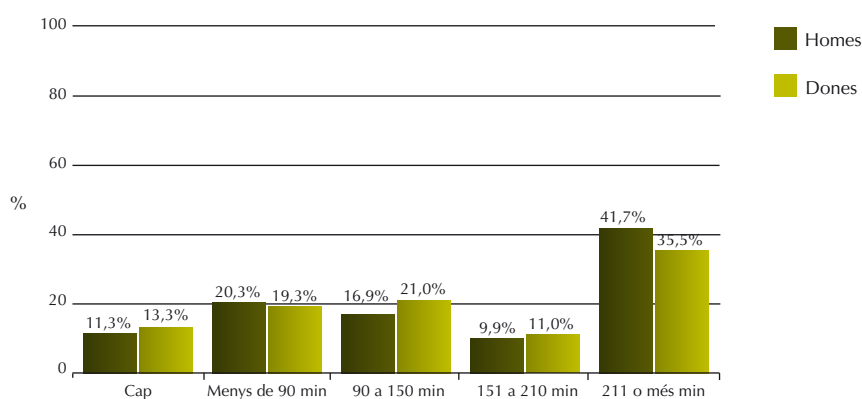
Els resultats d'aquest estudi indiquen, per una banda, que un 20,1 % de les dones i un 20,6% dels homes declaren no haver caminat en el temps de lleure els 15 dies anteriors a l'entrevista. La relació entre el sexe i aquesta activitat no és estadísticament significativa. La majoria camina menys de 90 minuts a la setmana, però un 18,4 % dels metges i un 20,6% de les metgesses camina més de 3 hores i mitja a la setmana (211 minuts o més).

D'altra banda, un 59,1% dels metges i un 50,9% de les metgesses han declarat haver fet una activitat física esportiva durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista. Les metgesses fan menys esport que els metges ($p < 0,05$). S'observa que un alt percentatge de metges fan aquest tipus d'activitat més de 3 hores i mitja a la setmana (18,8%), mentre que entre les metgesses, aquest percentatge no arriba al 10%.

A l'Enquesta de Salut de Catalunya no es preguntava sobre el temps dedicat a caminar, així que els seus resultats només es poden comparar amb els d'aquest estudi pel que fa als percentatges de realització d'activitat física esportiva. En la població catalana ocupada, un 68,3% dels homes (48,3% a la classe social I) i un 75,6% de les dones (66,9% a la classe social I) fan esport durant el seu temps de lleure. Els metges fan més esport que els homes de la seva mateixa classe social, i en canvi les metgesses en fan menys (TAULA 4).

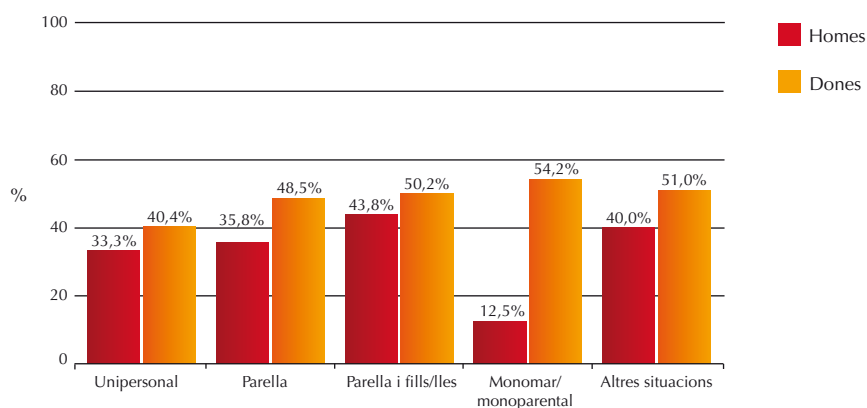
Si es consideren els minuts totals d'activitat física, sumant els minuts dedicats a caminar amb el temps d'activitat física esportiva⁴, no es troben diferències entre dones i homes. Cal destacar l'alt percentatge de metges (68,5%) i metgesses (67,5%) que fan més de 90 minuts setmanals d'activitat física durant el seu temps de lleure (FIGURA 38).

FIGURA 38: Distribució del nombre de minuts setmanals dedicats a l'activitat física en el temps de lleure segons sexe (esport + caminar)



No es troben diferències significatives entre homes i dones segons els 2 grups d'edat estudiats, o segons el centre de treball. En el temps dedicat a caminar tampoc no es troben diferències entre dones i homes segon l'estructura de la llar. En canvi, el percentatge de no realització d'esport en dones que viuen amb la parella i criatures (50,2%) o en llars monomarentals (54,2%) és superior al dels homes en la mateixa situació (43,8% i 12,5%, respectivament) ($p < 0,05$) (FIGURA 39). Resulta interessant observar que, si s'analitzen els minuts totals d'activitat física (suma de caminar i fer esport) no es troben diferències entre dones i homes. Possiblement, això és degut al fet que les dones aprofiten el temps de lleure per caminar o passejar amb les seves criatures.

⁴ En aquest estudi, s'ha considerat com el llinar mínim d'activitat física 90 minuts a la setmana (30 minuts com mínim 3 dies). Després, les xifres de minuts sempre s'agrupen en múltiples de 30 minuts. Així, els que fan més de 210 minuts d'activitat física setmanals, són els que fan més de 30 minuts diaris d'activitat física, situació considerada ideal.

FIGURA 39: No realització d'esport durant el temps de lleure segons l'estructura de convivència a la llar i sexe

En l'anàlisi separada per sexes, no s'observa que l'edat sigui un factor determinant per caminar o fer esport, ni per a dones ni per a homes. No obstant això, quan s'analitzen els minuts totals d'activitat física, es troba que un 16,1% dels homes més joves de 45 anys no realitza cap activitat física, en contrast amb el 8,7% dels de 45 a 55 anys.

L'estructura de la llar no és determinant per a la realització d'activitat física durant el temps de lleure per a cap sexe. Resulta destacable que el centre de treball no es relacioni amb l'activitat física dels homes i sí en el cas de les dones. Un 23,4% de les dones que treballen en serveis mèdics d'hospitals no ha fet cap activitat física els 15 dies anteriors a l'enquesta, fet que contrasta amb només un 6,5% de les que treballen a consulta/clíniques privades.

El consum de tabac

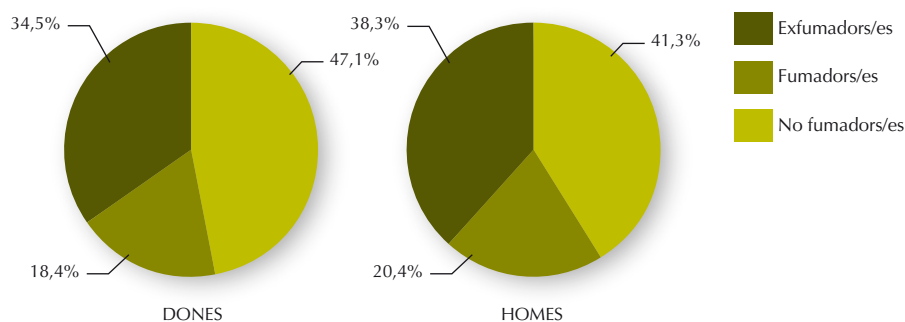
La relació entre el consum de tabac i la mortalitat ha estat un tema llargament estudiat, i s'ha assenyalat el tabaquisme com una important causa de mortalitat prematura. El càncer de pulmó, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i la malaltia coronària són algunes de les malalties associades al tabaquisme (Peto i cols. 1992; Ezzati M i cols 2005). Les cigarretes, i principalment la nicotina que contenen, són substàncies potencialment addictives, i això fa que els intents per deixar de fumar siguin difícils i sovint infructuosos (Schelling 1992). Els efectes adversos del consum de tabac han estat àmpliament divulgats durant les últimes dècades, i actualment són coneguts per la població en general (Breslow 1996). Malgrat tot, la prevalença de fumadors continua essent elevada (Borràs JM i cols 2000). Aquest hàbit s'inicia i es consolida principalment en els primers anys de l'adolescència. Villalbí i Nebot (1996) destaquen que l'elevada proporció d'adolescents fumadors tradueix el fracàs relatiu en la protecció d'aquests enfront de l'addicció al tabac.

En alguns països desenvolupats existeix una tendència decreixent en el consum de tabac. Encara que històricament aquest hàbit va començar i es va estendre entre les classes benestants, aquesta tendència decreixent es deu principalment a la disminució del consum de tabac entre les persones de major nivell educatiu (Pierce 1989).

Waldron (1991) ha estudiat en profunditat els matisos de les diferències en el consum de tabac segons gènere, i va publicar un article fonamental sobre el tema. Segons aquesta autora, en els països occidentals, amb algunes rares excepcions, la major proporció de fumadors sempre s'ha observat entre els homes. A l'inici del segle XX, fumar cigarretes era un hàbit poc estès: la majoria de tabac es consumia fumat en pipes, o en forma de cigars o rapè, i era un costum típicament masculí. El consum de cigarretes es va estendre ràpidament entre els homes, però eren poques les dones que fumaven. Va ser a partir de mitjans dels anys 20 quan aquest hàbit va començar a propagar-se entre les dones joves. Amb el pas del temps, aquestes dones van representar les primeres cohorts de dones grans que fumaven. A partir de finals dels anys 40, el tabaquisme es va consolidar entre les dones, i va començar la disminució de la diferència de prevalença entre els sexes. A partir de la meitat dels anys 60, en molts països ja es va observar que el consum de tabac en els homes havia començat a disminuir, mentre que es constata un augment en el consum de tabac entre les dones, principalment a causa d'una incorporació massiva d'adolescents en l'hàbit tabàquic, de manera que es van escurçar les diferències de prevalença entre els sexes (Rahkonen O, Berg M i Puska P 1995).

No es troben diferències segons el sexe en el consum de tabac: un 20,3% dels metges i un 18,4% de les metgesses són fumadors en l'actualitat. Un 38,2 % dels homes i un 35,5% de les dones són exfumadors (FIGURA 40).

FIGURA 40: Distribució del consum de tabac segons sexe



La mediana d'edat d'inici de consum de tabac va ser als 17 anys en els homes i als 18 anys en les dones. Mentre que els metges afirmen fumar 8 cigarretes diàries (mediana), les metgesses declaren que en fumen 5. Crida l'atenció que el nombre de cigarretes diàries que els exfumadors i les exfumadores reconeixen que fumaven sigui molt més alt (20 cigarretes en el cas dels metges i 19 cigarretes en el cas de les metgesses, respectivament). Aquesta diferència podria ser atribuïble a una major dificultat, pels fumadors i les

fumadores actuals, en reconèixer el nombre real diari de cigarretes que fumen. Per a les persones que han deixat de fumar, en canvi, reconèixer el nombre de cigarretes que fumaven seria menys difícil.

Un 35,1% dels homes fumadors i un 39,2% de les dones fumadores declaren haver intentat deixar de fumar durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista ($p<0,05$).

No es troben diferències entre el tabaquisme de dones i homes segons l'edat o el centre de treball. En canvi, segons l'estructura de convivència de la llar, es troben diferències entre les dones i homes que viuen en llars monomarentals/monoparentals, les dones (29,2%) en aquesta situació fumen més que els homes (0%).

En l'anàlisi separada per sexes, s'observa que, en el cas dels homes, l'edat es relaciona amb el percentatge de fumadors actuals (fumen més els de 45 o més anys). Pel que fa a les dones, l'edat es relaciona amb el percentatge de exfumadores (les més grans de 45 anys han abandonat l'hàbit tabàquic en una proporció més alta).

El percentatge de fumadors entre els homes que viuen sols (41,7%) dobla el percentatge de qualsevol altra categoria de convivència. Els que viuen en parella amb fills/lles són els que fumen menys (18,3%). En canvi per a les dones l'estructura de convivència de la llar no és determinant del tabaquisme. Tant per a dones com per a homes, el centre de treball no es relaciona amb el tabaquisme.

Els metges i metgesses fumen en una proporció molt inferior a la població catalana ocupada. Són fumadors/res un 35,4% dels homes i un 44,5% de les dones de la classe social I a la població ocupada de Catalunya, mentre que fumen un 20,4% dels metges i un 18,4% de les metgesses (TAULA 4).

El consum d'alcohol

L'alcohol és un factor de risc de nombrosos problemes físics i psicosocials, el qual s'incrementa a mesura que augmenta el consum. Un 67,7% de la població catalana entre 15 i 64 anys diu haver consumit alcohol en el transcurs dels últims 30 dies, i un 9,5% és bevedor de risc. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en l'any 2002 els problemes relacionats amb el consum d'alcohol van contribuir a un 4% de la morbiditat total en el món. L'alcohol ocupa el tercer lloc entre els factors de risc per a la salut en els països desenvolupats, mesurat en anys de vida perduts ajustats per discapacitat' (Segura L 2006).

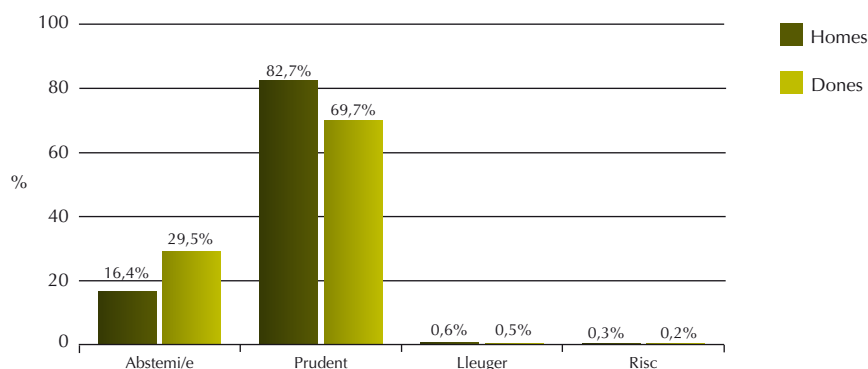
Igual que succeeix en la població general, els metges beuen més que les metgesses ($p<0,05$), tot i que cal destacar la baixíssima proporció de metges i metgesses que fan un ús abusiu d'aquesta substància, ja que només un 0,3% dels homes i un 0,2% de les dones són bevedors de risc (41 grams o més d'alcohol diaris per als homes 31 grams o més per a les dones). La majoria dels enquestats se situa entre els bevedors i bevedores prudents (menys de 30 grams de d'alcohol diaris per als homes i menys de 20 grams per a les dones). Un 16,4% dels homes i un 29,5% de les dones són abstemis (FIGURA 41). A la població ocupada de Catalunya, el percentatge de consum de risc d'alcohol és molt més alt, tant en el cas dels homes (10,2% i 8,8% en la classe social I), com en el de les dones (3,4% i 0,8% a la classe social I) (TAULA 4).

No es troben diferències de consum d'alcohol entre metgesses i metges de 45 a 55 anys. En canvi, entre els més joves es troba el doble de dones abstèmies (40%) que d'homes abstemis (20%). No es troben diferències entre dones i homes segons l'estructura de la llar. En realitzar l'anàlisi segons el centre de treball, s'observa que en els serveis mèdics d'hospital hi ha un major percentatge de dones abstèmies (29,5%) que d'homes abstemis (14,3%).

En l'anàlisi separat per sexes, l'edat no és un determinant pel consum d'alcohol en els metges, però sí que ho és per a les metgesses. Un 64% de les dones de 30 a 44 anys són abstèmies, xifra que es redueix a un 36,1% entre les dones de 45 a 55 anys.

No es troba relació entre el consum d'alcohol i l'estructura familiar o el centre de treball, ni en el cas de les dones ni en el dels homes.

FIGURA 4I: Distribució del consum d'alcohol segons sexe



Les hores de son

Tot i que les necessitats bàsiques de son no estan completament clares, diversos estudis han suggerit que les persones que dormen menys de 6 hores o més de 9 hores per nit tenen pitjors indicadors de salut que les que dormen 7-8 hores.

Alguns estudis assenyalen que la privació de son disminueix la productivitat, l'atenció i la capacitat de recordar o d'aprendre. La manca de son pot tenir també un impacte negatiu en la salut com, per exemple, una major probabilitat d'obesitat i l'augment del risc de patir malalties cròniques com la diabetis o les cardiopaties. La manca de son també té un impacte negatiu en la salut mental: en les persones que dormen menys de 6 hores per nit, s'aprecia un augment del risc de depressió, d'ansietat i irritabilitat, i d'abús de substàncies (Weinger MB i Ancoli -Israel SA).

Així mateix, la falta de son pot comprometre la seguretat de la persona o del seu entorn, per exemple, pel fet que augmenta el risc d'accidents laborals o de trànsit.

Per a l'anàlisi que ens ocupa, s'ha agrupat el nombre d'hores diàries de son en "6 hores o menys", "7-8 hores", i "9 o més hores". La condició que es considera més desfavorable per a la salut és la de dormir 6 o menys hores diàries.

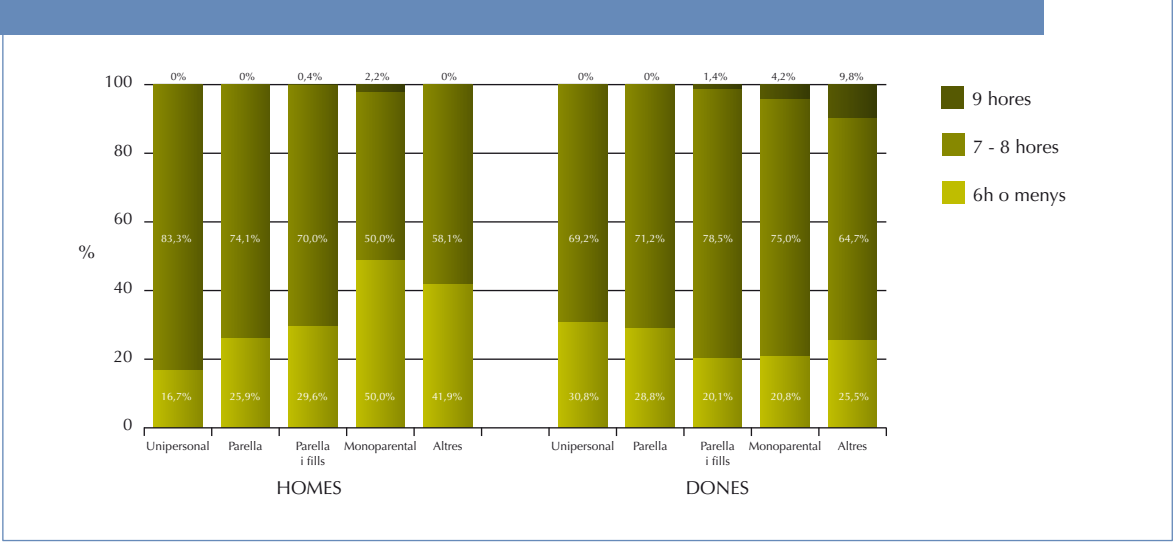
En general, els metges dormen menys hores que les metgesses. Mentre que gairebé la tercera part dels homes (29,8%) dorm 6 hores o menys, aquest percentatge és del 23,6% entre les dones. No obstant això, la majoria de metges (70%) i metgesses (74,2%), dorm entre 7 i 8 hores diàries.

La relació entre el sexe, les hores de son i l'edat està en el límit de la significació estadística per als més joves de 45 anys. Així, mentre que un 32,2% dels homes d'aquest grup d'edat dorm 6 hores o menys, aquest percentatge es redueix al 22,8% de les dones en el mateix grup d'edat ($p=0,046$).

No es troben diferències entre dones i homes en les hores de son segons el centre de treball. En canvi, és interessant observar que les dones que viuen soles dormen menys hores que els homes en aquesta mateixa situació ($p<0,05$). Això contrasta amb el fet que els homes que viuen amb parella i fills/lles dormen menys que les dones en aquesta mateixa situació ($p<0,01$). Crida l'atenció que un 50% dels homes en llar monoparentals dormin 6 hores o menys, però l'escàs nombre d'homes en aquesta situació que recull la mostra ($n=8$) no permet realitzar contrastos estadístics (**FIGURA 42**).

L'edat i el centre de treball no són determinants del nombre d'hores de son, ni per als homes ni per a les dones. L'estructura de la llar tampoc no és determinant del nombre d'hores diàries de son per als homes, i en canvi per a les dones sí que ho és. Així, les dones que viuen soles (30,8%) i les que viuen en parella (28,8%) són les que presenten la major proporció de 6 o menys hores de son diàries. Pel que fa a les que viuen amb parella i fills/lles o en llars monomarentals, aquest percentatge és d'un 20% (Figura 42). Aquest fet coincideix amb l'alt percentatge de dones que viuen soles o amb la parella i que treballen més de 60 hores a la setmana. En ajustar models de regressió logística per edat, centre i estructura de la llar, separats per sexe, no es troba un major risc de dormir 6 o menys hores per a les dones ni per als homes.

FIGURA 42: Distribució de les hores de son segons l'estructura de la llar i sexe



Per als homes no s'ha trobat relació entre presentar problemes per dormir i les hores de son. En canvi, les dones que tenen aquests problemes moltes vegades o sempre, presenten un percentatge més alt en la categoria de 6 o menys hores de son (un 62,5%, en contrast amb un 32,6% entre els homes). Entre les dones que no tenen mai problemes per dormir, aquest percentatge és d'un 19,8%. Aquesta relació continua essent significativa quan s'ajusta per l'edat.

Si analitzem les hores de son com una variable contínua, la mitjana diària d'hores de son és 6,8 (D.E.=0,7) per als homes i 7,0 (D.E.=0,8) per a les dones.

El percentatge de persones que dormen 6 hores o menys a la població catalana ocupada és més baix que el dels metges i metgesses (TAULA 4).

TAULA 4: Comparació amb població ocupada i classe social I de conductes o estils de vida relacionats amb la salut

	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Esport en el temps de lleure	59,1	50,9	68,3	75,6	48,3	66,9
Consum de tabac	20,4	18,4	43,8	33,7	35,4	44,5
Bevedors/res de risc	0,3	0,2	10,2	3,4	8,8	0,8
6 o menys hores de son	29,8	23,6	22,9	22,7	23,9	17,4

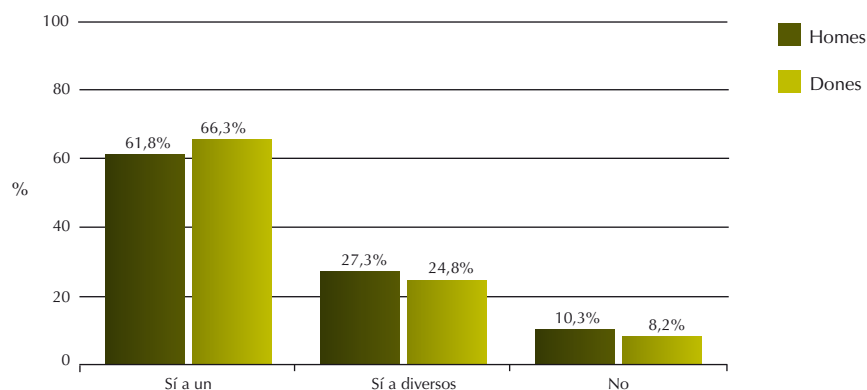
5.6. L'ús de serveis sanitaris i medicaments i les pràctiques preventives

La importància de l'obtenció i anàlisi de dades sobre la utilització dels serveis sanitaris és àmpliament reconeguda, i entre les seves aplicacions es destaca principalment la planificació sanitària i l'avaluació de recursos. Roberts i cols (1996) fan un resum d'aquestes aplicacions: *'Les dades respecte a la utilització dels serveis sanitaris són importants per al coneixement de l'epidemiologia de l'impacte de les malalties, de les associacions entre els comportaments relacionats amb les cures de salut, dels costos de condicions mèdiques específiques i generals així com també per a la planificació i gestió sanitària.'* La utilització dels serveis sanitaris depèn de diversos factors. Aquests poden estar lligats tant als usuaris/pacients (cas de l'edat, el sexe, la promptitud i el reconeixement dels símptomes i de la necessitat de buscar atenció), com a factors relacionats amb els serveis de salut, com és el cas del tipus de servei, la seva disponibilitat i la confiança que s'hi pot dipositar. Tampoc no es pot perdre de vista la qualitat dels serveis disponibles i el tracte humà que s'hi dispensa. Segons Meininger (1986), les percepcions subjectives dels símptomes i la interpretació de la possibilitat que l'atenció sanitària podria resoldre'ls o minimitzar-los estan relacionats positivament amb la utilització de serveis sanitaris. Una de les conseqüències de la presència de malalties cròniques és la utilització de les consultes mèdiques i d'altres serveis de salut (Verbrugge i Patrick 1995). Així mateix, una percepció de la salut regular o dolenta condiciona una major utilització de serveis sanitaris, principalment de les visites en atenció primària, tant a metges generals com a especialistes (Fernández de la Hoz i Leon 1996). Bucquet i Curtis (1986) van relacionar els nivells de discapacitat o dependència com determinants en la cerca de cures o tractaments mèdics.

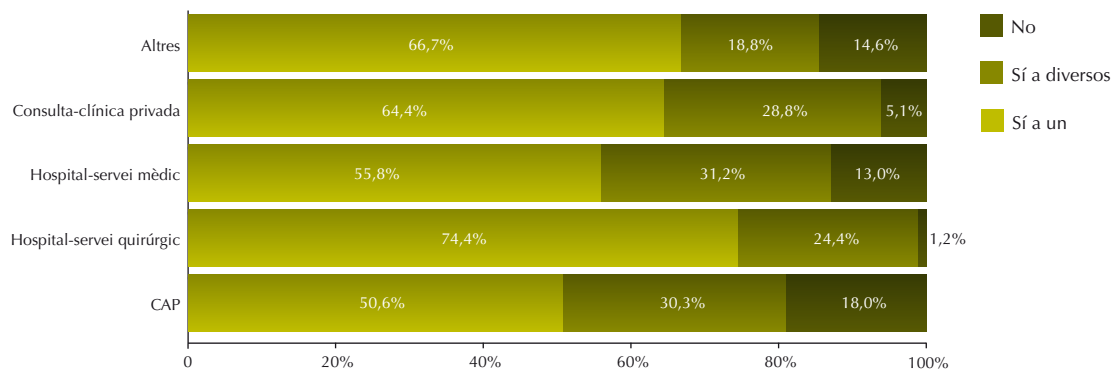
Des de diferents perspectives d'anàlisi, diversos estudis afirmen que les dones, en comparació dels homes, utilitzen més i en major proporció els serveis sanitaris (Macintyre 1993, Sweeting 1994). Alguns d'aquests estudis intenten mostrar el perquè de les diferències, i d'altres assenyalen la falta d'homogeneïtat en la utilització de serveis per homes i dones segons els tipus de serveis, els grups d'edat i les classes socials. En conclusió, de manera general s'afirma que les dones utilitzen més els serveis sanitaris, tot i que, quan s'analitzen separatament alguns tipus de serveis, classes socials i grups d'edat, es pot canviar aquesta tendència.

Comportament davant d'un problema de salut

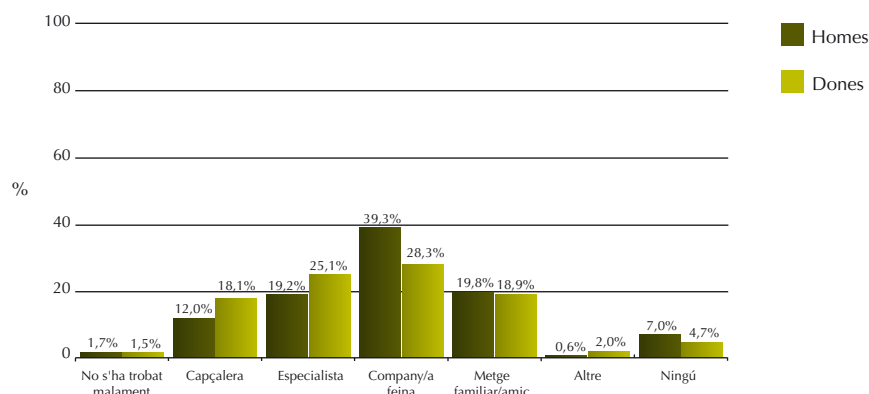
La majoria dels metges i metgesses demanen consell als seus col·legues quan tenen un problema de salut: només un 10,3% dels homes i un 8,2 % de les dones no ho fan (FIGURA 43). No es troben diferències entre dones i homes segons l'edat, l'estructura de la llar ni el centre de treball.

FIGURA 43: Distribució de les respostes a la pregunta: - Quan té un problema de salut que considera important, acostuma a demanar consell a un o a diversos col·legues?- segons sexe

L'edat i l'estructura de convivència de la llar no són determinants d'aquest comportament per a homes ni per a dones, i en canvi el centre de treball sí que ho és per als homes. Els metges que treballen a CAPs són els que presenten el percentatge més alt en la categoria 'no demanen consell a col·legues' (un 18%!) (FIGURA 44).

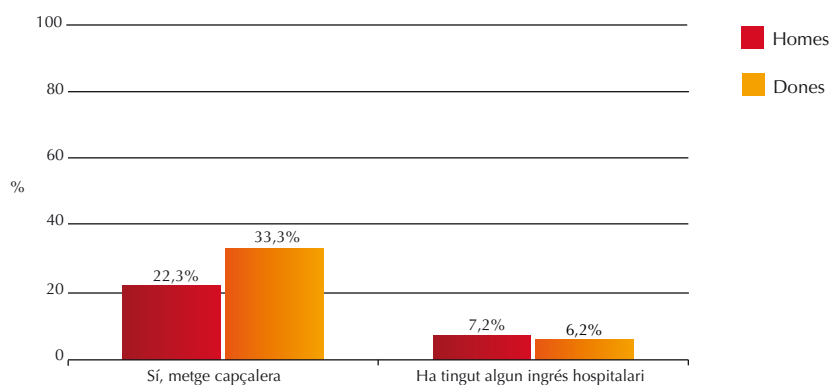
FIGURA 44: Distribució segons la resposta a la pregunta: - Quan té un problema de salut demana consell a col·legues?- segons centre de treball (homes)

Quan les persones enquestades es troben malament demanen ajuda sobretot a un company de feina, o a un amic o amiga. Es troben diferències entre les accions empreses per dones i per homes: mentre un 7% dels homes no ha demanat ajuda, aquest percentatge és d'un 4,7% entre les dones. Gairebé un 40% dels metges demana ajuda a un company de feina, mentre que aquest percentatge es redueix a un 28% en el cas de les metgesses. Les metgesses, en canvi, busquen més ajuda dels seus metges o metgesses de capçalera (18%) i especialistes (25%) (FIGURA 45).

FIGURA 45: Distribució de les respostes a la pregunta: - L'últim cop que s'ha trobat malament a ha qui recorregut?- segons sexe

Tenir metge/ssa de capçalera i història clínica oberta

Un 22,3% dels homes i un 33,3% de les dones tenen un metge/metgessa de capçalera que poden consultar habitualment quan tenen un problema de salut (FIGURA 46). La majoria de persones que tenen metge/metgessa de capçalera tenen una història clínica oberta, però cal destacar que entre els metges, el percentatge d'aquells que no tenen història clínica és del 20%, xifra substancialment superior al de les metgesses (9%) ($p < 0,05$). No es troben diferències entre dones i homes segons l'estructura de convivència de la llar, ni segons el lloc de treball. En l'anàlisi separada per sexe, cap d'aquestes variables tampoc no ha estat determinant per tenir metge de capçalera i història clínica oberta.

FIGURA 46: Prevalències de tenir metge/metgessa de capçalera i haver estat ingressat a l'hospital l'últim any segons sexe (excepte per parts)

Habitualment aquest metge de capçalera és de la sanitat pública (és el cas d'un 76,2% pels homes, i d'un 83% per les dones que tenen metge/metgessa). No s'observen diferències en l'adscripció d'aquest professional entre dones i homes segons cap de les variables estudiades: edat, estructura de convivència de la llar i centre de treball. L'edat, l'estructura de convivència de la llar i el centre de treball no són determinants de l'adscripció del/la metge/ssa de capçalera pels homes. Pel que fa a les dones, entre les tres variables d'interès, l'únic determinant és el centre de treball: s'observa que les que treballen a consultes/clíniques privades es visiten menys a la sanitat pública (52,4%), fet que contrasta amb un rang d'utilització de la sanitat pública que va d'un 84 al 100% en els altres llocs de treball.

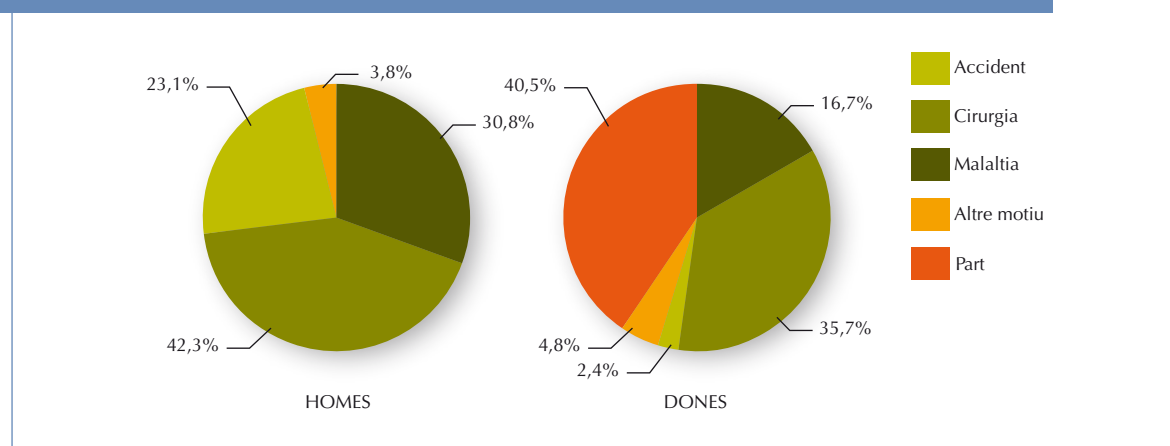
Ingressos i adscripció de l'hospital d'ingrés

Si exclouem els ingressos per part, un 7,2% dels homes i un 6,2% de les dones han estat ingressats a un hospital durant l'any anterior a l'entrevista (**FIGURA 46**). Només es troben diferències entre dones i homes segons l'estructura de convivència de la llar: els homes que viuen sols ingressen més que les dones en la mateixa situació (un 12,5% en el cas dels homes, i cap ingrés en el cas de les dones). En l'anàlisi separada per sexes, l'única relació significativa que s'observa és entre els ingressos hospitalaris (exceptuant els deguts a un part) i l'edat de les dones: les majors de 45 anys ingressen més que les de 30 a 44 anys (un 8,6%, enfront un 3,9%).

També a l'ESCA 2002 s'observa que, exclouent els ingressos per part, durant l'any anterior a l'enquesta un 7,4% dels homes ocupats de la població catalana d'aquest grup d'edat (9,4% a la classe social I) i un 6,7% de les dones (6,3% a la classe social I) han tingut algun ingrés hospitalari. Aquestes dades indiquen que els homes ocupats de la classe I de la població catalana tenen un percentatge més alt d'ingressos hospitalaris que els metges. En canvi, el percentatge d'ingressos de les metgesses és igual que el de les dones ocupades de Catalunya de la classe social I.

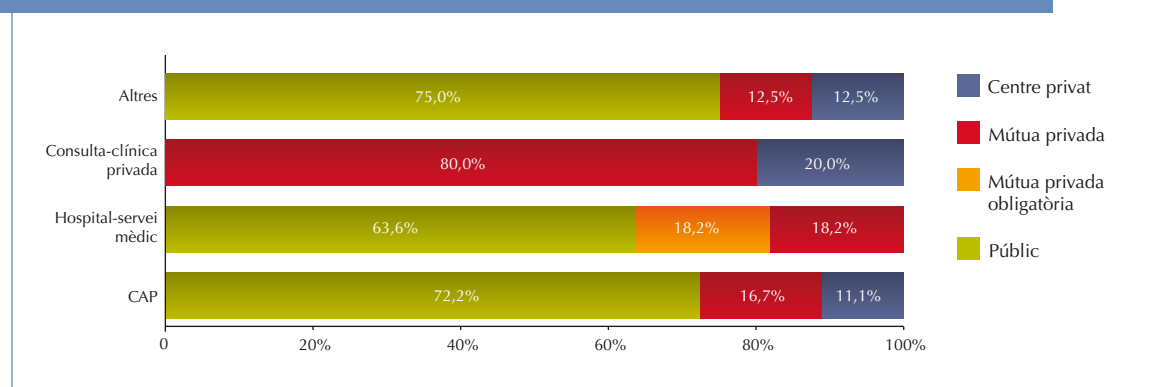
Si s'analitzen els motius d'ingrés (incloent el part) s'observa que el principal motiu d'ingrés per als homes són les cirurgies (42,3%), i per a les dones, el part (40%). Crida l'atenció l'alt percentatge d'ingressos per accidents en els homes (**FIGURA 47**).

FIGURA 47: Distribució del motiu d'ingrés segons sexe (% sobre ingressats)



La majoria han ingressat en centres sanitaris públics (65,4% dels homes ingressats i 61,9% de les dones ingressades). No es troben diferències entre dones i homes en l'adscripció de l'hospital segons edat, estructura de convivència de la llar i centre de treball. El centre de treball només és un determinant per a l'adscripció de l'hospital d'ingrés en les dones. S'observa que cap de les dones que treballen en consultes/clíniques privades, ha ingressat a un hospital públic: la majoria ha anat a un hospital d'una mútua, o a un centre privat (FIGURA 48).

FIGURA 48: Distribució segons l'adscripció del centre de l'últim ingrés (Dones)



Consum de fàrmacs

Els fàrmacs més consumits, tant per dones com per homes, són els antiinflamatoris i els analgèsics, tot i que les dones els consumeixen en un percentatge més alt. També el consum de vitamines i minerals és superior entre les metgesses, i en canvi els medicaments per al colesterol són més consumits pels metges. En els altres fàrmacs estudiats, però, no es troben diferències entre dones i homes. Cal destacar l'alta proporció de fàrmacs que les persones enquestades es prenen per iniciativa pròpia, fet que contrasta amb la baixa proporció

d'autoprescripció en la població general (TAULA 5). Cal dir, fins i tot, que el consum de tranquil·litzants i hipnòtics per iniciativa pròpia arriba, respectivament al 5% i el 4,5% entre els metges, i al 9% i el 5% entre les metgesses. Cal dir també, però, que el consum d'antidepressius es realitza en un percentatge més alt per prescripció d'un altre metge o metgessa que per iniciativa pròpia (FIGURA 49 i FIGURA 50).

FIGURA 49: Prevalences de consum de fàrmacs en les últimes dues setmanes (homes)

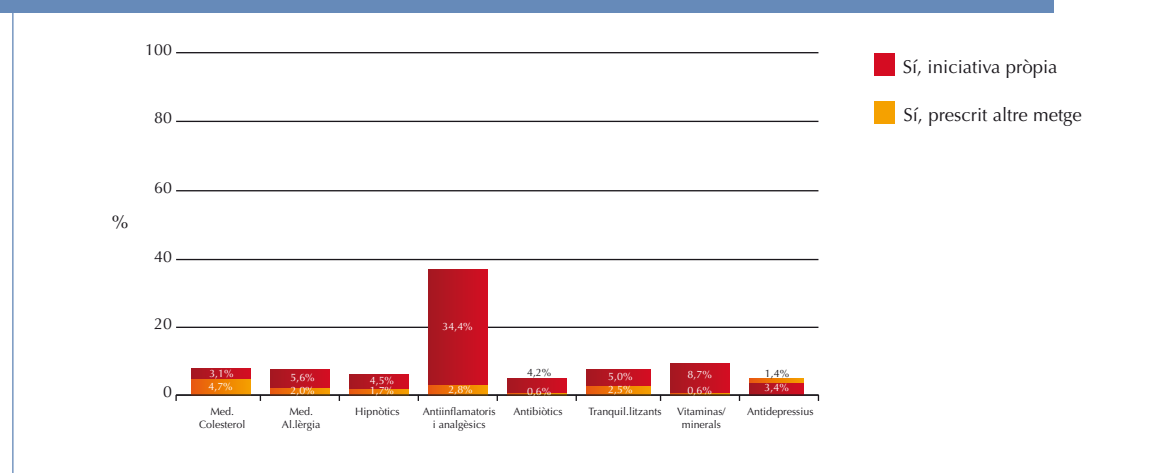
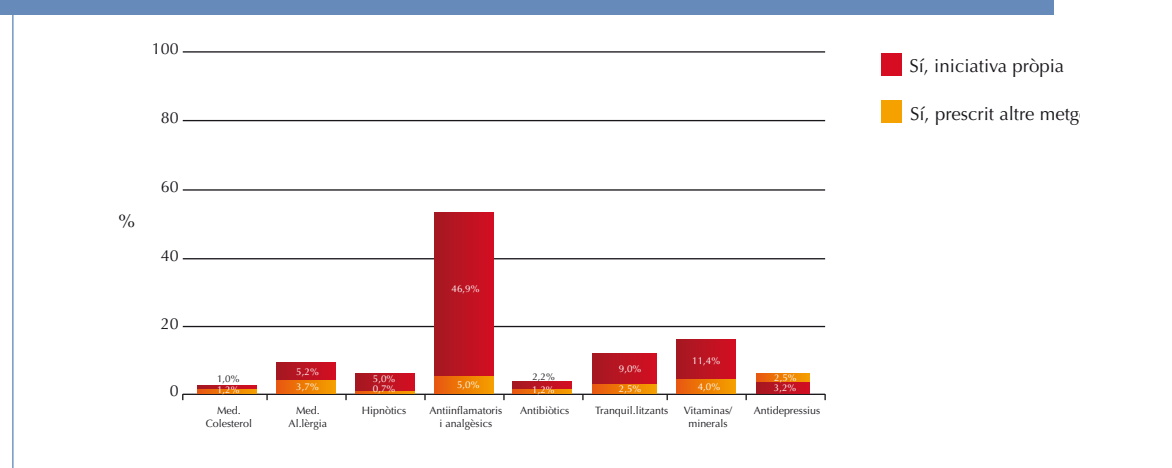
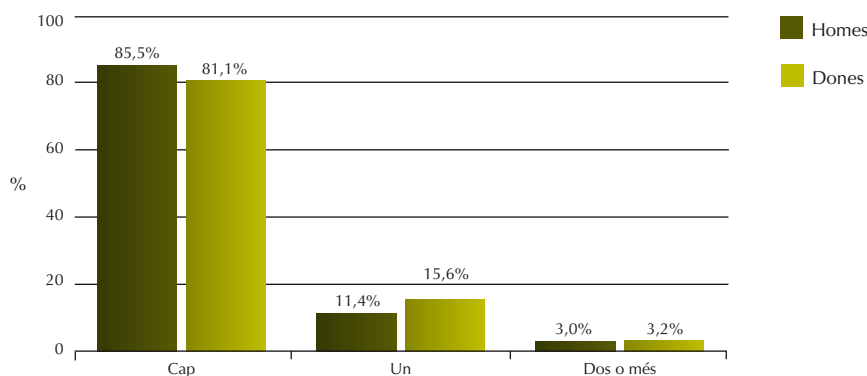


FIGURA 50: Prevalences de consum de fàrmacs en les últimes dues setmanes (dones)

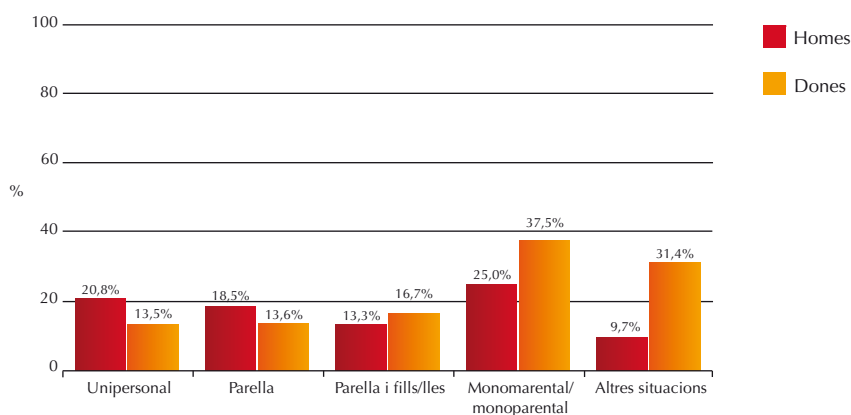


Un 16,8 % de persones enquestades (el 14,9 % dels metges i el 18,9 % de les metgesses) ha contestat que havia pres psicofàrmacs (hipnòtics, tranquil·litzants i antidepressius) durant les dues setmanes anteriors a l'enquesta. La majoria havia pres només un fàrmac, però un 3% dels homes i un 3,2% de les dones havia utilitzat dos o més fàrmacs d'aquesta categoria. Les diferències entre homes i dones no són estadísticament significatives (FIGURA 51).

FIGURA 51: Distribució del consum de psicofàrmacs segons sexe

Entre els més joves (de 30 a 44 anys), no es troben diferències entre dones i homes en el consum de psicofàrmacs. Les dones de 45 a 50 anys, en canvi, consumeixen psicofàrmacs en major proporció que els homes d'aquestes edats: el 24,4% de les dones enfront del 15,7% dels homes. No es troben diferències en el consum de psicofàrmacs entre dones i homes segons l'estructura de convivència de la llar ni el centre de treball.

En analitzar els determinants de consum de psicofàrmacs, separant els sexes, s'observa que l'edat només és significativa per a les dones: les de 45-55 anys en consumeixen quasi el doble que les de 30 a 45 anys (un 24,4% enfront d'un 13%). Per als homes, l'estructura de convivència de la llar no és determinant per al consum de psicofàrmacs, i en canvi s'observa que les dones que viuen en famílies monomarentals són les que més psicofàrmacs consumeixen (un 37,5% enfront d'un 13,5% de les que viuen soles) (**FIGURA 52**). El centre de treball no és determinant per a la utilització de psicofàrmacs, ni en el cas de les dones, ni en el dels homes.

FIGURA 52: Utilització de psicofàrmacs segons l'estructura de convivència a la llar i sexe

Cal distingir entre el consum de hipnòtics i tranquil·litzants, i el consum d'antidepressius. Un 4,5% dels metges i un 5% de les metgesses han consumit hipnòtics en els 15 dies anteriors a l'enquesta, el percentatge de consum de tranquil·litzants és d'un 7,5% pels metges i un 11,4 per les metgesses i pel que fa als antidepressius, aquest percentatge és d'un 4,7% pels metges i un 5,7% per les metgesses.

També s'ha analitzat el nombre de medicaments consumits per iniciativa pròpia. S'observa un alt percentatge de metges (84,4%) i metgesses (88,3%) que es medica per iniciativa pròpia. Cal però recordar que els principals responsables d'aquests resultats són els antiinflamatoris i analgèsics, i les vitamines i minerals. No es troben diferències entre dones i homes en l'automedicació segons l'edat, ni segons el centre de treball. En canvi, s'observa que existeixen diferències significatives entre dones i homes segons l'estructura de convivència de la llar. Així, les dones que viuen amb parella i fills es mediquen més que els homes en aquesta mateixa situació (un 90,4% de les dones i un 83,3% dels homes en aquesta situació, respectivament). Resulta interessant observar que, quan es tracta de medicació prescrita, no existeixen diferències entre homes i dones de 45 a 55 anys, però sí entre els de 30 a 44 anys. També en aquest cas, les dones reben més medicació prescrita.

En l'anàlisi separada per sexes es troba que cap de les variables d'interès (edat, estructura de la llar i centre de treball) és determinant per als homes ni per a les dones, tant en l'automedicació com també en el consum de medicació prescrita.

TAULA 5: Comparació del consum de medicaments (prescrits o iniciativa pròpia) amb població ocupada i classe social I

	Personal mèdic				Població ocupada Catalunya				Població ocupada de classe social I Catalunya			
	Homes Prescrit	Homes Iniciativa pròpia	Dones Prescrit	Dones Iniciativa pròpia	Homes Prescrit	Homes Iniciativa pròpia	Dones Prescrit	Dones Iniciativa pròpia	Homes Prescrit	Homes Iniciativa pròpia	Dones Prescrit	Dones Iniciativa pròpia
Med. Colesterol	4,7	3,1	1,2	1,0	1,7	0	1,9	0,3	3,5	0	1,8	0
Med. Al·lèrgies	2,0	5,6	3,7	5,2	2,1	0,3	2,1	0,3	3,2	1,1	3,2	1,1
Hipnòtics	1,7	4,5	5,2	3,7	1,6	0,1	2,6	0,4	2,4	0	2,4	0
Antiinflamatoris i analgèsics	2,8	34,4	5,0	46,9	6,7	16,1	9,2	21,0	7,4	18,4	7,5	18,5
Antibiòtics	0,6	4,2	1,2	2,2	2,1	0,4	1,8	0,6	3,5	0	3,1	0
Tranquil·litzants	2,5	5,0	2,5	9,0	3,3	0,1	5,2	1,0	3,3	0	3,1	0
Vitamines/minerals	0,6	8,7	4,0	11,4	1,5	2,3	3,8	4,5	3,5	3,1	2,3	3,1
Antidepressius	3,4	1,4	3,2	2,5	2,3	0,2	5,4	0,8	3,1	1,5	2,0	0

Les pràctiques preventives: vacuna de la grip, revisió periòdica de la tensió arterial i del colesterol

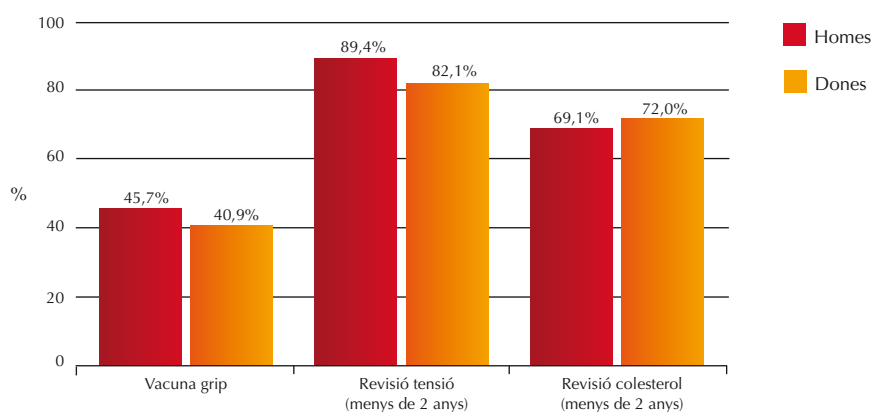
Els principals grups de persones que han de vacunar-se anualment (a la tardor) amb la vacuna antigripal són: el personal sanitari, els majors de 65 anys, els pacients amb malalties cròniques respiratòries o cardiovasculars, i els immunodeprimits (CDC 2004).

La importància de la hipertensió arterial com a problema de salut pública radica en el seu rol causal en la morbidimortalidad cardiovascular. És un dels quatre factors de risc modificables en les malalties cardiovasculars, juntament amb les dislipèmies, la diabetis i el tabaquisme. S'estima que un alt percentatge de la població hipertensa no coneix la seva condició, i per tant no es controla la malaltia. El PAPPS (Programa Prevención y Promoción de la Salud de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària) fa les següents recomanacions per al control periòdic de la tensió: *'Es recomana mesurar la pressió arterial: almenys una vegada fins als 14 anys d'edat; cada 4 o 5 anys des dels 14 fins als 40 anys d'edat, i cada 2 anys a partir dels 40 anys sense límit superior d'edat'* (Villar AF i cols 2003).

A les persones asimptomàtiques de baix risc, se'ls recomana fer-se una determinació de colesterol total sèric almenys una vegada, en els homes abans dels 35 anys d'edat, i en les dones abans dels 45 anys. Després aquesta determinació s'hauria de realitzar amb una periodicitat de cinc o sis anys, fins als 75 anys d'edat. A les persones majors de 75 anys que mai no s'hagin mesurat el colesterol sèric se'ls recomana determinar-se'l una vegada com a mínim (Villar AF i cols 2000).

Un 45,7% dels metges i un 40,9% de les metgesses declaren que es posen la vacuna de la grip cada tardor. A la població catalana ocupada aquest percentatge és molt més baix (TAULA 6).

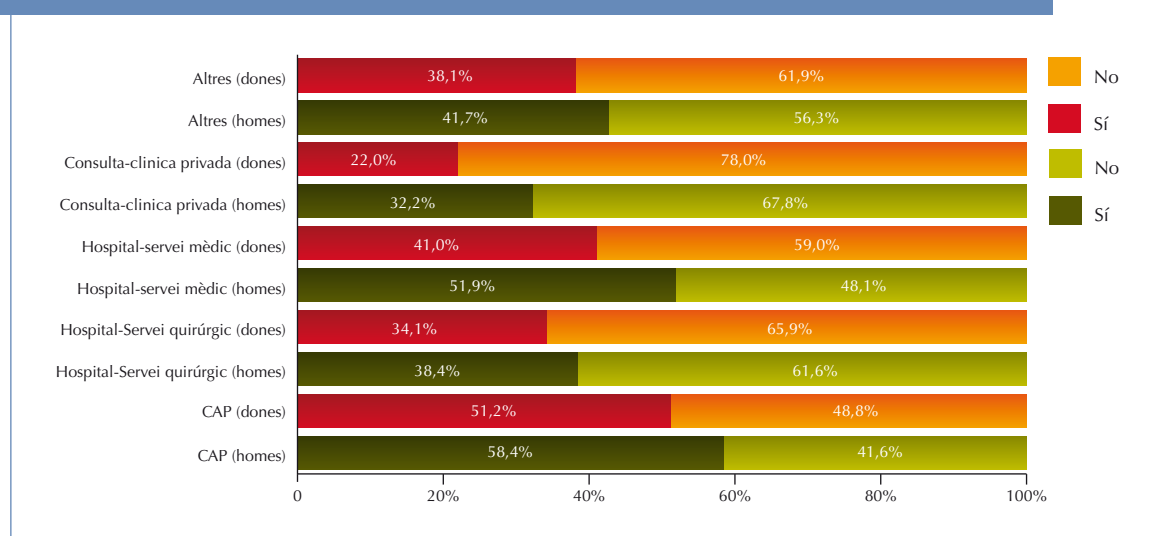
FIGURA 53: Prevalences de la vacunació de la grip cada tardor i control periòdic (menys de 2 anys) de la tensió arterial i del nivell de colesterol en sang



No es troben diferències entre dones i homes en la vacunació de la grip cada tardor per a cap de les variables d'interès (grup d'edat, estructura de convivència de la llar i centre de treball).

En l'anàlisi separada per sexes, s'observa que només el lloc de treball és determinant, per a homes i dones, en la vacunació de la grip cada tardor: els que treballen als CAPs són els que ho han fet en una major proporció (FIGURA 54).

FIGURA 54: Distribució de la vacunació de la grip cada tardor segons centre de treball i sexe

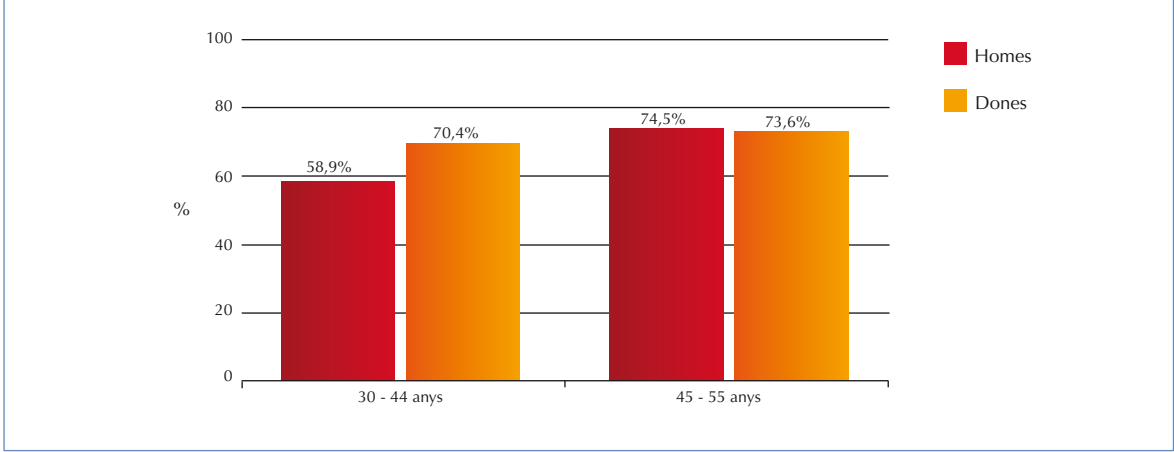


Resulta interessant observar que un 42,% dels homes i un 32,3% de les dones declaren que es controlen la tensió arterial de manera periòdica, malgrat que un 89,4 % dels homes i un 82% de les dones ho han fet fa menys de 2 anys ($p < 0,05$) (FIGURA 53). No es troben diferències entre dones i homes segons l'edat. Els homes amb parella i fills es controlen la tensió periòdicament en una proporció més alta (89,6%) que les dones en la mateixa situació de convivència (78,5%). Així mateix, els homes que treballen als serveis quirúrgics d'hospitals es controlen (90,7%) més que les dones (75,6%) en la mateixa situació. En l'anàlisi separada per sexes, s'observa que cap de les variables d'interès són determinants per al control de la tensió arterial, ni en el cas dels homes ni en el de les dones. La població catalana ocupada de la classe social I es controla la tensió arterial en menor mesura que els metges i metgesses (un 81,3% dels homes i un 74,8% de les dones es controlen periòdicament la tensió arterial) (TAULA 6).

No es troben diferències entre dones i homes en el control periòdic del colesterol: un 58,5% dels homes i un 57,1% de les dones enquestades declaren que es revisen els nivells de colesterol en sang, malgrat que un 72% dels homes i un 69% de les dones declaren haver-se'l mirat els darrers 2 anys (FIGURA 53).

S'observa que en el grup d'edat de 30 a 44 anys les dones es controlen el colesterol periòdicament en un percentatge més alt que els homes (FIGURA 55).

FIGURA 55: Control periòdic del colesterol (menys de 2 anys) segons edat i sexe



En l'anàlisi separada per sexes s'observa que l'edat és determinant per al control periòdic del colesterol en els homes, però no ho és en les dones. Així, un 74,5% dels metges de 45 a 55 anys es controlen periòdicament el colesterol, mentre que aquest percentatge entre els de 30 a 44 anys baixa a 58,9%. L'estructura de convivència de la llar o el centre de treball no són determinants del control periòdic del colesterol, ni en el cas dels homes ni en el de les dones.

A la **TAULA 6** es pot observar que no es troben diferències amb la població catalana ocupada de la classe social I (un 70,3% dels homes i un 71,3% de les dones es controlen periòdicament el colesterol).

TAULA 6: Comparació de les pràctiques preventives amb població ocupada i classe social I

	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Vacuna de la grip	45,7	40,9	9,1	6,4	7,4	6,2
Control periòdic de la tensió	89,4	82,1	74,0	78,1	81,3	74,8
Control periòdic del colesterol	69,1	72,0	67,8	70,3	70,3	71,3

5.7. La salut reproductiva de les metgesses

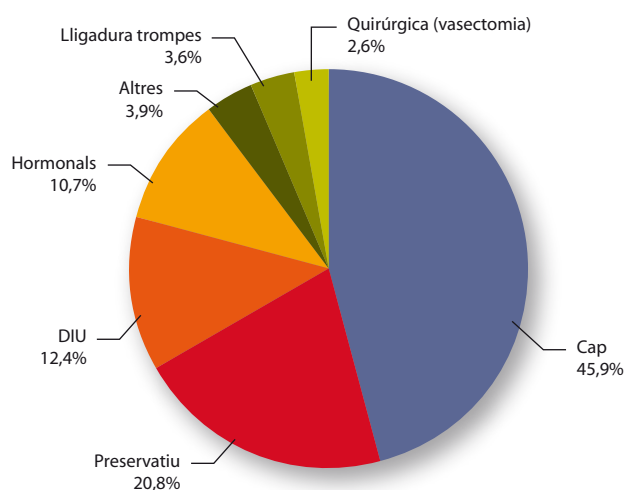
Les pràctiques preventives

Un 23,6% de les metgesses enquestades afirma que no va de manera regular a una visita ginecològica per fer-se una citologia. Aquesta proporció puja entre les dones que no han estat mai embarassades (35%) i entre les que tenen la menopausa natural (33%). Entre les dones catalanes ocupades, del mateix grup d'edat i de la classe social I, només el 13,9% no es fa una citologia periòdicament (TAULA 7).

Més de la meitat (56,8%) de les dones es fa una mamografia a intervals regulars, o de manera periòdica. Entre les més grans de 50 anys ho fa un 88% i entre les més joves, tot i que en aquesta edat la mamografia per cribatge de càncer no està indicada, ho fa un 48%. No es troben diferències significatives segons el centre de treball. Cal observar que en les dones catalanes majors de 50 anys de la classe social I, s'observa un percentatge més alt de realització de mamografies periòdiques: un 100% de les enquestades ha declarat a l'ESCA 2002 que es fa periòdicament aquesta prova (TAULA 7).

El 46% de les dones que declaren que tenen la menstruació no utilitzen cap mètode anticonceptiu. El més freqüent és el preservatiu (21%), seguit pel DIU (12%) (Figura 56).

FIGURA 56: Distribució segons el mètode anticonceptiu utilitzat de manera regular entre les dones que tenen la menstruació



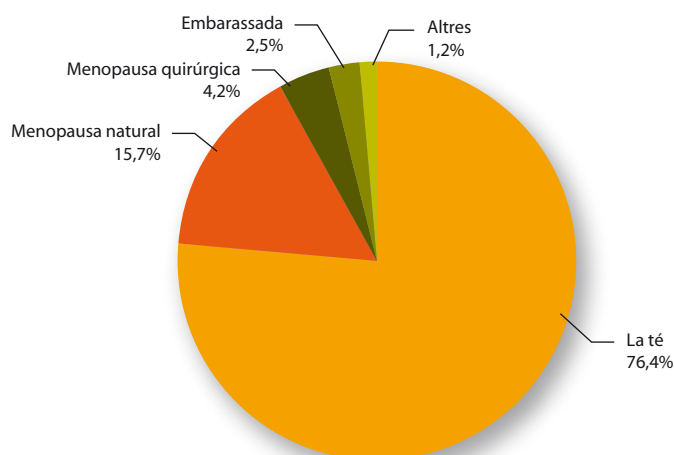
TAULA 7: Comparació de les pràctiques preventives amb població ocupada i classe social I

	Metgesses	Població ocupada Catalunya	Població ocupada de classe social I Catalunya
Citologies periòdiques	76,0	76,7	86,1
Mamografies periòdiques (majors de 50 anys)	88,0	76,3	100,0

La situació de la menstruació i els símptomes premenstruals

Un 15,7% de les metgesses enquestades està en situació de menopausa natural i un 4,2% quirúrgica. Un 2,5% estan embarassades (FIGURA 57). Un 33% de les dones que està en situació de menopausa utilitza algun tipus de teràpia hormonal substitutiva. La utilització de la teràpia hormonal és molt més elevada que la de la població de dones de la mateixa edat, que no supera un 10%, encara que no existeixen estadístiques fiables de població.

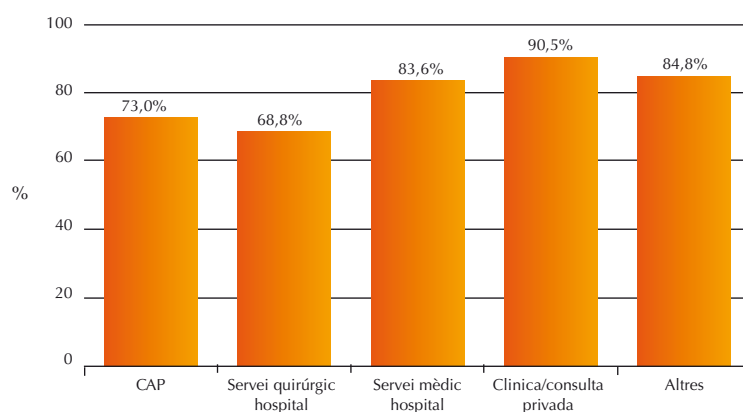
FIGURA 57: Distribució segons la situació en relació amb la menstruació



La majoria de les enquestades (76,6%) té la menstruació en períodes que van de 25 a 32 dies; un 6,3% té períodes totalment irregulars, tot i que cal remarcar que la majoria d'aquestes té més de 44 anys (79%). Al 63,4% de les enquestades, la menstruació els dura de 3 a 5 dies; al 13%, 3 dies o menys, i a la resta més de 5 dies. Cal destacar que un 20,7% de metgesses de 30 a 44 anys presenta metrorràgies, un 21,3% presenta la menstruació amb coàguls i un 13,3% afirma que en els últims sis mesos li sembla que la seva menstruació és més abundant, fets que són compatibles amb l'efecte de l'estrès en els trastorns menstruals.

Un 79% de les dones que té la menstruació té símptomes premenstruals, i no es troben relacions amb l'edat ni amb l'estructura de la llar. En canvi, la relació amb el lloc de treball es troba al límit de la significació estadística ($p=0,046$). Les dones que treballen a consultes/clíniques privades són les que més declaren tenir símptomes premenstruals (90,5%), i en canvi, les que treballen en serveis quirúrgics d'hospitals són les que declaren tenir símptomes premenstruals en menor proporció (68,8%) (FIGURA 58).

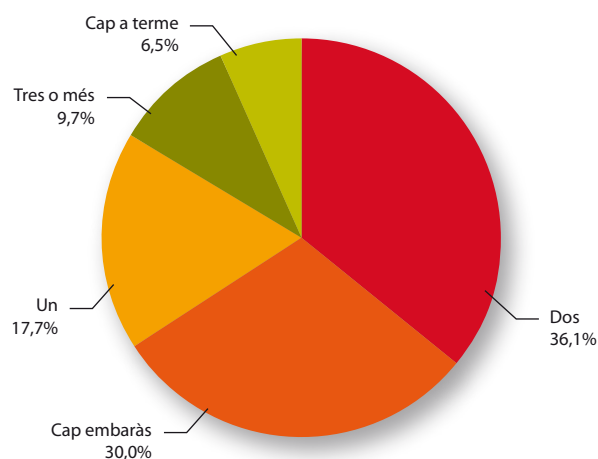
FIGURA 58: Prevalença de símptomes premenstruals en dones que tenen la menstruació segons centre de treball



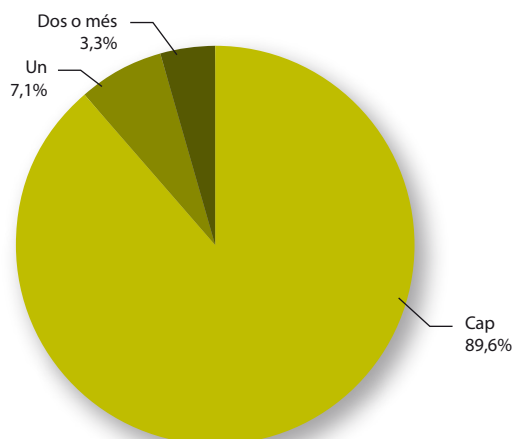
La majoria de metgesses enquestades considera que només elles s'adonen dels símptomes premenstruals (73,7%), però el 26,3% considera que també ho nota el seu entorn. Aquestes xifres són molt més elevades que a la població general, de la qual podem tenir referències genèriques per estudis de la població anglosaxona (Di Giulio G, Reissing ED), ja que no tenim referències de síndrome premenstrual a la població espanyola. El síndrome premenstrual, considerat de moderat a greu en un 26,3 % de les enquestades, pot interferir en la capacitat de concentració i en el rendiment laboral quan es prolonga més de tres dies al mes.

Els embarassos

El 70% de les enquestades han estat embarassades en alguna ocasió. El més freqüent és haver tingut dos embarassos a terme (36,1 %) (FIGURA 59). Cal destacar, però, que un 17,7% de les metgesses ha tingut un fill, enfront un 45,8 % que n'ha tingut dos o més de dos (un 9,7% de les metgesses ha tingut tres o més fills). El nombre de fills/lles per dona és més alt que a Catalunya i a Espanya (en aquests moments està en 1,5 fills per dona).

FIGURA 59: Distribució segons el nombre d'embarassos

Com s'observa a la **FIGURA 60**, un 10,4% de les dones que han estat alguna vegada embarassades han tingut una criatura prematura.

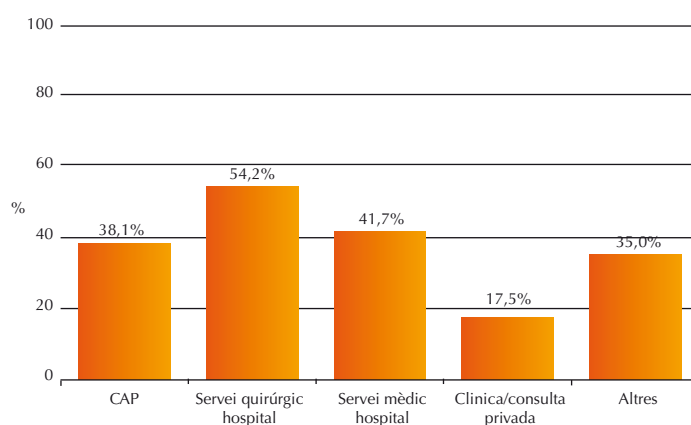
FIGURA 60: Distribució segons el nombre de parts prematurs entre les dones que alguna vegada han estat embarassades

Un 23,6% de les metgesses que han estat embarassades alguna vegada ha tingut un avortament, i un 9,3% n'ha tingut 2 o més. Un 33% d'avortaments és una proporció molt elevada, ja que, segons les dades del Ministeri Sanitat i Consum, en la població de la mateixa edat no se supera un 20%. No obstant això, cal assenyalar que no sabem en quina proporció aquest avortament ha estat una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), o bé un avortament espontani.

Un 42,5% de les dones de 30 a 44 anys han tingut alguna complicació obstètrica, mentre que entre les de 45 a 55 anys aquest percentatge és d'un 31,7% ($p=0,046$).

No es troben relacions entre els prematurs i els avortaments segons el centre de treball. En canvi les complicacions obstètriques són més freqüents entre les que treballen a hospitals (54,2% entre les que treballen als serveis quirúrgics i 41,7% entre les que ho fan als serveis mèdics). Aquesta relació continua essent significativa en ajustar per edat⁵ (FIGURA 61).

FIGURA 61: Prevalença de complicacions obstètriques en dones que han estat embarassades segons centre de treball



⁵ Resultat de l'ajust de model de regressió logística.

6. Apunts finals i conclusions

Les característiques sociodemogràfiques, la situació laboral i l'activitat professional

La feminització de la medicina no és pas un fenomen temporal, sinó que les tendències, des de fa més d'una dècada, confirmen que en els propers anys les dones seran majoria en aquesta professió. Aquest fet ha d'implacar una profunda reflexió, i una adaptació tant de les condicions de treball, com de les polítiques de conciliació de la vida personal i laboral.

Algunes especialitats, en les quals els homes encara continuen essent majoritaris, hauran d'oferir atractius laborals i personals a les metgesses per tal que no faltin determinats especialistes en el mercat laboral, manca que en aquests moments ja és començant a observar.

En consonància amb la segregació de gènere en les especialitats, existeixen diferències entre dones i homes en els centres on desenvolupen la seva feina. La majoria de les metgesses treballa en Centres d'Atenció Primària, mentre que els metges ho fan a hospitals. La majoria de metges té més d'una feina, mentre que les metgesses treballen majoritàriament només a un lloc.

Resulta preocupant l'alt percentatge de contractes temporals i interinitat entre els assalariats, molt per sobre de la població general. Entre els metges, el nombre d'aquests tipus de contractes és sis vegades més alt que entre els homes de la seva mateixa classe social, i entre les metgesses és més que el triple. Aquestes dades són un fort indicador de precarietat laboral en aquest col·lectiu. Les situacions precàries del treball (contracte, etc.) es donen sobretot en els i les professionals joves. Resulta clara la diferència entre la situació dels metges més grans de 45 anys, que tenen contracte, exerceixen al sector privat i van començar a treballar en un moment en què la medicina tenia "prestigi social", i la situació dels metges joves assalariats en condicions precàries. La medicina ha passat a ser una professió d'assalariats.

Ja és conegut que en la professió mèdica es dedica un elevat nombre d'hores a la feina: els metges i metgesses treballen una mitjana de quasi 10 hores més a la setmana que els homes i dones de la seva classe social. Cal assenyalar que entre els metges i metgesses que fan guàrdies, aquest nombre d'hores és encara

més alt. En aquest sentit, val la pena destacar que gairebé la meitat dels metges de 45 a 55 anys que fan guàrdies, treballen més de 60 hores setmanals.

El benestar, la qualitat de vida i la salut de les persones treballadores estan molt lligades a les condicions psicosocials del treball. Les dades observades indiquen que les metgesses i els metges poden patir alguns riscos d'aquesta naturalesa. Tot i que aquests i aquestes professionals gaudeixen de bons nivells de suport social dels superiors/res i companys/es, els nivells de participació no són gaire alts i les exigències psicològiques del treball són elevades.

El grau d'insatisfacció amb la professió (condicions de treball i salari, principalment) és alt entre metges i metgesses, sobretot entre els que treballen a l'Atenció Primària. Això podria estar relacionat amb el fet que, tot i que el nivell d'exigències psicològiques sigui semblant al dels professionals que treballen als hospitals, els metges i metgesses dels CAPs participen menys en les decisions de la unitat, i tenen menys control sobre el seu treball (autonomia i oportunitat de desenvolupar les pròpies activitats). Aquest desequilibri -altes exigències psicològiques amb poca participació i poc control- porta a una situació d'alt risc psicosocial en el treball. Així mateix, cal remarcar que les metgesses (tant les dels CAPs com les dels serveis mèdics dels hospitals) tenen una participació molt baixa en les decisions de la seva unitat.

L'àmbit domèstic i familiar

La divisió sexual dels treballs és un fet entre aquests professionals. Tot i que una proporció elevada de metges i metgesses afirmen compartir la cura dels seus fills i filles, quan es tracta del treball de la llar (cuinar, rentar, etc.) les metgesses són les que, de manera molt majoritària, es responsabilitzen d'aquestes feines a les seves llars. Per comparació amb la població de la seva mateixa classe social, les metgesses són en una menor proporció les principals responsables dels treballs domèstics i de la cura de les persones. Aquest fet coincideix amb la realitat que gairebé 3 de cada 4 metgesses disposin d'una persona contractada per compartir o realitzar aquestes feines.

Quan viuen en parella, les dones dediquen menys temps que els homes al treball remunerat, i les diferències s'accentuen quan conviuen amb fills i filles. Cal destacar que, entre les persones que viuen soles, les metgesses realitzen un major nombre d'hores de treball remunerat que els metges. Aquests resultats són compatibles amb la divisió sexual del treball, que, d'una banda, assigna a les dones els treballs domèstics i la cura de les persones dependents, situació que dificulta el seu ascens professional i, d'altra banda, fa que, en molts casos, encara persisteixi la centralitat de l'home com a principal proveïdor dels recursos econòmics de la unitat familiar. Aquest fet es tradueix en una sobrecàrrega per a tots dos sexes, tot i que de diferents tipus.

No s'observen diferències de gènere en la satisfacció amb diferents esferes de la vida. En general, els metges i metgesses estan més satisfets amb la seva vida privada (concretament, menys amb les seves relacions amistoses que amb les de parella o de família) que amb la seva vida laboral.

L'estat de salut

En general, la prevalença de trastorns crònics entre metges i metgesses és semblant a la de la població de la seva mateixa classe social. No obstant això, cal destacar que, comparada amb la població ocupada de la classe social I, existeix una proporció més elevada de metges amb diabetis, i en canvi la proporció de metgesses amb aquesta malaltia és molt inferior.

En contrast amb tot el que hem esmentat anteriorment, els metges i metgesses tenen un estat de salut percebut millor que el de la població del seu mateix grup d'edat i classe social. Una de les hipòtesis per tal d'explicar aquest resultat és que el que els metges i metgesses consideren com a "salut", va molt més lligat al fet de no tenir una malaltia, o bé, en el cas de tenir una malaltia lleu o crònica, poder conèixer el seu pronòstic i evolució. Això fa que minimitzin el seu efecte. Un altre resultat de l'estudi que dóna força a aquesta hipòtesi és que, si considerem el benestar psicològic, mesurat pel qüestionari GHQ12, trobem que el patiment psicològic de metgesses i metges, principalment de les primeres, és més alt que el de la població general. Aquests resultats ens porten a pensar que els professionals de la medicina, en avaluar la seva salut, no tenen en compte, o consideren secundari, el seu benestar psicològic. En tot cas, aquesta hipòtesi s'hauria d'investigar mitjançant estudis en profunditat, i amb metodologies qualitatives, que permetessin esbrinar quins són els factors que els i les professionals mèdiques consideren quan avaluen la seva pròpia salut.

Resulta interessant observar que tant els homes com les dones més joves de 45 anys puntuen més alt en l'escala de cansament. No obstant això, i per a totes les edats, en una escala de 3 punts, les mitjanes de les puntuacions de les dones arriben gairebé al 2, i les dels homes sobrepassen l'1 i mig. L'alt nombre d'hores treballades, i la insatisfacció amb el temps de lleure poden ser algunes de les explicacions de l'alt grau de cansament d'aquest col·lectiu professional.

Els metges, i principalment les metgesses, puntuen alt en l'escala de dolor. Aquest fet pot estar expressant malalties, problemes amb l'ergonomia del lloc de treball, patiments físics i psíquics i, sovint, malestar enfront de les pressions socials, les situacions d'estrès o la sobrecàrrega laboral d'aquest col·lectiu.

Cal destacar l'alt percentatge de sobrepès (53,4%) i obesitat (8%) entre els metges, principalment entre els més grans de 45 anys ($p < 0,05$). En contrast, entre les metgesses, el 19,6% presenta sobrepès i el 4% obesitat, i no es troba relació de l'IMC amb l'edat. Aquest fet ha de ser estudiat en profunditat, ja que l'epidèmia d'obesitat en la població és motiu de preocupació i, els professionals de la medicina, tot i ser conscients de la comorbiditat i major probabilitat de mortalitat entre les persones obeses, sembla que en aquest sentit, s'apliquin poc els consells que donen als pacients.

Les conductes o estils de vida relacionats amb la salut

Es interessant observar, que tot i l'alt percentatge de sobrepès i obesitat, quasi el 70% de les persones enquestades afirmen fer més de 90 minuts setmanals d'activitat física. Tampoc no és gaire positiva la troballa que més de la tercera part dels metges i metgesses sigui sedentari o faci setmanalment menys de 90 minuts d'exercici físic moderat durant el seu temps de lleure. Si considerem només l'activitat esportiva, excloent el temps dedicat a caminar, els metges fan més esport que els homes de la seva mateixa classe social, i en canvi les metgesses en fan menys. El percentatge de metges més joves de 45 anys que no realitza cap activitat física és pràcticament el doble que el de les metgesses de la mateixa edat (16,1% dels metges i 8,7% de les metgesses, respectivament).

Tot i que algunes veus dissonants insisteixen en que els professionals de la medicina fumen més que la població general, aquest no és el resultat que s'ha trobat en aquest estudi. La proporció de metges i metgesses (no hi ha diferències entre sexes) que fuma arriba tot just al 20%, mentre que en la població general, del mateix grup d'edat i de la classe social I, fuma el 44,5% de les dones i el 35,4% dels homes. L'edat es relaciona amb el percentatge de fumadors actuals en el cas dels homes (fumen més els de 45 anys o més). En canvi, les dones més grans de 45 anys han abandonat més aquest hàbit que les més joves.

Els resultats observats de consum, lleuger o de risc, d'alcohol, són molt més baixos entre metges i metgesses que entre la població general. Aquests resultats s'han de considerar amb cautela, ja que l'estigma social que porta associat el consum d'aquesta substància, principalment entre els professionals de la medicina, pot haver comportat una infradeclaració del consum. No obstant això, no tenim eines per afirmar que aquesta infradeclaració sigui més alta que la de la població general. La majoria de les dones de 30 a 44 anys declaren ser abstèmies (64%) mentre que aquest percentatge entre les majors de 45 anys és del 36,1%.

La majoria de metges i metgesses dorm entre 7 i 8 hores diàries. En general, els metges dormen menys hores que les metgesses. La tercera part dels metges i quasi la quarta part de les metgesses dorm diàriament 6 hores o menys (els majors percentatges de menys de 6 hores de son es troba entre els metges més joves de 45 anys). Cal estar molt alerta enfront d'aquestes dades, ja que aquests percentatges són superiors als de la població general i hi ha estudis que indiquen que la privació d'hores de son augmenta els errors mèdics i minva el benestar físic i psicològic, situació que es tradueix en insatisfacció, estrès i fins i tot en depressions.

L'ús de serveis sanitaris i medicaments i les pràctiques preventives

Confirmant els resultats de l'anterior estudi del COMB (Bruguera i cols 2001), els metges i les metgesses continuen utilitzant poc els serveis sanitaris formals. La gran majoria demana ajuda a un/a company/a de feina o a un parent metge, o a un amic o amiga. Les metgesses són les que més busquen l'atenció del/la metge/ssa de capçalera o d'un especialista (43,2%), mentre que solament la tercera part dels metges ho fa. En la mateixa línia d'aquests resultats, cal assenyalar que menys de la quarta part dels metges i la tercera

part de les metgesses declaren tenir un metge o metgessa de capçalera. Encara resulta més preocupant el fet que, entre els que tenen un metge o metgessa de capçalera, hi ha un 20% dels metges i un 9% de les metgesses que no tenen història clínica oberta.

Si exclouem els ingressos per part, s'observa que els metges i metgesses tenen una proporció semblant d'ingressos hospitalaris. No obstant això, cal esmentar l'alt percentatge d'ingressos a causa d'accidents entre els metges. Per comparació amb la població general, els metges tenen un percentatge més baix d'ingressos hospitalaris que els homes ocupats de la classe social I. En canvi, el percentatge d'ingressos de les metgesses és igual al de les dones ocupades de la classe social I.

L'alt percentatge de consum de fàrmacs entre metges i metgesses pot tenir diverses explicacions. En primer lloc, els medicaments més consumits són els antiinflamatoris i analgèsics. Més de la meitat de les metgesses i més de la tercera part dels metges consumeixen aquests tipus de fàrmacs, i en la seva gran majoria ho fan per iniciativa pròpia. Tal i com s'ha comentat anteriorment, aquests professionals puntuen alt en l'escala del dolor, i aquesta podria ser una de les explicacions d'aquest fet. El perquè les metgesses i els metges pateixen tant dolor és un tema que, més enllà de les consideracions fetes anteriorment (problemes amb l'ergonomia del lloc de treball, patiments físics i psíquics, i, sovint, malestar davant de les pressions socials, les situacions d'estrès o la sobrecàrrega laboral), ha de ser explorat en profunditat per tal de trobar explicacions fonamentades i poder actuar en la millora d'aquesta situació. L'altra explicació seria la fàcil accessibilitat als medicaments, i la confiança que aquests són la mesura més ràpida i eficaç de tractament. Les diferències amb la població general podrien atribuir-se al fet que aquestes o bé no pateixen tant dolor, o bé utilitzen altres mesures per tractar-lo.

L'alt percentatge de consum, principalment a través d'automedicació, de substàncies psicoactives entre els metges, i principalment entre les metgesses, és un motiu de preocupació. Entre els més joves (de 30 a 44 anys) no es troben diferències entre dones i homes pel que fa al consum de psicofàrmacs. En canvi les dones de 45 a 50 anys consumeixen psicofàrmacs en un percentatge més alt que els homes d'aquestes edats (24,4% i 15,7% per a dones i homes, respectivament). Cal destacar que un 5% dels metges i un 9% de les metgesses consumeixen tranquil·litzants per iniciativa pròpia. Si sumem a aquestes dades la proporció de consum amb prescripció, trobem que 7 de cada 100 metges i 11 de cada 100 metgesses consumeixen tranquil·litzants. Pel que fa els hipnòtics i els antidepressius, el consum d'aquests fàrmacs també és molt més elevat entre els metges i metgesses que entre la població catalana de la mateixa edat i classe social.

Tot i que entre aquests professionals la vacunació per a la grip és molt més freqüent que entre la població general de la mateixa edat i classe social, la proporció de metges i metgesses vacunats no arriba al 50%. Cal recordar que la recomanació és que tot el col·lectiu sanitari que tingui contacte amb pacients es vacuni cada tardor.

Per comparació amb la població general, la proporció de metges i metgesses que es controla periòdicament la tensió arterial és alta. La proporció de metges i metgesses que es controlen periòdicament el colesterol és semblant a la de la població general de la mateixa edat i classe social.

La salut reproductiva de les metgesses

Les metgesses es fan menys citologies periòdiques que la població general. Com que no sabem la periodicitat amb què se la fan, no podem afirmar, però, si aquesta pràctica segueix les actuals recomanacions, que indiquen la conveniència que les dones que estiguin fora de grups de risc, o que no hagin tingut molèsties ginecològiques, es realitzin aquesta prova cada 3 anys. Pel que fa les mamografies, un 88% de les metgesses més grans de 50 anys se les fa. Tot i que en les més joves d'aquesta edat la mamografia per cribatge de càncer no està indicada, un 48% de les enquestades es fa aquesta prova.

Tot i que existeixen evidències que la teràpia hormonal substitutòria no està indicada en la gran majoria de dones durant la menopausa, la tercera part de les metgesses en aquesta situació utilitzen algun tipus de teràpia hormonal substitutòria.

Entre les metgesses s'observen percentatges més alts que els considerats normals en la població espanyola de metrorràgies, hipermenorrea i síndrome premenstrual. Aquestes dades suggereixen que es tracta d'un col·lectiu particularment estressat. Es necessiten estudis posteriors i acurats per determinar si la pèrdua excessiva de sang pot contribuir a l'aparició de trastorns hematològics (anèmia, ferropènia) que tinguin un paper potencial en el cansament, particularment alt entre les metgesses.

Més del 60% de les metgesses catalanes ha portat embarassos a terme, i gairebé el 46% ha tingut dos o més fills. Aquesta proporció, superior a la mitjana de fills a Catalunya i Espanya (1,5), mostra que el rol de reproducció biològica forma part del nucli dels seus interessos.

La proporció de prematuritat és alta: un 10,4% de les metgesses que ha estat alguna vegada embarassada ha tingut una criatura prematura. La tercera part de les metgesses ha declarat haver tingut algun avortament. No obstant això, cal destacar que no sabem en quina proporció aquest avortament ha estat una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) o un avortament espontani. La proporció de complicacions obstètriques és més alta entre les més joves de 45 anys (42,5%) que entre les de 45 a 55 anys, on aquest percentatge és d'un 31,7%. No es troben relacions entre els prematurs i els avortaments segons el centre de treball, i en canvi les complicacions obstètriques són més freqüents entre les que treballen en hospitals.

7. Bibliografia

- Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med.* 2001;52:259-65.
- Aranceta J, Perez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo, J, Vioque J, Tur Mari J, Mataix Verdu J, Llopis Gonzalez J, Tojo R, Foz Sala M; Grupo colaborativo para el Estudio de la Obesidad en Espana. Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2003;120:608-12.
- Artazcoz L. Carga mental y factores de riesgo psicosocial, ¿estamos midiendo lo mismo o son cosas diferentes? *Archivos de prevención* 2001; 4: 91-2.
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interaction between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 2004;94:82-8.
- Atienza AA, Yaroch AL, Masse LC, Moser RP, Hesse BW, King AC. Identifying sedentary subgroups: the National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey. *Am J Prev Med.* 2006;31:383-90.
- Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res* 2003; 54: 171-8.
- Bergner M. Measurement of health status. *Med Care* 1985; 23:696-704.
- Borras JM, Fernandez E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *Am J Public Health.* 2000;90:1459-62.
- Borrell C. Evolució de les desigualtats socials a la ciutat de Barcelona, 1983-1992. [Tesis Doctoral]. Barcelona. 1995.
- Bortz WM II. Health behavior and experiences of physicians. Results of a survey of Palo Alto Medical Clinic physicians. *West J Med.* 1992;156:50-1.
- Breslow L. Some sequels to Surgeon General's Report on smoking and health: Thirty years later. *Ann Epidemiol* 1996; 6:372-375.
- Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valladosera J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)* 2001;117:492-4.

- Bucquet D, Curtis S. Socio-demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. *Soc Sci Med* 1986; 23:737-744.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. *Public Health Rep* 1985; 100:126-30.
- CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Comitè on Immunization practices (ACIP). *MMRW*. 2004;53(RR-6):1-44.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust*. 2003;179:302-5.
- Dean K. Self care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29:137-152.
- Di Giulio G, Reissing ED. Premenstrual dysphoric disorder: prevalence, diagnostic considerations, and controversies. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27:201-10.
- Donaldson SI, Blanchard AL. The seven health practices, well-being and performance at work: evidence for the value of reaching small and underserved worksites. *Prev Medicine* 1995; 24:270-277.
- Escribà-Agüir V, Más-Pons R, Flores Reus E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit*. 2001; 15: 142-9.
- Esteva M, Larraz C, Jimenez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006;206:77-83.
- Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*. 2005;112:489-97. Epub 2005 Jul 18.
- Fernández de la Hoz K, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol* 1996; 25:593-603.
- Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ* 2003;326: 670-1.
- Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999 4;319:605-8.
- Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Arch Intern Med*. 1998 23;158:342-8.
- Frank E. Physician health and patient care. *JAMA* 2004 4;291:637.

- Frazier EJ, Okoro CA, Smith C, McQueen DV. State - and sex - specific prevalence of selected characteristics - Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1992 and 1993. *MMWR* 1996; 45/SS-6:1-35.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press; 1972.
- Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing; 1978.
- Harper S, Lynch J. Trends in socioeconomic inequalities in adult health behaviors among U.S. states, 1990-2004. *Public Health Rep.* 2007;122:177-89.
- Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:16 (1-7).
- Hörte 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 Psychiatrica Scand* 1987;75: 139-43
- Idler E L, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
- Jackson R, Chabeless LE, Yang K, Byrne T, Watson R, Folsom A, Shahar E, Kalsbeek W. Differences between respondents and nonrespondents in a multicenter community-based study vary by gender and ethnicity. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1441-1446.
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78:1336-1342.
- Kaplan GA, Strawbridge WJ, Cohen RD, Hungerford LR. Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. *Am J Epidemiol* 1996; 114:793-797.
- Karasek RA, Pieper C, Schwartz J. Job Content Questionnaire and user's guide, version 1.5. Lowell (Boston): University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment; 1993.
- Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust.* 2004;181:368-70.
- Kehoe R, Wu SY, Leske MCy Chylack LT. Comparing self-reported and physician reported medical story. *Am J Epidemiology* 1994; 139:813-818.
- Koster A, Bosma H, Broese van Groenou MI, Kempen GI, Penninx BW, van Eijk JT, Deeg DJ. Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *BMC Public Health.* 2006 Oct 5;6:244.

- Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994; 32:930-942.
- Kriegsman DMW, Penninx BWJH, Van Eijk JThM, Boeke JP, Deeg DJH. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1407-1417.
- Krick JP, Sobal J. Relationships between health protective behaviors. *J Commun Health* 1990; 15:19-34.
- Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168: 274-279.
- Linzer M, Mc Murray JE, Visser MR, Oort FJ, Smets E, de Haes HC. Sex differences in physician burnout in the United States and the Netherlands. *Am Med Womens Assoc* 2002; 57: 191-193.
- Macintyre S. Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Soc Sci Med* 1993; 36:15-20.
- McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 2002 15;359:2089-90.
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 372-380
- Meininger JC. Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illness behaviors. *Soc Sci Med* 1986; 22:285-292
- Miller NH, Katz VL, Cefalo RC. Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *J Reprod Med*. 1989;34:790-6.
- OMS. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: The Organization; 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-1278.
- Pharoah PO, Alberman E, Doyle P, Chamberlain G. Outcome of pregnancy among women in anaesthetic practice. *Lancet* 1977;1:34-6.

- Phelan ST. Pregnancy during residency: II. Obstetric complications. *Obstet Gynecol* 1988;72:431-6.
- Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatziandreu EJ, Davies RM. Trends in cigarette smoking in the United States. Educational differences are increasing. *JAMA* 1989; 261:56-60.
- Rahkonen O, Berg M, Puska P. Relationship between educational status, gender and smoking in Finland, 1978-1992. *Health Promotion Intern* 1995; 10:115-120.
- Reinhart T, Chavez E, Jackson M, Mathews WC. Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. *Med Educ (serie online)* 2005;10:1-15. Disponible en: <http://www.med-ed-online.org> (consultat l'abril de 2007).
- Roberts RO, Bergstralh EJ, Schimidt L, Jacobsen SJ. Comparison of self-report and medical record health care utilization measures. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:989-995.
- Rodríguez JA, Bosch JLC. Els metges de Barcelona a l'inici del nou mil·lenni. Universitat Autònoma de Barcelona – Col·legi Oficial de metges de Barcelona, 2004.
- Rohlfs I, Borrell C, Plasència A, Pasarín I. Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:205-206.
- Rohlfs I, Valls C, Pérez G. Les desigualtats de gènere en la salut. A: Borrell C i Benach J (Coords). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Editorial Mediterrània;2005. Cap 6:163-201.
- Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2007; 12:7-5.
- Santaularia A. Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio. *Atención Primaria* 1995; 15:574-579.
- Segovia J, Bartleti RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status mesures. *Soc Sci Med* 1989; 29:761-768.
- Segura L, Gual A, Montserrat O, Bueno A, Colom J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* 2006;37:484-90
- Servei Català de la Salut. Document tècnic Enquesta de Salut de Catalunya 2001-2002. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya ;2003.
- Schelling TC. Addictive drugs: the cigarette experience. *Science*. 1992;255:430-3.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *J Occup Psychol* 1996; 1: 27-41.

- Stewart DE, Ahmad F, Cheung AM, Bergman B, Dell DL. Women physicians and stress. *J Women's Health Gend Based Medicine* 2000; 9: 185-190.
- Sweeting H. Reversals of fortune. Sex differences in childhood and adolescence. *Soc Sci Med* 1995; 40:77-90.
- Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Makela P, Myllymaki K, Seuri M, Husman K. Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians: anational survey. *Arch Fam Med*. 2000;9:1079-85.
- Toyry S, Rasanen K, Seuri M, Aarimaa M, Juntunen J, Kujala S, Husman K. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *Br J Gen Pract*. 2004;54:44-6.
- Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health* 1995; 86:173-182.
- Villalbí JR, Nebot M. Salud pública y tabaco. A: Martínez-Navarro F, Marset P, Navarro V, Gill M, Antó JM (Eds). Madrid: McGraw Hill/Interamericana: 1996.
- Villar Alvarez F, Mata Lopez P, Plaza Perez I, Perez Jimenez F, Maiques Galan A, Casasnovas Lenguas JA, Banegas Banegas JR, Abadal LT, Rodriguez Artalejo F, Gil Lopez E. Recomendaciones para el control de la colesterolemia en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2000 ;74:457-74.
- Villar Alvarez F, Maiques Galan A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Ortega Sanchez-Pinilla R, Vilaseca Canals J, Fores Garcia D, Banegas Banegas JR, Lobos Bejarano JM, Orozco Beltran D, Gil Guillen VF, Llor Vila C, Lorenzo Piqueres A, Navarro Perez J. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32 Suppl 2:15-29.
- Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med* 1991; 32:989-1005.
- Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA* 2002;287:955-7.
- Wells KB, Lewis CB i Ware JE. Do physicians preach what they practice? – A study of physicians health habits and counseling practices. *JAMA* 1984;252:2846-48
- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *NEJM* 2004; 350: 69-75.

Salut, estils de vida i condicions de treball
dels metges i metgesses de Catalunya

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Jaume Padrós Selma

Gerència:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinació de programes:

Dra. Eulàlia Masachs Fatjó

Suport administratiu:

Sra. Natàlia Raguer Escuder

PATRONAT**President:**

Dr. Jaume Padrós 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 SMIR 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

Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Telèfon 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54

fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org

Amb la col·laboració de:



Amb el suport de:

