

Estudi sobre la mortalitat
dels metges a Catalunya

Salut, gènere i exercici
professional

ESTUDI SOBRE LA MORTALITAT
DELS METGES A CATALUNYA (2000-2009)

Direcció: Rosa Gispert (DS)

Departament de Salut: Adriana Freitas
Anna Puigdefàbregas
Glòria Ribas

Fundació Galatea: Anna Mitjans
Sergi Valero
Antoni Arteman

Estudi editat per Fundació Galatea, el juny del 2013

Referència recomanada: Gispert R, Freitas A, Puigdefàbregas A, Ribas G, Mitjans A, Valero S, Arteman A. Estudi sobre la mortalitat dels metges a Catalunya. Fundació Galatea, Informes i Estudis. Barcelona: juny 2013.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Presentació

L'any 2001 es va crear la Fundació Galatea amb la finalitat de gestionar l'assistència psiquiàtrica i psicològica als metges i infermeres malalts, que ja feia tres anys que s'estava oferint a aquests col·lectius des del PAIMM i RETORN, així com per promoure la salut, el benestar físic i mental del col·lectiu mèdic i, per extensió, de tots els professionals de la salut.

En aquests anys d'experiència i més de 1.900 casos atesos, podem dir que el PAIMM s'ha consolidat com un model d'atenció i de rehabilitació per al col·lectiu mèdic, tant a Catalunya com en l'àmbit estatal, on és un referent. A més des de 2007, es disposa de la Clínica Galatea, unitat clínica específica ubicada a Barcelona, amb equipaments assistencials de primer ordre.

Pel que fa als programes de promoció de la salut, progressivament anem aprofundint en l'anàlisi de les poblacions de risc, ampliem els públics objectiu de les intervencions, així com la seva varietat.

L'any 2007 vam publicar l'estudi "Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya", en el marc del programa "Salut, gènere i exercici professional", que va permetre disposar de dades quantitatives sobre qüestions clau en la situació de la professió en el nostre entorn. A més, aquest treball va tenir en compte molt especialment una perspectiva de gènere, obligada per la creixent feminització del nostre col·lectiu.

Aquest nou estudi que presentem sobre les causes de mortalitat dels metges i metgesses de Catalunya és una nova aproximació a l'estat de salut dels metges i metgesses i els seus resultats són coherents amb els de l'estudi sobre salut, estils de vida i condicions de treball: l'edat en la defunció és més elevada en els metges que en la població general, de la mateixa manera que en l'estudi de 2007 vàiem que els metges tenien una salut percebuda millor que la de la població general.

L'estudi s'ha realitzat gràcies a un conveni amb el Departament de Salut i ha estat impulsat per un grup de treball específic, format per professionals del Departament i la Fundació Galatea, al qual agraïm la seva implicació i qualitat de la feina realitzada.

També volem agrair als col·legis que formen part del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya la seva implicació en facilitar les dades col·legials per poder dur a terme l'estudi.

Dr. Jaume Padrós i Selma
President de la Fundació Galatea

Pròleg

Fa gairebé seixanta anys que el prestigiós setmanari mèdic anglès *The British Medical Journal* (London, Saturday june 26 1954) publicava l'informe preliminar de l'estudi de R. Doll i A. Bradford: *The mortality of doctors in relation to their smoking habits*, que es faria mundialment famós, i que comportaria més tard el reconeixement social (per Sir Richard Doll) i científic (sintetitzat en l'acceptació dels principis de causalitat de Bradford-Hill) dels seus autors. Aquell estudi, aplegava unes quantes singularitats que val la pena recordar en el context del treball que presentem aquí.

A principis dels anys cinquanta del segle passat, quan s'endegava l'estudi del que parlem, existien poques evidències i molts dubtes sobre les causes de l'augment espectacular de mortalitat per càncer de pulmó detectat en nombrosos països, després de la primera guerra mundial, principalment en els homes. Basant-se en els resultats d'alguns estudis clínics i de casos i control (retrospectius) que proposaven la hipòtesi del tabac, els autors van fer un salt qualitatiu i van plantejar un estudi prospectiu, caracteritzat per mirar endavant, cap al futur, per determinar amb quina freqüència apareixia el càncer de pulmó en grups de població de la qual es coneixien prèviament els seus hàbits fumadors.

Un altra singularitat d'aquell estudi és que la població escollida fos la professió mèdica col·legiada del Regne Unit, a la qual es va adreçar l'any 1951 un petit qüestionari preguntant per la freqüència amb que fumaven o ho havien fet. De 59.600 exemplars enviats a persones dels dos sexes, es van obtenir 41.024 respostes, el que -si més no- evidencia el gran interès dels metges. Tres anys més tard, gràcies a un acord amb el Registrars General, l'oficina estadística del Regne Unit, es van obtenir les causes de la mort dels professionals desapareguts en aquell període, de manera que va ser possible calcular les taxes de mortalitat per diferents causes, en cada un dels grups d'exposició al tabac.

Una metodologia semblant, encara que amb un objectiu no tan específic, ni tan ambiciós, tot sigui dit, s'ha emprat en el present treball. Mercès a un acord dels quatre col·legis de metges de Catalunya, propiciat per la Fundació Galatea i d'aquesta amb el Departament de Salut, ha estat possible obtenir la causa de la mort de la majoria de professionals en que constava la defunció en els registres administratius de col·legiació. Aquest acord, ha permès un aprofitament amb finalitats estadístiques d'una informació de la que ja es disposava, tant en l'àmbit administratiu, com estadístic, gràcies a la seva elaboració en el si del Registre de Mortalitat.

D'altra banda, cal assenyalar que la realització d'aquest treball ha comportat l'estreta col·laboració de les dues institucions, la finalitat última de les quals és vetllar per la salut de la població. Una molt bona estratègia doncs, és la d'aproximar-nos més i millor al coneixement d'alguns aspectes fonamentals de la salut dels metges, que tal com succeeix amb la població general, passa per poder disposar d'alguns indicadors bàsics de mortalitat.

Esperem que els resultats d'aquest treball, serveixin per avançar una mica més en la millora de la salut del col·lectiu i que, com en el cas de l'estudi anglès, serveixi per marcar un precedent en anàlisis més aprofundits d'aspectes diferents de la salut i també en nous grups de professionals sanitaris que –en definitiva– són els que han de tenir cura de la salut dels altres. També volem agrair la contribució de tots els que hi han participat per la seva dedicació i rigor, atès que la seva col·laboració és fonamentalment el que l'ha fet possible.

Dr. Carles Constante Beitia

Director General de Planificació i Recerca en Salut

Índex

1. Introducció i justificació.....	9
2. Material i mètodes	11
2.1. Font de les dades	11
2.2. Procediment i resultat del creuament.....	12
2.3. Criteris d'inclusió a l'anàlisi de la mortalitat	13
2.4. Anàlisi de dades.....	14
2.5. Mètodes de càlcul.....	14
3. Resultats.....	16
3.1. Principals resultats del creuament	16
3.2. Descripció de la població col·legial	16
3.3. Mortalitat dels metges	23
4. Discussió dels resultats.....	15
5. Conclusions.....	50
6. Bibliografia.....	52

1. Introducció i justificació

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 professionals de la medicina estan, cada dia més, sotmesos a pressions d'origen divers (els usuaris, les organitzacions on treballen, els aspectes acadèmics i de carrera professional) que poden fer difícil mantenir les condicions necessàries per a un desenvolupament saludable de la seva tasca.

D'altra banda, 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. Aquesta realitat ha d'implicar una profunda reflexió i una adaptació, tant de les condicions de treball com de les polítiques de conciliació de la vida personal i laboral.

Per aquestes raons, el programa sobre “Salut, gènere i exercici professional” de la Fundació Galatea es va proposar dur a terme un estudi sobre la mortalitat dels metges de Catalunya, que hauria de permetre conèixer les diferents causes de mortalitat d'aquest col·lectiu, comparar-les amb les de la població general i dissenyar intervencions orientades a reduir la taxa de mortalitat i millorar el benestar dels professionals sanitaris.

Aquest projecte es va impulsar a través d'un conveni de col·laboració entre el Departament de Salut i la Fundació Galatea, per tal d'unir esforços per analitzar les causes de mortalitat d'aquests professionals sanitaris. D'altra banda, la Fundació Galatea i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya també varen signar uns convenis de col·laboració per posar a disposició de la Fundació les bases de dades de defuncions dels darrers 10 anys dels col·legis de metges de Barcelona, Lleida, Tarragona i Girona.

El registre de mortalitat del Departament de Salut té una llarga experiència en l'elaboració d'estudis de mortalitat en població general, que és una situació semblant –encara que a una escala més reduïda– de l'estudi que es planteja. Així mateix, una part de l'estudi comporta l'obtenció de les dades de la causa de la mort, dades que procedeixen del registre de mortalitat i que gràcies a un programa d'afrontament de fitxers que disposa el Departament de Salut podrà realitzar-se amb la màxima eficiència.

D'altra banda, cal no oblidar la pertinença dels mateixos subjectes d'estudi al col·lectiu professional que més i millor representa el teixit social que és la base i que dóna suport al Departament de Salut. Així, l'estudi de la salut dels metges, encara que indirectament a través de l'anàlisi de la mortalitat, ha de ser una prioritat del

Departament de Salut que permetrà conèixer millor la situació dels seus professionals de cara a endegar o perfilar millor les actuacions preventives.

Un dels estudis més antics i emblemàtics sobre la salut dels metges, el van realitzar els coneguts doctors Doll i Peto, que van seguir una cohort de professionals per analitzar la relació del tabac amb la salut. Aquest estudi partia d'un disseny prou sofisticat per l'època en què es va fer i va representar una de les fites no només en l'anàlisi de la salut del col·lectiu professional, sinó de la salut pública en posar de manifest els efectes nocius del tabac sobre la salut. Malgrat aquest precedent, la majoria d'estudis sobre mortalitat general dels professionals de la salut són de caire descriptiu dintre del col·lectiu o en comparació amb la població general. Una mostra són els treballs seleccionats de la bibliografia consultada sobre el tema i que es presenten al final de l'estudi.

Els resultats obtinguts són bastant consistents entre si i caracteritzen els metges amb una mortalitat generalment més baixa que la de la població general del mateix sexe o altres professions i que, per tant, tenen una major supervivència o l'edat mitjana a la defunció més elevada. Aquest fet generalment ve condicionat per les característiques socials d'aquest col·lectiu, cosa que és difícil posar de manifest si no es disposa de dades de mortalitat de la població general per classe social, per poder comparar.

Una peculiaritat, tant pel que fa a la freqüència com també a les causes de mortalitat, és la predominança del sexe masculí en els col·lectius professionals que estan més en risc de mortalitat, atesa la distribució demogràfica dels metges d'edats més elevades. En canvi destaca que la mortalitat de les metgesses sembla ser superior a la de la població femenina, a la dels metges homes i l'edat a la defunció més temprana.

Pel que fa a les causes de mort, sembla desprendre's que les causes vinculades a hàbits insans, com el tabaquisme, són menys freqüents en el metges i fins i tot hi ha diferències dintre de la professió (en el medi hospitalari menys causes lligades al tabac que en l'extrahospitalari). En canvi semblen ser més comunes les causes externes que impliquen violència, com els accidents (més en els homes) i els suïcidis (més en dones) o les intoxicacions accidentals. Així mateix s'ha estudiat àmpliament la relació entre algunes especialitats i algunes causes de mort determinades (com la dels radiòlegs i el càncer, els anestesistes i la cirrosi o el suïcidi, la dels psiquiatres i les malalties isquèmiques del cor o les intoxicacions accidentals, i finalment els cirurgians i els accidents), que podrien indicar alguna vinculació amb riscos laborals d'aquests col·lectius o simplement vinculats a hàbits socials més específics d'aquests grups.

Tots aquests resultats cal situar-los en el seu context social i professional, que pot ser molt diferent entre els diversos estudis i que per descomptat ho és respecte a la situació en el nostre entorn, atès que en la seva gran majoria es tracta d'estudis realitzats en altres països. Així mateix, el període temporal de l'anàlisi també s'ha de tenir en compte, donat que tant els estils de vida com els riscos laborals poden haver canviat molt al llarg dels darrers anys.

Per aquest motiu l'objectiu principal de l'estudi que es presenta és l'anàlisi descriptiva de la mortalitat del col·lectiu de metges de Catalunya, com una aproximació al coneixement del seu estat de salut. Així mateix, per tal de fer-ne una valoració, es compara amb la mortalitat general de la població catalana, de la mateixa edat, sexe i lloc de residència.

2. Material i mètodes

2.1. Font de les dades

Les dades emprades en l'estudi provenen de dues fonts: el registre administratiu de metges col·legiats als quatre col·legis de Catalunya i del Registre de Mortalitat de Catalunya, que es gestiona al Servei d'Informació i Estudis del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Defuncions i població de metges col·legiats:

S'inclouen les defuncions que figuren a la base de dades dels diferents col·legis provincials (BDC) entre els anys 2000 i 2009. Per tal d'identificar la causa de la mort (vegeu apartat "Procediment i resultats del creuament"), s'ha fet un creuament amb la base de dades de defuncions dels Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC). En aquells casos que no s'han trobat en el RMC, s'ha considerat la mort amb causa sense especificar.

La població col·legiada procedeix de la base de dades col·legial de les diferents províncies. Per al càlcul de les taxes s'ha limitat l'anàlisi al període temporal 2003-2009 per al qual les dades poblacionals de metges col·legiats estaven disponibles segons edat i sexe, i per totes les províncies. D'altra banda, atès que no es disposava de la població col·legial de més de 70 anys per grups d'edat desagregats en la major part de col·legis, s'ha fet l'anàlisi més detallada per edat només per als metges homes del col·legi de Barcelona.

Defuncions i població general de Catalunya:

S'inclouen les defuncions de residents a Catalunya procedents del RMC i les estimacions postcensals de la població resident a Catalunya, a 1 de juliol, elaborades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDES-CAT) pels anys 2000-2009.

Agrupació de causes de mort:

Les causes de la mort estan codificades segons la "Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, desena revisió". Per a l'anàlisi s'han utilitzat dues agrupacions. L'anomenada llista de causes detallades del Registre de Mortalitat (llista D73 de causes de mort) i una agrupació més compactada en grans grups, específica per aquest estudi que es presenta en la taula següent:

Llista d'agrupació de les causes de mort segons els codis de la CIM-10 utilitzada

Grup de causes		Codis CIM-10
Tots els tumors		
1	Tumor maligne de tràquea, bronquis o pulmó	C33-C34
2	Tumor maligne de mama	C50 (sexe femení)
3	Reste de tumors	C00-C32, C35-C49, C50 (sexe masculí), C51-C48
4	Trastorns mentals	F00-F99
5	Malalties del sistema nerviós	G00-G99, H00-H95
Malalties de l'aparell circulatori		
6	Malalties isquèmiques del cor	I20-I25
7	Malalties cerebrovasculars	I60-I69
8	Reste de malalties de l'aparell circulatori	I00-I19, I26-I59, I70-I99
Malalties de l'aparell respiratori		
9	Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	J40-J47
10	Reste de malalties de l'aparell respiratori	J00-J39, J48-J99
11	Malalties de l'aparell digestiu	K00-K99
12	Malalties mal definides i no classificables en altres grups	R00-R99
Causes externes		
13	Suïcidis i autolesions	X60
14	Reste de causes externes	V00
15	Reste de causes	A00-A99, B00-B99, D50-D89, E00-E99, L00-L99, M00-M99, N00- N99

2.2. Procediment i resultat del creuament

Les variables utilitzades per fer el creuament de les bases de dades (BDC i RMC) corresponen principalment a variables d'identificació com el nom i cognoms, DNI, sexe i any de naixement.

Es creuen les 598.657 defuncions corresponents a les morts esdevingudes a Catalunya entre els anys 2000 i 2009 (ambdós inclosos) amb les 1.439 defuncions de metges col·legiats.

Amb una proporció de coincidència de les variables creuades superior al 60% s'han trobat 3.166 parelles possibles per als 1.439 casos de defuncions procedents de la BDC, de les quals 832 parelles (amb el 100% de coincidència) es van acceptar sense revisió.

La resta es varen revisar i es van acceptar com a coincidents si tenien el mateix DNI i la resta de variables coincidien en un percentatge per sobre del 60%.

Si no coincidí el DNI (diferència d'un sol caràcter) o no hi constava, s'han acceptat si coincidien nom i cognoms, sexe i any de naixement. En tots aquests casos, a més, s'ha fet una consulta de l'any de defunció i de la província de naixement i, en cas de ser coincidents, s'ha acceptat la parella.

Com a resultat del creuament es van trobar 1.362 casos a la base de dades del RMC i 77 no es van poder trobar amb els criteris de concordança establerts. Aquests registres no trobats probablement corresponen a defuncions ocorregudes fora de Catalunya i que no estan informades al RMC. Segons les dades col·legials corresponen a homes (89,6%), entre 75 i 94 anys (45,5%), col·legiats a Barcelona (75,3%), que van néixer fora de Catalunya (40 en províncies espanyoles i 7 estranger). A més, hi ha una persona d'aquests 77 registres que està inclosa en dos col·legis (registre duplicat).

També, en els 1.362 registres identificats hi ha alguna mancança d'informació (5 casos localitzats al RMC però sense causa de mort informada) o discordança d'informació entre les dues fonts de dades creuades (3 casos en l'edat o data de naixement).

Entre les 1.439 defuncions procedents dels fitxers col·legials s'han trobat 12 persones (corresponents a 24 casos) que es trobaven simultàniament registrades a dues bases de dades col·legials, que correspon a dobles col·legiacions entre el col·legi de la província de Barcelona i algun dels altres tres (2 a Girona, 4 a Lleida i 6 a Tarragona). En tots els casos són homes i majors de 80 anys.

2.3. Criteris d'inclusió a l'anàlisi de la mortalitat

- » Com a norma s'han conservat els valors de les variables que figuren a les bases de dades de col·legials. S'ha utilitzat la informació del RMC per suplir la informació sobre l'edat en tres casos (1 que figurava amb 24 anys a la BDC es va incloure amb els 44 anys que constaven al RMC i dos casos amb l'edat desconeguda a la BDC se'ls van assignar els 94 anys que figuren al RMC). Als 5 casos sense causa de mort se'ls assigna el codi R99 (desconeguda).
- » Els 77 registres de la BDC no trobats al RMC s'inclouran amb la informació que consta a la BDC i la causa de la mort es considera desconeguda (codi R99).
- » L'existència de casos duplicats com a conseqüència de la doble col·legiació pot comportar un cert biaix en els resultats de l'anàlisi pel conjunt de Catalunya. Malauradament aquests duplicats no es poden identificar ni eliminar de la BD de població col·legiada (denominador) i per aquest motiu s'han mantingut també els duplicats en el numerador (les defuncions).

2.4. Anàlisi de dades

- » Descripció de la població de metges col·legiats i de la població general de Catalunya segons edat i sexe i l'evolució en el període amb dades completes disponibles 2003-2009.
- » Descripció de les característiques de les defuncions dels metges col·legiats a Catalunya pels anys 2000-2009.
- » Anàlisi de la mortalitat dels metges col·legiats i de la població general de Catalunya per edat i sexe. Evolució temporal de les taxes de mortalitat x 1000 hab. entre 2003-2009.
- » Anàlisi de la mortalitat dels metges homes col·legiats i de la població general masculina de Barcelona província, segons edats més detallades i evolució temporal de les taxes de mortalitat x 1000 hab. entre 2000-2009.
- » Descripció de les defuncions dels metges col·legiats i de la població general de Catalunya segons causes de mort, edat i sexe, del període 2000-2009.
- » Anàlisi de les taxes específiques de mortalitat x 1000 hab. dels metges col·legiats segons sexe i grans grups de causes del període 2000-2009.

2.5. Mètodes de càlcul

S'han calculat les taxes de mortalitat general i específiques per edat, segons el càlcul habitual i en alguns casos s'han calculat intervals de confiança de les taxes. L'equació emprada és:

$$m_x = \frac{d_x}{P_x} \times 10^3$$

$$EE(m_x) = \sqrt{\frac{(d_x/P_x) \times (1 - (d_x/P_x))}{P_x}} \times 10^3$$

$$IC = m_x \pm 1,96 \times EE(m_x)$$

On,

d_x	nombre total de defuncions en l'interval d'edat x
P_x	població de l'interval d'edat x
EE	error estàndard
IC	interval de confiança

Atès que en la població col·legial (denominador) només es disposa de la distribució per edats fins al grup de majors de 69 anys i més, de manera homogènia per al conjunt dels quatre col·legis i només a partir del 2003, quan es calculen les taxes globals, aquests són els límits temporals i d'edat màxima fins el que es poden desagregar les dades. Per tal de copsar la situació en els professionals majors d'aquesta edat, s'han fet algunes anàlisis més detallades només per al col·legi de Barcelona, en què l'edat dels col·legiats està disponible amb més desagregació des de l'any 2000.

En les comparacions amb la mortalitat de Catalunya, cal tenir en compte que, atès que la població de metges és una població en la qual no hi figuren efectius per sota dels 25 anys, s'ha d'utilitzar la població catalana truncada a partir d'aquesta edat (és a dir, incloure només la població i defuncions de majors de 25 anys per als càlculs de les taxes de Catalunya).

Per a l'anàlisi de les causes de la mort s'ha emprat l'agrupació descrita en l'apartat "Agrupació de causes de mort". S'han agregat aquells apartats en què hi havia molt pocs casos i s'ha intentat mantenir una consistència en els grups de les causes més freqüents. En l'anàlisi per causes de mort s'han inclòs totes les defuncions dels col·legiats disponibles des de l'any 2000, dels quatre col·legis, no obstant això, atès que els efectius que resulten en desagregar per causes són baixos, s'ha fet l'anàlisi en cada un dels dos sexes per separat però per grans grups d'edat. Malgrat això, en el cas de les dones i en els homes en algun dels grups de causes, els efectius són massa petits per treure conclusions.

Cal tenir en compte en fer comparacions (per exemple amb Catalunya o amb altres estudis) que l'observació d'una proporció més elevada d'una causa en el col·lectiu de metges respecte de l'altre grup de comparació no significa que la mortalitat (el risc de mortalitat o probabilitat de morir) sigui més elevat, sinó que el patró és diferent. Una proporció més elevada d'un grup es compensa amb una o diverses de més baixes, atès que en els dos grups comparats el conjunt de causes és el total (100%). Donat que la mortalitat dels metges és molt inferior a la de la població general, les taxes per tots aquest grups de causes molt probablement són també inferiors, malgrat que en la distribució proporcional, en alguns grups, el percentatge sigui més elevat.

3. Resultats

3.1. Principals resultats del creuament

Tal com es detalla a l'apartat de mètodes, al fitxer facilitat per les administracions col·legials hi figuraven 1.439 casos corresponents a les defuncions de metges col·legiats a les quatre províncies dels anys 2000-2009, que es varen confrontar amb les 598.657 defuncions registrades a Catalunya els mateixos anys.

Com a resultat del creuament 77 casos no es van poder identificar i, per tant, obtenir-ne les causes de la mort, tot i que estaven identificats en el fitxer de defuncions dels col·legis com a col·legiats que havien mort. Les característiques dels casos no trobats destaquen: el 89,6% eren homes, el 65% majors de 65 anys i el 49,4% no tenien especialitat registrada.

També es van evidenciar 12 casos de doble col·legiació entre Barcelona i algun dels altres tres col·legis (2 a Girona, 4 a Lleida i 6 a Tarragona), és a dir, que en el total de les defuncions hi ha 12 casos duplicats (24 registres) que suposen el 0,8% de les morts analitzades.

Els casos duplicats (dobles col·legiacions) s'han mantingut tant al numerador com al denominador en els càlculs de l'estudi. D'altra banda, s'han mantingut els valors de les variables tal com figuraven als fitxers dels col·legis, excepte en tres casos en què hi havia mancances en la data de naixement, de manera que l'edat va ser recuperada del RMC.

3.2. Descripció de la població col·legial

L'estructura per edat i sexe de la població col·legiada es mostra a la taula 1. En els anys d'estudi 2003-2009 s'ha rejuenit i augmentat la feminització del col·lectiu. Les dones eren el 42,3% del col·lectiu el 2003 i el 2009 ja eren el 46,84%. Aquest creixement percentual respecte als homes s'observa en tots els grups d'edat, però és molt més apreciable en nombres absoluts, a causa sobretot de l'augment entre el col·lectiu de les dones més joves de 35 anys (FIGURA 1). Entre els col·legiats de l'any 2003 pràcticament no hi havia dones de més de 65 anys i en canvi les menors de 35 eren més nombroses que els homes. A

més, la distribució per edat i sexe s'ha modificat força, amb una gran majoria de dones (vora dos terços) en els grups d'edat més joves.

Pel que fa a l'edat, els menors de 45 anys han passat de ser el 57,5% dels metges l'any 2003 al 65,3% de l'any 2009 i, en conseqüència, s'ha reduït el pes dels metges de més edat, sobretot els majors de 65 anys, sobre el conjunt del col·lectiu, passant del 8,2% el 2003 al 5,6% el 2009 (TAULA 1).

TAULA 1: Canvis en la distribució per sexe i en l'estructura d'edat de la població de metges col·legiats de Catalunya, 2003-2009

Edat	Distribució per sexe		Estructura d'edat	
	% dones 2003	% dones 2009	% total 2003	% total 2009
25-34	62,29	63,16	27,39	38,94
35-44	47,93	48,35	30,06	26,40
45-54	34,70	35,63	25,24	21,37
55-64	18,02	19,24	9,10	7,66
65-69	8,43	10,28	2,73	2,16
70 i més	3,83	4,81	5,49	3,47
Total	42,31	46,84	100,00	100,00

Aquesta estructura de la població col·legial i la seva evolució és força diferent de l'observada en la població general de Catalunya, que té una distribució (en termes relatius) entre els dos sexes més equilibrada i la dels grups d'edat segons sexe més semblants.

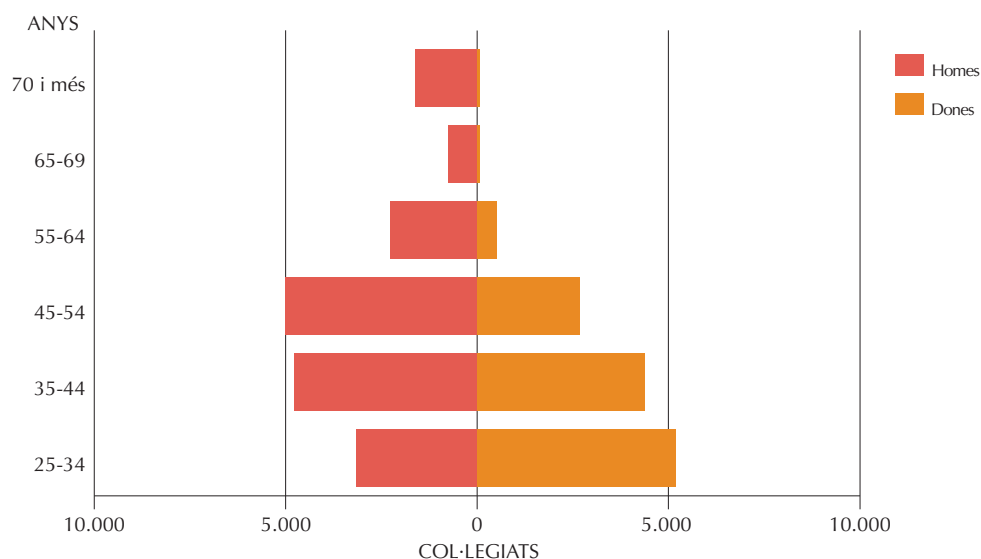
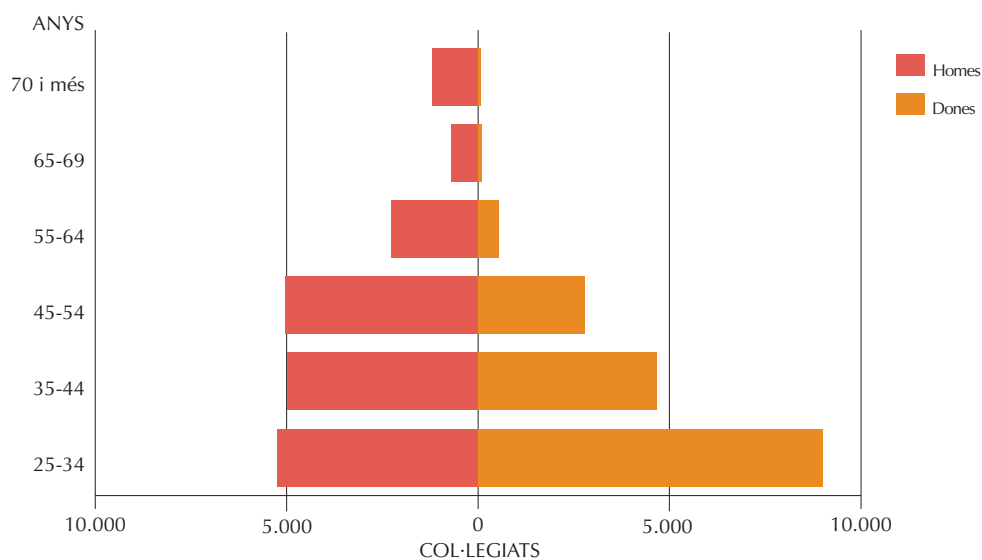
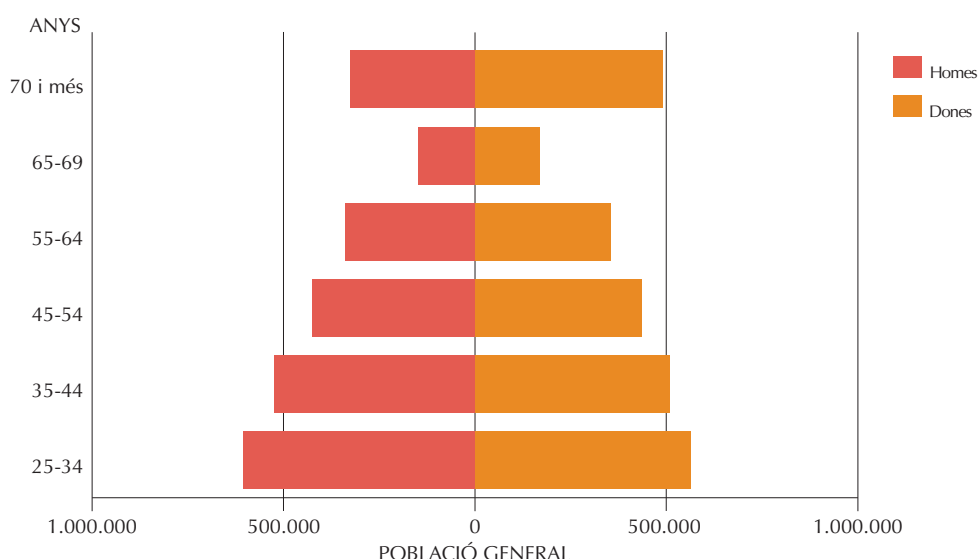
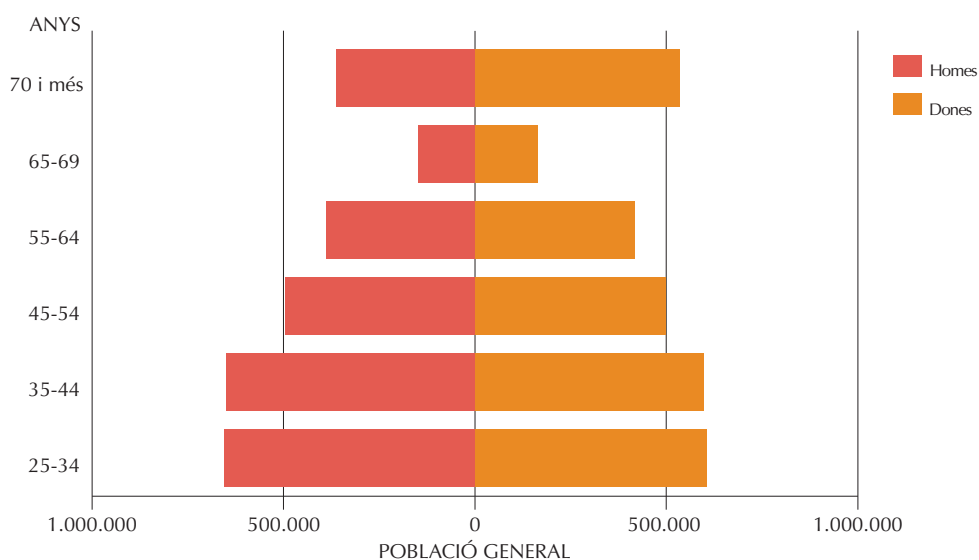
FIGURA 1: Estructura per edat i sexe de la població de metges col·legiats i de la població general de Catalunya. 2003-2009 (I)**Metges, 2003****Metges, 2009**

FIGURA 1: Estructura per edat i sexe de la població de metges col·legiats i de la població general de Catalunya. 2003-2009 (II)

Població general, 2003



Població general, 2009



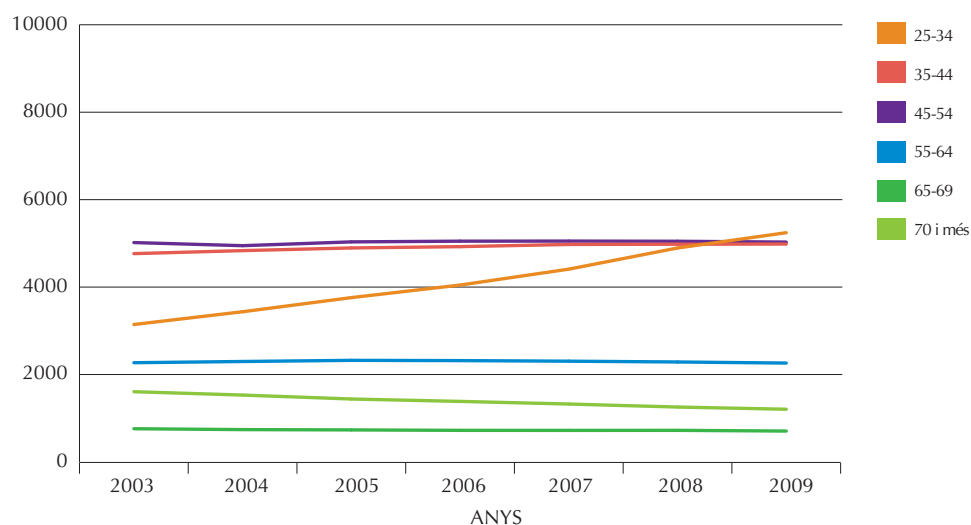
En la FIGURA 2 (evolució temporal de la població col·legial i de Catalunya per edat i sexe 2003-09) es pot apreciar quina ha estat l'evolució dels efectius de població per edat i sexe tant en la població col·legial com en la de Catalunya. Aquest rejoeniment i feminització de la professió comporta que els efectius de metges dels dos sexes tendeixin a convergir, tot i que encara és major el col·lectiu d'homes. Això és molt diferent del que passa a la població general, amb un menor creixement dels joves i un augment més im-

portant dels grups de mitjana edat (han augmentant una mica els efectius de població de 25 a 34 anys i sobretot de 35 a 44 anys), creixement amb un recorregut força paral·lel en els efectius de la població dels dos sexes, que s'ha mantingut relativament semblant en el temps.

FIGURA 2: Evolució temporal de la població de metges col·legiats i de la població general segons grup d'edat i sexe. Catalunya 2003-2009 (I)

Metges

COL·LEGIATS



Metgesses

COL·LEGIADES

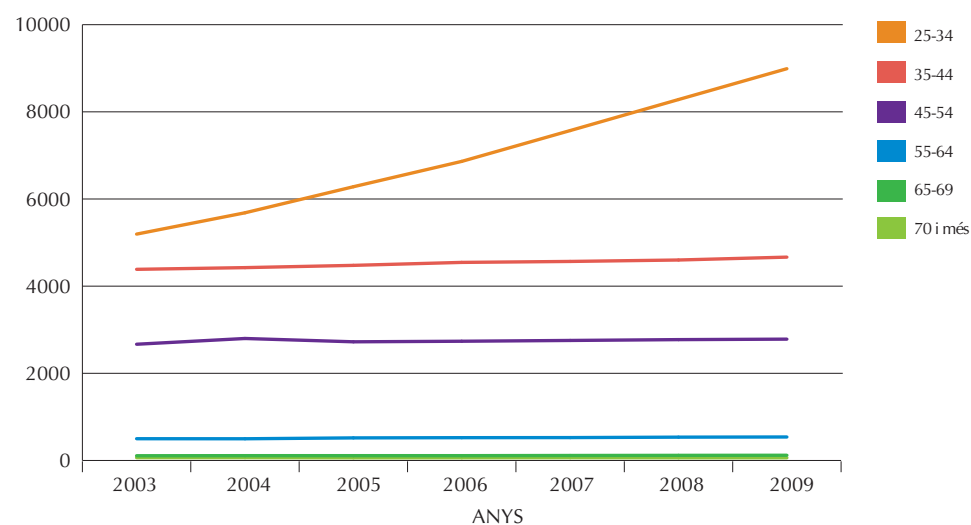
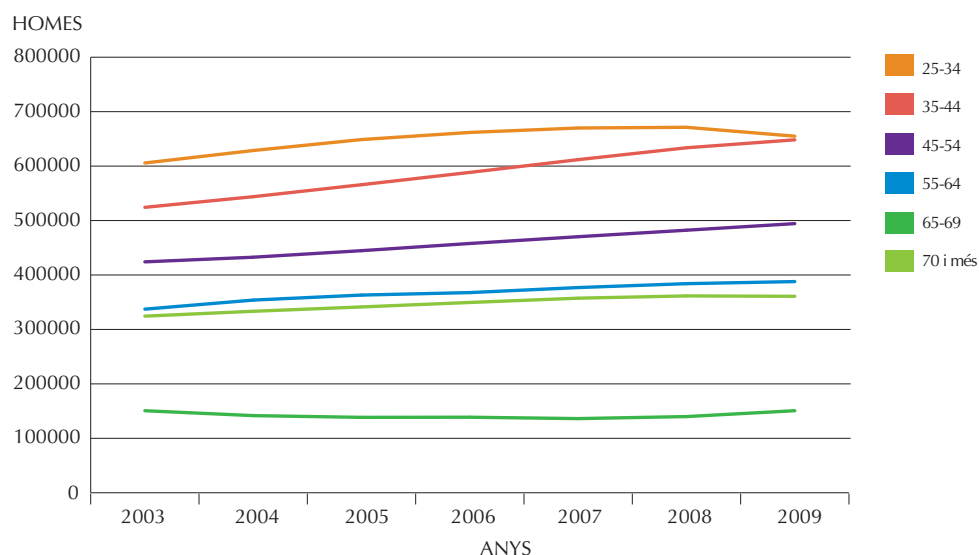
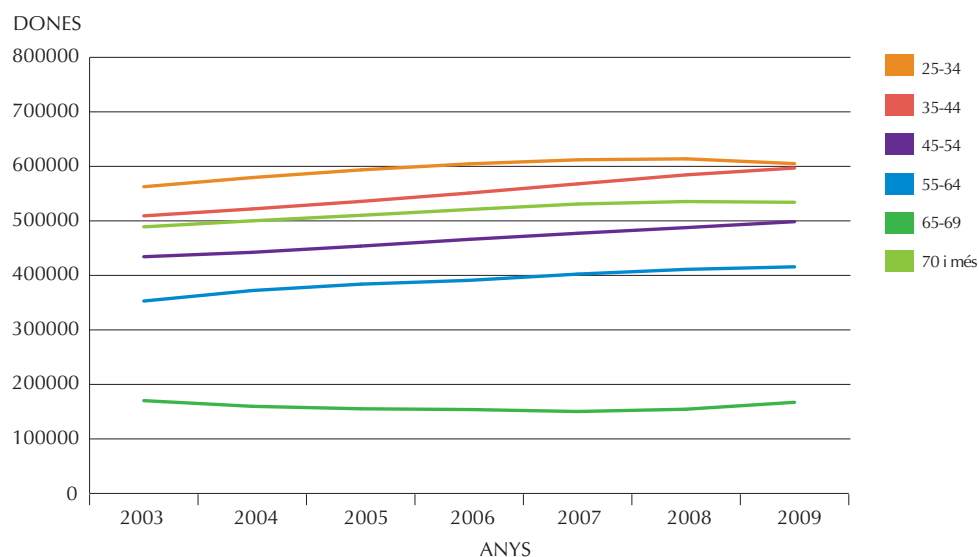


FIGURA 2: Evolució temporal de la població de metges col·legiats i de la població general segons grup d'edat i sexe. Catalunya 2003-2009 (II)

Població general, homes



Població general, dones



Aquestes observacions posen de manifest que la població dels metges no és gaire comparable a la població general de Catalunya atès que la seva composició per edat i sexe així com la seva evolució ha estat força diferent, fet que té la seva repercussió en els càlculs que s'han realitzat amb posterioritat al llarg de l'estudi. Per això, pel que fa a les diferències en l'estructura d'edats no té sentit utilitzar taxes estandarditzades per edat per comparar-les, sinó directament les específiques per edat. Tampoc pel que fa al sexe, atès que les

dones metgesses col·legiades tenen uns efectius i una estructura d'edat molt diferent de la de la població general de dones, per la incorporació més recent de les dones que els homes a aquesta professió.

Caldria destacar també que en el període analitzat l'afluència de metges d'origen estranger ha contribuït a modelar els fenòmens descrits, d'una banda, amb l'augment de metges joves col·legiats de nou, però, igualment, suavitzant l'increment del pes relatiu de les dones, atès que, de manera general, la població mèdica immigrada ha contribuït a masculinitzar el conjunt. Així, en el cas del Col·legi de Barcelona, els col·legiats estrangers, que representen el 39,2% de les noves col·legiacions en aquest període, tenen un perfil més masculí (50,7%) que els nascuts a Catalunya (27,4%) o a la resta d'Espanya (35,7%). Els col·legiats estrangers són un col·lectiu més jove que el dels nascuts a Catalunya: les franges d'edat més nombroses són les dels menors de 35 anys, i de 35 a 44 anys, que a la província de Barcelona agrupen respectivament el 31,4% i el 29,2% d'aquests col·legiats. En canvi, les franges d'edat més nombroses pels nascuts a Catalunya són les de 45 a 54 anys (31,3%) i 55 a 64 anys (21%).

TAULA 2: Població mèdica col·legiada per província i sexe. Catalunya, 2003-2009

	2003			2009		
	homes	dones	total	homes	dones	total
COM Barcelona						
Nº de metges	14.297	10.624	24.921	15.626	13.945	29.571
% horitzontal	57,4	42,6	100,0	52,8	47,2	100,0
% vertical	81,4	82,5	81,9	80,4	81,4	80,9
COM Tarragona						
Nº de metges	1.224	860	2.084	1.518	1.300	2.818
% horitzontal	58,7	41,3	100,0	53,9	46,1	100,0
% vertical	7,0	6,7	6,8	7,8	7,6	7,7
COM Lleida						
Nº de metges	837	541	1.378	918	754	1.672
% horitzontal	60,7	39,3	100,0	54,9	45,1	100,0
% vertical	4,8	4,2	4,5	4,7	4,4	4,6
COM Girona						
Nº de metges	1.206	855	2.061	1.370	1.122	2.492
% horitzontal	58,5	41,5	100,0	55,0	45,0	100,0
% vertical	6,9	6,6	6,8	7,1	6,6	6,8
TOTAL COM						
Nº de metges	17.564	12.880	30.444	19.432	17.121	36.553
% horitzontal	57,7	42,3	100,0	53,2	46,8	100,0
% vertical	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com es pot veure a la Taula 2, la població mèdica a Barcelona està lleugerament per sobre del 80% del total de Catalunya, la de Lleida representa el 5%, mentre que la de Tarragona i Girona està entre el 7-8%. Del 2003 al 2009, la proporció ha estat pràcticament constant, només s'ha incrementat un 1% la de Tarragona.

D'altra banda, també s'observa en aquesta taula que la feminització de la professió és un fenomen present a tots quatre col·legis, i passa la proporció de metgesses del 42,3% al 46,8% del total en només sis anys. Aquesta proporció és molt similar en els quatre col·legis, entre el 45% i el 47% el 2009.

3.3. Mortalitat dels metges

3.3.1. Descripció de les característiques de les defuncions

Els quatre col·legis de metges de Catalunya havien registrat entre l'1 de gener de 2000 i el 31 de desembre de 2009 un total de 1.439 defuncions. Gairebé el 81% corresponen al COM Barcelona, el 7,1% del COM Tarragona, el 7,4% del COM Girona i gairebé el 5% del COM Lleida, una distribució força proporcional al nombre de col·legiats dels quatre col·legis.

D'aquests 1.439, només el 7,5% dels morts són dones, coherent amb la piràmide poblacional del col·lectiu mèdic en els intervals d'edats més avançades.

Dins de cada col·legi, com es pot veure a la Taula 3, la proporció de defuncions d'homes i dones es manté.

TAULA 3: Distribució de les defuncions dels metges col·legiats segons sexe i província de col·legiació, país de naixement, edat de la mort. Catalunya 2000-2009

	2000-2009				2000-2009		
	homes	dones	total		homes	dones	total
COM Barcelona				Edat en la mort			
Nº de metges	1.075	89	1.164	24-54			
% horitzontal	92,4	7,6	100,0	Nº de defuncions	146	58	204
% vertical	80,8	82,4	80,9	% horitzontal	71,6	28,4	100,0
COM Tarragona				% vertical	11,0	53,7	14,2
Nº de metges	96	6	102	55-69			
% horitzontal	94,1	5,9	100,0	Nº de defuncions	232	32	264
% vertical	7,2	0,1	7,1	% horitzontal	87,9	12,1	100,0
COM Lleida				% vertical	17,4	29,6	18,3
Nº de metges	63	4	67	70 i més			
% horitzontal	94,0	6,0	100,0	Nº de defuncions	953	18	971
% vertical	4,7	3,7	4,7	% horitzontal	98,1	1,9	100,0
COM Girona				% vertical	71,6	16,7	67,5
Nº de metges	97	9	106	TOTAL			
% horitzontal	91,5	8,5	100,0	Nº de defuncions	1.331	108	1.439
% vertical	7,3	8,3	7,4	% horitzontal	92,5	7,5	100,0
País de naixement				% vertical	100,0	100,0	100,0
Espanya				Nº de defuncions	1.287	102	1.389
Nº de defuncions	1.287	102	1.389				
% horitzontal	92,7	7,3	100,0				
% vertical	96,7	94,4	96,5				
Estranger							
Nº de defuncions	44	6	50				
% horitzontal	88,0	12,0	100,0				
% vertical	3,3	5,6	3,5				

Per les dades de col·legiació de Barcelona, coneixem que els estrangers es concentren en els trams d'edat més joves, de manera que només el 3,5% del total de defuncions són d'origen estranger, 3,3% d'homes i 5,6% de dones.

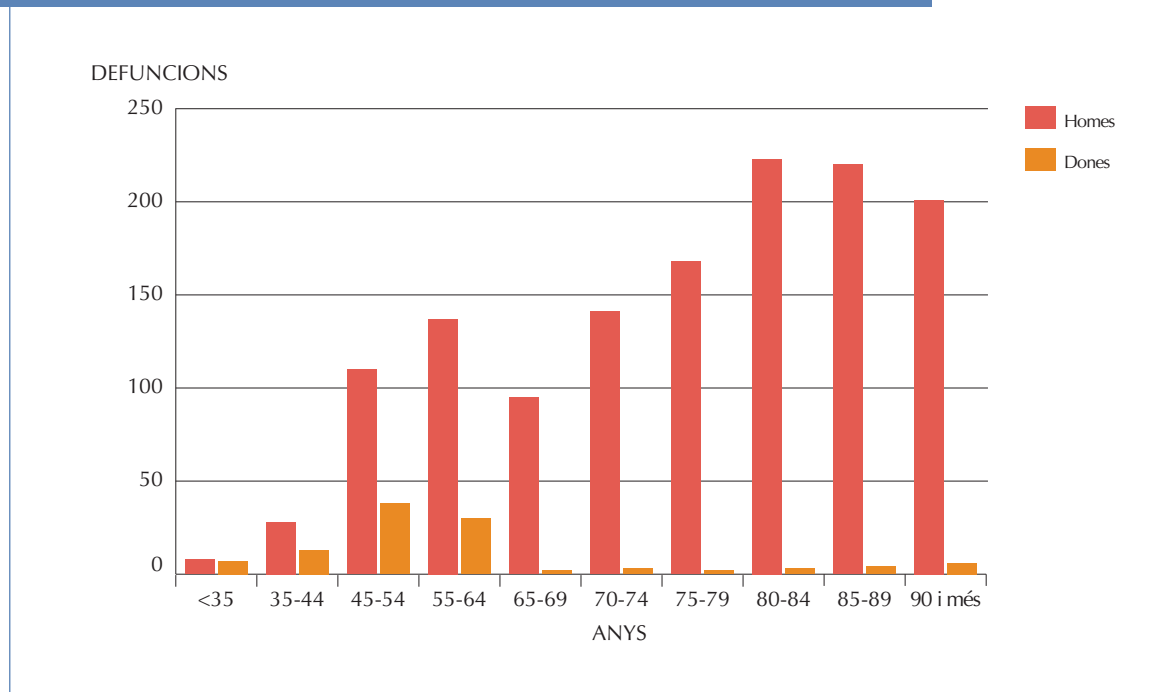
Pel que fa a l'edat en què s'ha produït la defunció, dues tercers parts dels metges han mort a partir dels 70 anys i menys del 15% abans dels 55 (TAULA 3).

Si desglossem els intervals d'edat, veiem que una quarta part dels col·legiats han mort abans dels 65 anys, encara que excepcionalment abans dels 45 (3,9%). Lògicament, la majoria de morts es concentren en edats avançades, el 45,7% per sobre dels 80 anys.

TAULA 4: Distribució de les defuncions de metges col·legiats segons edat detallada i sexe.
Catalunya 2000-2009

		2000-2009				2000-2009			
		homes	dones	total			homes	dones	total
Edat en la mort				Edat en la mort					
24-34				75-79					
Nº de defuncions	8	7	15	Nº de defuncions	168	2	170		
% horitzontal	53,3	46,7	100,0	% horitzontal	98,8	1,2	100,0		
% vertical	0,6	6,5	1,0	% vertical	12,6	1,9	11,8		
35-44				80-84					
Nº de defuncions	28	13	41	Nº de defuncions	223	3	226		
% horitzontal	68,3	31,7	100,0	% horitzontal	98,7	1,3	100,0		
% vertical	2,1	12,0	2,8	% vertical	16,8	2,8	15,7		
45-54				85-89					
Nº de defuncions	110	38	148	Nº de defuncions	220	4	224		
% horitzontal	74,3	25,7	100,0	% horitzontal	98,2	1,8	100,0		
% vertical	8,3	35,2	10,3	% vertical	16,5	3,7	15,6		
55-64				90 i més					
Nº de defuncions	137	30	167	Nº de defuncions	201	6	207		
% horitzontal	82,0	18,0	100,0	% horitzontal	97,1	2,9	100,0		
% vertical	10,3	27,8	11,6	% vertical	15,1	5,6	14,4		
65-69				TOTAL					
Nº de defuncions	95	2	97	Nº de defuncions	1.331	108	1.439		
% horitzontal	97,9	2,1	100,0	% horitzontal	92,5	7,5	100,0		
% vertical	7,1	1,9	6,7	% vertical	100,0	100,0	100,0		
70-74									
Nº de defuncions	141	3	144						
% horitzontal	97,9	2,1	100,0						
% vertical	10,6	2,8	10,0						

FIGURA 3: Distribució de les defuncions dels metges col·legiats segons edat detallada i sexe. Catalunya 2000-2009



La mitjana d'edat a la defunció en els homes és de 75,68 anys (amb una desviació de 14,38), mentre que la de les dones és de 55,77 (amb una desviació de 16,28). Per al conjunt dels dos sexes, la mitjana d'edat a la mort és semblant a la dels homes (74,19 anys) atès que aquests representen el gruix de les defuncions.

3.3.2. Taxes de mortalitat de la població mèdica per edat, evolució temporal i comparació amb la població general de Catalunya

Es calculen les taxes de mortalitat x 1000 habitants per edat de tot el col·lectiu dels quatre col·legis per a cada un dels anys de la sèrie (2003-2009).

A la TAULA 5 es mostren les estimacions poblacionals de les taxes de mortalitat dels metges, així com dels corresponents intervals de confiança al 95% i les estimacions puntuals de les taxes de mortalitat de la població general de Catalunya pels grups d'edat considerats (35-44, 45-54, 55-64, 65-69, i 70 i més anys):

TAULA 5: Taxes de mortalitat dels metges col·legiats i de la població general d'ambdós sexes.
Catalunya, 2003-2009

2003					2004				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,4	0,8	0,6	24-34	0,1	0,5	1,0	0,6
35-44	0,0	0,2	0,5	1,4*	35-44	0,0	0,4	0,9	1,2*
45-54	0,6	1,4	2,3	2,9*	45-54	1,0	1,9	2,9	2,9
55-64	2,1	4,7	7,2	6,2	55-64	2,9	5,7	8,5	6,2
65-69	0,1	4,8	9,5	12,9*	65-69	3,9	11,1	18,3	12,4
70 i més	43,0	53,9	64,7	57,0	70 i més	57,7	70,3	82,8	52,4*

2005					2006				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,2	0,5	0,5*	24-34	0,0	0,0	0,0	0,5*
35-44	0,1	0,5	1,0	1,2*	35-44	0,0	0,2	0,5	1,1*
45-54	1,0	1,9	2,9	2,9	45-54	0,5	1,3	2,1	2,8*
55-64	2,6	5,3	7,9	6,3	55-64	2,1	4,6	7,1	6,1
65-69	1,5	7,5	13,4	12,4	65-69	4,0	11,3	18,7	11,3
70 i més	59,4	72,5	85,6	56*	70 i més	51,0	63,6	76,2	51,0

2007					2008				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,2	0,4	0,4	24-34	0,0	0,1	0,2	0,4*
35-44	0,0	0,2	0,5	1*	35-44	0,1	0,5	1,0	0,9
45-54	2,2	3,5	4,8	2,8	45-54	1,7	2,9	4,1	2,7
55-64	6,2	9,9	13,5	6*	55-64	3,7	6,7	9,8	6,0
65-69	4,8	12,5	20,2	11,1	65-69	2,3	8,7	15,2	10,2
70 i més	53,2	66,3	79,4	52,4*	70 i més	63,0	77,4	91,9	52,3*

2009				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,0	0,0	0,4*
35-44	0,0	0,4	0,8	0,9*
45-54	0,9	1,9	2,9	2,6
55-64	4,0	7,1	10,3	5,7
65-69	4,0	11,4	18,8	10,3
70 i més	66,2	81,3	96,3	52,4*

Nota: Inf. i sup. expressen, respectivament, els límits inferior i superior de l'interval de confiança 95% de la taxa de mortalitat corresponent a la població de metges. L'asterisc identifica les taxes de mortalitat de la població general que queden fora de l'anterior interval de confiança.

Les estimacions de les taxes de mortalitat dels metges, juntament amb els respectius intervals de confiança, revelen que metges i població general de Catalunya presenten diferències en els grups d'edat extrems. En primer lloc s'observa que en gairebé tots els anys explorats, excepte el 2008, la taxa de mortalitat de la població de metges es mostra sistemàticament inferior a l'observada en la població general d'edats compreses entre els 35-44 anys. En segon lloc i respecte a les persones de 70 i més anys, destaca que en 5 dels 7 anys del període explorat els metges tenen la taxa de mortalitat significativament més alta que la de la població general i en els altres dos anys també, encara que sense significació estadística. Així doncs, la població de metges col·legiats presenta una mortalitat més elevada en els seus individus de més edat, però més baixa en els més joves. En la resta d'intervals d'edat no hi ha diferències entre la mortalitat de la població general i la dels metges col·legiats. Aquest fet pot ser explicat en bona mesura a l'agrupació d'edats que comporta una acumulació de casos de defunció en els darrers trams d'edat en els quals la població de metges col·legiats és alhora menys nombrosa i als intervals de confiança molt amplis en els trams d'edats joves.

Això s'observa clarament en l'evolució de les taxes de mortalitat específiques per grups d'edat i sexe que posa de manifest que les defuncions comencen a mostrar freqüències de manera més consistent a partir dels 55 anys. Atès que la majoria de les defuncions es concentren a partir dels 70 anys, el grup de 70 anys i més mostra una mortalitat molt més elevada que la resta de grups. Això succeeix tant en les taxes dels metges col·legiats (FIGURA 4) com en les de la població general de Catalunya (FIGURA 5), tot i que aquestes últimes mostren menor variabilitat pel fet que en nombre d'efectius és més elevat i, per tant, les taxes més consistents.

FIGURA 4: Evolució de la mortalitat dels metges col·legiats segons sexe i grups d'edat. Catalunya, 2003-2009 (I)

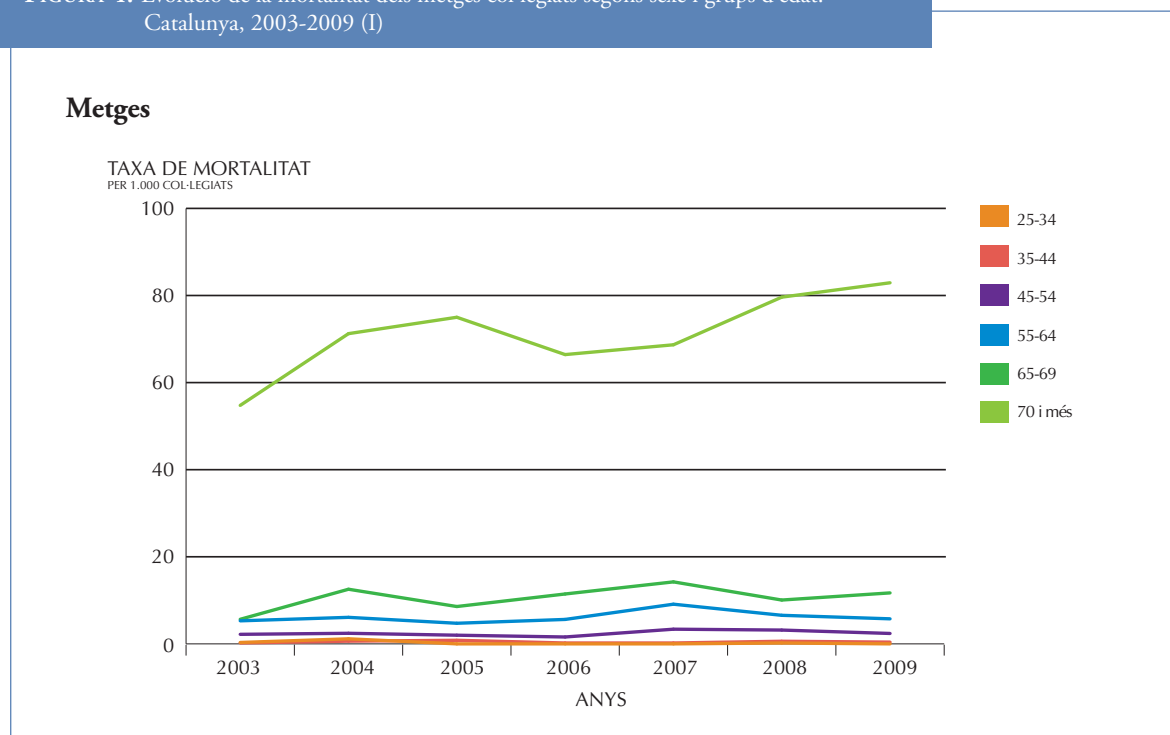
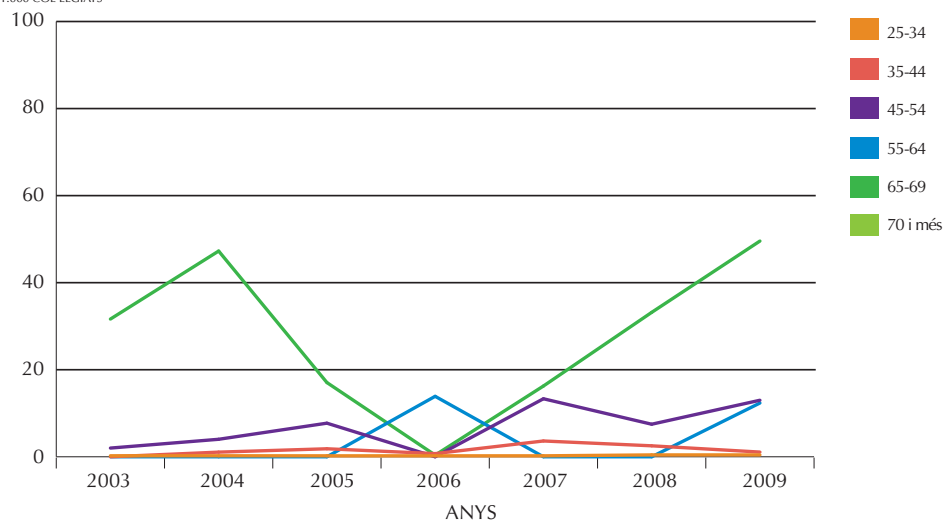


FIGURA 4: Evolució de la mortalitat dels metges col·legiats segons sexe i grups d'edat.
Catalunya, 2003-2009 (II)

Metgesses

TAXA DE MORTALITAT
PER 1.000 COL·LEGIATS



TOTAL, metges i metgesses

TAXA DE MORTALITAT
PER 1.000 COL·LEGIATS

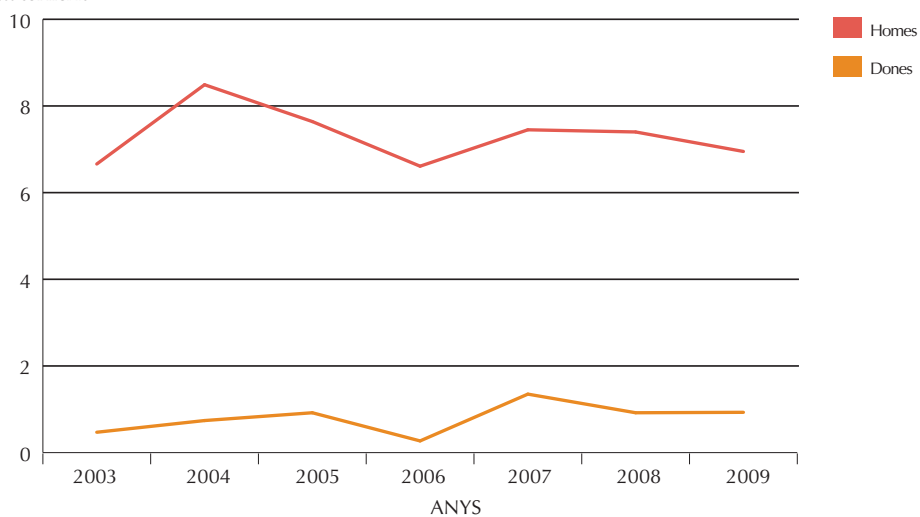


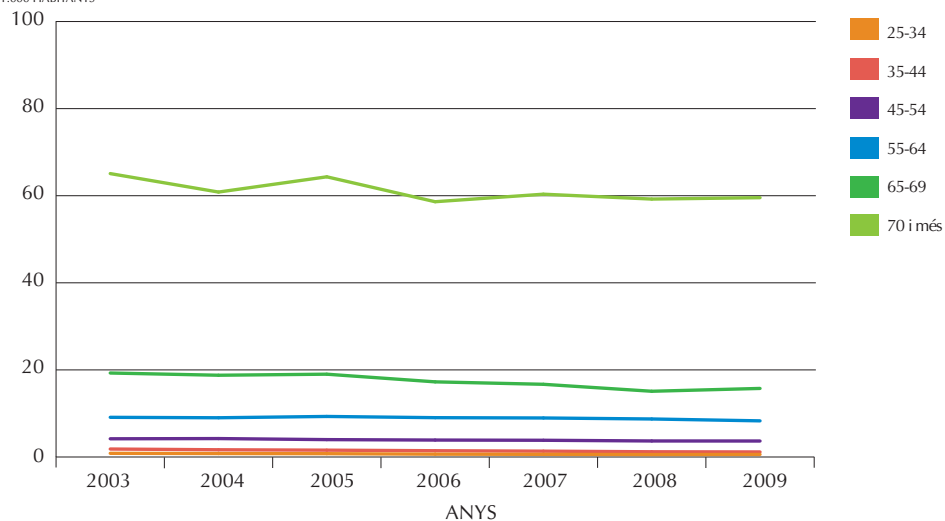
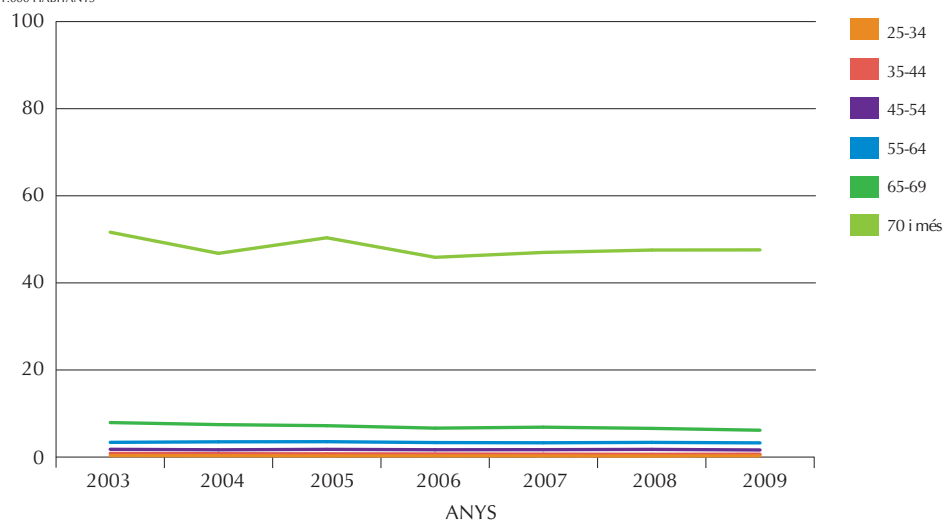
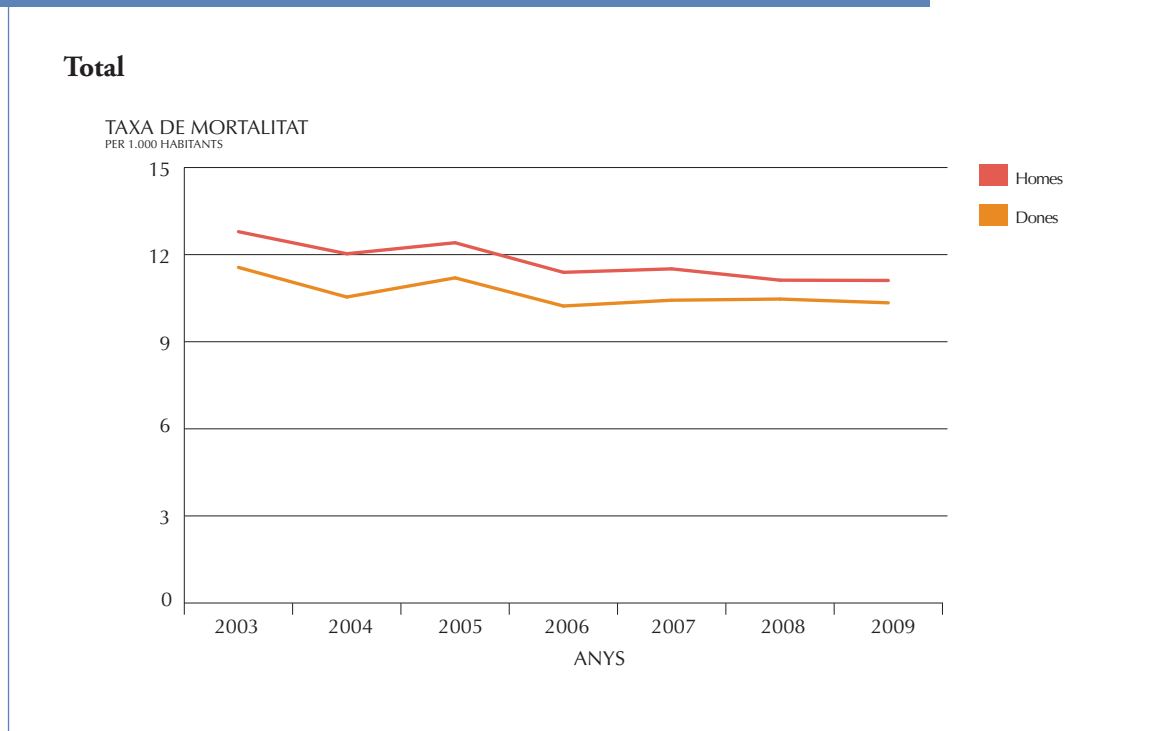
FIGURA 5: Evolució de la mortalitat de la població general segons sexe i grups d'edat Catalunya, 2003-2009 (I)**Homes**TAXA DE MORTALITAT
PER 1.000 HABITANTS**Dones**TAXA DE MORTALITAT
PER 1.000 HABITANTS

FIGURA 5: Evolució de la mortalitat de la població general segons sexe i grups d'edat Catalunya, 2003-2009 (II)



Pel que fa a les diferències per sexe, la mortalitat en els homes col·legiats és molt més alta que en les dones. El nombre de defuncions de dones entre el col·legiats és molt baix i hi ha més casos de dones joves que de grans, fet que reflecteix molt probablement la demografia del col·lectiu femení de metgesses. Per aquest motiu, malgrat que es mostrin les dades en la figura, s'ha de tenir molt present que les dades d'aquest col·lectiu no són comparables ni amb les dels homes col·legiats, ni amb la població femenina general de Catalunya.

En vista d'aquestes diferències entre les poblacions de col·legiats i de població general, es decideix aprofundir en l'anàlisi de les taxes de mortalitat entre els homes col·legiats i desglossar les defuncions de 70 i més anys en subinterval·ls d'edat de 5 anys. Per disponibilitat de les dades, es consideren només les defuncions de la població mèdica masculina de Barcelona.

A la TAULA 6 es presenten les taxes de mortalitat dels homes pertanyents a la demarcació de Barcelona, tant pel que fa als metges col·legiats com a la població general resident, segons interval·ls d'edat més detallats, ja que es disposa d'informació més precisa en aquesta població.

TAULA 6: Taxes de mortalitat dels metges homes col·legiats i de la població general d'homes.
Demarcació de Barcelona, 2000-2009 (I)

2000					2001				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,5	1,5	1,2	24-34	0,0	0,0	0,0	1*
35-44	0,0	0,7	1,5	2,1*	35-44	0,3	1,5	2,7	2,0
45-54	0,0	1,0	2,0	4,5*	45-54	0,4	1,7	3,0	4,4*
55-64	3,5	7,6	11,8	9,8	55-64	3,3	7,3	11,2	10,0
65-69	5,0	14,2	23,3	19,6	65-69	14,4	26,5	38,5	18,7
70-74	2,4	11,6	20,9	30,4*	70-74	11,2	24,3	37,3	30,4
75-79	13,5	29,1	44,8	51,5*	75-79	9,1	23,5	37,9	50,3*
80-84	36,9	66,7	96,4	87,3	80-84	24,3	48,1	71,8	86,7*
85 i més	92,5	142,1	191,8	230,8*	85 i més	67,0	110,6	154,1	215,6*

2002					2003				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,0	0,0	0,9*	24-34	0,0	0,0	0,0	0,9*
35-44	0,0	0,8	1,7	1,8*	35-44	0,0	0,3	0,9	1,9*
45-54	0,0	0,9	1,8	4,2*	45-54	0,3	1,3	2,3	4,3*
55-64	1,0	3,7	6,4	9,6*	55-64	1,8	4,7	7,6	9,4*
65-69	6,8	16,4	26,0	19,0	65-69	0,1	6,1	12,0	18,9*
70-74	10,8	23,4	35,9	30,2	70-74	13,9	27,8	41,7	29,9
75-79	24,1	43,9	63,7	51,5	75-79	13,6	29,2	44,9	51,9*
80-84	55,1	85,4	115,6	86,2	80-84	47,4	76,0	104,6	90,7
85 i més	106,4	156,1	205,8	260,6*	85 i més	65,4	105,3	145,1	282,3*

2004					2005				
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	2,1	4,2	0,8	24-34	0,0	0,0	0,0	0,8
35-44	0,0	0,7	1,6	1,7*	35-44	0,0	1,1	2,3	1,6
45-54	0,5	1,6	2,6	4,3*	45-54	0,5	1,5	2,6	4,1*
55-64	2,5	5,5	8,5	9,2*	55-64	1,2	3,5	5,8	9,5*
65-69	3,0	11,3	19,7	18,4	65-69	1,9	9,3	16,8	18,6*
70-74	15,1	29,1	43,2	27,6	70-74	5,6	15,8	26,1	28,5*
75-79	13,4	28,8	44,3	47,9*	75-79	16,5	32,8	49,1	49,1
80-84	35,3	60,3	85,4	84,8	80-84	45,6	73,3	101,0	89,4
85 i més	112,9	160,2	207,5	255,2*	85 i més	101,5	144,5	187,6	275,6*

TAULA 6: Taxes de mortalitat dels metges homes col·legiats i de la població general d'homes.
Demarcació de Barcelona, 2000-2009 (II)

	2006					2007			
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,0	0,0	0,7*	24-34	0,0	0,00	0,0	0,6*
35-44	0,0	0,4	1,1	1,5*	35-44	0,0	0,00	0,0	1,4*
45-54	0,2	1,1	2,1	4*	45-54	1,3	2,75	4,2	3,9
55-64	1,4	3,6	5,8	9,2*	55-64	3,2	5,95	8,7	9,1*
65-69	4,0	12,8	21,6	16,9	65-69	4,7	13,47	22,2	16,3
70-74	9,6	20,8	32,0	26,6	70-74	6,2	16,10	26,0	26,4*
75-79	11,3	25,6	40,0	44,2*	75-79	7,8	20,20	32,6	44*
80-84	20,6	42,2	63,8	78*	80-84	18,5	39,63	60,7	81,5*
85 i més	75,4	111,9	148,4	264,1*	85 i més	100,7	140,00	179,3	256,9*

	2008					2009			
	inf.	tx-Metge	sup.	tx-General		inf.	tx-Metge	sup.	tx-General
24-34	0,0	0,48	1,4	0,6	24-34	0,0	0,00	0,0	0,6*
35-44	0,0	0,37	1,1	1,3*	35-44	0,0	0,76	1,8	1,2
45-54	1,2	2,66	4,1	3,8	45-54	0,3	1,27	2,3	3,8*
55-64	2,0	4,26	6,5	8,8*	55-64	1,3	3,11	4,9	8,4*
65-69	0,1	5,42	10,7	14,7*	65-69	2,1	8,17	14,2	15,4*
70-74	7,5	18,00	28,5	25,6	70-74	3,2	12,17	21,1	24,8*
75-79	14,0	28,87	43,8	42,7	75-79	16,6	32,06	47,5	42,1
80-84	23,2	44,44	65,7	77,1*	80-84	20,4	40,54	60,6	76,1*
85 i més	84,7	120,63	156,6	263,5*	85 i més	86,2	120,34	154,5	247,2*

Nota: Inf. i sup. expressen, respectivament, els límits inferior i superior de l'interval de confiança 95% de la taxa de mortalitat corresponent a la població de metges de la demarcació de Barcelona. L'asterisc identifica les taxes de mortalitat de la població general que queden fora de l'anterior interval de confiança.

Tal com es pot apreciar a la taula, les taxes de mortalitat dels metges homes del Col·legi de Barcelona, juntament amb els intervals de confiança, mostren una mortalitat inferior en gran majoria de grups d'edat i de forma sistemàtica al llarg dels anys que és estadísticament significativa. També a les FIGURES 6 i 7 es cospa l'evolució seguida per la mortalitat dels metges del Col·legi de Barcelona en comparació a la dels homes de la població general resident a la província de Barcelona en els mateixos anys. Tot i que les taxes de mortalitat dels metges són inferiors i més variables s'observa que en conjunt tenen un perfil evolutiu similar. En el cas dels metges no queda tan clara la disminució temporal, a diferència de l'evolució experimentada per les taxes de la població general. Això no obstant, aquesta reducció de la mortalitat dels metges quedaria més evidenciada en la FIGURA 8 que mostra com en els anys més recents, les taxes dels grups d'edat més elevades s'han reduït.

FIGURA 6: Evolució de la mortalitat dels metges col·legiats segons grups d'edat desagregats.
Barcelona, homes, 2000-2009

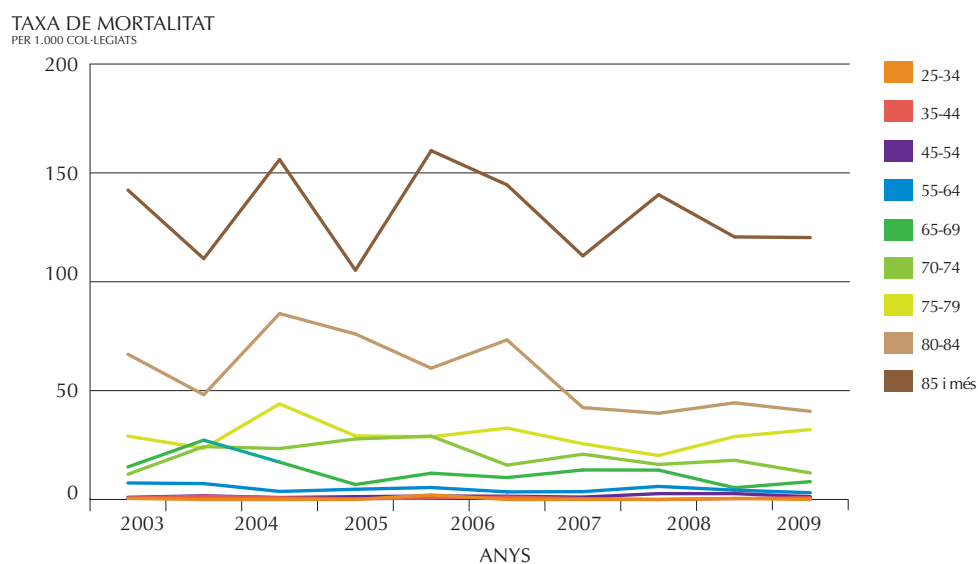


FIGURA 7: Evolució de la mortalitat de la població general segons grups d'edat desagregats.
Demarcació de Barcelona, homes, 2000-2009

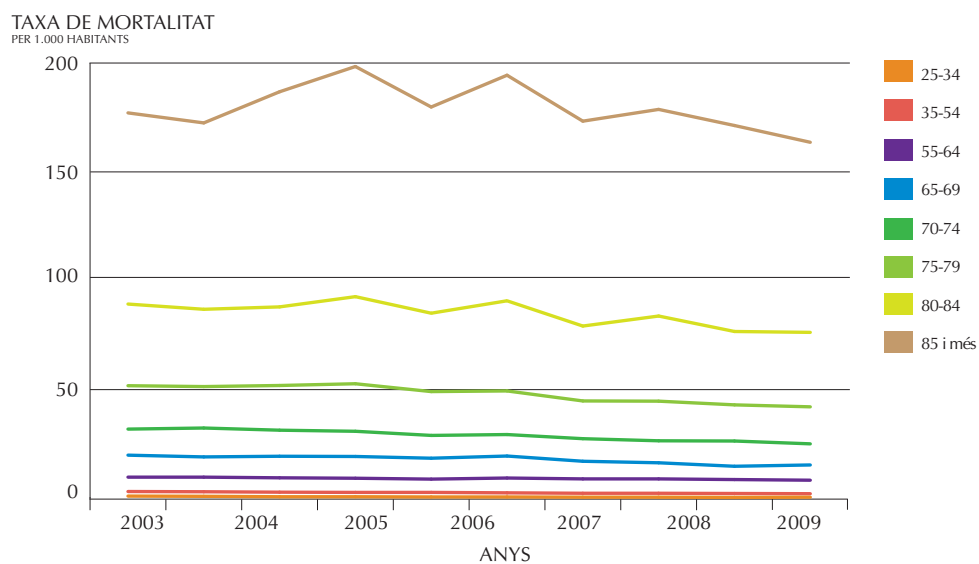
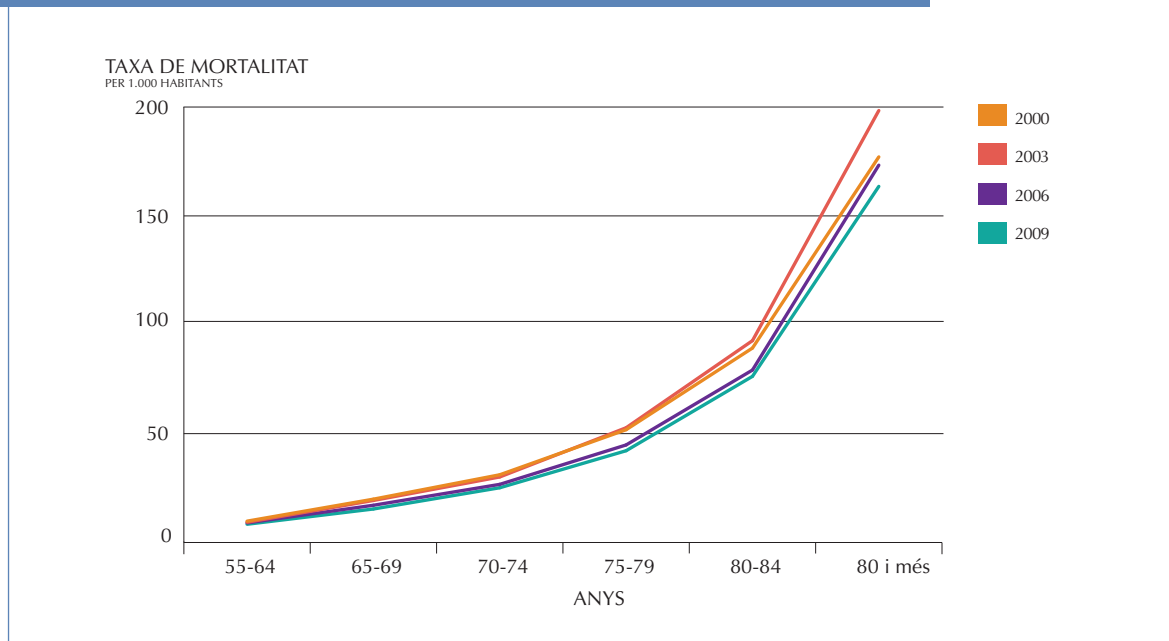


FIGURA 8: Evolució de l'estructura d'edat (majors de 55 anys) a la defunció dels metges col·legiats. Barcelona, homes. 2000-2009



3.3.3. La mortalitat segons causes

A la TAULA 7 es mostra la distribució proporcional de les causes de mort del col·lectiu de metges col·legiats dels dos sexes. Cal considerar que els efectius de defuncions en la majoria de grups, i sobretot en el cas de les dones, és inferior a 100, de manera que els percentatges són merament indicatius de la freqüència de cada causa de mort sobre el total de casos.

TAULA 7: Distribució de les defuncions del col·lectiu de metges col·legiats segons causes de mort i sexe. Catalunya 2000-2009

	2000-2009		
Causa de la mort	homes	dones	total
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó			
Nº de defuncions	116	9	125
% horitzontal	92,8	7,2	100,0
% vertical	8,7	8,3	8,7
Tumor maligne de mama			
Nº de defuncions	0	18	18
% horitzontal	0,0	100,0	100,0
% vertical	0,0	16,7	1,3
Resta de tumors			
Nº de defuncions	330	23	353
% horitzontal	93,5	6,5	100,0
% vertical	24,8	21,3	24,5
Trastorns mentals			
Nº de defuncions	21	1	22
% horitzontal	95,5	4,5	100,0
% vertical	1,6	0,9	1,5
Malalties del sistema nerviós			
Nº de defuncions	61	3	64
% horitzontal	95,3	4,7	100,0
% vertical	4,6	2,8	4,4
Malalties isquèmiques del cor			
Nº de defuncions	153	3	156
% horitzontal	98,1	1,9	100,0
% vertical	11,5	2,8	10,8
Malalties cerebrovasculars			
Nº de defuncions	91	5	96
% horitzontal	94,8	5,2	100,0
% vertical	6,8	4,6	6,7
Resta de malalties de l'aparell circulatori			
Nº de defuncions	155	7	162
% horitzontal	95,7	4,3	100,0
% vertical	11,6	6,5	11,3

	2000-2009		
Causa de la mort	homes	dones	total
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC			
Nº de defuncions	45	2	47
% horitzontal	95,7	4,3	100,0
% vertical	3,4	1,9	3,3
Resta de malalties de l'aparell respiratori			
Nº de defuncions	63	6	69
% horitzontal	91,3	8,7	100,0
% vertical	4,7	5,6	4,8
Malalties de l'aparell digestiu			
Nº de defuncions	44	5	49
% horitzontal	89,8	10,2	100,0
% vertical	3,3	4,6	3,4
Malalties mal definides i no classificables en altres grups			
Nº de defuncions	110	12	122
% horitzontal	90,2	9,8	100,0
% vertical	8,3	11,1	8,5
Suïcidis i autolesions			
Nº de defuncions	14	3	17
% horitzontal	82,4	17,6	100,0
% vertical	1,1	2,8	1,2
Resta de causes externes			
Nº de defuncions	35	6	41
% horitzontal	85,4	14,6	100,0
% vertical	2,6	5,6	2,8
Resta de causes			
Nº de defuncions	93	5	98
% horitzontal	94,9	5,1	100,0
% vertical	7,0	4,6	6,8
TOTAL			
Nº de defuncions	1.331	108	1.439
% horitzontal	92,5	7,5	100,0
% vertical	100,0	100,0	100,0

Pel que fa als homes, veiem que les causes de mort més freqüents són el grup que recull la resta de tumors malignes (24,8%), seguit de les malalties isquèmiques del cor (11,5%) i del grup que aplega la resta de malalties de l'aparell circulatori (11,6%). Cal recordar que, en el grup de malalties mal definides (8,3%), s'han inclòs, amb causa desconeguda, les defuncions que no es varen trobar al registre de mortalitat. En les dones, a més del grup esmentat de resta de tumors (21,3%), destaca el càncer de mama (16,7%) i el de bronquis i pulmó (8,3%), així com les causes mal definides (11,1%) pel mateix motiu que en els homes. A la **TAULA 8** es poden consultar les causes de mort més detallades dintre de cada un dels apartats per al col·lectiu de metges. Destaca, per exemple, que els diagnòstics més freqüents dins de l'apartat resta de tumors són els de l'aparell digestiu, seguits del de pròstata i els de vies urinàries. També que en l'apartat de trastorns mentals el diagnòstic més freqüent és la demència senil (19 de 22 casos) o que entre les malalties de sistema nerviós, l'Alzheimer aplega 25 casos (del total de 64 defuncions del grup).

TAULA 8: Defuncions dels metges col·legiats segons 73 grups de causes de mort i sexe. Catalunya 2000-2009 (I)

	Homes		Dones		Total	
	N	%	N	%	N	%
Malalties infeccioses intestinals	1	0,08	0	0,00	1	0,07
Tuberculosi de l'aparell respiratori	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Resta tuberculosi i tuberculosi antigues	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Resta de malalties infeccioses bacterianes	7	0,53	0	0,00	7	0,49
Hepatitis viral	6	0,45	0	0,00	6	0,42
Sida	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Resta de malalties infeccioses	3	0,23	1	0,93	4	0,28
Tumor maligne de cavitat bucal i faringe	5	0,38	0	0,00	5	0,35
Tumor maligne d'esòfag	7	0,53	0	0,00	7	0,49
Tumor maligne d'estómac	19	1,43	3	2,78	22	1,53
Tumor maligne de budell gros	50	3,76	4	3,70	54	3,75
Tumor maligne de recte i anus	8	0,60	1	0,93	9	0,63
Tumor maligne de fetge	10	0,75	0	0,00	10	0,69
Tumor maligne de bufeta biliar i vies extrahepàtiques	4	0,30	0	0,00	4	0,28
Tumor maligne de pàncreas	31	2,33	3	2,78	34	2,36
Altres tumors malignes digestius	3	0,23	1	0,93	4	0,28
Tumor maligne de laringe	4	0,30	0	0,00	4	0,28
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	116	8,72	9	8,33	125	8,69
Tumor maligne de pell i tumor de teixits tous	9	0,68	1	0,93	10	0,69
Tumor maligne de mama	3	0,23	18	16,67	21	1,46
Tumor maligne de coll d'úter	0	0,00	2	1,85	2	0,14
Resta de tumors malignes d'úter	0	0,00	2	1,85	2	0,14
Tumor maligne d'ovari	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tumor maligne de pròstata	39	2,93	0	0,00	39	2,71
Tumor maligne de bufeta urinària	19	1,43	1	0,93	20	1,39

TAULA 8: Defuncions dels metges col·legiats segons 73 grups de causes de mort i sexe. Catalunya 2000-2009 (II)

	Homes		Dones		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tumor maligne de ronyó i de vies urinàries	15	1,13	0	0,00	15	1,04
Tumor maligne de l'encèfal	18	1,35	0	0,00	18	1,25
Leucèmia	17	1,28	2	1,85	19	1,32
Limfoma	19	1,43	1	0,93	20	1,39
Resta tumors malignes de localització especificada	21	1,58	0	0,00	21	1,46
Tumors malignes secundaris i de localització no especificada	13	0,98	1	0,93	14	0,97
Tumors benignes	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tumor in situ, d'evolució incerta i de naturalesa no especificada	16	1,20	1	0,93	17	1,18
Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	6	0,45	3	2,78	9	0,63
Diabetis	29	2,18	0	0,00	29	2,02
Resta malalties endocrines, de la nutrició i del metabolisme	6	0,45	0	0,00	6	0,42
Trastorns mentals	2	0,15	1	0,93	3	0,21
Demència senil, vascular, i demència no especificada	19	1,43	0	0,00	19	1,32
Malaltia d'Alzheimer	23	1,73	2	1,85	25	1,74
Malalties del sistema nerviós, malalties de l'ull i malalties de l'oïda i de l'apòfisis mastoides	38	2,85	1	0,93	39	2,71
Malalties reumàtiques cròniques del cor	4	0,30	0	0,00	4	0,28
Malalties hipertensives	19	1,43	2	1,85	21	1,46
Malalties isquèmiques del cor	153	11,50	3	2,78	156	10,84
Insuficiència cardíaca	37	2,78	0	0,00	37	2,57
Resta de malalties del cor	68	5,11	2	1,85	70	4,86
Malalties cerebrovasculars	91	6,84	5	4,63	96	6,67
Arteriosclerosi	10	0,75	1	0,93	11	0,76
Resta de malalties dels vasos sanguinis i de l'aparell circulatori	17	1,28	2	1,85	19	1,32
Infeccions respiratòries agudes	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Infecció respiratòria per influença	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pneumònies i broncopneumònies	18	1,35	1	0,93	19	1,32
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	45	3,38	2	1,85	47	3,27
Resta malalties respiratòries	45	3,38	5	4,63	50	3,47
Gastritis, duodenitis i ulcus	2	0,15	0	0,00	2	0,14
Cirrosi i altres malalties del fetge	16	1,20	3	2,78	19	1,32
Resta de malalties de l'aparell digestiu	26	1,95	2	1,85	28	1,95
Malalties de la pell i teixit cel·lular subcutani	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Malalties osteomusculars i del teixit connectiu	9	0,68	0	0,00	9	0,63
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	26	1,95	1	0,93	27	1,88
Malalties dels genitals masculins, malalties dels genitals femenins i trastorns de la mama	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Complicacions del període perinatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Malalties congènites	0	0,00	0	0,00	0	0,00

TAULA 8: Defuncions dels metges col·legiats segons 73 grups de causes de mort i sexe. Catalunya 2000-2009 (III)

	Homes		Dones		Total	
	N	%	N	%	N	%
VIH+	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	110	8,26	12	11,11	122	8,48
Accidents de trànsit de vehicles a motor	9	0,68	2	1,85	11	0,76
Enverinaments accidentals	1	0,08	0	0,00	1	0,07
Accidents i complicacions medico quirúrgiques i farmacològiques	1	0,08	0	0,00	1	0,07
Caigudes accidentals	4	0,30	0	0,00	4	0,28
Ofegaments i submersions accidentals	1	0,08	0	0,00	1	0,07
Suïcidis i autolesions	14	1,05	3	2,78	17	1,18
Homicidis	0	0,00	1	0,93	1	0,07
Altres causes externes	19	1,43	3	2,78	22	1,53
Totes les causes	1331	100	108	100	1439	100

El perfil global de les causes de mort del col·lectiu de metges (és a dir, la distribució de les proporcions que suposen les diferents causes de mort sobre el total de defuncions) és bastant semblant a la del conjunt de la població catalana, sobretot en el cas dels homes. A la **TAULA 9** es pot apreciar que la freqüència de cada grup de causa és força semblant entre els metges col·legiats i els homes catalans, amb l'excepció de les causes mal definides, pel motiu ja esmentat.

En el cas de les dones la situació és semblant, tot i que més marcada per les peculiaritats del col·lectiu, com pot ser el fet d'una major proporció de càncer de pulmó, de mama i de la resta de tumors que la població general de dones i, per contra, menys morts per malalties cerebrovasculars i resta de l'aparell circulatori, atès que les defuncions reflecteixen la major joventut del col·lectiu de metgesses respecte a la població general de dones. Per tant, la mortalitat ve molt marcada per les característiques demogràfiques d'aquest col·lectiu, atès que més de la meitat de les defuncions (el 53,7%) són de dones de menys de 55 anys i per sota dels 70 anys s'inclou el 83,3 % de les defuncions, a diferència de Catalunya en què el 86,6% de les defuncions de les dones són per damunt dels 70 anys.

Això s'aprecia amb més detall a les **FIGURES 9 i 10** que mostren les causes de mort de tot el col·lectiu per grans grups d'edat i sexe i la comparació amb Catalunya. A grans trets, la distribució de la mortalitat per grans grups d'edat i causa en els metges segueix un patró semblant al de la població general masculina, amb predomini de tumors malignes i causes externes en els més joves, tumors i malalties isquèmiques del cor en les edats mitjanes i predomini de malalties de l'aparell circulatori i tumors en els més grans. Tot i això (i sense tenir en compte els apartats de "causes mal definides" i "resta de causes") alguns grups destaquen més en els metges que al conjunt de Catalunya. Aquesta dada s'ha d'interpretar amb cautela, atès que les figures mostren la distribució de les causes de mort sobre el conjunt

de defuncions, proporcions que no són indicatives de la probabilitat o risc de morir de cada població (que s'estima a partir de les taxes de mortalitat, és a dir, relacionant els casos amb la població a risc). La distribució proporcional de les defuncions segons grups de causes ens permet veure quin grup de causes aplega més casos, és a dir, és el més freqüent en cada població. Lògicament, si la distribució és diferent entre les dues poblacions hi haurà grups que aplegaran més casos (en una i altra població) i d'altres que menys, atès que el conjunt de la distribució és la unitat, sense que això signifiqui una major o menor mortalitat.

A la TAULA 10 es presenten les taxes de mortalitat per grups de causes i sexe del conjunt del període, de la població de metges col·legiats i del conjunt de Catalunya. Com era de preveure, atès que la mortalitat general és inferior en el col·lectiu professional, també la mortalitat per causes ho és en la pràctica totalitat de grups diagnòstics. En analitzar les taxes doncs, es fa palès que, malgrat que en la distribució proporcional les causes de mort dels metges tendeixen a concentrar-se més en alguns grups, la mortalitat per aquestes causes és inferior a la de Catalunya. Per exemple, és el cas dels suïcidis que aplega proporcionalment més casos entre els metges que a Catalunya o l'apartat dels tumors malignes en gairebé tots els grups d'edat, però malgrat això, les taxes de mortalitat per aquestes causes són inferiors. En resum es podria dir que el patró mostra certa tendència que les causes de mort del metges homes es concentrin més en el tumors i les malalties de l'aparell circulatori que no pas en altres tipus de causes, tot i que la mortalitat per aquestes patologies és inferior a la de la població general masculina.

En el cas de les dones (TAULA 10), destaquen com a causa majoritària de mort els tumors, fonamentalment el càncer de mama -que és també el tumor més freqüent en la població general de dones-, el càncer de pulmó i la resta de tumors, tot i això mostren unes taxes més baixes que en la població femenina de Catalunya. De tota manera, s'ha de recordar que és difícil fer altres valoracions atesos els baixíssims efectius de què es disposa.

TAULA 9: Distribució de les defuncions segons causes de mort seleccionades dels metges col·legiats i de la població general per grup d'edat i sexe. Catalunya 2000-2009 (I)

	Metges col·legiats									
Homes	25-54		55-69		70-84		85 i més		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	15	10,3	48	20,7	38	7,1	15	3,6	116	8,7
Tumor maligne de mama	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Resta de tumors	48	32,9	86	37,1	123	23,1	73	17,3	330	24,8
Trastorns mentals	0	0,0	1	0,4	7	1,3	13	3,1	21	1,6
Malalties del sistema nerviós	3	2,1	7	3,0	25	4,7	26	6,2	61	4,6
Malalties isquèmiques del cor	10	6,8	17	7,3	77	14,5	49	11,6	153	11,5
Malalties cerebrovasculars	3	2,1	9	3,9	43	8,1	36	8,6	91	6,8
Resta de malalties de l'aparell circulatori	3	2,1	14	6,0	68	12,8	70	16,6	155	11,6
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	1	0,7	3	1,3	25	4,7	16	3,8	45	3,4
Resta de malalties de l'aparell respiratori	8	5,5	7	3,0	15	2,8	33	7,8	63	4,7
Malalties de l'aparell digestiu	2	1,4	8	3,4	22	4,1	12	2,9	44	3,3
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	22	15,1	18	7,8	34	6,4	36	8,6	110	8,3
Suïcidis i autolesions	11	7,5	2	0,9	1	0,2	0	0,0	14	1,1
Resta de causes externes	14	9,6	5	2,2	9	1,7	7	1,7	35	2,6
RESTA CAUSES	6	4,1	7	3,0	45	8,5	35	8,3	93	7,0
Total	146	100	232	100	532	100	421	100	1331	100,0

	Catalunya									
Homes	25-54		55-69		70-84		85 i més		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	3145	10,1	9808	17,1	12297	8,9	1746	2,5	26996	9,1
Tumor maligne de mama	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Resta de tumors	7329	23,4	19068	33,2	34687	25,2	10305	15,0	71389	24,2
Trastorns mentals	415	1,3	496	0,9	4286	3,1	4650	6,8	9847	3,3
Malalties del sistema nerviós	668	2,1	1206	2,1	5718	4,2	3024	4,4	10616	3,6
Malalties isquèmiques del cor	2131	6,8	5882	10,2	14689	10,7	6512	9,5	29214	9,9
Malalties cerebrovasculars	932	3,0	2545	4,4	10493	7,6	6280	9,1	20250	6,9
Resta de malalties de l'aparell circulatori	2018	6,5	4294	7,5	14404	10,5	10901	15,8	31617	10,7
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	309	1,0	2222	3,9	11029	8,0	6088	8,8	19648	6,7
Resta de malalties de l'aparell respiratori	1274	4,1	1743	3,0	7055	5,1	5770	8,4	15842	5,4
Malalties de l'aparell digestiu	2383	7,6	3498	6,1	6459	4,7	2662	3,9	15002	5,1
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	1417	4,5	1110	1,9	1950	1,4	1980	2,9	6457	2,2
Suïcidis i autolesions	1550	5,0	640	1,1	659	0,5	162	0,2	3011	1,0
Resta de causes externes	4817	15,4	1721	3,0	2826	2,1	1799	2,6	11163	3,8
RESTA CAUSES	2875	9,2	3191	5,6	11113	8,1	7004	10,2	24183	8,2
Total	31263	100	57424	100	137665	100	68883	100	295235	100

TAULA 9: Distribució de les defuncions segons causes de mort seleccionades dels metges col·legiats i de la població general per grup d'edat i sexe. Catalunya 2000-2009 (II)

	Metges col·legiats									
Dones	25-54		55-69		70-84		85 i més		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	6	10,3	3	9,4	0	0,0	0	0,0	9	8,3
Tumor maligne de mama	13	22,4	5	15,6	0	0,0	0	0,0	18	16,7
Resta de tumors	13	22,4	8	25,0	2	25,0	0	0,0	23	21,3
Trastorns mentals	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	0,9
Malalties del sistema nerviós	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	20,0	3	2,8
Malalties isquèmiques del cor	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	20,0	3	2,8
Malalties cerebrovasculars	1	1,7	1	3,1	1	12,5	2	20,0	5	4,6
Resta de malalties de l'aparell circulatori	2	3,4	2	6,3	3	37,5	0	0,0	7	6,5
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	2	1,9
Resta de malalties de l'aparell respiratori	2	3,4	1	3,1	0	0,0	3	30,0	6	5,6
Malalties de l'aparell digestiu	2	3,4	3	9,4	0	0,0	0	0,0	5	4,6
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	9	15,5	3	9,4	0	0,0	0	0,0	12	11,1
Suïcidis i autolesions	3	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,8
Resta de causes externes	5	8,6	1	3,1	0	0,0	0	0,0	6	5,6
RESTA CAUSES	2	3,4	3	9,4	0	0,0	0	0,0	5	4,6
Total	58	100	32	100	8	100	10	100	108	100,0

	Catalunya									
Dones	25-54		55-69		70-84		85 i més		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	867	6,5	1080	4,5	1630	1,5	554	0,4	4131	1,5
Tumor maligne de mama	1903	14,2	2568	10,7	3599	3,3	1792	1,3	9862	3,5
Resta de tumors	4075	30,4	8954	37,3	22573	20,6	10883	8,2	46485	16,6
Trastorns mentals	102	0,8	244	1,0	5592	5,1	14038	10,6	19976	7,1
Malalties del sistema nerviós	407	3,0	991	4,1	7815	7,1	8467	6,4	17680	6,3
Malalties isquèmiques del cor	311	2,3	1313	5,5	9751	8,9	10894	8,2	22269	8,0
Malalties cerebrovasculars	532	4,0	1218	5,1	10789	9,8	14909	11,2	27448	9,8
Resta de malalties de l'aparell circulatori	681	5,1	1971	8,2	16592	15,1	29243	22,0	48487	17,3
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	117	0,9	410	1,7	3030	2,8	3948	3,0	7505	2,7
Resta de malalties de l'aparell respiratori	451	3,4	651	2,7	5680	5,2	9858	7,4	16640	5,9
Malalties de l'aparell digestiu	750	5,6	1429	6,0	5932	5,4	5523	4,2	13634	4,9
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	396	3,0	351	1,5	1836	1,7	4786	3,6	7369	2,6
Suïcidis i autolesions	532	4,0	212	0,9	239	0,2	67	0,1	1050	0,4
Resta de causes externes	1089	8,1	604	2,5	2431	2,2	3267	2,5	7391	2,6
RESTA CAUSES	1178	8,8	2010	8,4	12345	11,2	14596	11,0	30129	10,8
Total	13391	100	24006	100	109834	100	132825	100	280056	100

FIGURA 9: Distribució proporcional de les defuncions dels metges col·legiats i de la població general segons causes de mort seleccionades, per grups d'edat i sexe. Catalunya, homes, 2000-2009

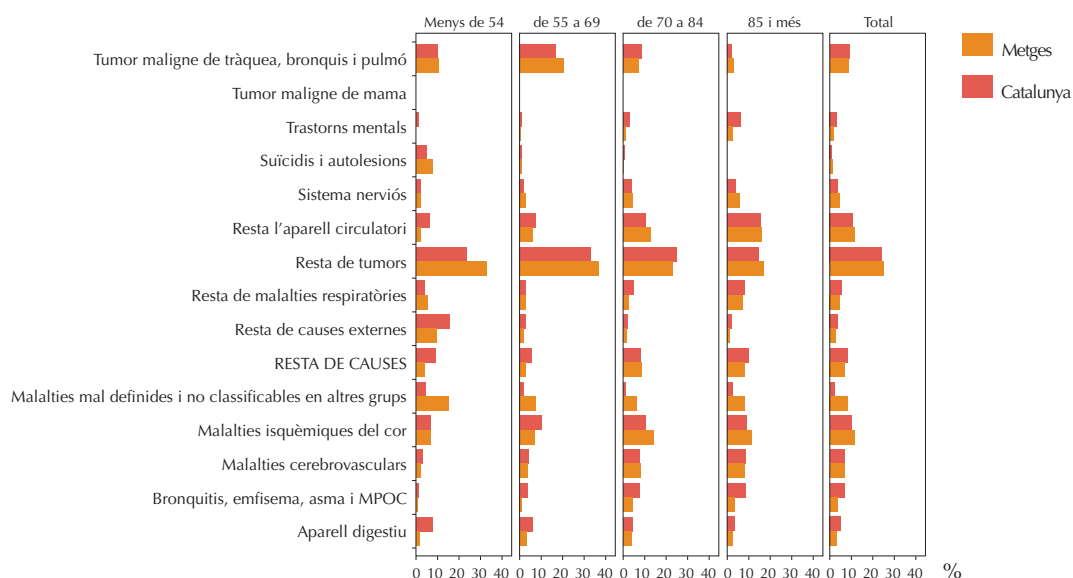
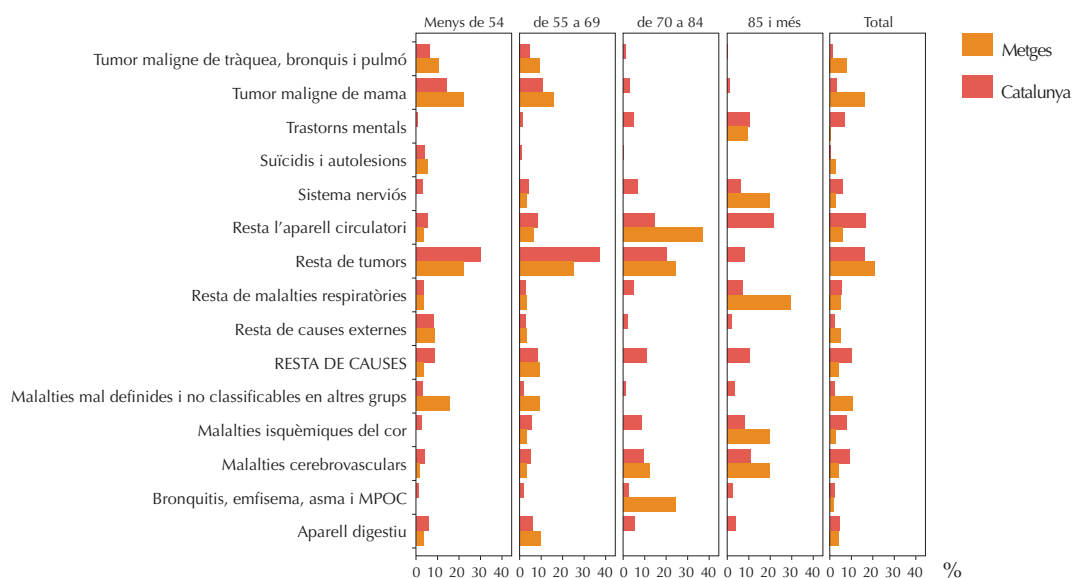


FIGURA 10: Distribució proporcional de les defuncions dels metges col·legiats i de la població general segons causes de mort seleccionades per grups d'edat i sexe. Catalunya, dones, 2000-2009



TAULA 10: Taxes de mortalitat dels metges col·legiats i de la població de Catalunya segons grups de causes i sexe. Catalunya, 2000-2009

	Distribució (%) (2000-2009)			Taxes de mortalitat per 1000 hab (2000-2009)					
	Metges			Homes		Dones		Total	
Causa de la mort	Homes	Dones	Total	Metges	Catalunya	Metges	Catalunya	Metges	Catalunya
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	8,7	8,3	8,7	0,64	0,81	0,06	0,12	0,39	0,46
Tumor maligne de mama	0	16,7	1,3	0,00	0,00	0,13	0,29	0,06	0,15
Resta de tumors	24,8	21,3	24,5	1,82	2,13	0,16	1,35	1,10	1,74
Trastorns mentals	1,6	0,9	1,5	0,12	0,29	0,01	0,58	0,07	0,44
Malalties del sistema nerviós	4,6	2,8	4,4	0,34	0,32	0,02	0,51	0,20	0,42
Malalties isquèmiques del cor	11,5	2,8	10,8	0,84	0,87	0,02	0,65	0,49	0,76
Malalties cerebrovasculars	6,8	4,6	6,7	0,50	0,61	0,04	0,80	0,30	0,70
Resta de malalties de l'aparell circulatori	11,6	6,5	11,3	0,85	0,94	0,05	1,41	0,50	1,18
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	3,4	1,9	3,3	0,25	0,59	0,01	0,22	0,15	0,40
Resta de malalties de l'aparell respiratori	4,7	5,6	4,8	0,35	0,47	0,04	0,48	0,21	0,48
Malalties de l'aparell digestiu	3,3	4,6	3,4	0,24	0,45	0,04	0,40	0,15	0,42
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	8,3	11,1	8,5	0,61	0,19	0,09	0,21	0,38	0,20
Suïcidis i autolesions	1,1	2,8	1,2	0,08	0,09	0,02	0,03	0,05	0,06
Resta de causes externes	2,6	5,6	2,8	0,19	0,33	0,04	0,21	0,13	0,27
RESTA CAUSES	7	4,6	6,8	0,51	0,72	0,04	0,88	0,31	0,80
Total	100	100	100	7,34	8,82	0,77	8,14	4,48	8,48

4. Discussió dels resultats

La demografia dels col·legiats ha canviat en els darrers vint anys

Encara que no sigui un reflex exacte del que ha passat al context social del nostre país, la composició de la col·lectivitat mèdica ha experimentat una important transformació. Els trets bàsics es concentren en el rejuveniment i la feminització dels professionals. Els dos factors, a més, estan estretament relacionats, atès que el major nombre de metges joves es deu en bona part a la massiva incorporació de dones entre els llicenciats de nou que comencen a exercir. També al fet que s'han incorporat un bon nombre de professionals d'origen estranger, que han incrementat els grups d'edat més joves i mitjans del col·lectiu. Aquests canvis han estat una mica més marcats que els que ha sofert la població general, tot i això, l'actual distribució del col·lectiu mèdic, comparat amb la població general, és força diferent: la proporció de dones respecte als homes encara és baixa (sobretot en els grups d'edat més elevada) i en l'estructura d'edat dels metges té menys pes la població d'edat elevada (sobretot en les dones) que en la població general.

Aquests canvis demogràfics segur que han anat acompanyats d'altres variacions en aspectes socials i laborals, que hi tenen una estreta relació tal com va posar de manifest l'estudi de la professió mèdica de Barcelona, realitzat el 2003 (1). Trets que s'hauran de seguir de prop, atès el seu impacte potencial sobre les condicions de vida i la salut dels professionals (2).

La mortalitat dels metges és més baixa, en tots els grups d'edat, que la de la població de Catalunya (resultats principalment pels homes).

Els resultats per grans grups d'edat posen en relleu que la mortalitat dels homes metges és inferior a la mortalitat de la població general masculina. Aquest fet coincideix en la majoria d'estudis en què es fa aquesta comparació. Les raons adduïdes tenen a veure amb la composició social del col·lectiu mèdic, que pertany més aviat a grups socials més benestants que la població en els seu conjunt (1). Aquest argument és consistent amb els resultats de l'estudi sobre la salut dels metges catalans publicat el 2007 (2), que posava de manifest que la percepció dels metges sobre la seva salut és semblant a la de la població general de la mateixa classe social i millor que la del conjunt de la població ocupada. També es pot justificar en part pel fet que són més conscients dels riscos que poden suposar sobre la salut alguns hàbits, com el tabac i el consum d'alcohol o l'alimentació i, per tant, els seus estils de vida serien més saludables. Aquest fet queda

palès en els resultats de l'enquesta de salut esmentada, que mostra que el consum d'aquestes substàncies és molt inferior en els professionals mèdics que en la població general ocupada, també per als dos sexes.

D'altra banda, tot i que les dades no permeten copsar una tendència clara en l'evolució temporal de la mortalitat dels metges durant aquest període, sembla que s'aprecia que l'edat a la defunció ha anat augmentant amb el temps, sobretot en els darrers anys. Aquest fet és coherent amb l'evolució que experimenta la mortalitat de la població general, sobretot la masculina, en què es va posposant l'edat en la qual es presenten la major part de les defuncions i augmenta l'esperança de vida del conjunt (3).

En relació amb altres estudis publicats sobre la mortalitat dels metges, hi ha una amplíssima coincidència en el fet que aquesta és inferior a la de la població general del mateix sexe (4-7), que la del mateix grup social i que la de la població ocupada. També, com en el present treball, en algun d'aquests estudis es menciona que ha estat difícil treure conclusions sobre la mortalitat de les metgesses pel fet que el nombre de defuncions és encara petit atenent a la més recent incorporació massiva de la dona a la professió.

Els metges moren per les mateixes causes de mort que la població general del seu grup d'edat i sexe

Cal considerar el fet que en el patró de la mortalitat per causes no hi hagi grans diferències entre la mortalitat dels metges i la mortalitat del conjunt de la població, concretament la masculina. En general, les causes de mort més freqüents en el conjunt de la població masculina també són les més freqüents dels metges, tot i lleugeres diferències en algunes causes que podrien estar justificades per aquesta distinta composició social i educativa.

Així, en termes de la distribució proporcional de les causes de mort, s'observa que hi ha una proporció més elevada de morts en el grup d'altres tumors i suïcidis en els metges abans dels 70 anys i relativament més malalties isquèmiques del cor en els més grans d'aquesta edat. En aquests grups d'edat elevada és on es pot fer palès l'efecte dels hàbits antics com el tabaquisme, més freqüents entre els metges d'anteriors generacions i que ja es van posar en evidència als primers estudis realitzats sobre aquest col·lectiu professional, com el clàssic de Peto i Doll (4). No obstant això, també s'ha de tenir en compte que més recentment alguns estudis han posat de manifest una mortalitat inferior en els metges vinculada a estils de vida més sans (8,9), un consum moderat d'alcohol, principalment pel que fa a les causes isquèmiques del cor (10). Aquest fet, que és important des del punt de vista de la prevenció i la conscienciació sobre els riscos més freqüents en el mateix col·lectiu, en termes generals no sembla que hagi de ser un problema important focalitzat en aquest grup, atesos els hàbits posats de manifest en altres treballs i perquè, malgrat tot, la mortalitat per aquestes causes és en realitat inferior a la del conjunt de la població general.

Pel que fa a les dones, el patró de causes de mort està molt condicionat per la demografia i, com s'ha esmentat, pel baix nombre de casos, i destaquen com a causes més rellevants els tumors de mama i de pulmó, causes també més freqüents en la població general femenina de mitjana edat i força vinculades a

la situació socioeconòmica en el primer cas i al tabaquisme en l'altre, en increment durant els darrers vint anys entre les dones.

D'altra banda, els estudis que relacionen determinades causes de mortalitat no només amb la professió mèdica sinó també entre diferents especialitats, mostren algunes particularitats del patró de mortalitat. Algunes d'aquestes malalties podrien estar lligades a riscos vinculats a la pràctica professional, com el de la cirrosi hepàtica en els anestesiòlegs, el càncer en els radiòlegs, tot i que les evidències són contradictòries (11,12,13) i els suïcidis en diferents especialitats (13). Malauradament, aquest aspecte no ha estat possible d'estudiar en aquest treball atès que en més de la meitat dels casos hi mancava la informació sobre l'especialitat.

La mortalitat per suïcidi és inferior en els metges que en la població general

Una de les causes de mort que crida més l'atenció és la mortalitat per suïcidi. Atès que nombrosos estudis realitzats en la comunitat mèdica en l'àmbit internacional han posat de manifest un risc de mortalitat per aquesta causa superior a la població general, el tema del suïcidi requereix una menció especial. En la majoria de treballs en què s'estudia la mortalitat per suïcidi de grups de professionals sanitaris diversos es compara amb altres grups de població (altres professions, la situació de la població general de la mateixa classe social, la població general activa, etc.) (13-16). També, depenent de l'estudi, es fan servir diferents mesures d'estimació de l'excés de mortalitat com són la raó estandarditzada de mortalitat proporcional i les raons de taxes estandarditzades (o índex de mortalitat estàndard). En els resultats dels conjunt d'aquests treballs cal destacar que, en general, s'observa una mortalitat proporcional per suïcidi més alta en els metges (i/o altres professions sanitàries) tant en homes com en dones, tant si es compara amb altres grups professionals (encara que no en exclusiva) com amb la població general (17-18). Quan s'utilitzen les taxes de mortalitat o les raons estandarditzades (SMR) la situació ja no és tan clara. Alguns estudis troben una mortalitat per suïcidi superior en els homes (14) o en els dos sexes (15,18), però d'altres tan sols (i/o molt especialment) en les dones i, fins i tot en alguns casos, la mortalitat per aquesta causa en el metges homes és inferior a la de la població general (13,16,17).

Els resultats obtinguts en el present treball confirmen aquesta darrera opció, en els dos sexes, tot i que en el cas de les dones no s'haurien de valorar, per ser els nombres massa petits. Així, la distribució proporcional de les defuncions posa de manifest que el suïcidi és una causa de mort relativament freqüent en els metges, tenint en compte el conjunt de morts i més freqüent del que proporcionalment ho és en la població general. Però que hi hagi una proporció més alta de morts per suïcidi en el col·lectiu mèdic no vol dir que hi hagi un excés de mortalitat per aquesta causa, simplement pot voler dir que hi ha menys morts per altres causes, comparativament amb el que succeeix a la població de referència. De fet, com es veu en el càlcul, la taxa de mortalitat (és a dir, el risc de morir) per aquesta causa és menor en els metges que en la població general. Aquesta diferenciació és important i pot explicar en part algunes de les contradiccions observades entre els estudis de suïcidi en la població sanitària.

Així mateix, entre altres factors a tenir en compte en interpretar aquests resultats i -sobretot- en comparar-los amb altres estudis (sense determinar l'ordre d'importància), cal considerar la definició del que es considera suïcidi, atès que hi ha força variabilitat, depenent si s'inclouen o no altres causes externes de mort amb intencionalitat o especificitat del mecanisme de mort indeterminades. També la fiabilitat del diagnòstic de la causa de la mort, en un grup especialment sensible en l'acte mèdic de la certificació de la defunció, que pot comportar diferències d'informació respecte de la població general amb la qual es compara.

A més, cal considerar els factors que podrien justificar un hipotètic major risc de suïcidi entre els professionals de la salut. Algun estudi ha descartat el fet que l'accés més fàcil als mitjans per suïcidar-se determini un major risc de mort per aquesta causa (19), sinó que més aviat es planteja que hi puguin tenir un paper tant els nivells elevats d'ansietat i depressió en els professionals com les limitacions en l'accés als serveis sanitaris (20) (sense barreres autoimposades (21)), factors que podrien ser modificables amb intervencions específiques (22).

Finalment algun treball no descarta tampoc la hipòtesi que el nombre important d'estudis en què s'observa una taxa més elevada de suïcidi entre els metges es degui a problemes de metodologia com ara un biaix de publicació (17). Aquest tema, doncs, no està tancat i segurament requeriria un altre tipus de disseny d'estudi per analitzar-lo amb més profunditat.

Algunes limitacions de les dades

El treball que s'ha realitzat té algunes limitacions, que s'han de tenir en compte quan s'interpretin els resultats, principalment per causa de la manca d'algunes dades. Les principals són les relatives a la composició de la població col·legiada per grups d'edats, que no es disposa completa en alguns anys i col·legis i també la falta d'informació desagregada per edats més enllà dels 69 anys. Aquest fet ha comportat que l'anàlisi no s'hagi pogut fer de manera homogènia per tot el període i per tots els col·legis, a més de limitar l'anàlisi de la mortalitat, en no poder-se calcular les taxes ajustades per edat. Aquesta anàlisi més detallada té interès pel fet que la majoria de defuncions es produeixen a partir del 70 anys i, per tant, permetria copsar millor quin és el patró de causes de mort dels metges jubilats. Tot i això, s'han usat les dades dels metges homes del Col·legi de Barcelona per aquesta anàlisi, fet que ha permès visualitzar que en els darrers anys encara s'està allargant la supervivència dels col·legiats d'edats més grans.

D'altra banda, la taxa de mortalitat tan baixa obtinguda en el col·lectiu de metges col·legiats, comparada amb la del conjunt de la població de Catalunya, s'ha de mirar amb una certa cautela, atès que no es pot descartar completament alguna manca d'exhaustivitat en el nombre de defuncions dels col·legiats registrades pels col·legis. Tot i que aquesta falta de casos de mort no és probable, atès que la notificació de la defunció dels col·legiats acostuma a comportar alguns tipus de bonificacions des del punt de vista administratiu i econòmic, la seva existència implicaria que les taxes de mortalitat dels metges poguessin estar

una mica infraestimades. Tot i això, les taxes difícilment arribarien a superar la mortalitat de la població general, en concordança amb el que mostren les referències bibliogràfiques sobre el tema, en la immensa majoria dels estudis consultats.

Així mateix, en comparar la mortalitat dels metges amb la de la població general de Catalunya, cal no oblidar que el patró de les defuncions segons causa de mort és una distribució proporcional de cada causa sobre el conjunt de les defuncions de cada col·lectiu, de manera que un grup de causes que aplega més casos sempre queda compensat per d'altres amb freqüències menors. Això és molt important atès que no sempre els diagnòstics de la causa de la mort són prou precisos, i les causes mal definides poden aplegar una freqüència de casos diferent d'una població a una altra. Aquest fet podria justificar per si mateix les diferències de proporcions en altres grups de causes de mort entre les dues poblacions. A més, atès que la mortalitat global dels metges és molt inferior a la de la població general, encara que percentualment algunes causes siguin més freqüents en els metges, la taxa de mortalitat per aquestes causes (és a dir, el risc de mort) en els metges és més baixa que en la població general, tal com s'ha comentat en el cas del suïcidi.

També cal tenir present, com s'ha esmentat a bastament, que la població col·legial no és estrictament comparable amb la població general de Catalunya, atesa la diferent composició per sexe, edat, condició social i l'evolució dels seus efectius en el temps. Tot i això, és important des del punt de vista epidemiològic tenir un punt de referència per comparar i és millor que aquesta comparació es faci amb una població del mateix entorn geogràfic i cultural, atès que molts dels riscos per la salut a què està sotmesa la població col·legial, a banda del que comporta la seva professió (medi ambient, hàbits i estils de vida), són compartits amb el seu entorn. Per aquesta raó, considerem que els resultats obtinguts són força consistents i permeten tenir una visió prou acurada de la mortalitat del conjunt del col·lectiu.

5. Conclusions

La mortalitat dels metges és més baixa que la de la població general de les mateixes característiques, la qual cosa posa de manifest que la salut d'aquest col·lectiu, a grans trets, es troba en una bona situació, tal com ja han evidenciat la majoria d'estudis en altres àmbits o països i també en la línia de les conclusions de l'estudi específic de salut dels metges catalans.

A més, el patró de mortalitat per causa no difereix excessivament del de la resta de la població. Tot i això, hi ha alguns resultats remarcables perquè assenyalen algunes diferències i particularitats pel col·lectiu. Destaca el grup dels tumors (que n'inclou de diversa localització) i els suïcidis en els metges de menys de 70 anys i les malalties isquèmiques del cor en els més grans d'aquesta edat. Tot i que com hem vist la mortalitat per aquestes causes és inferior a la de la població general, són causes que s'haurien de prioritzar des del punt de vista de la prevenció i/o de la detecció precoç, atès que podrien estar relacionades amb la feina –i, per tant, d'alguna manera es podrien considerar malalties lligades al seu lloc de treball– i també perquè són susceptibles d'algunes intervencions preventives.

Com han posat de manifest diversos estudis, el càncer pot ser més freqüent en algunes especialitats. També el nivell d'estrès, ansietat i depressió, que sovint és elevat en aquest col·lectiu, és troba en la base de les ideacions i intents de suïcidi, en un col·lectiu que -encara que no sigui un factor determinant- té coneixements i accés als mitjans per dur-lo a terme. Finalment, com també s'ha remarcat recentment, alguns factors sistemàtics que limiten l'accés als serveis sanitaris d'aquest col·lectiu (com ara creure que no necessiten un metge de referència, sentir-se avergonyits per si resulta ser un problema trivial o aspectes lligats a la confidencialitat) poden ser determinants perquè aquests professionals busquin i rebin una atenció mèdica correcta i precoç i s'haurien de poder corregir mitjançant un abordatge que tingui en compte la situació especial per aquest col·lectiu.

Finalment, aquest estudi aporta un nou coneixement sobre la situació de salut i malaltia dels professionals sanitaris del nostre entorn, que pot ajudar a situar una mica millor en el nostre context alguns temes relatius a la seva salut i que fins ara només coneixíem per estudis realitzats en altres llocs. Fins a la data no tenim documentat cap altre treball similar en el nostre entorn, per tant, creiem que aquest és el primer estudi sobre la mortalitat dels metges al nostre país. Les conclusions permeten afirmar que la situació dels metges catalans és bona, millor que la de la població general de les seves mateixes característiques i en la

línia del que succeeix al col·lectiu en l'àmbit internacional. Aquest primer pas ha de permetre aprofundir en algunes qüestions no resoltes per la manca de dades o per la complexitat del tema i hauria de poder guiar algunes de les actuacions preventives, de consell i de suport dirigides als professionals.

6. Bibliografia

1. Rodríguez J.A., Bosch J.L. Els metges de Barcelona a *l'inici del nou mil·lenni*, Universitat de Barcelona i COMB, març 2004. <http://www.ub.edu/epp/prof/estudi.pdf>
2. Rohlf I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrel C, Fuentes M, Valls C. *Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*. Barcelona: CAPS, Fundació Galatea, novembre 2007. http://www.fgalatea.org/pdf/salut_cat.pdf
3. Servei d'Informació i Estudis Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2010. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, maig 2012. <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=26529ef5f40cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=26529ef5f40cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
4. Doll R, Bradford-Hill A. *The mortality of doctors in relation to their smoking habits*. Br Med J 1954;1(4877):1451-1455.
5. Juel K, Mosbech J, Hansen E S. *Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992*. Int J Epidemiol 1999;28:456-460.
6. Frank E, Biola H, Burnett C. *Mortality rates and causes among US physicians*. Am J Prev Med 2000;19 (3):155-159.
7. Ciriacos C, Rodriguez Almada H, Turnes AL. *Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002*. Rev Med Urug 2006;22:277-286.
8. Ullman D, Phillips R, Beeson WL, Dewey HG, Brin BN, Kuzma JW, Mathews CP, Hirst AE. *Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles*. JAMA 1991;265 (18):2352-2359.
9. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. *Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors*. BMJ 1994;309:311

10. Djoussé L, Gazino JM. *Alcohol consumption and heart failure in hypertensive US male*. Am J Cardiol 2008;102(5):593-597.
11. Lollis SS, Valdes PA, Li Z, Ball PA, Roberts DW. *Cause specific mortality among neurosurgeons*. J Neurosurg 2010;113:474-478.
12. Berrington A, Darby SC, Weiss HA, Doll R. *100 years of observation on British radiologists: mortality from cancer and other causes 1897-1997*. Br J Radiol 2001;74:507-519.
13. Carpenter LM, Swerdlow Aj, Fear NT. *Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20.000 NHS hospital consultants*. Occup Environ Med 1997;54(6):388-395.
14. Rimpela A, Pulkkinen P, Nurminen M, Rimpela M, Valkonen T. *Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge?* The lancet 1987;329(8524):84-86.
15. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. *A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors*. Br J Psychiatr 1996;168:274-279.
16. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. *Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995*. J Epidemiol Community health 2001;55:296-300.
17. Schernhammer ES, Colditz GA. *Suicide rates among physicians: a quantitative gender assessment (meta-analysis)*. Am J Psychiatry 2004;161:2295-2302.
18. Meltzer H, Griffiths C, Brock A, Rooney C, Jenkins R. *Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005*. Br J Psychiatry 2008;193:73-76.
19. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. *Suicide by occupation: does access to means increase the risk?* Aus N Z J Psychiatry 2010;44(5):429-434.
20. Middleton J L. *Today I'm grieving a Physician Suicide*. Ann Fam Med 2008;6:267-269.
21. Kay M, Michell G, Clavarino A, Doust J. *Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience*. Br J Gen Pract 2008;58(552):501-508.
22. Isakson K, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. *Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study*. BMJ 2008;337a2004.

Estudi sobre la mortalitat dels metges a Catalunya

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Jaume Padrós i Selma

Gerència:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinació de programes:

Sra. Anna Mitjans Garcés

Suport administratiu:

Sra. Marta Anglès Traserra

DEPARTAMENT DE SALUT

Director General de Planificació i Recerca en Salut:

Dr. Carles Constante i Bieitia

Directora General d'Ordenació i Regulació Sanitàries:

Dra. Roser Vallès i Navarro

Subdirector General de Planificació Sanitària:

Ricard Treserras i Gaju

PATRONAT**President:**

Dr. Jaume Padrós i Selma

Vicepresident 1r del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vocals:

Dra. Leonor Ancochea Serraïma

Directora de l'Equip d'Atenció Primària Dreta de l'Eixample

Dra. Pilar Arrizabalaga Clemente

Secretària del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Ramon Balius Juli

Metge jubilat del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Joan Conesa Garrido

Gerent del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dra. Roser Garcia Guasch

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

Dr. Frederic Mallol Mirón

Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Tàrragona

Dra. Núria Nadal Braqué

Secretària del Col·legi Oficial de Lleida

Dr. Ignacio Orce Satrustegui

Conseller delegat d'Assistència Sanitària Col·legial

Dr. Pere Peya Fusellas

Vicesecretari del Col·legi Oficial de Metges de Girona

Sr. Xavier Prat Borrell

Tresorer del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Dr. Lluís Salleras Sanmartí

President del Consell d'Administració de l'ASPC de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut

Dr. Marc Soler Fàbregas

Director adjunt corporatiu del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sra. Joana Sureda Guixà

Vocal de la Junta de Govern i responsable de la Secció de Previsió Social del Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona

Dra. M. Pilar Tornos Mas

Vicepresidenta de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears

Sr. Albert Tort Sisó

President del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

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:

