



# **ELS DANYS I RISCOS DE LES POLÍTIQUES SOBRE LA SALUT DE LES DONES**

**Informe 2012**

**Dia Internacional d'acció per a la salut de les dones**

## INTRODUCCIÓ

En l'informe del 2011 sobre l'estat de les polítiques de salut envers les dones a Catalunya ja posàvem l'èmfasi en els 2 aspectes que consideràvem més determinants llavors: els efectes de la crisi sobre la salut de les dones i l'impacte de les retallades, iniciades pel Govern de la Generalitat, en els drets socials. Lamentablement, un any després, els problemes abans exposats lluny de millorar s'han aguditzat amb un atur galopant que s'apropa, en el moment d'escriure aquest informe, als 6 milions d'aturats i aturades, malgrat una agressiva reforma laboral aplicada sense consens i la continuïtat/agreujament de la política de retallades que ha transcendit més enllà de l'àmbit autonòmic, després de la victòria electoral, per majoria absoluta, del PP a les eleccions generals de novembre del 2011, i que culmina amb el Reial decret llei (RDL) de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut (SNS) i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions.

Un altre aspecte rellevant, que ja apuntàvem en l'anterior informe, però que és necessari remarcar, és la falta d'informació actualitzada, ja que la major part de dades oficials disponibles a partir dels organismes públics corresponen al 2009, poques són del 2010 i gairebé cap del 2011. Per altra banda moltes d'aquestes dades no estan encara desagregades per gènere.

Finalment comentar que en el document hem tractat altres aspectes que considerem rellevants com per exemple: els determinants socials de la salut, la insuficiència d'informació desagregada per sexe, l'evolució de les demandes en temes de salut mental, els drets i la salut sexual i reproductiva, el treball envers la violència de gènere del Departament de Salut. També la manca de polítiques específiques de gènere en la prevenció de riscos laborals.

## DESIGUALTATS EN SALUT DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Tradicionalment el fenomen de les desigualtats en salut s'ha estudiat des de la perspectiva social, econòmica i territorial, només en els últims anys ha començat a introduir-se la perspectiva de gènere. Per altra banda, i malgrat que els desequilibris són més patents en països en vies de desenvolupament, els països més avançats econòmicament també presenten desigualtats importants per a la salut entre homes i dones. Els factors que condicionen la salut de les persones no depenen exclusivament de l'herència genètica i els estils de vida, sinó també d'altres determinants (socials, econòmics, culturals i ambientals) com l'accés a l'alimentació, l'aigua i la higiene, el nivell educatiu, l'accés al mercat laboral i les condicions de treball, l'habitatge, les xarxes socials i comunitàries o la política social i la dinàmica interna de les llars, entre d'altres, camps on no és infreqüent trobar importants desigualtats de gènere.

Els determinants socials de la salut s'entrecreuen amb els rols de gènere. Així analitzant els salaris s'identifica que el que perceben les dones és inferior en totes les ocupacions (el guany mitjà anual per treballadora representa el 78% del que correspon als homes) i també gaudeixen d'una vida laboral més curta, la qual cosa finalment té el seu reflex en la quantia de la pensió percebuda. La renda de la llar és menor quan la persona de referència és dona, i les diferències en renda s'amplien quan al capdavant de la llar hi ha una dona de 65 o més anys. La taxa de pobresa relativa és, així mateix, superior en dones (21%, enfront del 18,3% per als homes) i aquesta pauta es reproduïx en tots els grups d'edat. A més, les dones formen part, en major proporció que els homes, de llars monoparentals o unipersonals, més vulnerables a la pobresa. Finalment, fins i tot en societats desenvolupades, la desigualtat de gènere és molt present en les esferes de poder, en la participació política o en el poder de decisió en càrrecs directius d'empreses.

El paper de la dona com a prestadora de cures informals en l'àmbit de la família pot significar tant l'exclusió del mercat laboral com la renúncia a la promoció professional. Hi ha l'evidència que un cop instal·lades en el rol de cuidadores la possibilitat de convertir-se en receptores de cures disminueix. Una dada significativa, l'any 2008, el 79,7% de les persones ocupades a temps parcial a conseqüència de les seves responsabilitats familiars en la cura de persones dependents eren dones.

El mes d'abril del 2012 deixa una xifra de 635.721 persones registrades com a aturades a les oficines del Servei d'Ocupació de Catalunya, el que significa un increment interanual del 5,7% (34.180 aturats i aturades registrats més que fa un any). Per sexes tant homes com dones augmenten en nombre de persones aturades, però mentre les dones ho fan en un 6,2% i 17.666 dones aturades més respecte de l'abril de 2011, els homes ho fan en menor mesura amb un 5,2% i 16.514 aturats més. Aquestes dades s'incrementen si utilitzem les dades de l'Enquesta de població activa del primer trimestre de 2012, on a Catalunya tenim 836.900 persones aturades de les quals 385.600 (46'07%) són dones.

El resultat és que les desigualtats en salut tenen una important dimensió de gènere, ja que encara que les dones viuen més que els homes, passen més part de la seva vida amb "mala salut". Així, el percentatge d'anys de vida amb bona salut sobre l'esperança de vida en néixer aconseguix el 81,2% per als homes i tant sols un 74,8% per a les dones. La desigualtat de gènere és també visible en la valoració subjectiva de l'estat de salut. Així, un 30,47% de dones qualifica el seu estat de salut com a regular, dolent o molt dolent, mentre que només el 21,38% dels homes coincideix en aquesta valoració, patró que es reproduïx en la majoria dels països europeus. Per contra, els indicadors sobre hàbits de vida (sobrepès/obesitat, activitat física, consum de fruites i verdures o de tabac, alcohol i drogues) mostren que els homes es

troben en una situació de risc superior. Aquesta paradoxa pot tenir explicació si considerem que l'impacte sobre la salut dels determinants socials és major que el que correspon als estils de vida.

Diferents estudis han mostrat desigualtats injustes en el tracte que homes i dones reben per part del sistema sanitari. A tall d'exemple, les dones reben revascularització coronària en estadis més avançats de la malaltia, tenen taxes més baixes d'hospitalització per infart de miocardi, amb una major gravetat a l'ingrés i taxes més altes de complicacions i mortalitat ajustada per edat. El retard en el diagnòstic sembla estar a la base d'aquests fets. Hi ha l'evidència que mostra una major utilització de serveis hospitalaris per part dels homes i, fins i tot, cert biaix de gènere en l'esforç terapèutic. Altres treballs constaten diferències per sexe en el consum de medicaments, i particularment pel que fa a psicofàrmacs, amb un major consum en les dones. En aquest aspecte cal remarcar la tradicional exclusió de les dones en els assajos clínics, el que pot conduir a l'aparició d'efectes adversos després del consum de fàrmacs conseqüència de l'extrapolació de resultats a homes i dones quan només es coneix la resposta terapèutica en els primers.

En referència a la utilització dels serveis sanitaris, cal remarcar que la probabilitat de ser hospitalitzat és major en homes, mentre que la d'acudir a la consulta del metge o de consumir tres o més fàrmacs és superior en dones. En aquest sentit existeix evidència que els homes registren una menor propensió a utilitzar els serveis d'atenció primària, la qual cosa podria associar-se a la negació de la debilitat pròpia del rol masculí. Tot això sembla estar indicant la presència d'iniquitats des d'un punt de vista de gènere evitables i, per tant, injustes.

## **LA REFORMA LABORAL I EL SEU IMPACTE EN LA SALUT DE LES DONES**

L'11 de febrer de 2012, el BOE publicava el RDL 3/2012 de mesures urgents per a la reforma del mercat de treball. Aquesta reforma aprovada amb urgència, sense debat públic ni negociació amb la part social, té com a filosofia essencial donar tot tipus de facilitats als empresaris, fent més fàcil i barat l'acomiadament; combinar noves modalitats contractuals i bonificacions; acabar amb drets col·lectius dels treballadors i augmentar el poder discrecional dels empresaris. Es facilita l'acomiadament disminuint-ne el cost, fent innecessari, a la pràctica, justificar-ne les causes i eliminant l'autorització prèvia administrativa per als acomiadaments col·lectius i les reduccions de jornada, la qual cosa afecta de forma important el sentiment d'inseguretat dels treballadors i treballadores davant del present i el futur, ja que si es perd el lloc de treball, en les condicions actuals del mercat laboral, es fa molt difícil aconseguir una altra ocupació i/o que aquesta no sigui en pitjors condicions.

Amb el coneixement actual (Benach, Muntaner *et al.*, 2010) les conseqüències sobre les condicions de vida, treball i salut que aquesta contrareforma laboral tindrà sobre la població són previsible. Cal remarcar que l'impacte de la pèrdua de l'ocupació sobre la salut afecta directament a qui la pateix, però també suposa un empitjorament de les condicions de treball i de salut de les persones que es queden a les empreses.

Per no repetir-nos us remetem a l'informe de l'any passat on fèiem referència als efectes que sobre la salut de les dones estaven tenint les retallades socials i la desocupació (que aquesta reforma agreujarà). En aquest sentit tan sols volem aportar una dada: malgrat la reforma, un de cada vint nous aturats al món i un de cada cinc aturats europeus és de l'Estat espanyol, on fonts del propi govern del PP reconeixen que el 2012 es perdran entre 630.000 i 800.000 llocs

de treball i que durant aquest any s'arribarà als sis milions d'aturats, és a dir prop del 25% de la població activa.

Analitzem alguns dels continguts de la reforma:

- Mesures com l'extinció del contracte de treball per causes econòmiques, tècniques, organitzatives o productives, aplicable tant a l'acomiadament col·lectiu com a l'objectiu, amb l'exclusió del control judicial; la nova modalitat de contracte denominat "indefinit" amb acomiadament lliure durant el primer any de vigència de la relació laboral i que pot ser extingit per la decisió discrecional de l'empresariat; que es puguin no aplicar a l'empresa les condicions de treball que afectin matèries com jornada, horari i distribució del temps de treball, règim a torns, sistema de remuneració i quantia salarial, sistema de treball i rendiment o les funcions; o que no calgui justificar les causes, a la pràctica, de les mesures de modificació substancial en les condicions de treball, entre d'altres, suposen tant un augment en la precarietat laboral com un empitjorament de les condicions de treball, assalariats i assalariades insegures, vulnerables, amb baixos salaris, escassa protecció, pocs drets i alta incapacitat d'exercir-los.

- L'alta xifra de contractació temporal (25%) no reflecteix la situació real de precarietat laboral [prop del 50% de la població assalariada segons un estudi amb dades de 2005 (Vives *et al.*, 2011), que previsiblement ha augmentat] i que es distribueix de manera desigual (90% en dones obreres, immigrants i joves, per tant sols el 20% en homes professionals, espanyols i majors de 30 anys).
- La reforma crea una nova modalitat de contractació que, sota l'eufemisme de "contracte indefinit per a empreses de menys de 50 treballadors", estableix un contracte indefinit (incentivat econòmicament), amb un període de prova d'un any i amb zero euros d'indemnització quan finalitza. El 95% de les empreses d'aquest país té menys de 50 treballadors. El que proposa la reforma és acabar amb les diferències entre treballadores i treballadors fixos i temporals a força de convertir-los tots en precaris. La creació d'aquests falsos contractes "indefinitos" no eliminarà les diferències existents en les condicions laborals, ja que malgrat aquests nous contractes, seguiran existint milions d'empleats afectats per "contractes porqueria", que estendran la precarietat laboral a un nombre cada vegada major de treballadors i treballadores, amb l'evidència actual que la precarietat i treballar de forma intermitent amb períodes d'atur i de precarietat perjudica greument la salut.
- Comentari a part mereix l'alt índex de treball submergit en tasques domèstiques o de cures realitzat bàsicament per dones immigrants, que no cotitzen a la Seguretat Social i que per això es troben en doble situació d'il·legalitat (personal i laboral).
- La inseguretat tant en termes d'ocupabilitat com en modificacions no pactades en les condicions de treball (horaris, tasques, contractes, salaris) afecta negativament la salut. La inseguretat en les condicions de treball, especialment la perllongada en el temps, empitjora la salut física (problemes cardiovasculars, sobrepès, obesitat, tensió arterial) i mental (ansietat, trastorns de la son).
- La imposició unilateral per part de les empreses, i no desitjada pels treballadors, de mesures per afavorir la flexibilitat interna, augmentarà els factors de risc de

treballadores i treballadors la qual cosa es traduirà en més accidents de treball, problemes de salut i malalties.

- S'accentuen les desigualtats en l'àmbit laboral entre dones i homes:

- Més dificultats per a la conciliació de la vida personal, familiar i laboral. La reducció de la jornada ha de ser "diària" (independentment de les necessitats de conciliació de cada treballador o treballadora), el dret a l'hora d'absència per lactància es modifica per posar l'èmfasi que "només podrà ser exercit per un dels progenitors en cas que tots dos treballin" (qüestió ja resolta pel Tribunal de Justícia de la UE en la sentència de 30 de setembre de 2010) i es permet que els convenis col·lectius regulin la concreció horària i la determinació del període de gaudiment de la lactància i de la reducció de jornada, també atenent les necessitats productives i organitzatives de les empreses.
- El poder unilateral que es concedeix a l'empresariat per modificar les condicions laborals en molts casos obligarà moltes dones a abandonar el mercat. La capacitat de control sobre els temps de treball es veu afectada molt seriosament per la possibilitat que la reforma atorga a l'empresa de modificar unilateralment els horaris o la seva distribució irregular al llarg de l'any, la qual cosa perjudica principalment les dones. El mateix succeeix amb la desregulació del contracte a temps parcial: el 76% de les persones que tenen aquest contracte són dones i almenys en un 50% dels casos no és una opció voluntària, sinó imposada per la inexistència d'alternatives d'un altre treball a temps complet, o per la inexistència de recursos i suports per conciliar vida laboral i familiar. Amb les modificacions de la reforma, l'empresa podrà obligar la treballadora a perllongar la seva jornada. En aquestes condicions, la possibilitat d'organitzar-se per conciliar vida familiar i laboral es veurà reduïda atès que cal mantenir una plena disponibilitat diària per si l'empresa ho necessita.
- Menys capacitat per a la negociació col·lectiva que dificultarà la reducció de la diferència salarial i d'altres desigualtats al mercat de treball entre homes i dones.

- Reculada en l'àmbit de la salut laboral.

- Els avanços que en matèria de salut laboral s'havien aconseguit en els últims anys, introduint clàusules en els convenis que milloraven la prevenció de riscos, es poden perdre. La possibilitat de desvincular-se del conveni permetrà, de manera unilateral, deixar d'aplicar el que estableix el conveni en matèries com salari, jornada de treball, horaris i la seva distribució, règim de treball a torns, o els sistemes de treball i rendiment. Això desequilibrarà les relacions laborals portant el conveni a l'àmbit de l'empresa cosa que afeblirà la negociació sectorial, on hi ha més capacitat de representació i negociació sindical. A Espanya, el 90% de les empreses tenen menys de 10 treballadors o treballadores i la capacitat de negociar un conveni propi és pràcticament inexistent. En aquestes condicions no és desgavellat pensar que milions de treballadors i treballadores acabaran quedant-se sense conveni i regulats exclusivament pels mínims establerts a l'Estatut dels treballadors.
- Hi ha evidència suficient que mostra la relació entre temporalitat, precarietat i salut laboral. Els treballadors i treballadores temporals pateixen més accidents de treball i

malalties que els que tenen contracte indefinit. A major precarietat, més vulnerabilitat, pitjors condicions de treball i més risc per a la salut.

- La modificació de l'article 52 de l'Estatut dels treballadors que permet acomiadar de manera objectiva (amb 20 dies per any treballat i amb un màxim d'un any) les persones que en dos mesos consecutius faltin el 20% o el 25% dels dies en 4 mesos al llarg de l'any per raó de malaltia, encara que sigui justificada per un metge del sistema nacional de salut, suposa una vulneració del dret a la salut dels treballadors i treballadores. Amb aquesta modificació estar malalt suposa el risc de ser acomiadat, i augmenten d'aquesta manera les desigualtats i les exclusions socials i laborals per motius de salut. El fet d'acudir a treballar encara que s'estigui malalt s'aguditzarà, amb els problemes que això genera com empitjorament, recaigudes, risc de contagi, major risc d'accidents...
- El control de la situació d'IT per les mútues.
- El RDL 3/2012 estableix que el Govern, en el termini de 6 mesos, estudiarà la modificació del règim jurídic de les mútues. L'objectiu aparent és “una més eficaç gestió de la incapacitat temporal” si bé la realitat és donar-li a les mútues el control de totes les situacions d'incapacitat temporal amb el que això significa.

Una vegada preparat aquest capítol de l'estudi s'ha produït l'aprovació al Congrés, amb els vots de PP i CiU, de diverses esmenes. El text queda ara pendent de ser enviat al Senat, perquè aquest el retorni novament al Congrés per a l'aprovació definitiva del projecte de llei. Les esmenes introduïdes no canvien en essència l'esperit de la reforma i, en molts aspectes, fins i tot l'endureixen. Entre les mesures, cal destacar que l'acomiadament podrà seguir sent gratuït en els contractes de prova malgrat que millori la situació de l'atur a Espanya fins que la taxa descendeixi al 15%; que es podrà recórrer a l'acomiadament per raons econòmiques amb tres trimestres de caigudes d'ingressos, però es matisa que la caiguda haurà de ser d'ingressos ordinaris i que els trimestres s'hauran de comparar amb el mateix trimestre de l'any passat; que els empresaris podran disposar del 10% de la jornada laboral del treballador per distribuir-la irregularment (enfront del 5% actual); o, en relació amb l'absentisme, que el còmput de faltes perquè es consideri un acomiadament com a procedent haurà de superar el 5% de les jornades hàbils durant l'any, el que es tradueix en 12 o 13 absències (encara que estiguin justificades amb una baixa mèdica) en un any.

## **EL REIAL DECRET LLEI DE MESURES URGENTS PER GARANTIR LA SOSTENIBILITAT DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT I MILLORAR LA QUALITAT I SEGURETAT DE LES SEVES PRESTACIONS**

El BOE de 24 d'abril de 2012 publicava l'anomenat Reial decret llei de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut (SNS) i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions. En aquesta norma el Govern central, sense consens ni interès a establir debat parlamentari i fent servir la fórmula del reial decret llei, ja utilitzada en la reforma laboral, proposa modificacions en el sistema sanitari públic actual tan importants que suposen, en realitat, un canvi de model amb l'objectiu de fer dual el SNS i debilitar un dels pilars bàsics

de l'estat del benestar, que contribueix a millorar les condicions de vida dels individus assegurant la igualtat d'oportunitats entre la ciutadania.

Aquest RDL modifica normes com la Llei general de sanitat del 1986, la Llei de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut del 2003, la Llei general de salut pública del 2011 i, a Catalunya, la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) del 1990, la Llei d'accés als servicis de salut del 2010 i el mateix Estatut d'Autonomia del 2006.

Entre els principals trets de la norma podem destacar:

- El preàmbul del RDL, de clar caire “recentralitzador”, qüestiona demagògicament la capacitat de gestió de les comunitats autònomes, a les quals dóna la culpa de tots els mals del SNS.
- Suposa un canvi conceptual fonamental quan tornar a passar d'un SNS públic, finançat amb impostos, que dóna accés universal a tots els ciutadans i ciutadanes que resideixen a Espanya, amb igualtat i equitat, a un model de Seguretat Social (SS), en el qual ja no es parla de dret de ciutadania, sinó d'assegurats i beneficiaris exclouent, de l'atenció sanitària gratuïta, els que no ostentin aquesta condició i recuperant el concepte de beneficència. Cal remarcar, en un document que analitza diferències de gènere, el canvi substancial que representa el biaix jeràrquic i masculista que significa recuperar la figura del cap de família com a font d'accés a la sanitat pública per als fills menors de 26 anys o per a la parella o l'exparella que depengui econòmicament de l'assegurat.
- Deixa sense dret d'atenció sanitària immigrants no regularitzats, sense tenir en consideració que la majoria han estat persones “regulars” que han treballat i cotitzat a la Seguretat Social, però que per causa de l'atur no han pogut renovar el seu permís de residència i estan en situació d'irregularitat. És preocupant l'escassa valoració que s'ha fet dels efectes que sobre la salut pública pot tenir aquesta mesura, especialment en el camp de les malalties infectocontagioses i en el de l'atenció sanitària, amb el possible augment de la pressió assistencial en l'atenció urgent, ja col·lapsada, i, potser aquesta sigui la idea, també se'ls en culparà, fomentant la xenofòbia. Per altra banda no queda clar en el redactat què passarà amb els joves majors de 26 anys que no hagin cotitzat. En qualsevol cas el RDL deixa sense dret a assistència sanitària als col·lectius més afectats per la crisi.
- L'aplicació del nou sistema de copagament farmacèutic en funció de la renda (argument utilitzat per intentar l'acceptació popular de la mesura) apareix gairebé amagat i amb un tram de renda que posa en el mateix calaix tant qui acrediti 18.000 € anuals de renda com qui arribi als 100.000 €, sense nivells intermedis (com si fossin equiparables). En els pensionistes s'estableixen topalls màxims mensuals, però els excessos pagats per sobre d'aquests topalls màxims (gairebé tots els casos) seran “objecte de reintegrament per la comunitat autònoma corresponent, amb una periodicitat màxima semestral”, és a dir, primer tots els pensionistes hauran de pagar el percentatge que els pertoca dels medicaments i potser 6 mesos després els



retornaran els diners, el que de facto suposarà una barrera en l'accés als tractaments per a aquelles persones usuàries més malaltes i amb menys recursos, i s'agreujarà especialment en el cas de Catalunya per la voluntat de l'actual Govern d'aplicar la taxa de l'euro per recepta. El nivell de renda utilitzat per discriminar entre els diferents usuaris es basarà en la declaració de renda de l'any anterior, la qual cosa dificultarà la necessària actualització periòdica de les dades i penalitzarà, entre d'altres, a qui durant aquest període de temps pugui perdre el seu lloc de treball, la prestació per desocupació o vegi disminuïts els seus ingressos.

- El RDL no solament introdueix modificacions en el sistema de copagament de la prestació farmacèutica, sinó que a més afecta prestacions com les ortoprotèsiques (sense distingir en el redactat entre internes o externes), els productes dietètics o el transport sanitari no urgent (que afectarà els pacients: en la diàlisi, la quimioteràpia o la rehabilitació; els pacients amb malalties neurodegeneratives, tipus esclerosi múltiple, entre d'altres) i sense topalls màxims, el que suposarà una greu limitació de l'accés a aquests tractaments per a moltes persones usuàries i l'extensió dels copagaments a la resta del sistema sanitari.
- En la proposta d'excloure fàrmacs actualment finançats, és especialment preocupant l'ambigüitat del redactat en allò referent al que s'entén per "síntomes menors", per "entorn europeu", per ús "extens" o l'exclusió de fàrmacs que tinguin presentacions de venda lliure. Tot fa pensar que el que el RDL proposa és una pura i simple retallada, no una racionalització de l'ús de medicaments i es deixaran de finançar fàrmacs d'ús habitual com el paracetamol, l'ibuprofeno, els antihistamínics..., amb els problemes d'accés a aquests medicaments que tenen les persones amb menys recursos i que ja han de pagar un percentatge per la seva medicació crònica (i a Catalunya, a més, l'euro per recepta).
- Separa la cartera de serveis del SNS en tres modalitats: bàsica, suplementària i accessòria, que a part del copagament que estableix per a les dues últimes (penalitzant d'aquesta manera pacients amb malalties cròniques i les persones amb les rendes més baixes), obre perillosament la via cap a l'assegurament privat dels nivells complementaris. Per altra banda es proposa la modificació de la cartera bàsica, en principi gratuïta, el que obrirà les portes a més retallades i a la pèrdua de serveis abans bàsics que poden passar a ser suplementaris i per tant de pagament.
- Amb el redactat referent al termini de 6 mesos per adequar els envasos a les pautes i temps habitual de tractament, s'abandona qualsevol intent de prescripció molt més racional per tractaments i no per envasos comercials (el que si generaria estalvi, però també malestar en les farmacèutiques).
- Quant a l'anomenat turisme sanitari el que es fa és utilitzar aquest concepte per intentar confondre l'opinió pública, barrejant turisme sanitari amb immigració. Les modificacions legals introduïdes són mínimes, ja que el problema bàsic és la ineptitud de les administracions públiques per complir la normativa europea vigent i facturar l'atenció prestada als països d'origen.
- En definitiva, amb aquestes mesures el que es busca és dificultar a les rendes més baixes l'accés a prestacions sanitàries necessàries per a la salut, desmuntant el sistema

de prestacions i excloent-ne les barates, però molt utilitzades, o les de poc ús, però cares (en conjunt les més necessàries per a un bon nivell de salut del sector de la població amb salut més feble), afavorint, alhora, que les classes mitjanes percebin la “necessitat” de subscriure una pòlissa d’assegurament privada, cosa que farà dual la sanitat amb una per a qui se la pugui pagar i una altra semblant a la beneficència del segle passat. No cal dir que entre els col·lectius menys afavorits i amb major probabilitat d’estar en el segon grup hi serien els joves, les dones, els immigrants, els pensionistes i els malalts crònics.

## **PATOLOGIES PREEMINENTS EN DONES**

La informació que ens facilita el CATSALUT en l’informe de tancament del 2011, sobre els motius de consulta a l’atenció primària, en el qual planteja els 10 motius de consulta més freqüents segregats per edat i el percentatge de nenes i dones que consulten.

**Taula núm. 1: Motius de consulta de persones menors de 15 anys**

<b>Categories diagnòstiques</b>	<b>Motius de Consulta</b>		
	<b>%</b>	<b>Mitjana d’edat</b>	<b>Nenes %</b>
<b>Examen/ avaluació mèdica</b>	34,2	3,5	48,4
<b>Bronquitis aguda</b>	4,7	2,8	41,6
<b>Infeccions víriques</b>	3,8	5,4	48,1
<b>Otitis mitjana i afeccions relacionades</b>	3,0	3,3	47,7
<b>Amigdalitis aguda crònica</b>	2,8	5,5	47,4
<b>Infecció intestinal</b>	2,7	3,6	45,7
<b>Reaccions al·lèrgiques</b>	2,4	3,7	49,3
<b>Asma</b>	2,3	7,5	37,2
<b>Trastorns dents i maxil·lars</b>	1,7	8,0	50,2
<b>Inflamació, infecció ull ( excloent-ne per tbc)</b>	1,5	3,8	45,8

Taula d’elaboració pròpia. Font : Departament de Salut. Catalunya, 2011

**Taula núm. 2: Motius de consulta de persones majors de 14 anys**

	<b>Motius</b>	<b>de</b>	<b>Consulta</b>
<b>Categories diagnòstiques</b>	%	Mitjana d'edat	Dones %
<b>Hipertensió essencial</b>	11,8	68,9	56,2
<b>Diabetis mellitus sense complicacions</b>	7,8	67,3	48,1
<b>Examen/avaluació mèdica</b>	7,1	52,8	58,8
<b>Hiperlipidèmia</b>	4,9	62,9	54,9
<b>Espondilosi, trastorns dels discs invertebrats i altres mals d'esquena</b>	4,1	51,7	60,1
<b>Ansietat i trastorns de personalitat, somàtics i dissociatius</b>	2,0	47,1	66,6
<b>Trastorns afectius</b>	1,6	53,7	72,7
<b>Disrítmies cardíques</b>	1,6	73,7	53,7
<b>Anèmies</b>	1,4	62,1	72,1
<b>Osteoartritis</b>	1,3	70,1	73,2

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Catalunya, 2011

Aquí podem veure que en els 10 motius de consulta més freqüents en menors de 15 anys, que representen el 59,1% de tots els motius, les nenes tenen un percentatge igual o menor que els nens; en canvi en les persones majors de 14 anys, atenent als 10 motius de consulta més freqüents, que representen el 43,5%, les dones tenen un pes més elevat en quasi totes aquestes categories diagnòstiques. Aquest resultat per si sols no ens donen tota la informació de per què les dones, en arribar a l'edat adulta, emmalalteixen més, però si observem que no estaven més malaltes de nenes, una política sanitària amb perspectiva de gènere hauria de poder conèixer les causes, ja sigui millorant els registres i/o fent estudis i treballant en el sentit d'eliminar-les .

El Departament de Salut ens facilita els 12 subgrups que representen la meitat de la despesa corresponent al preu de venda al públic dels medicaments l'any 2010. Els tres primers grups amb més consum, que representen més d'un terç del consum, són: reductors del colesterol i els triglicèrids, antidepressius i antipsicòtics. Aquestes dades no estan desagregades per sexe, aquesta seria una primera actuació, però sí que podrien començar a apuntar quines conclusions s'haurien de treure per poder realitzar actuacions des de diversos departaments.

## LA SALUT MENTAL EN TEMPS DE CRISI. ELS RECURSOS PER AFRONTAR EL DETERIORAMENT

Com ja hem dit, les situacions de crisi, i sobretot si aquestes van acompanyades de poc suport social, ja que les polítiques que es realitzen disminueixen, quan no anul·len, els recursos socials destinats a les persones més vulnerables, fan que les persones emmalalteixen més i on primer ho podem veure és en la salut mental.

Aquí exposem les dades que facilita el mateix Departament de Salut quant a la demanda d'atenció que va haver-hi l'any 2010, any en el quals la crisi era important i s'havien començat a fer les primeres retallades en l'atenció sanitària, tot i que potser no es vegin els efectes d'aquestes darreres polítiques, sí que hi ha hagut un retard en l'atenció, perquè s'han allargat les llistes d'espera per a l'atenció especialitzada.

**Taula núm. 3: Distribució per edat i sexe de l'activitat dels centres ambulatoris de la xarxa de salut mental, 2010**

	Adults		Infantil		Total	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Nre. de pacients</b>	172.359		54.442		226.801	
<b>Homes</b>	66.605	38,6	34.306	63,0	100.9011	44,5
<b>Dones</b>	105.754	61,4	20.136	37,0	125.890	55,5
<b>Edat mitjana</b>	47,8		11,5		39.1	

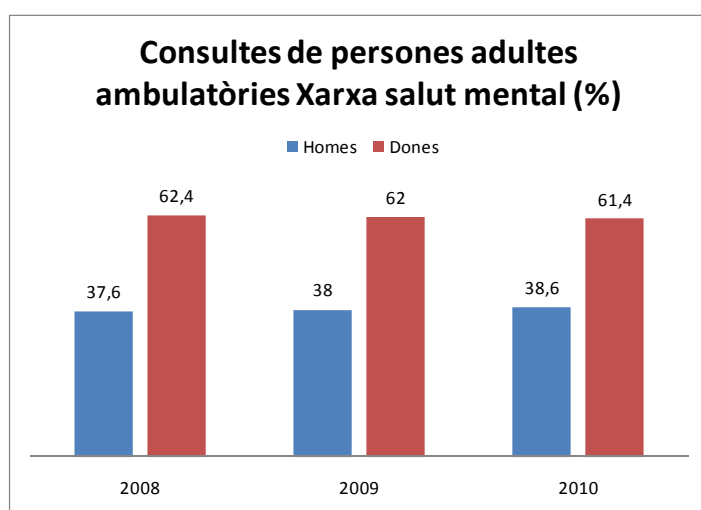
Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Catalunya, 2010

Aquí podem veure com hi ha una forta demanda tant en l'atenció adulta com en la infantil i la juvenil. Continua la constant d'altres anys que en les edats infantil i juvenil són els nens-nois els que tenen més demanda i en l'edat adulta són les dones.

**Taula núm. 4: Evolució del nombre de persones adultes ateses en consulta ambulatoria de la xarxa de salut mental, distribuïdes per sexe, anys 2008-2010**

	2008		2009		2010	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Homes</b>	60.044	37,6	62.434	38,0	66.605	38,6
<b>Dones</b>	99.735	62,4	101.990	62,0	105.754	61,4
<b>Total</b>	159.824		164.493		172.359	

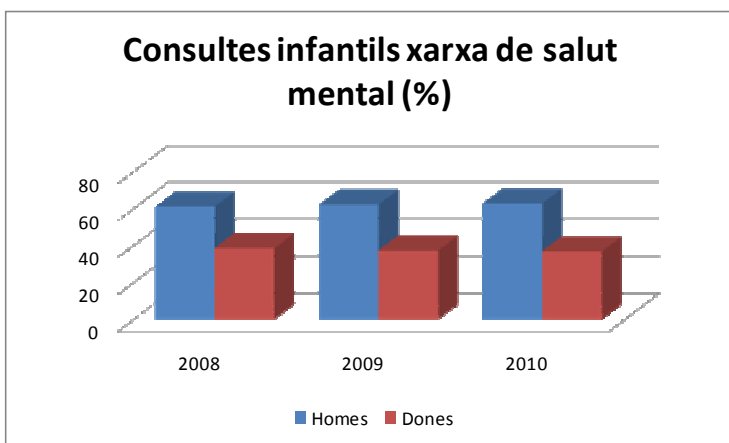
Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Catalunya, 2010



**Taula núm. 5: Evolució del nombre de consultes infantils de la xarxa de salut mental, distribuïdes per sexe, anys 2008-2010**

	2008		2009		2010	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Homes</b>	29.225	61,3	30.641	62,4	34.306	63,0
<b>Dones</b>	18.431	38,7	18.401	37,5	20.136	37,0
<b>Total</b>	47.661		49.089		54.442	

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Catalunya, 2010



En les dues taules anteriors podem veure l'evolució de la demanda d'atenció, entre els anys 2008 i 2010, a la xarxa de salut mental, tant de les persones adultes com de les consultes infantils i també podem observar que les diferències de sexe en la demanda d'atenció en persones adultes disminueix lleugerament. A l'edat adulta s'incrementa la demanda d'homes i disminueix la de dones, encara que en les dones segueixen predominant d'una manera molt important.

En els nois joves augmenta la demanda d'atenció tant en nombres absoluts com en percentatge.

## **SALUT REPRODUCTIVA**

Les dades de salut reproductiva de què disposem són del 2010, a excepció d'algunes del 2011, en aquest sentit pensem que és difícil poder analitzar els efectes de certes polítiques d'austeritat que s'estan executant, partint que la salut reproductiva és especialment sensible als factors socials i també als factors ideològics i que tant els uns com els altres no estan treballant en aquests moments a favor de les dones.

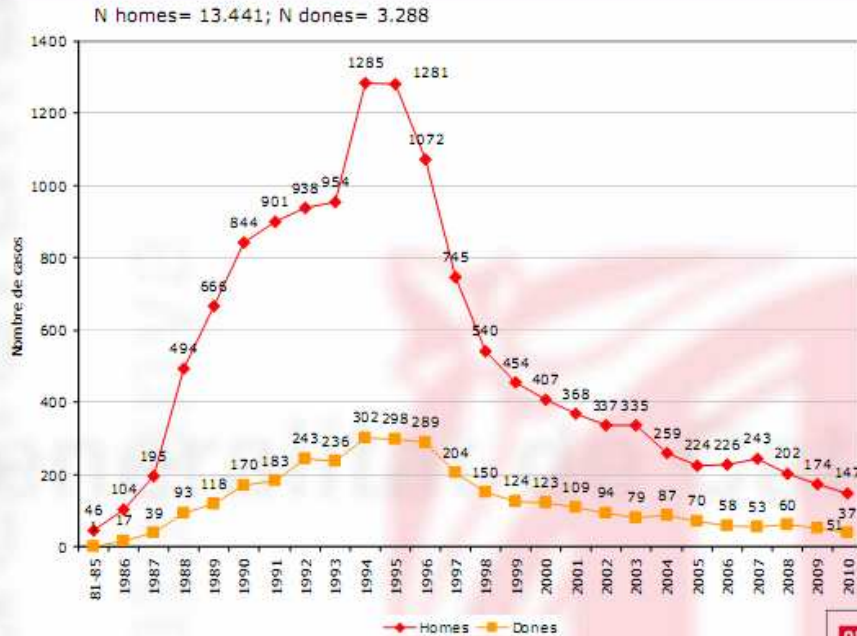
### **Les malalties transmissió sexual**

L'informe del Departament de Salut <sup>1</sup> ens mostra que hi ha un increment de malalties de transmissió sexual com la gonocòccia, que al 2010 amb 539 casos es va incrementar un 32% respecte al 2009; i 462 casos de sífilis al 2010 amb un increment del 20% respecte a l'any 2009.

A 30 anys del primer diagnòstic de sida a Catalunya, hi ha una taxa anual de 9,6% casos per cada 100.000 habitants i la transmissió sexual del virus s'ha convertit en la més important, un 80% dels nous casos.

<sup>1</sup> Atenció mèdica i sanitària a Catalunya, març 2012

## Evolució anual de la incidència dels casos de sida residents a Catalunya segons sexe, 1981-2010

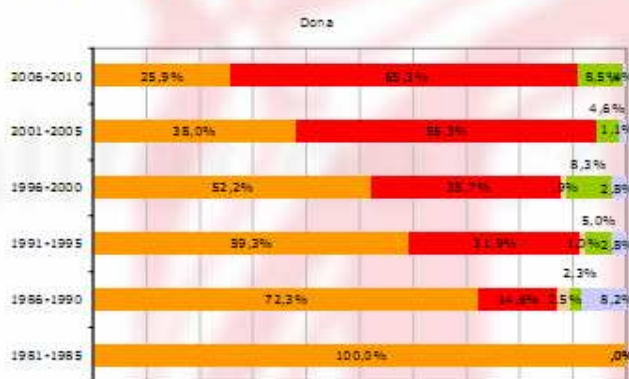
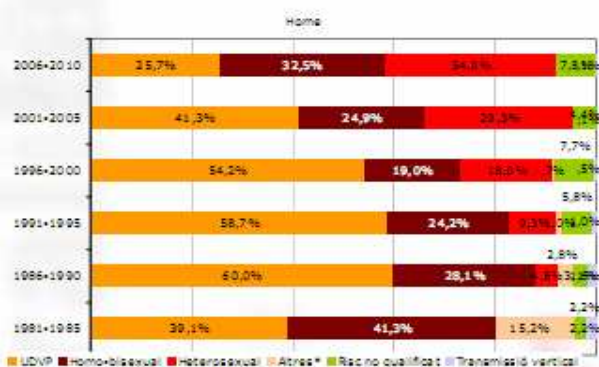


Informe 1r semestre 2011



El treball que des dels serveis sanitaris i des de la xarxa social d'atenció a les persones portadores de VIH s'ha realitzat ha aconseguit, amb més o menys èxit, posar l'accent en la prevenció, en la millora de l'atenció, en l'eliminació de part dels estigmes de la malaltia, en la millora de la investigació, en la recerca i els tractaments i, per tant, hi ha un progressiu descens de la incidència, encara que continuen havent-hi dades alarmants. Aquí, com ja analitzàvem els anys anteriors, veiem com la incidència entre les dones, encara que menor, baixa més lentament que entre els homes.

## Distribució dels casos de sida segons períodes i via de transmissió i sexe, 1981- 2010



Informe 1r semestre 2011

CEEIS Cat  
 Centre d'Estadística Epidemiològica  
 i de Vigilància de l'Infecció de Sida  
 Departament de Salut / Pla de Catalunya

Si mirem la via de transmissió segons el període, hi ha hagut una evolució de la via de transmissió per sang com a majoritària, en les primeres etapes d'extensió a Espanya, a la via de transmissió sexual i un comportament diferent segons el sexe.

El coneixement i el treball de prevenció ha minimitzat, encara que no eliminat, la transmissió per via sanguínia i també la via vertical de mares i/o pares a fills. En el període 2004-2010, mentre que per als homes les vies de transmissió majoritària són les homosexuals i heterosexuals que sumen un 66,5 %, les dones s'infecten en un 65,2 % per via heterosexual. La via de transmissió sanguínia encara és al voltant d'un 25% en ambdós sexes.

Caldria millorar la prevenció en les relacions sexuals i també la informació a les persones consumidores de drogues. Però la política que s'està portant a terme els darrers temps i les retallades que s'anuncien deixaran sense recursos una gran part dels diferents agents socials i les institucions que treballen la prevenció.



## **El virus del papil·loma humà. La seva prevenció**

El virus del papil·loma humà (VPH) és una malaltia de transmissió sexual que causa el càncer de coll d'úter. Aquesta malaltia té una evolució molt lenta i des de fa anys hi ha un sistema de detecció precoç establert que és la citologia que es realitza de manera periòdica. La incidència de la mortalitat d'aquesta malaltia l'any 2010, a Espanya, era de 667 casos i ha estat petita si la comparem amb altres malalties com la mortalitat per càncer de mama que ha estat a Espanya de 6.369. Estudis diversos demostren que la majoria de dones que van morir no s'havien fet controls citològics mai. Ja fa anys que es reclama la realització d'un programa de cribratge poblacional que pugui arribar a totes les dones.

El sindicat hem estat crítics amb la introducció de la vacuna contra el VPH, quan el Departament de Salut va començar a aplicar-la, érem crítics perquè la consideràvem ineficient, ineficaç i perillosa. Aportava poc valor a la prevenció que s'havia de promoure en les relacions sexuals. S'havia de continuar desenvolupant perquè no cobria totes les soques causants dels virus i, a més a més, sense la contracepció de barrera hi havia risc de contraure altres malalties de transmissió sexual. Era molt cara i era més barat fer un cribratge poblacional i tenia efectes secundaris, en alguns casos, greus.

Malgrat els arguments d'una part important de professionals, de les associacions, de les organitzacions de mares i pares; la vacuna s'ha anat aplicant, ara es vol estendre i pensem que l'única raó és la pressió dels laboratoris i dels interessos professionals que són els mateixos que acaben de publicar un estudi molt alarmista que s'ha difós per tots els mitjans de comunicació sobre la necessitat de la vacuna<sup>2</sup>.

## **L'atenció maternoinfantil**

Segons les dades del Departament de Salut, el primer que es veu és que hi ha hagut un descens de la natalitat, que ja va començar l'any 2008, si es mira l'origen de la mare veiem que aquest descens va anar a càrrec de la població autòctona que es va reduir un 2,1%, en canvi els naixements de nadons amb mare d'origen estranger es van incrementar un 1,1%. També hi ha un increment de l'edat de la mare, increment que ha estat continuat des del 1998. Però més enllà de causes demogràfiques, ja en altres informes i publicacions, des de CCOO<sup>3</sup>, hem fet palesa tant la importància de factors socials en els bons resultats d'un embaràs i part com la influència de les condicions socials i de vida, condicions que estan en una situació de retrocés general i d'un increment de les desigualtats socials. Una de les expressions dels bons resultats de l'atenció, un cop s'ha reduït la mortalitat maternal i fetal són els parts prematurs i el baix pes dels nadons.

---

<sup>2</sup> *The CLEOPATRE study*. J. Med Virol. 2012 June 84(6): 947-956.

<sup>3</sup> CONC: "Polítiques sanitàries i dèficits en salut reproductiva". Barcelona, novembre del 2005

### Tipus de part

**Taula núm. 6: Evolució dels parts per cesària, en percentatge**

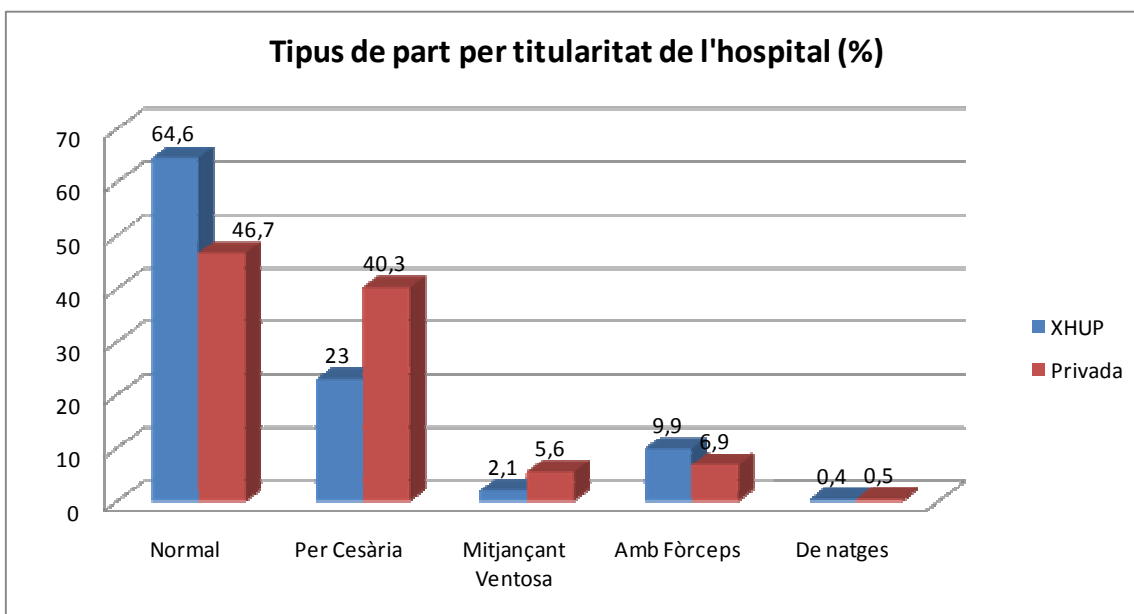
1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
22,8	22,6	25,3	28,9	28,5	28,0	27,6	28,3	28,1

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010

**Taula núm. 7: Tipus de part en funció de la titularitat de l'hospital**

	Titularitat			
	XHUP		Privada	
Part	Nombre	%	Nombre	%
Normal	39.920	64,6	11.513	46,7
Per cesària	13.167	23,0	9.929	40,3
Mitjançant ventosa	1.208	2,1	1.369	5,6
Amb fòrceps	5.648	9,9	1.691	6,9
De natges	242	0,4	145	0,5
<b>Total</b>	57.185	100,0	24.647	100,0

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut . Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010



El 59,4% de parts han estat normals, una dècima superior al 2009 (59,3%), però seguim tenint una taxa molt alta de cesàries, malgrat ésser una constant denunciada per la majoria d'organitzacions de dones, ja que no respon als indicadors de salut que l'OMS recomana en la seva publicació<sup>4</sup>, i que estan entre el 5 i el 15%.

A la taula podem veure com el gran pes dels parts per cesària està localitzat en els parts que tenen lloc en els hospitals de titularitat privada. Malgrat que es coneixen aquestes dades des de fa anys, el fet que no hi hagi canvis significatius ens porta a evidenciar la poca sensibilitat envers el tema del part de la majoria d'agents socials i institucions que hi treballen.

**Taula núm. 8: Evolució de la prematuritat, en percentatge**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5,8	6,8	7,1	7,5	7,3	7,5	7,6	7,8	7,3

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut . Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010

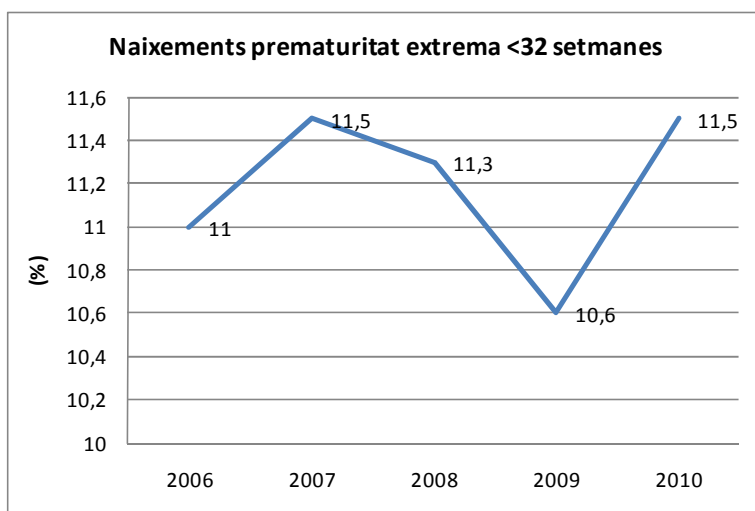
Com podem veure aquí, hi ha hagut un increment dels parts prematurs des de l'any 93, increment que malgrat ser multifactorial té una gran relació amb l'increment de les desigualtats socials i de l'alta situació d'estrès que pateixen les dones.

<sup>4</sup> OMS Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook, 2009

**Taula núm. 9: Prematuritat extrema < 32 setmanes, en percentatge**

2006	2007	2008	2009	2010
11,0	11,5	11,3	10,6	11,5

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010



La prematuritat extrema (naixement abans de les 28 setmanes de gestació) és la més preocupant, malgrat que la mortalitat ha baixat en la majoria de països avançats, ho ha fet incrementant el nombre de supervivents amb dèficits greus que han incrementat tant les cures que els nadons necessiten com el cost derivat de la seva assistència.

L'any 2010 baixa la prematuritat i augmenta la prematuritat extrema.

**Taula núm. 10: Evolució del pes baix en néixer, en percentatge**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5,8	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	7,3	7,7	7,4

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010

En totes les societats avançades s'incrementen els nadons de baix pes. Les causes d'aquest increment tenen a veure amb comportaments individuals (tabaquisme, augment de parts múltiples a causa de la fertilització artificial, edat...), però sobretot cada cop hi ha més estudis que mostren relacions entre les condicions socials i de treball de les mares i l'increment dels nadons de baix pes.

## Els embarassos de dones, l'estigma de l'edat

L'any 2010, el 68,8% d'embarassos van ser de mares d'entre 20 i 34 anys, un 29,3% de mares d'igual o més de 35 anys, i l'1,9% de mares de menys de 20 anys.

Molts dels discursos mèdics culpen de l'empitjorament dels resultats obstètrics al retard de l'edat de maternitat. A la taula 12, podem veure que si bé les mares joves tenen un percentatge més elevats de parts espontànies també tenen un percentatge més elevat de prematuritat.

**Taula núm. 11: Edat de les mares a Catalunya**

Edat	Nombre	%
< 20 anys	1.611	1,9
20-34 anys	57.370	68,8
> o igual 35 anys	24.427	29,3
<b>Total</b>	<b>83.408</b>	<b>100</b>

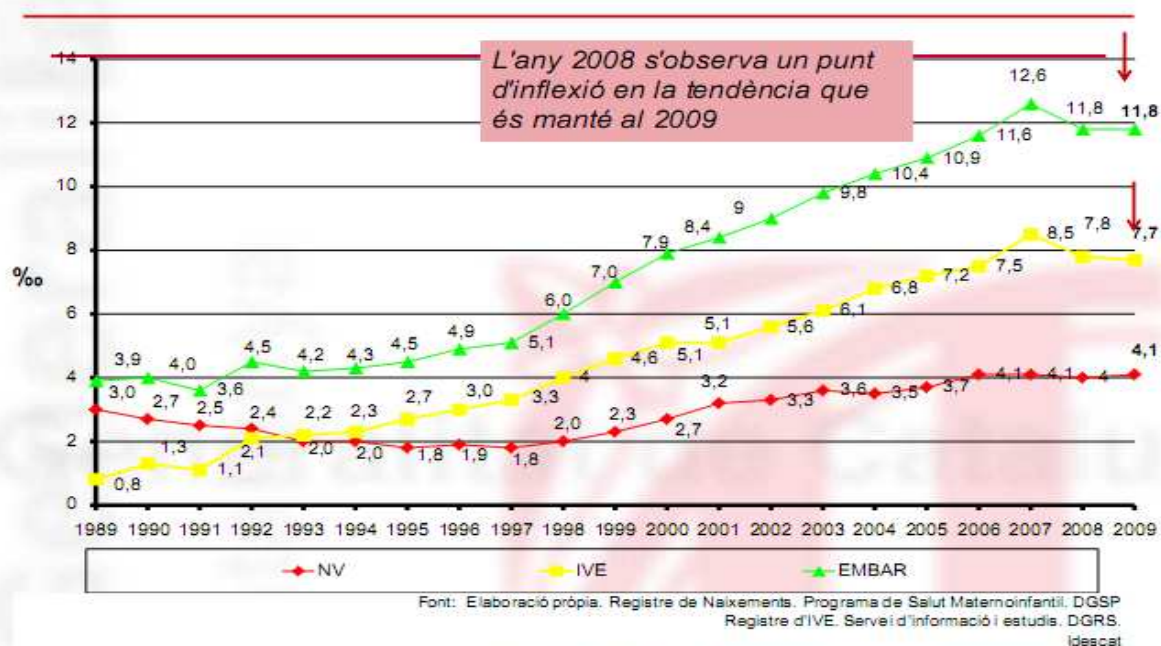
Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010

## Els embarassos d'adolescents

L'any 2008 hi va haver un lleuger decreixement d'embarassos d'adolescents; les dades d'embarassos adolescents l'any 2010 han estat de 11 per cada 1.000.

### Anàlisi de la Situació.

#### Evolució embarassos en dones de 14 a 17 anys. Catalunya, 1989-2009



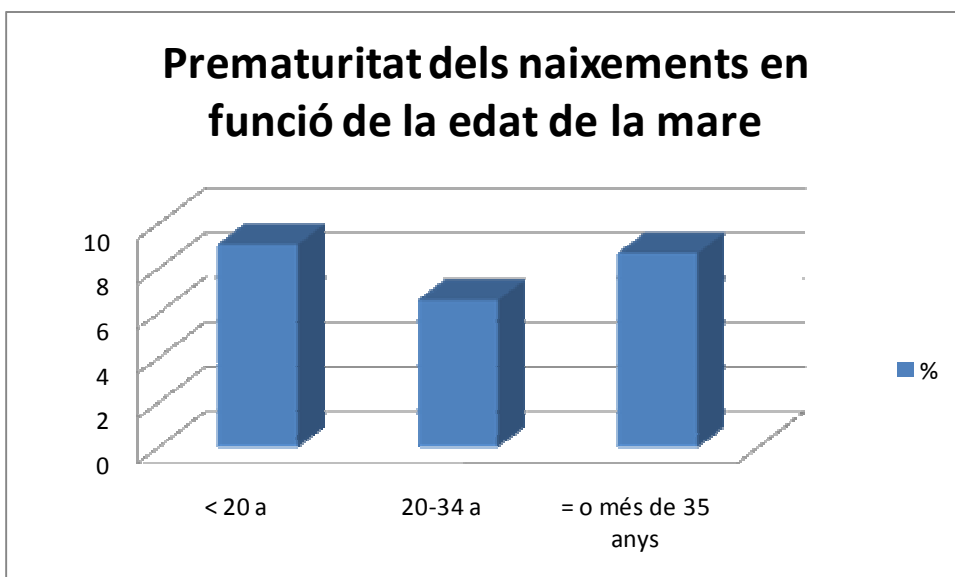
Els embarassos d'adolescents s'han incrementat des dels anys 80, també han augmentat els avortaments. A partir del 2007, han començat a davallar, possiblement i en part, per les incipients polítiques institucionals sobre la prevenció d'embarassos i per la distribució més àmplia de la "píndola del dia després". No pensem que hi ajudi tampoc gaire tot el debat i les dificultats sobreafegides en la regulació de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, però el percentatge de naixements de mares adolescents és encara molt alt i demanaria esforços institucionals suplementaris. Contràriament hi ha programes que trontollen com el de "Salut i escola" que tot i que no s'ha eliminat ha minvat en recursos i es realitzarà amb un canvi de format, es dirà "Salut, escola i societat" i realment no hi ha publicat un balanç de les demandes anteriors ni de la seva implantació, ni coneixem els continguts del nou programa. No hi ha polítiques institucionals que previnguin ni donin suport a les mares molt joves.

Però més enllà de la prevenció i de les noies que decideixen no tenir un fill, preocupa el poc suport institucional que tenen aquestes noies, que més enllà del suport que algunes poden tenir de la família, sabem que la seva situació –interrupció dels estudis, dificultats per treballar, dificultats per establir relacions afectives- és de poca maduresa personal i emocional.

**Taula núm. 12: Tipus de part en funció de l'edat de la mare**

	<b>Edat</b>					
	<20 anys		20-34 anys		= o > de 35 anys	
<b>Part</b>	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Normal</b>	1.127	71,2	34.539	61,0	13.170	54,6
<b>Per cesària</b>	223	14,1	14.522	25,7	8.441	35,0
<b>Amb ventosa</b>	34	2,1	1.806	3,2	728	3,0
<b>Amb fòrceps</b>	195	12,3	5.476	9,7	1.677	6,9
<b>De natges</b>	4	0,3	262	0,5	120	0,5
<b>Total</b>	1583	100	56.605	100	24136	100

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2010



Les mares de < de 20 anys varen tenir un percentatge de parts normals més elevat que les mares de les altres edats.

**Taula núm. 13: Prematuritat en funció de la edat de la mare, en percentatge**

	Edat de la mare					
	< 20 a		20-34 a		= o més de 35 anys	
<b>Edat gestacional</b>	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>&lt; 37 setmanes</b>	144	9,1	3.730	6,6	2.074	8,7

Taula d'elaboració pròpia. Fon: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil

Aquí podem veure com els prematurs nascuts a Catalunya de mares de menys de 20 anys són un 9,1% dels parts d'aquesta edat; seguit de les mares de més de 35 anys que són un 8,7%

**Taula núm. 14: Titularitat de l'hospital en funció de l'edat de la mare**

	Edat de la mare					
	< 20 anys		20-34 anys		= o > 35 anys	
<b>Titularitat</b>	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>XHUP</b>	1.558	98,0	41.495	73,4	14.335	59,4
<b>Privada</b>	31	2,0	15.043	26,6	9.803	40,6
<b>Total</b>	1.589	100	56.538	100	24.138	100

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut . Indicador de salut maternoinfantil

Aquí podem veure com l'edat també és un factor que fa que les dones puguin optar per un hospital privat en el moment del part.

**Taula núm. 15: Pes dels nadons en funció de l'edat de la mare**

	Edat de la mare					
	< 20 anys		20-34 anys		Igual o > 34 anys	
<b>Pes</b>	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Pes baix</b>	130	8,1	3.895	6,8	2.150	8,8
<b>Pes normal</b>	1.409	87,5	49.894	87,1	20.813	85,3
<b>Sobrepès</b>	71	4,4	3.489	6,1	1.434	5,9
<b>Total</b>	1.610	100	57.278	100	24.920	100

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil

Aquí podem veure com són les mares de més de 34 anys les que tenen un percentatge més elevat, del 8,8%, de nadons de pes baix, seguides de les mares de < de 20 anys, amb un 8,1% .



## **Salut sexual i reproductiva. Seguiment del desenvolupament de la llei 2/2010**

### **Avortament**

La Llei orgànica dels drets sexuals i reproductius i de la interrupció voluntària de l'embaràs va suposar, tot i tenir les seves carències, un gran avenç. L'antiga llei del 85 preveia tres supòsits: violació, malformació i perill per a la vida o la salut física o psíquica de la mare; aquest últim era el gran forat per on passaven la majoria dels casos. La nova llei del 2010 és una llei de terminis, molt més en la línia europea, amb la qual la dona pot decidir lliurement avortar fins a les primeres 14 setmanes de gestació. Si la tramitació i aprovació de la llei va ser tortuosa, i aixecà un debat social intensíssim, el seu desenvolupament en les diferents comunitats autònomes no ha estat més fàcil. La seva aplicació ha estat profundament desigual i amb moltes dificultats, no solament per les reticències ideològiques allà on governa el PP, sinó també per l'agreujament de la crisi i les retallades generalitzades a la sanitat.

Centrant-nos en el nostre país, hem de dir que l'anterior consellera de Salut, Marina Geli, es va comprometre públicament que al gener del 2011 ja estaria establert el circuit i preparat el personal perquè els avortaments es poguessin efectuar dintre de la xarxa pública. Fins aquell moment havia funcionat una fórmula segons la qual les dones continuaven anant a clíniques privades, avançant elles les despeses. El retorn dels diners requeria una veritable carrera d'obstacles, amb uns tràmits carregosos, cobrant per fi al cap de molt de temps. Tot aquest sistema posava en risc l'accessibilitat, la gratuïtat i la confidencialitat. Però el 2011 va començar amb un nou Govern, que no va recollir el compromís de l'anterior, i van passar els mesos sense cap canvi. Impulsats per les crítiques, especialment dels grups de dones, es va obrir a l'abril un concurs públic per a la contractació de la gestió de serveis sanitaris per portar a terme la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. Aquest concurs va ser criticat per moltes clíniques privades, que van dir que era impossible preparar els requisits amb tan poc temps. Al concurs, solament s'hi van presentar dues empreses: Clínica d'Ara SL, Agrupació Tutor Mèdica i Centre Casanovas de ginecologia i planificació familiar SL.

Actualment, amb el gran deteriorament que ha patit i està patint el nostre sistema públic sanitari, hi ha dificultats i manca de recursos per exercir aquesta prestació. També ens consta la utilització d'un moment de gran vulnerabilitat per fer negoci: quan una dona pren una decisió tan difícil no pot entrar en una llista d'espera d'un mes. Al final, acaba, massa vegades, en un avortament en un centre privat, pagant, encara que en el mateix quiròfan que hagués estat atesa d'haver esperat el torn.

Amb la pujada del Partit Popular al poder la llei perilla, ja que reformar-la va ser un dels punts forts del seu programa electoral. Hem de recordar que està pendent un recurs d'inconstitucionalitat que el mateix PP va presentar contra la llei. En la línia de les polítiques de retallades, no solament de drets socials i laborals, sinó també de llibertats civils, el dret a l'avortament és a la primera línia de foc. El ministre de Justícia, Alberto Ruiz-Gallardón, ha declarat públicament que tornarem a una llei de supòsits, però molt més restrictiva que la del 85, que no reconeixerà la llibertat de decidir de la dona. Amb un discurs tenyit de fals paternalisme, digne del patriarca més recalitrant, afirmà que "les dones avorten empeses per una violència de gènere estructural contra l'embaràs". No cal dir que aquest canvi representarà un gran pas enrere que ens allunyarà d'Europa, i significarà la pèrdua per a les

dones del dret a decidir amb llibertat i de la consideració de ser persones amb l'autonomia i capacitat moral suficient per decidir sobre el seu cos i la seva maternitat. Així mateix provocarà la desprotecció i inseguretat jurídica, tant per a les dones com per al personal sanitari, i recordarà, així mateix, que qualsevol reculada de la legislació en matèria d'avortament exposa a un major risc de la salut i la pròpia vida de les dones, tal com denuncia l'OMS en les seves investigacions.

### **Píndola del dia després**

La píndola del dia després s'estava dispensant sense recepta mèdica des de setembre del 2009. Els resultats han estat bons, ja que no s'han detectat efectes secundaris importants i en canvi el nombre d'avortaments ha baixat:

**Taula núm. 16: Nombre dispensacions de la píndola del dia després**

	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
<b>CATALUNYA</b>	22.924	24.490	25.379

Taula d'elaboració pròpia. Font Ministeri de Sanitat i Consum

No obstant això, l'actual ministra de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Ana Mato, va qüestionar de seguida que la pastilla continués sent dispensada sense recepta a les farmàcies. El mes de febrer passat va encarregar diversos informes a la Societat Espanyola de Contracepció, a la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecologia i a l'Organización Médica Colegial. Els informes demanats, inclòs el que va elaborar la conservadora Sociedad Española de Ginecólogos y Obstetras, coincidien en el mateix: és un anticonceptiu eficaç i segur, que no origina efectes secundaris d'importància, a més de recomanar que se'n faciliti l'accés a les dones que la necessitin. Tot i el resultat dels informes dels experts, la ministra continua qüestionant la píndola, i diu que crearà un comitè per tractar el tema. És evident que no la mou la preocupació per la salut de les dones, ni els criteris científics, sinó la ideologia patriarcal i retrògrada que no considera la dona un ésser capaç de decidir sobre el seu cos i la seva sexualitat.

### **Prevenció i educació**

S'ha parlat molt de l'avortament, però molt poc de la resta de la llei. L'avortament és la majoria de les vegades la conseqüència de la falta d'un bon mètode anticonceptiu i d'una bona informació. La llei donava un any perquè es desenvolupés la planificació per incloure els mètodes anticonceptius a la cartera de serveis de la xarxa pública i el programa d'educació afectiva i sexual dins de l'ensenyament obligatori, però aquest any es va complir el 5 de juliol del 2011 i encara no hem vist aquest desplegament. L'educació és imprescindible per combatre els embarassos no desitjats, les malalties de transmissió sexual, la violència de gènere... sense l'educació i la prevenció no es pot gaudir plenament de la sexualitat, ni de la salut.

## ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA

Taula núm. 17: Total d'activitat d'episodis assistencials, 2010

	<b>Episodis assistencials</b>	<b>Dones %</b>	<b>Mitjana d'edat</b>
<b>Llarga durada</b>	<b>13.925</b>	<b>60,0</b>	<b>79,2</b>
<b>Convalescents</b>	<b>22.337</b>	<b>60,6</b>	<b>79,4</b>
<b>Cures pal·liatives</b>	<b>6.538</b>	<b>42,0</b>	<b>74,2</b>

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut

La majoria d'episodis assistencials l'any 2010 tant d'estades de llarga durada com de Convalescents són de dones, per tant podem veure com cal conservar i incrementar els recursos socio-sanitaris

## VIOLENCIA MASCLISTA

### La prevenció i detecció precoç de la violència de gènere envers les dones i nenes

Com ja dèiem en altres informes, la violència masclista té importants conseqüències sobre la salut de les dones i les nenes i no podem obviar la situació de vulnerabilitat davant d'altres malalties. També que la violència masclista està lluny de minvar a casa nostra.

El Departament de Salut, reconeix la importància que els serveis de salut tenen tant en la detecció precoç com en el tractament i recuperació de les dones sotmeses a situacions de violència masclista. Existeix un protocol per a l'abordatge de la violència masclista (física, psicològica, sexual i econòmica), de com detectar-la i tractar-la, i una guia específica de com han d'abordar-la els professionals sanitaris de l'atenció primària. També hi ha altres documents que marquen pautes. Documents operatius de dones especialment vulnerables (discapacitat, drogodependències, embaràs, mutilació genital femenina...). Però malgrat aquests instruments es desconeix quina feina real es fa en aquest sentit, ja que no hi ha informació pública sobre l'activitat del Departament en aquest sentit ni memòria ni avaluacions d'aquests protocols.

Tampoc tenim prou informació de programes de prevenció com el de "Salut i escola" que tot i en la memòria 2010 del Departament parla de l'important pes de les consultes sobre el tema de la violència, la informació de l'Agència de Salut Pública ens diu que el curs 2010-2011 de les 23.724 consultes a infermeria (consulta oberta), 4.437 van ser per temes relacionats amb salut mental i 1.176 amb violència. Però la informació no la donen desagregada per sexe ni sabem quin tipus de problemes de salut mental o de violència poden estar relacionats amb la violència masclista.

## SALUT LABORAL DE LES DONES

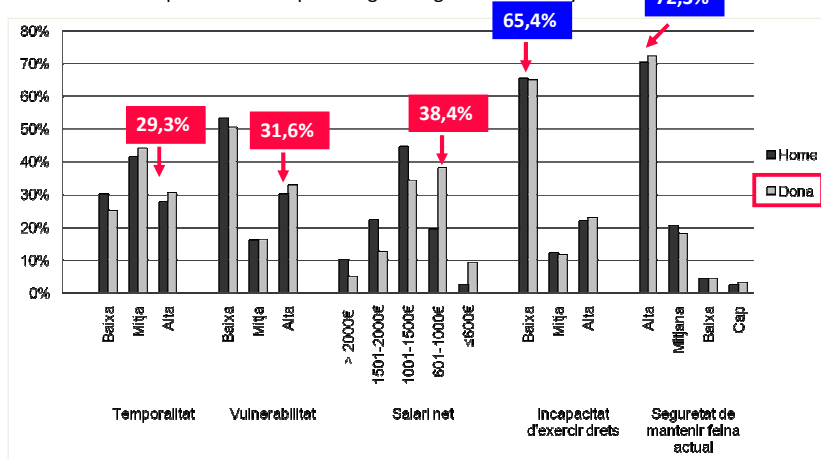
L'enquesta catalana de condicions de treball (ECCT), realitzada en 2010 ens dibuixa com es produeixi la precarietat en l'ocupació en el nostre país, i de nou les dones tornen a tenir una situació de més afectació

### Estudi 1. Les condicions d'ocupació, la inseguretat laboral i la precarietat a Catalunya i la seva relació amb la salut

GRUPO DE INVESTIGACIONES EN SALUD Y MEDICINA DEL TRABAJO (GREDSEMCUNET)

**Objectiu 1:** Descriure la distribució de les diferents dimensions de les condicions d'ocupació i la inseguretat laboral

Dimensions de la qualitat de l'ocupació segons el gènere. Catalunya 2010.



Base: Treballadors assalariats amb contracte.

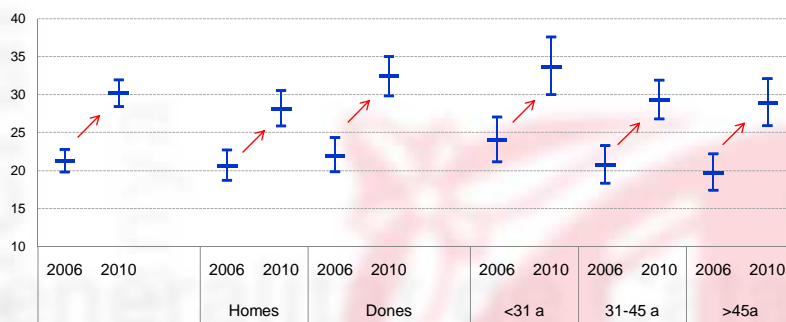
De les cinc dimensions del gràfic que defineixen la Qualitat de l'Ocupació (temporalitat, vulnerabilitat, salari, incapacitat d'exercir drets i seguretat de mantenir la feina), en tres són les dones les que estan en una situació pitjor. Temporalitat, vulnerabilitat i salari, en les dimensions d'incapacitat per exercir els drets, hi ha una situació similar entre dones i homes, un 65,4% de les persones declaren una baixa incapacitat per exercir els drets. En canvi en seguretat de mantenir la feina actual podem dir que les dones tenen una situació bipolaritzada, és a dir, de les persones que estan en una situació d'alta seguretat, el percentatge de dones és una mica major, però de les persones treballadores que estan en la situació pitjor (cap seguretat) hi ha més dones que homes, per tant tornen a tenir una situació de pitjor exposició.

### Comparació entre l'ECCT de 2006 i 2010

La Generalitat de Catalunya, ha presentat la II Enquesta Catalana de Conditons de Treball i a la seva explotació fa una comparativa amb les dades referents a la I Enquesta (2006). És significatiu veure l'impacte de la crisi i les reestructuracions i ajustaments de plantilles a les empreses, que es visualitza amb un augment de l'exposició als riscos psicosocials i en concret es relaciona de manera directa amb un baix control a la feina, augment de les exigències psicològiques a la feina i augment de la inseguretat.

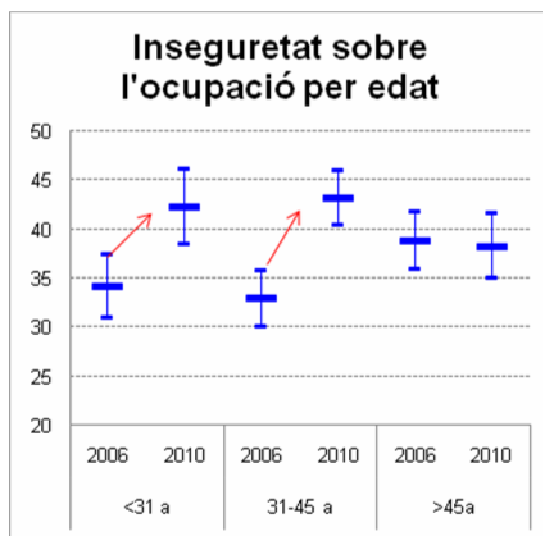
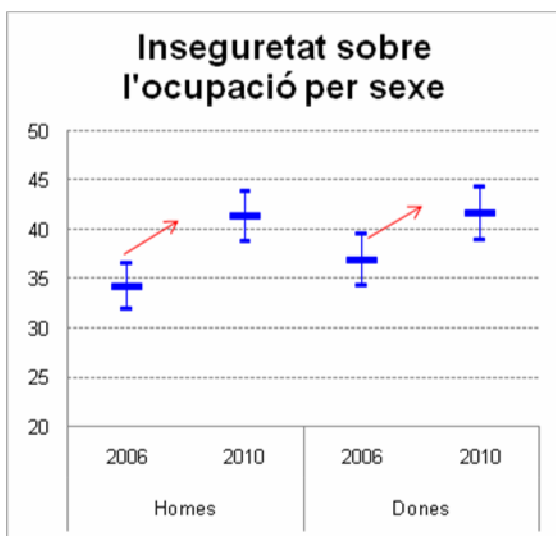
Si comparem aquestes dades veiem que hi ha un impacte molt diferent, si afegim la perspectiva de gènere, sent les dones les que presenten major prevalença de baix control a la feina, altes exigències i alta inseguretat.

### Prevalença del baix control a la feina 1a i 2a ECCT



### Prevalença d'alta inseguretat a la feina

#### 1ª i 2ª enquesta d'ECCT



L'evolució de les exposicions psicosocials a la feina entre la 1a i 2a ECCT ens diu que:

- Hi ha un augment de les exigències psicològiques, més intensitat de treball.
- Hi ha un empitjorament de tots els indicadors de control sobre el treball.
- Hi ha una bona evolució del suport social a la feina.
- Hi ha un empitjorament de la inseguretat sobre l'ocupació, però no sobre les condicions de treball, que podria ser secundària a la primera.
- Hi ha un increment de les desigualtats d'exposició, qui pitjor estava el 2006 pitjor ha evolucionat.
- En totes elles, les dones partien de pitjors condicions i les han incrementades. També les persones joves han estat més afectades

### **Malalties professionals**

En aquesta part del document farem servir l'índex d'incidència de malalties professionals (MP) i d'accidents de treball (AT), volem remarcar que els indicadors dels danys a la salut que es fan servir són l'índex d'incidència que recull el nombre d'AT o de MP en relació amb la població assalariada i es multipliquen per 100.000.

Això provoca que totes les dades es refereixin a la població assalariada i no es tingui en compte la variable d'hores treballades.

A causa de la realitat sociolaboral, les dones tenen un percentatge més alt de jornades a temps parcial, i fer servir aquest indicador amaga bona part de la realitat, ja que si estem exposats al risc la meitat de la jornada i són aquestes les dades (tant d'AT com de MP) hi ha una ocultació, afegida al fenomen del subregistre que des de CCOO denunciem de fa temps. Creiem que s'hauria de calcular per índex de freqüència (que es fa en relació amb les hores treballades).

**Taula núm. 18: Dades Cepross MP comunicades per sexe**

ANY	Índex Incidència amb BAIXA				SENSE BAIXA				TOTALES			
	Homes	Dones	Total I.I	Total Absolut	Homes	Dones	Total I.I.	Total Absolut	Homes	Dones	Total I.I.	Total Absolut
2011	<b>66,72</b>	<b>83,16</b>	<b>74,79</b>	1.940	<b>58,08</b>	<b>62,66</b>	<b>60,33</b>	1.565	<b>124,80</b>	<b>145,82</b>	<b>135,12</b>	3.505
2010	<b>74,00</b>	<b>79,51</b>	<b>76,67</b>	2.020	<b>50,73</b>	<b>55,07</b>	<b>52,83</b>	1.392	<b>124,73</b>	<b>134,59</b>	<b>129,50</b>	3.412
2009	<b>85,00</b>	<b>96,33</b>	<b>90,39</b>	2.408	<b>49,05</b>	<b>43,94</b>	<b>46,62</b>	1.242	<b>134,05</b>	<b>140,28</b>	<b>137,02</b>	3.650
2008	<b>93,65</b>	<b>101,82</b>	<b>97,43</b>	2.836	<b>47,94</b>	<b>48,05</b>	<b>47,99</b>	1.397	<b>141,59</b>	<b>149,87</b>	<b>145,42</b>	4.233

Font: Cepross, Ministeri de Treball

I.I. Índex d'Incidència és el nombre de MP comunicades/població assalariada (Font IDESCAT) \* 100.000 treballadors.

Aquesta taula ens demostra l'evolució de les dades de comunicació de Malalties Professionals i podem veure que en tots els anys, les dones tenen una incidència de malalties professionals més elevada que en els homes. La constant es repeteix quasi d'una manera absoluta tant en malalties amb baixa com sense baixa. Les feines que ocupen majoritàriament les dones tenen condicions de treball que les exposen a més riscos de lesions múscul esquelètiques a llarg termini, riscos psicosocials, i biològics que són generadors de malalties professionals

Val a dir que hi ha un subregistre i no declaració de malalties professionals, degut a interessos empresarials, econòmics i per la manca de prevenció i vigilància a les empreses, així com una laxitud de les autoritats en la persecució d'aquest tipus de frau, ja que les malalties no declarades són ateses pel sistema públic de salut. Així es potencien mesures de control i seguiment del suposat absentisme, sense tenir en compte quina és la causa de l'absència.

## ACCIDENTS DE TREBALL

**Taula núm. 19: Accidents laborals a Catalunya**

Tipus	2011			2010			Dif. % D	Dif. % H	Dif. Total
	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total			
<b>Lleus</b>	27.436	64.112	91.548	30.612	73.283	103.895	-10,38%	-12,51%	-11,88%
<b>Greus</b>	90	594	684	100	662	762	-10,00%	-10,27%	-10,24%
<b>Mortals</b>	5	73	78	2	62	64	150,00%	17,74%	21,88%
<b>Total</b>	27.531	64.779	92.310	30.714	74.007	104.721	-10,36%	-12,47%	-11,85%

Taula d'elaboració pròpia. Font \*Dades referenciades a la publicació *Sinistralitat Laboral* de l'Observatori del Treball de desembre de 2011

En canvi en els accidents de treball, les dades són inversament diferents. Hi ha més homes que pateixen accidents de treball que dones, i aquest es un patró que es va repetint al llarg del temps. A part de la limitació de l'índex esmentat més a dalt, una causa probable és que les feines ocupades per les dones no són tan generadores d'accidents (no són tant de riscos de seguretat).

Dels 78 accidents mortals que han tingut lloc durant la jornada de treball el passat 2011 a Catalunya i les malalties professionals no reconegudes hem de deduir que la situació és molt alarmant. No pot ser d'altra forma quan la xifra de persones mortes a causa del treball és de 14 més que durant l'any 2010, cosa que significa un augment del 21,88% respecte de l'any anterior. També si parlem d'índexs d'incidència (AT x 100.000 treballadors) en el cas dels mortals, l'increment és del 23,50%, aquest ascens de la sinistralitat mortal és el més elevat de l'Estat espanyol.

Les dones han tingut un increment d'accidents mortals del 2010 al 2011 del 150%, han passat de 2 a 5.

Taula núm. 20: Accidents de treball sense baixa mèdica - Temporalitat segons sexe i període de comptabilització

## incidència

	Indefinit			Temporal			TOTAL		
	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL
2010	5.918	2.837	4.425	1.727	829	1.292	7.646	3.666	5.717
2011	6.012	2.906	4.487	1.813	875	1.353	7.826	3.782	5.840

Font: DEMO, Generalitat de Catalunya.

I.I.: Índex d'incidència és el nombre d'AT sense baixa població ocupada de referència (Font Idescat)



Taula núm. 21. Accidents de treball amb baixa mèdica - Temporalitat segons sexe, edat, lloc de l'accident i període de comptabilització

		incidència												
		Sense especificar(1)			Indefinit			Temporal			TOTAL			
		Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	
2010*	En jornada	<b>TOTAL</b>	65	10	38	3.836	1.792	2.845	1.549	604	1.091	5.450	2.407	3.975
	In itinere	<b>TOTAL</b>	0	0	0	433	489	460	169	182	175	603	672	637
		Sense especificar			Indefinit			Temporal			TOTAL			
		Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	Home	Dona	TOTAL	
2011*	En jornada	<b>TOTAL</b>	88	14	52	3.457,00	1.619,00	2.554,00	1.359,00	528	951	4.905,00	2.162,00	3.558,00
	In itinere	<b>TOTAL</b>	0	0	0	383	432	407	145	165	155	529	598	563

Font: DEMO Generalitat de Catalunya.

\*Dades referenciades a publicació 'Sinistralitat Laboral' de l'Observatori del Treball de desembre 2010

Incidència: N° AT amb baixa en jornada laboral o in itinere/ població ocupada de referència (Font Idescat)

Entenem que les causes directes dels accidents laborals que indiquen les dades estadístiques són la precarietat en l'ocupació, la manca de formació i informació en matèria de seguretat i salut laboral, així com l'absència de mesures de seguretat i de prevenció de riscos laborals. I que hem de sensibilitzar la societat en general del cost social i econòmic de la no-prevenció a les empreses del nostre país, aquesta és una tasca pendent de tots nosaltres.

1. Es confirma que la subdeclaració de malalties professionals és endèmica a Catalunya, a Espanya i a Europa. Cal fer un esforç per millorar la gestió del reconeixement de les malalties professionals per millorar les proteccions i la salut dels treballadors i treballadores, així com l'economia de la Seguretat Social, que és la que es fa càrrec de les malalties no diagnosticades com a professionals. La majoria d'aquestes malalties són d'origen musculoesquelètic per no prendre mesures preventives ergonòmiques.
2. El subregistre és molt més evident en el cas de les dones. A causa dels tipus de riscos als quals s'exposen (més als musculoesquelètics i psicosocials) i també pel biaix que presenta l'indicador que es fa servir (incidència front índex de freqüència).

### **CONCLUSIONS**

1. Increment de problemes de salut i de risc de pèrdua de salut.
2. Pèrdua de drets socials i laborals –pèrdua de drets socials bàsics (treball, dèficit alimentació, habitatge), pèrdua del dret a l'atenció sanitària universal, pèrdua de la qualitat en l'atenció (increment de llistes d'espera), pèrdua de drets sobre el cos de les dones (dificultats en l'aplicació de la llei de salut sexual i reproductiva)-.
3. Continuen les polítiques poc respectuoses amb el cos de les dones, poca prevenció i hipermedicalització (dispensació de la vacuna VPH), especialment en processos naturals com el part (excés de cesàries).

### **PER TOTA AQUESTA SITUACIÓ RECOMANEM:**

- ✓ Que cal retornar a un model de sanitat pública universal com a dret de ciutadania, enfront d'un altre on el dret depèn de la condició d'assegurat.
- ✓ Estem en contra de totes les polítiques que estan eliminant la gratuïtat i l'accés, introduint o incrementant el copagament en algunes prestacions.
- ✓ Que cal potenciar les polítiques de salut pública, les que tenen a veure amb les condicions de treball i de vida, molt necessàries en tot moment i més en situació de crisi econòmica, entre les quals cal actuacions específiques per millorar el mercat de treball qualitativament i quantitativament.
- ✓ Retirada de la reforma laboral RDL 3/2012 i el Reial decret llei, de 24 de abril de 2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions.
- ✓ Que haurien de potenciar-se, a les empreses, les polítiques preventives que siguin sensibles a la qüestió gènere, ja que les avaluacions de riscos laborals no tenen en compte aquesta dimensió de gènere i homes i dones no ens exposem de la mateixa manera als mateixos riscos.

- ✓ Així les metodologies d'avaluacions de riscos han d'incorporar aquest vessant, i la vigilància de la salut i els protocols de vigilància dels riscos també.
- ✓ Cal potenciar controls de la Inspecció de Treball.
- ✓ Que no s'ha de retallar cap servei social, i menys l'atenció sanitària. S'ha de reforçar el treball en els grups més vulnerables fonamentalment dones. Dones que han tingut processos de violència en la parella, dones que han patit un càncer o altres malalties greus, nenes i nens de famílies que han perdut la feina i l'habitatge, famílies sense ingressos, sobretot les monoparentals, persones sense suport familiar. Persones estrangeres sense permís de treball.
- ✓ Cal millorar l'atenció a les dones respectant-ne els desitjos i els processos naturals (embaràs, part, lactància i menopausa) i reduir l'excessiva medicalització i tecnificació que pateix el nostre sistema sanitari.
- ✓ Que s'ha de registrar i avaluar el treball realitzat per a l'aplicació del protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.
- ✓ No acceptarem cap pèrdua de drets entorn a la Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs.
- ✓ Cal el desplegament i el desenvolupament de la **Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció de l'embaràs**:
  - Cal que es decideixi quin és el sistema global pel qual les dones podran accedir a una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) Catalunya: accessible, gratuïta i amb totes les garanties de seguretat, qualitat i confidencialitat.
  - Que hi hagi centres acreditats per tot el territori català per realitzar una IVE, siguin ASSIR, hospitals o clíniques privades, i regular l'objecció de consciència de tal manera que no afecti les necessitats de les dones.
  - Fer la planificació per incloure els mètodes anticonceptius a la cartera de serveis de la xarxa pública, com marca la llei.
  - Planificar el programa d'educació afectiva i sexual dins de l'ensenyament obligatori.
- ✓ S'ha d'incrementar la presència de professionals de la psicologia als centres d'atenció primària, per facilitar la derivació dels altres professionals i fer atenció individual i grups de teràpia, la qual cosa reduiria la prescripció de psicofàrmacs, que constitueixen un dels capítols més grans de la despesa farmacèutica i es destinen sobretot a les dones.
- ✓ És urgent reduir el nombre de cesàries i, en general, l'aplicació a tots els hospitals de Catalunya de l'estratègia d'atenció al part normal.
- ✓ S'ha d'aplicar la moratòria respecte de la vacuna contra el virus del papil·loma humà, ja que és innecessària i poc eficient, i millorar el cribratge poblacional que és molt més eficient en termes de cost-efectivitat i innocu per a la salut de les dones.
- ✓ Per reduir la medicalització s'ha de promoure la capacitat de les dones-usuàries en les seves autocures, partint de la informació i formació necessària, de confiar en els seus propis recursos i compartir coresponsabilitat en els processos. I per això no s'han de reduir drets.

**En l'elaboració d'aquest informe han participat:**

Secretaria de Polítiques socials, Joan Canals

Secretaria de la Dona, M. C. Catalán

Federació de Sanitat, Silvia Espinosa

Secretaria de Salut Laboral, Loly Fernández i María Menéndez

Suport tècnic, Miquel Mora i Pilar Maín