

**Informe  
2013**



# **[SALUT I ATENCIÓ SANITÀRIA DE DONES I NENES. ESTAT DE SITUACIÓ]**

**DIA INTERNACIONAL D'ACCIÓ PER A LA SALUT DE LES DONES**

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

Secretaria de la Dona i Cohesió Social: M. Carme Catalán

Secretaria de Socioeconomia: Joan Canals

Federació de Sanitat: Sílvia Espinosa

Secretaria d'Acció Sindical i Política Sectorial de la CONC: Loly Fernández

Institut Sindical de Treball Ambient i Salut (ISTAS): Neus Moreno

## INTRODUCCIÓ

En els informes dels darrers anys sobre l'estat de les polítiques de salut envers les dones a Catalunya ja fèiem èmfasi en dos aspectes que consideràvem determinants llavors: els efectes de la crisi sobre la salut de les dones i l'impacte de les polítiques sanitàries, iniciades pel Govern de la Generalitat, que després de les eleccions autonòmiques, si bé sotmès a un canvi de relació de forces, a la pèrdua de la majoria i a l'obligació de governar emparant-se en altres forces polítiques, continua sense donar prou prioritat als drets socials. A tot això, d'altra banda, cal afegir-hi l'impacte de les polítiques de l'Estat dutes a terme pel Partit Popular en contra dels drets nacionals, laborals i socials.

Lamentablement, els problemes socials i laborals, lluny de millorar, s'han aguditzat, amb un atur galopant que sobrepassa, en el moment d'escriure aquest informe, els 6 milions d'aturats i aturades, malgrat una agressiva reforma laboral aplicada sense consens i la continuïtat i l'agreujament de la política de retallades, que ha ocasionat, entre altres coses, la pèrdua de la universalitat en l'atenció sanitària. A pesar de l'intent autonòmic de pal·liar aquesta situació, s'està donant lloc a iniquitats i altres atacs als drets, com el tancament o la reducció de serveis o de personal, i la promoció de copagaments o l'increment dels que ja hi havia. D'altra banda, l'atac als drets pot incrementar-se envers les dones si finalment es reforma la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs en el sentit restrictiu que anuncia el ministre de Justícia.

Aquest any hem pogut recollir les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2011, que ens aporten una valuosa informació a l'hora d'analitzar les desigualtats socials i de gènere. Més enllà de l'enquesta, un aspecte rellevant, que ja apuntàvem en l'informe anterior, però que és necessari remarcar, és la falta d'informació actualitzada, ja que les dades oficials disponibles a finals d'abril del 2013 a partir dels organismes públics corresponen al 2011. D'altra banda, seguim trobant moltes d'aquestes dades sense desagregar per gènere.

## 1- CONDICIONS D'ACCÉS A L'ATENCIÓ SANITÀRIA

Ja en l'informe de l'any anterior vam analitzar, entre les conseqüències que podia tenir l'anomenat Reial decret llei de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut, els seus efectes sobre el dret a l'assistència sanitària de determinats col·lectius. Amb l'esmentat RD, la sanitat deixava de ser universal i gratuïta com a dret de ciutadania per tornar a dependre de la condició d'assegurada/beneficiari/ària, malgrat el seu finançament no per quotes sinó per la via dels impostos, i on cada cop tenen més pes aquells que graven el consum, com l'IVA o els impostos especials, i que paguem tota la ciutadania (immigrants en situació irregular inclosos). L'ambigüitat del redactat deixava fora no tan sols els immigrants no regularitzats (tal com s'havia afanyat a remarcar la ministra, en roda de premsa, potser per aconseguir l'aprovació dels sectors més xenòfobs de la ciutadania), sinó també d'altres col·lectius com certs professionals liberals o els majors de 26 anys que no havien cotitzat, el que va obligar a matisar-ho amb un nou RD que al final exclou, bàsicament, immigrants irregulars i persones amb rendes superiors als 100.000 € anuals que mai han cotitzat.

Cal comentar que el seguiment del RD ha estat desigual segons les comunitats autònomes. Així, mentre algunes d'elles (Cantàbria, la Rioja, Aragó, Madrid, Extremadura, Castella-la Manxa, Múrcia, les Balears o les Canàries) l'han aplicat rigorosament, d'altres (Galícia, Castella i Lleó, Navarra o València) l'han "matisat"; finalment, hi ha altres comunitats, que són la minoria (Catalunya, el País Basc, Astúries i Andalusia), han creat mecanismes per intentar mantenir el caràcter universal de l'assistència sanitària. Un any després, des del Ministeri de Sanitat es parla de més de 3.000 milions d'euros d'estalvi i d'una acceptació "majoritària" del RD entre ciutadans i professionals, si bé altres dades no són tan optimistes. Segons el Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS), set de cada deu espanyols no aproven l'exclusió dels "sense papers", sis comunitats autònomes han presentat recurs d'inconstitucionalitat i set societats científiques s'hi han mostrat en contra. Alhora, proliferen casos de facturacions irregulars en el servei d'urgències, persones que no van al metge per por que els cobrin el servei, malalts que no poden pagar els tractaments, retards en els diagnòstics o morts suposadament relacionades amb la denegació d'assistència sanitària (una d'elles, sota investigació judicial, d'un pacient sense targeta sanitària, afectat de tuberculosi i al qual sembla que no es va realitzar una placa de tòrax perquè no podia pagar-la).

El mes de desembre del 2012, el Tribunal Constitucional avalava la decisió del Govern Basc de donar atenció sanitària a immigrants sense papers en una interlocutòria en què conclouia que limitar l'accés a la sanitat a determinats col·lectius podia afectar no solament la seva salut, sinó la de tota la societat, i que el dret a la salut ha de prevaldre per sobre de qualsevol tipus de benefici econòmic. Malgrat això, el Govern del PP ha mantingut vigent la llei sense cap modificació, a l'espera que es conegui el contingut definitiu de la sentència.

En aquest apartat, analitzarem de quina manera s'ha materialitzat a Catalunya l'aplicació de la normativa. Del creuament de dades entre els registres estatals de l'INSS i els del Departament, unes 600.000 persones no van estar reconegudes per l'INSS; d'elles només 180.000 eren estrangeres sense permís de residència, mentre que la majoria (420.000) corresponia a ciutadans espanyols. A tots ells, el CatSalut els va obrir un període transitori de sis mesos per tal que regularitzessin la seva situació. Un cop presentada la documentació, i amb el requisit d'estar empadronats tres mesos abans, se'ls facilità

un document que donava accés a l'assistència sanitària només a Catalunya i que a partir de l'any cobria també l'atenció especialitzada.

Malgrat l'anunci que amb això es garantia l'atenció sanitària "a tots els ciutadans que viuen a Catalunya", deixant d'aplicar el RD estatal i argumentant tres motius bàsics (el perjudici que per a la salut d'aquestes persones es pot produir en cas de no rebre assistència sanitària, el perill que suposa per a la salut pública de tota la societat deixar una part de la població sense control mèdic i, finalment, evitar un increment en la vulnerabilitat de col·lectius en risc d'exclusió social), existeixen diversos punts que qüestionen el que s'ha exposat anteriorment:

- Segons el Departament, unes 10.000 persones no compleixen els criteris que permeten accedir a una targeta sanitària (estrangeres no empadronats o aquelles en situació irregular que no ho han fet tres mesos abans), segons sembla per evitar "el turisme sanitari". Aquesta situació es veurà agreujada per la inseguretats en què queden aquestes persones davant canvis en la seva situació administrativa o laboral, que pot comportar l'exclusió, total o parcial, de l'assistència sanitària, i que suposa, a la pràctica, una barrera a la igualtat d'accés, no evita el turisme sanitari "real" i només retarda l'atenció sanitària, fet que, a la llarga, pot incrementar els costos finals (tant econòmics com en termes de salut pública).
- Es calcula en uns altres 10.000 les persones estrangeres empadronades a Catalunya, l'adreça actual dels quals "no consta", pel que si bé el CatSalut els ha enviat una carta amb la targeta no hi ha cap seguretat que la rebin.
- D'altra banda, les persones amb més de tres mesos d'empadronament tampoc tenen assegurada l'atenció especialitzada fins que no compleixin l'any (unes 15.000-17.000 persones). Inicialment, estava previst que durant aquest període fos una comissió territorial la que valorés cada cas concret. En el moment d'escriure aquest document, l'apartat 6.1 de la Instrucció 10/2012, que regulava els criteris d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris de l'SNS, s'ha modificat, de manera que la valoració i proposta d'atorgament d'aquest accés excepcional serà portada a terme per una comissió del CatSalut centralitzada que es reunirà cada tres mesos, amb una comissió permanent, que ho farà setmanalment, i tot un complicat procés que genera seriosos dubtes sobre la capacitat de resposta, especialment en les situacions que requereixin immediatesa.
- Finalment, cal destacar que s'han detectat ajuntaments que estan posant importants traves per empadronar persones immigrades, especialment a aquells que no disposen de domicili fix.

Des de CCOO de Catalunya vam denunciar, des del primer moment, que el que realment es pretenia tornant a un model d'assegurament era afavorir les assegurances privades (acompanyat, probablement, d'una futura desgravació fiscal), dualitzar el sistema sanitari, alhora que s'estava confonent la població barrejant els conceptes "d'immigració il·legal" i "turisme sanitari", i que, qüestions humanitàries a part, es podien generar greus problemes de salut pública, col·lapse d'urgències, diagnòstics de malalties en estadis més avançats i, en definitiva, increment de costos i de vulnerabilitat en col·lectius en risc d'exclusió social. Per això vam valorar positivament que el Govern de la Generalitat de Catalunya garantís l'assistència sanitària a la població immigrada en situació

irregular com a dret de ciutadania, si bé vam considerar que el requisit de tres mesos d'empadronament previ per accedir a aquesta assistència, i de l'any per a l'especialitzada, era contradictori amb el que establia el Pacte Nacional per a la Immigració, que reconeixia la igualtat de tracte en l'accés als serveis públics entre totes les persones empadronades a Catalunya.

En un document que analitza desigualtats des d'una perspectiva de gènere no cal comentar com les dones són tradicionalment més vulnerables als problemes aquí apuntats, però sí cal fer esment a un fet "curiós": a la interlocutòria a la qual s'ha fet referència anteriorment, de desembre del 2012, la representació tant del Govern basc com de l'Estat va ser feta per dones, mentre que dels dotze membres del Tribunal Constitucional només dues ho són, el que fa suposar que si bé les dones poden arribar a llocs alts de responsabilitat, tenen més dificultats per fer-ho a llocs més rellevants de decisió.

## 2- L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA

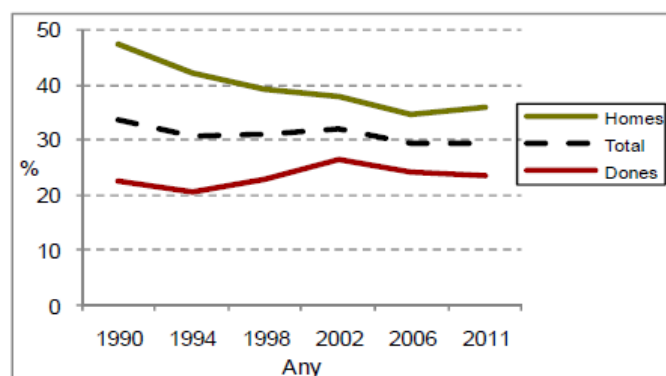
L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) aporta informació poblacional sobre l'estat de salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris força rellevants i que, freqüentment, posen en evidència importants desigualtats en salut, segons diferents variables. El darrer informe dels principals resultats fa referència a l'any 2011 i es van publicar l'agost del 2012.

No és l'objectiu d'aquest estudi fer una anàlisi exhaustiva de l'ESCA, però sí posar en evidència algunes d'aquestes desigualtats des del vessant de gènere. Amb aquesta idea, hem escollit un nombre reduït, però significatiu, d'indicadors.

### **Consum de tabac i alcohol**

Aproximadament 3 de cada 10 persones de 15 anys o més són fumadores (29,5%); el 35,8% dels homes i el 23,4% de les dones. La proporció total de fumadors en el període 1990-2011 ha disminuït, especialment entre homes, i es manté la davallada de la proporció de dones fumadores, que es va iniciar l'any 2002 (gràfic 1).

**Gràfic 1. Evolució de la prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per sexe. Catalunya, 1990-2011**



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1990, 1998. Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006 i 2011.

Les dones tenen un patró de consum de tabac per edat molt estable entre els 15 i els 55 anys, edats en què prop del 30% són fumadores. Aquesta prevalença es redueix a la meitat en el grup de 55 a 64 anys, i les de més de 65 anys que fumen no són estadísticament significatives. Els homes tenen prevalences superiors a les dones en totes les edats, amb percentatges molt propers entre els joves de 15 a 24 anys, i més allunyats a mesura que els grups són de més edat. En general, podem concloure que els homes tenen prevalences de consum de tabac superiors a les dones en totes les edats, i que la proporció de dones fumadores continua disminuint.

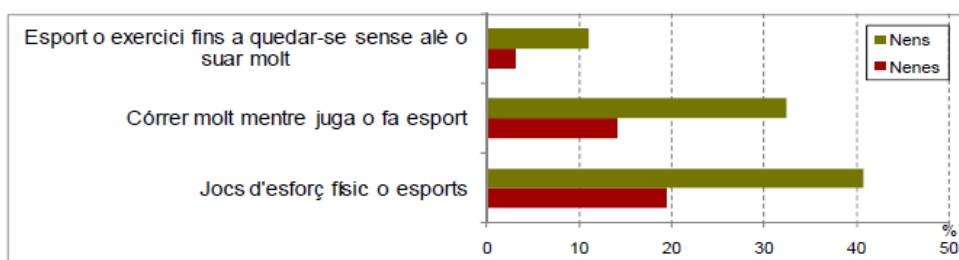
Referent a la prevalença en el consum de risc de begudes alcohòliques, podem dir que és més elevada en els homes que en les dones, atès que del 4,7% de la població de 15 anys i més que fa aquest consum de risc, un 7,2% són homes i un 2,3% són dones, i que aquesta major prevalença ho és en tots els grups d'edat (malgrat ser més alta en les edats més joves i disminuir a mesura que els grups són de més edat). Per classe social, s'evidencia un patró diferent segons el sexe. Així, el consum de risc d'alcohol és més elevat entre les dones de classes benestants, mentre que en els homes predomina en les classes mitjanes.

### **Activitat física**

L'any 2011, a Catalunya, un 19,1% de la població de 15 anys i més és sedentària (el 17,2% són homes i el 21,0% són dones), el que indica que les dones presenten un nivell d'activitat física inferior.

Per altra banda, quant a l'activitat física en la població infantil, la freqüència de la pràctica d'activitats esportives en la població de 6 a 14 anys és més elevada entre els nens que entre les nenes, tal com mostra la gràfica 2.

**Gràfica 2. Activitat física de la població de 6 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2011**

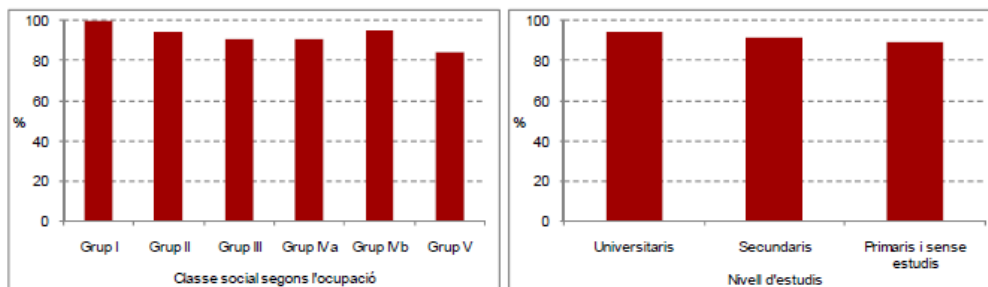


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

### ***Pràctica de la mamografia i de la citologia vaginal periòdica***

Un 48,5% de les dones de 15 anys i més es fa una mamografia periòdica. La freqüència més elevada, 91,2%, correspon al grup prioritzat (de 50 a 69 anys). La pràctica de la mamografia en aquest grup no presenta diferències rellevants entre classe social, tot i que és lleugerament més freqüent entre aquelles més benestants. Segons el nivell d'estudis, les dones amb estudis universitaris es fan una mamografia periòdica en proporcions també lleugerament més elevades (gràfica 3).

**Gràfica 3. Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament, per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011**



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

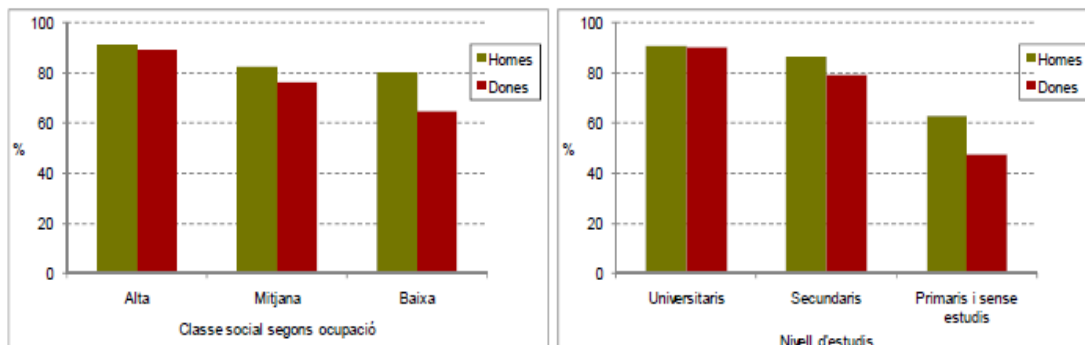
Referent a la realització de la citologia vaginal, un 60,1% de les dones de 15 anys i més se'n fan una regularment. El grup d'edat que ho fa amb proporcions més altes és el de 40 a 49 anys (82,5%). La realització d'aquesta pràctica és també més freqüent entre les dones de classes benestants i entre aquelles amb estudis universitaris.

### ***Percepció de bona salut***

L'any 2011, un 80,1% de la població general té una bona percepció de la seva salut ("excel·lent", "molt bona" o "bona"), si bé l'autovaloració positiva de l'estat de salut és superior en homes que en dones (el 84,2% davant el 76,0%, respectivament). L'autovaloració de l'estat de salut mostra un gradient en relació amb la classe social; així, les persones que pertanyen als grups socioeconòmics més desafavorits tenen una autopercepció del seu estat de salut pitjor, especialment les dones. Aquest fet també s'observa en relació amb el nivell d'estudis, de manera que com més baix és el nivell d'estudis, pitjor és l'estat de salut percebut de la població (gràfica 4).



**Gràfica 4. Bona percepció de la salut en la població, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya 2011**



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

### ***Problemes de pes***

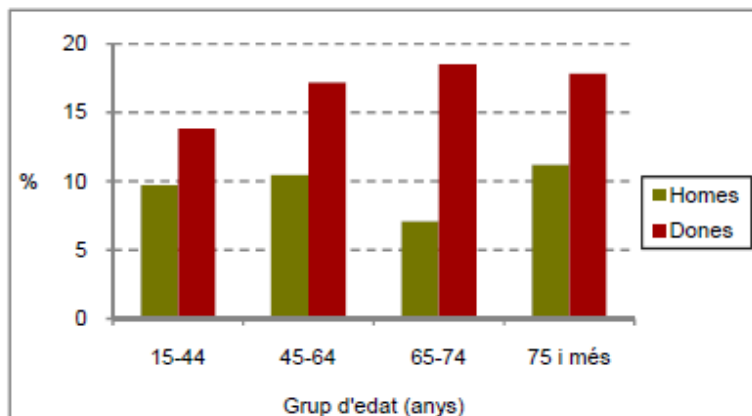
La meitat de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (sobrepès o obesitat), amb un 36,3% de sobrepès, principalment homes, i un 13,9% d'obesitat, similar en tots dos sexes.

Per contra, l'infrapès és més freqüent en dones i, principalment, entre joves de 18 a 34 anys. El percentatge de població amb sobrepès i obesitat augmenta entre les classes socials més desfavorides i amb menys estudis, sobretot entre la població femenina.

### ***Risc de patir trastorn mental***

El 12,8% de la població de 15 anys i més (el 9,8% d'homes i el 15,7% de dones) té risc de mala salut mental. Les dones tenen una probabilitat més elevada que els homes de patir trastorns mentals, amb una diferència estadísticament significativa que es manté en tots els grups d'edat (gràfica 5).

**Gràfica 5. Població de 15 anys i més amb probabilitat de patir problemes de salut mental,\* per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2011**



\* Golberg.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

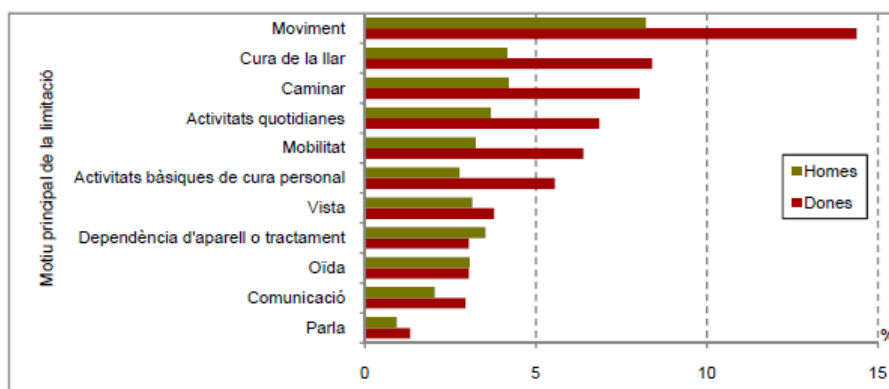
Segons classe social i nivell d'instrucció, s'observa una prevalença més gran de probabilitat de patir un trastorn mental en dones de classes més desfavorides i les de nivell d'estudis més baix.

#### ***Problema de salut crònic o malaltia, limitació greu o discapacitat***

L'11,6% de la població general (el 9,1% d'homes i el 14,0% de dones) ha limitat les seves activitats habituals per algun problema de salut el darrer any. Les causes principals que han ocasionat aquesta restricció són el mal d'esquena sense símptomes (9,8%), el dolor i altres símptomes referits a les extremitats inferiors (6,4%) i la depressió neuròtica (4,7%). Per sexes, les dones, amb independència del grup socioprofessional al qual pertanyen, han hagut de restringir més les activitats habituals per raons de salut que els homes.

Un 16,5% de la població de 15 anys i més pateix algun tipus de limitació greu o discapacitat, i el 34,7% de la població general pateix alguna malaltia o problema de salut crònic. Els trastorns crònics, la restricció de l'activitat per problemes de salut i les limitacions greus i discapacitats són més freqüents en les dones que en els homes. La gràfica 6 mostra la població que pateix limitació greu o discapacitat per tipus i sexe.

**Gràfica 6. Població de 15 anys i més que pateix una limitació greu o discapacitat, per tipus de discapacitat i sexe. Catalunya, 2011**



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

### ***Cobertura sanitària***

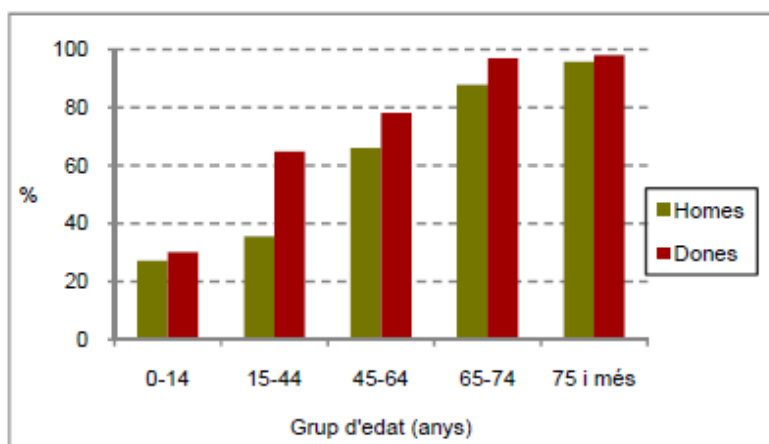
El 26,4% de la població general té doble cobertura sanitària. La població que té doble cobertura sanitària és més jove, amb predomini masculí, nivell d'estudis més elevat, pertany a classes socials més altes i té, en major proporció, un estat de bona salut. També s'observa que les persones amb doble cobertura han visitat, en proporcions més elevades, algun professional especialista en comparació amb la població que té només cobertura pública, que, contràriament, ha visitat un professional de la salut de medicina general en proporció més elevada.

El percentatge de dones de 15 anys i més amb doble cobertura que ha visitat l'especialista en ginecologia el darrer any és superior al de les dones que només tenen cobertura sanitària pública.

### ***Prescripció de medicaments***

El 65,2% de la població de 15 anys i més (el 54,0% d'homes i el 76,0% de dones) i el 28,5% dels menors de 0 a 14 anys ha consumit algun medicament els darrers dos dies. Per grup d'edat i sexe, el consum de medicaments és més elevat en les dones que en els homes (gràfica 7).

**Gràfica 7. Població general que ha consumit algun medicament en els dos dies anteriors a l'entrevista, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2011**



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

### ***Visita a professional sanitari i a urgències***

El 35,6% de la població general ha visitat o ha consultat un servei d'urgències els darrers 12 mesos, i el 92,7% ha visitat un professional de la salut almenys una vegada el darrer any (el 96,7% de la població de 0 a 14 anys i el 92,0% de la població de 15 anys i més). La proporció de població que ha visitat almenys una vegada un professional sanitari i un servei d'urgències en el darrer any és superior entre les dones que entre els homes, excepte en la població infantil, que no presenta diferències per sexe pel que fa a les consultes a un servei d'urgències.

### ***Hospitalització***

Un 7,8% de la població general ha estat hospitalitzada com a mínim una nit els darrers 12 mesos. Els ingressos hospitalaris són superiors en els homes en gairebé tots els grups d'edat, exceptuant-ne l'etapa fèrtil de la dona a causa de l'embaràs i el part.

### ***Grau de satisfacció amb els serveis***

El 89,8% de la població general que ha utilitzat un servei sanitari els darrers 12 mesos n'està satisfeta (el 90,0% dels homes i el 89,7% de les dones). No s'observen diferències importants per sexe, però sí per edats, en el sentit que els percentatges de població satisfeta amb els serveis assistencials són més alts a mesura que els grups són de més edat.

Com a conclusió podríem dir que:

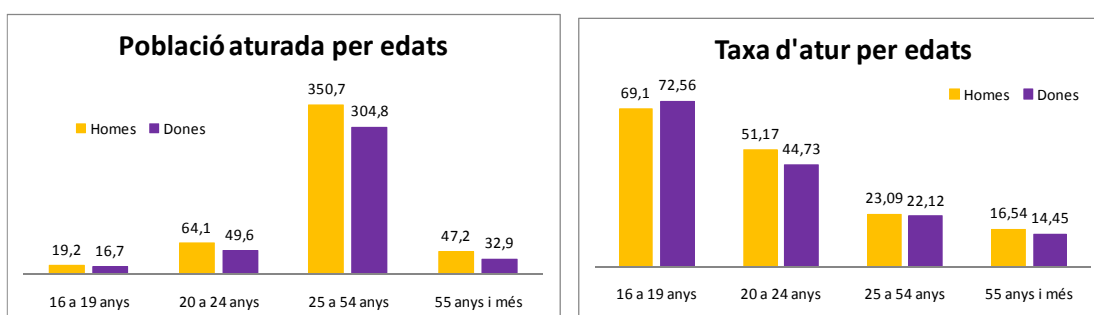
- En general, les dones tenen un comportament més saludable, presenten més problemes de salut i fan més ús dels serveis sanitaris que els homes.

Les dades de l'ESCA evidencien diferències des d'un punt de vista de gènere, que poden ser font d'iniquitats evitables i, per tant, injustes.

### 3- L'AFECTACIÓ DE LES POLÍTIQUES EN LES DONES MÉS VULNERABLES

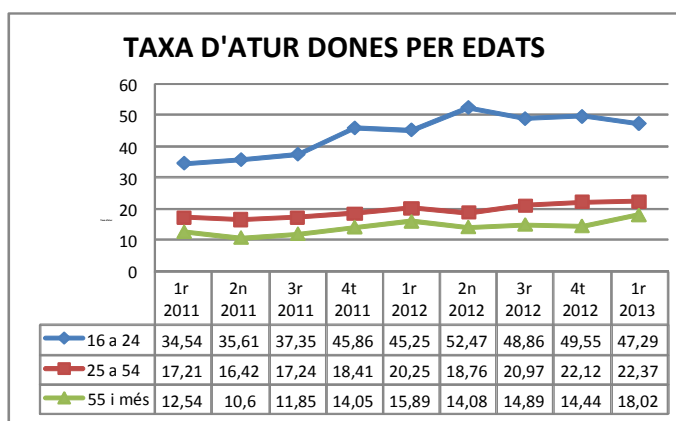
El model de salut biopsicosocial que defensem mostra l'estret lligam que hi ha entre les condicions socials i de vida i la salut. El conjunt d'indicadors que exposem a baix —com una petita mostra de la situació econòmica i social actuals, amb algunes de les dades de què disposem sobre atur, salaris, pensions o pobresa— ens orienten sobre quina és la situació actual al nostre país. S'hi pot constatar la taxa d'atur d'ambdós sexes i l'evolució de la de les dones els darrers anys així com l'evolució de la taxa de risc de pobresa.

**Gràfic 8. Evolució de la taxa d'atur de les dones per edats. Catalunya 2011-2013 (1r trimestre)**



Font: elaboració pròpia a partir dades de l'EPA, 4t trimestre, Catalunya 2012

**Gràfic 9.**



Font: elaboració pròpia a partir dades de l'EPA, 4t trimestre, Catalunya 2012

L'atur de les dones i dels homes és el més acusat entre el grup de població més jove, sobretot en la franja d'edat compresa entre 16 i 19 anys. L'atur juvenil és un fet estructural que s'ha incrementat molt des del començament de la crisi. Les dones joves viuen una doble discriminació, com a dones i com a joves, i és un dels col·lectius, juntament amb la població estrangera, amb una situació més crítica i vulnerable. No es fan polítiques per crear llocs de treball i tot el que s'intenta realitzar per a joves no fa més que incrementar la situació discriminatòria en la qual es troben.

**Taula 1. Situació laboral i social de les dones immigrants**

	Situació legal					
	Homes	%	Dones	%	Total	%
<b>No tenen autorització</b>	2.215	16,2	2.397	17,6	4.612	33,8
<b>Tenen autorització</b>	4.066	29,8	4.968	36,4	9.034	66,2

Font: elaboració pròpia amb dades de consultes (Memòria 2012 CITE)

Volem remarcar que, al fet de no tenir feina —que ja genera prou dificultats laborals i socials a les dones— cal afegir-hi també una nova dificultat per a les dones immigrants: poder caure en la irregularitat, cosa que en aquests moments pot afectar l'atenció sanitària. Si el 2008, hi havia el 45,4% de consultes de persones que no tenien autorització, el 2012 n'hi ha hagut un 66,2%.

**Taula 2. Evolució de la taxa de risc de pobresa per grups d'edat i sexe 2005-2011**

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>menys de 16</b>	Dones	20,7	22,9	18,7	17,6	24,9	29,8	28,6
	Homes	20,5	21,6	19,1	17,6	21,9	18	24,3
<b>16-64</b>	Dones	13,9	17,7	16,9	15,5	16,7	18,5	18,7
	Homes	13,4	14,4	13,7	13	14,5	18,6	16,7
<b>65 i més</b>	Dones	32,4	30,1	31,1	27,9	28	23,7	18,9
	Homes	24,02	26,1	27,5	22	21,3	18,5	16,1

Font: Idescat, a partir de dades de l'Enquesta de condicions de vida de l'INE. Dades de Catalunya 2005-2011. Elaboració pròpia

### **L'habitatge**

Les condicions d'habitabilitat són bàsiques per assegurar una bona salut. Calen espais suficients, segurs, amb la higiene, la temperatura i la humitat adequades. No hi ha informació de com viuen la majoria de persones del nostre país, però sí que sabem que hi ha molts infrahabitatges i que, amb la situació de pobresa, d'altres no presenten les condicions adequades per poder oferir calefacció o aigua calenta, o no estan prou aïllades de la calor. Aquí oferim una mostra de quin ha estat el volum de

pèrdua d'habitatge per adjudicació hipotecària els darrers anys, segons una enquesta que han realitzat el registradors.

**Taula 3. Situació de les adjudicacions hipotecàries 2012**

	ESPANYA	CATALUNYA
<b>ADJUDICACIONS PER EXECUCIÓ HIPOTECÀRIA</b>	38.976	6.960
<b>DACIONS EN PAGAMENT</b>	14.227	2.349

Font: elaboració pròpia amb dades d'una enquesta dels registradors d'Espanya

Entre els factors més greus de vulnerabilitat social, hi ha el fet de perdre l'habitatge, factor que, en el cas del nostre país, es relaciona no solament amb les dificultats econòmiques de les famílies en general i de les dones en particular, sinó també amb una legislació i unes pràctiques abusives dels bancs, juntament amb una manca històrica de polítiques públiques d'habitatge. Aquí posem la taul del estudi realitzat.

### *Les rendes de les classes treballadores*

**Taula 4. L'evolució de les rendes assalariades i de prestació per desocupació**

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>13.690</b>	12.967	13.016	13.030	13.185	13.420	13.817	13.638	13.292	12.826	12.183

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut d'Estudis Fiscals (Agència Estatal d'Administració Tributària), Espanya. En aquestes estadístiques, no hi consten ni el País Basc ni Navarra

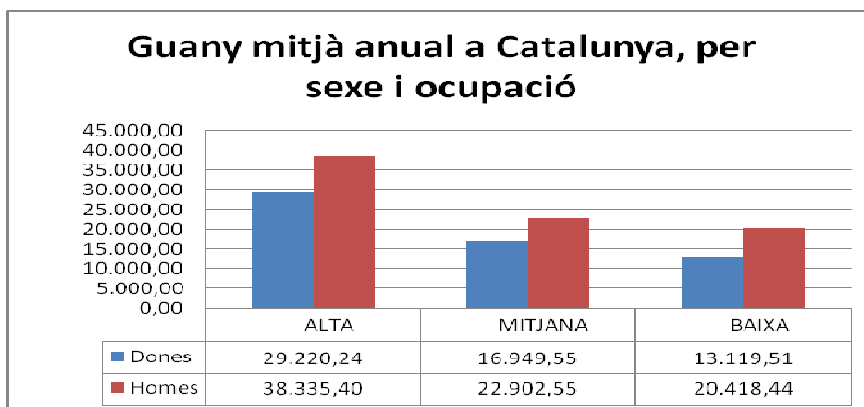


Gràfic 10.



Aquí, en la taula i el gràfic anteriors, podem veure com els principals ingressos de les classes treballadores estan baixant. L'Agència no facilita dades salarials desagregades per sexes; per això, hem d'anar a l'Enquesta d'estructura salarial, que facilita dades del 2010 a Catalunya.

Gràfic 11. Les rendes salarials desagregades per sexe



Font: elaboració pròpia amb dades de l'Enquesta d'estructura salarial. INE, 2010

Aquí queda clara la vulnerabilitat encara més gran de les dones segons el nivell d'ocupació.

#### 4-CONEIXEMENTS SOBRE LA SITUACIÓ DE SALUT I D'ATENCIÓ SANITÀRIA DE DONES I NENES A CATALUNYA I ESPANYA

##### *Salut sexual i reproductiva*

Com ja exposàvem en informes anteriors,<sup>1</sup> la salut sexual i reproductiva és molt sensible a les desigualtats socials. Aquestes desigualtats ja es van anar incrementant en l'època de bonança econòmica, però en una situació de greu crisi, agreujada per les polítiques que incideixen sobre el model econòmic i social i que retallen recursos i drets, difícilment es pot deixar d'afectar la salut de la població. La informació que exposem a continuació, que forma part de l'informe de l'Agència de Salut Pública, del Departament de Salut, titulat "Indicadors de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011", ho il·lustra.

**Taula 5. Evolució del pes baix en néixer, en percentatge**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
5,8	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	7,3	7,7	7,4	7,5

Font: Departament de Salut. "Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011". Elaboració pròpia

**Taula 6. Evolució de la prematuritat, en percentatge**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
5,8	6,8	7,1	7,5	7,3	7,5	7,6	7,8	7,3	7,1

Font: Departament de Salut. "Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011". Elaboració pròpia

**Taula 7. Prematuritat extrema < 32 setmanes, en percentatge**

2006	2007	2008	2009	2010	2011
11,0	11,5	11,3	10,6	11,5	11,5

Font: Departament de Salut. "Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011". Elaboració pròpia

<sup>1</sup> Informes de CCOO: "Estat de les polítiques de salut envers les dones a Catalunya" (2010), "La salut i l'atenció sanitària de les dones i nenes, una qüestió de recursos i drets" (2011) i "Els danys i riscos de les polítiques sobre la salut de les dones" (2012).

Tant els naixements de nens i nenes de baix pes com la prematuritat no han deixat de créixer malgrat alguna oscil·lació puntual. L'esforç social i econòmic que representa mantenir i fer créixer aquests nadons té un cost social que a Catalunya no es mesura, i tampoc no es fan polítiques actives per millorar-ho. Entre les pitjors situacions, podem esmentar la del baix pes extrem, que, si bé des del 2006 no ha crescut gaire, es manté amb xifres molt elevades.

### **Tipus de part**

L'atenció al part és un dels indicadors de bones pràctiques sanitàries envers les dones. Les diverses associacions de dones reivindiquen la millora d'aquesta atenció des de fa anys. Hi ha certs avenços per crear una atenció més sensible a les necessitats de les dones. Els resultats de la supervivència dels nadons han menystingut la qualitat i la calidesa de l'atenció al part. No hi ha valoracions públiques de com es presta l'atenció, però cada cop hi ha més sensibilitat per part de nombroses dones que no és la més adequada. Des de les associacions d'usuàries i professionals i xarxes d'activistes ja es parla de *maltractament obstètric*. Hi ha un corrent per demanar que l'atenció del part a domicili sigui assumida per la sanitat pública, com ja passa en altres països europeus. Des de la formació de personal sanitari es va crear la Unitat Docent de Llevadores, que ha potenciat la millora en l'atenció al part. Hi ha pressions que han portat a crear algun protocol de treball sobretot per a l'atenció natural al part normal, però els avanços globals són pocs, més enllà de comprar algun mitjà (com per exemple les banyeres); més aviat hi ha un retrocés en aspectes com l'anul·lació per part de la universitat de la Unitat Docent de Llevadores.

**Taula 8. Evolució dels parts per cesària, en percentatge**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
22,8	22,6	25,3	28,9	28,5	28,0	27,6	28,3	28,1	28,5

Font: Departament de Salut. "Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011". Elaboració pròpia

**Taula 9. Tipus de part en funció de la titularitat de l'hospital**

	Titularitat			
	XHUP		Privada	
Part	Nombre	%	Nombre	%
<b>Normal</b>	35.140	64,3	11.294	46,9
<b>Per cesària</b>	13.065	23,9	9.486	39,3
<b>Mitjançant ventosa</b>	1.376	2,5	1.671	6,9
<b>Amb fòrceps</b>	4.899	9,0	1.566	6,5
<b>De natges</b>	142	0,3	96	0,4
<b>Total</b>	54.622	100,0	24.133	100,0

Font: Departament de Salut. "Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya, 2011". Elaboració pròpia

Tanmateix, la situació que considerem més negativa, i així ho hem reiterat en els diversos informes, és el fet que hi ha un gran nombre de parts realitzats per cesària, molt per sobre de les recomanacions de l'OMS, i el 2011, ha continuat augmentant.

### ***Seguiment del desenvolupament de la Llei 2/2010 de Salut Sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs. Avortament***

La Llei orgànica de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs va suposar, tot i tenir les seves carències, un gran avenç. L'antiga Llei del 1985 preveia tres supòsits d'avortament: 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, en què la dona pot decidir lliurement avortar fins a les primeres catorze setmanes de gestació. L'aprovació de la nova Llei en el període socialista ja va ser molt difícil, amb l'oposició del sector més conservador i anacrònic del país, representat pel Partit Popular, el qual de seguida va presentar un recurs d'inconstitucionalitat. Amb l'arribada al poder del PP, derogar la Llei es presentava com un punt irrenunciable. No obstant això, encara avui, no s'ha produït, en part per la situació de profunda crisi econòmica i social que travessa el país i, sobretot, per la forta oposició social i política que aixeca el tema.

El ministre de Justícia, Alberto Ruiz-Gallardón, ha deixat molt clara la seva intenció de tornar a la Llei del 1985, que és molt més restrictiva, ja que es tracta la dona com un ésser incapaç de decidir per si mateix. En el Projecte de Llei es protegeix, al mateix nivell, la vida de la mare i la vida del fetus; si aquestes entren en conflicte, serà el metge o el jutge, i no pas la dona, qui prendrà la decisió. Tant és així que, en el cas d'un avortament fora de la Llei, no preveu que la dona vagi a la presó, "perquè la dona és una víctima de l'avortament"; en canvi sí que hi aniria el personal sanitari que el provoqués. El punt més calent del Projecte ha estat, des del primer moment, la prohibició d'avortar en cas de malformacions fetals. Aquesta decisió ha aixecat crítiques generalitzades, que, últimament, s'han estès inclús a membres del seu partit. Imposar aquesta mesura, en un context de destrucció massiva dels serveis públics i retallades directes en el sector de la dependència, no serà fàcil, i les crítiques més aferrissades fins i tot han arribat de sectors considerats moderats o força conservadors, apel·lant sobretot raons humanitàries. Un altre punt negatiu és la necessitat d'una doble acreditació per certificar que la demanda d'avortament estigui dintre dels supòsits que marqui la Llei.

Les mobilitzacions en contra d'aquest Projecte de Llei no són solament en l'àmbit polític, sinó sobretot en l'àmbit social, amb el moviment d'associacions de dones, del món sindical, de la cultura, del periodisme, dels professionals sanitaris... El passat 16 de maig, Gallardón, en una intervenció al Senat, va dir que la supressió del supòsit de malformació fetal en la futura Llei tindria una excepció: les anomalies gravíssimes del fetus; no obstant això, aquelles que produeixen "discapacitats", no. S'ha de dir que, dels 118.359 avortaments que van tenir lloc el 2011 al conjunt de l'Estat, solament 356 entraven dins d'aquesta categoria d'anomalies gravíssimes.

No cal dir que aquest canvi representaria, si s'arriba a consolidar, un gran pas enrere, que ens allunya d'Europa i de ser un país i una societat laics. Significaria la pèrdua per a les dones del dret a decidir amb llibertat i de la consideració de ser persones amb l'autonomia i la capacitat moral suficient per decidir sobre el seu cos i la seva maternitat. Així mateix, provocaria la desprotecció i la inseguretat jurídiques, tant per a les dones com per al personal sanitari, ja que qualsevol reculada de la legislació en matèria d'avortament exposa la salut i la mateixa vida de les dones a un major risc, tal com denuncia l'OMS en les seves investigacions.

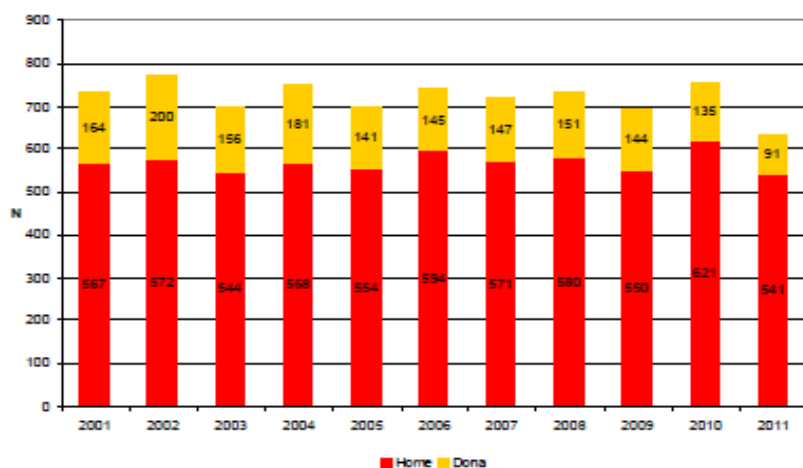
Al mateix temps, demanem que es millori l'aplicació de la Llei actual a Catalunya, sobretot en tot el que té a veure amb la prevenció; també cal avançar en la formació dels professionals i en l'aplicació completa de la Llei per part de la sanitat pública. Valorem positivament la interrupció voluntària de l'embaràs d'una manera àgil i segura per part de l'atenció primària durant les set primeres setmanes d'embaràs, i demanem l'extensió d'aquesta pràctica tant en el nombre de setmanes com en la cobertura a tot el territori. També demanem que no s'exclouï cap dona de l'atenció en els serveis d'atenció en salut sexual i reproductiva, independentment de la seva situació administrativa i del temps que pugui estar en el territori.

### ***Infèccions de transmissió sexual***

Segons l'informe del CEEISCAT (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/HIV/sida de Catalunya) el 2011, les notificacions de sífilis a Catalunya es van incrementar quasi un 10% respecte al 2010 (7,3 casos per 100.000 habitants).<sup>2</sup> El 87,4% dels casos són homes, i el 12,6%, dones. El 43,7% dels casos s'han donat en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Pel que fa a la via de transmissió, la més freqüent ha estat entre els homes que han mantingut relacions sexuals amb altres homes (56,9%), seguida del cas dels homes i les dones heterosexuales (9,4% i 8,8%, respectivament). Cal tenir present, però, que, en el 23,3% dels casos de sífilis, la transmissió és desconeguda. A partir de l'any 2003 fins al 2011, la taxa de casos de sífilis s'incrementa un 137%.

Entre el 2000 i el 2011, la taxa de casos de gonocòccia s'incrementa un 102%. Per a l'any 2011, i en comparació amb el 2010, la taxa de gonocòccia ha experimentat un descens del 5%.

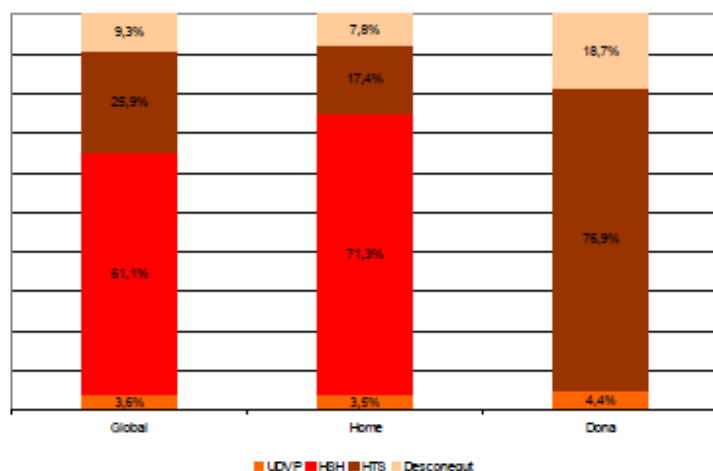
**Gràfic 12. Evolució anual dels diagnòstics d'infecció per VIH per sexes, Catalunya 2001-2011**



1

<sup>2</sup> CEEISCAT. "Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya" (juny del 2012).

**Gràfic 13. Distribució dels diagnòstics de VIH segons la via de transmissió i per sexes, 2011**



Segons l'informe SIVES 2012,<sup>3</sup> la taxa de nous diagnòstics de VIH a Catalunya és de 8,5 per 100.000 persones i any, lleugerament superior a la taxa europea. Més de la meitat de les noves infeccions és donen en el col·lectiu comprès entre 15 i 30 anys, la majoria homes, en què la via principal d'infecció prové d'haver mantingut relacions sexuals entre homes. Del total de diagnòstics, un 46% són persones immigrades. D'altra banda, les dones que s'infecten ho fan per via heterosexual i tenen més possibilitat de tenir un diagnòstic tardà.

El mateix informe ens mostra que, si bé la mortalitat per sida ha disminuït un 70% en el darrers anys, el VIH encara té un gran impacte en la mortalitat prematura. L'esperança de vida dels pacients amb VIH és molt desigual, però globalment tenen uns 14 anys menys d'esperança de vida.

### **Violència i sida**

Cada cop hi ha més informes que mostren l'estreta relació que hi ha entre la violència envers les dones i la propagació del VIH/SIDA. En la Conferència Internacional sobre Sida celebrada a Washington el 2012, el Fons Fiduciari de l'ONU per posar fi a la violència contra les dones va posar en relleu aquest lligam en un document d'orientació política<sup>4</sup> que planteja que és imprescindible fer intervencions a

<sup>3</sup> CEEISCAT. "Informe biennal del sistema integrat de vigilància epidemiològica de la sida/VIH/ITS" (Catalunya 2012).

<sup>4</sup> ASLAN, Meryem. "Enfoques eficaces para atender la relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH/sida"; Panel ONU Mujeres i OMS "Violencia de género y el VIH/sida: haciendo un balance de las pruebas y estableciendo la agenda de la implementación".

llarg termini i lluitar contra l'estigmatització, la discriminació i les normes que causen danys en les dones i les nenes.

### ***Vacuna del virus de papil·loma humà***

El mes de setembre passat, va morir una nena de tretze anys a Astúries després de ser vacunada de la segona dosi de la vacuna del papil·loma. Més tard, a l'abril del 2013, un jutge va sentenciar per primera vegada que la mort va ser "como conseqüència de una reacció a la vacuna del papil·loma". Contràriament, l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris ni tan sols va incloure el cas en la llista d'efectes adversos de la vacuna. Aquest fet tan desgraciat, en què s'acaba produint la mort absurda d'una nena per prevenir una hipotètica malaltia que, en cas de produir-se, ho faria trenta anys després, revifa a Espanya les veus, cada vegada més nombroses, que demanen una moratòria de la vacuna.

Ja el 2007, abans que es prengués la decisió d'incloure la vacuna en el calendari infantil per a les nenes, es va produir un moviment sense precedents, de més de 10.000 professionals de la salut i associacions científiques, amb el suport d'associacions civils, entre les quals CCOO, que va expressar el seu desacord amb aquesta decisió. En el manifest "Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del VPH en España", s'argumentava aquest desacord per moltes raons: a Espanya, la freqüència i la mortalitat per càncer de coll d'úter són baixes; la vacuna no és efectiva contra tots els serotips cancerígens, concretament, només contra el 16 i el 18, que representen un 28% del total de les lesions preanceroses; es desconeix la immunitat que realment aporta (encara no se sap si faran falta dosis de record), ja que ens trobem davant una malaltia amb un llarg desenvolupament, d'entre vint i trenta anys, i suposa una despesa enorme si es compara amb altres mètodes, com la prova de Papanicolau, que són molt més barats i han demostrat ser eficients, a més de no tenir cap efecte advers.

La raó més contundent per demanar la moratòria és que l'eficàcia d'aquest mètode no ha estat científicament demostrada i, per tant, estem parlant d'un medicament experimental. Aquesta raó, unida a la dada de 737 casos notificats de reaccions adverses, alguns de molt greus, fins al gener del 2012, fan que cada vegada sorgeixin més veus que demanen la moratòria, sobretot davant les

---



intencions declarades del Ministeri i la indústria farmacèutica d'estendre la vacuna als nens. No cal dir que el gran interès per a l'aplicació sistemàtica d'aquesta vacuna té molt a veure amb l'interès econòmic de qui les fabrica o participa d'aquest enriquiment.

En l'últim número de la prestigiosa revista científica de la International Society of Drug Bulletins, es denuncien els conflictes d'interès que hi ha entre els investigadors que estan elaborant la revisió Cochrane de la vacuna. La Col·laboració Cochrane Internacional és una organització internacional independent i sense ànim de lucre que té com a objectiu principal assegurar l'existència d'informació a l'abast de tothom sobre els efectes de les intervencions sanitàries. Es tracta d'informació obtinguda de manera rigorosa, actualitzada i independent, a partir d'assaigs clínics i altres estudis basats en l'evidència. La revisió sistemàtica de l'evidència entorn d'un tractament és fonamental, també en el cas de la vacuna del papil·loma. Ara bé, dels dotze autors que tenen un paper important en aquesta revisió, n'hi ha vuit que tenen conflictes d'interès amb els fabricants de vacunes. No és excepcional que hi hagi estudis "independents" o "rigorosos" subvencionats per grans farmacèutiques o associacions de professionals, que reben ajuts econòmics "desinteressats" per part dels laboratoris que fabriquen els medicaments que aquests professionals prescriuen.

No obstant això, amb els anys d'administració de la vacuna es van sumant evidències científiques i efectes secundaris greus que aconsellen la moratòria. Als Estats Units, segons el grup SaneVax, el 44% dels pares rebutgen la vacuna per a les seves filles, de manera que se'n vacunen solament el 32% de les nenes i dones vacunables. Així mateix, afirma que hi ha hagut 23.000 casos d'efectes adversos i 103 morts causades per la vacuna. A l'Índia, s'ha aconseguit paralitzar el programa d'assaig d'una ONG que va administrar, als centres de serveis públics de salut, la vacuna a 16.000 nenes (la majoria amb un estat de salut molt vulnerable a causa de la pobresa), després de la denúncia davant del Tribunal Constitucional de molts casos greus d'efectes secundaris i morts, i d'informació enganyosa adreçada a pares i mares.

## 5- ALTRES INFECCIONS: LA TUBERCULOSI

La tuberculosi és una malaltia amb fortes connotacions socials. Els darrers anys, la taxa de tuberculosi ha disminuït. Segons el *Butlletí epidemiològic de Catalunya*, l'any 2011 es van notificar 1.353 persones residents a Catalunya, xifra que correspon a una taxa de 17,9% dels casos per 100.000 habitants. Durant aquest any, la taxa ha disminuït un 5,3% respecte a l'any anterior. El 62,1% dels casos són homes, i el 37,9%, dones, amb una taxa de 22,5% i 13,5%, respectivament, per 100.000 habitants. La davallada de la taxa respecte a la de l'any anterior s'ha produït només en el col·lectiu d'homes (un 10%), mentre que en el cas de les dones ha experimentat un augment del 4,7%.

**Nombre de casos, percentatge i taxa d'incidència de tuberculosi per 10<sup>5</sup> habitants segons sexe i grup d'edat (Catalunya, 2011)**

Grup d'edat	Homes			Dones			Total		
	Nre.	%	Taxa	Nre.	%	Taxa	Nre.	%	Taxa
0-4* anys	35	4,2	15,8	20	3,9	9,7	55	4,1	12,9
5-14 anys anys anys	30	3,6	7,9	19	3,7	5,3	49	3,6	6,6
15-24 anys	86	10,2	22,9	78	15,2	21,8	164	12,1	22,4
25-34 anys	203	24,2	32,9	134	26,1	23,0	337	24,9	28,1
35-44 anys	141	16,8	20,8	96	18,7	15,4	237	17,5	18,2
45-54 anys	119	14,2	22,7	47	9,2	9,0	166	12,3	15,8
55-64 anys	90	10,7	22,5	37	7,2	8,7	127	9,4	15,4
≥ 65 anys	136	16,2	25,4	82	16,0	11,2	218	16,1	17,2
<b>Total</b>	<b>840</b>	<b>100</b>	<b>22,5</b>	<b>513</b>	<b>100</b>	<b>13,5</b>	<b>1.353</b>	<b>100</b>	<b>17,9</b>

\* En el grup d'edat de 0-4 anys hi ha 5 casos d'infants menors d'un any.

Font: Repositori Epidemiològic de Catalunya de tuberculosi (REC). Agència de Salut Pública de Catalunya.

L'any 2011, el 47,7% dels casos de tuberculosi han estat persones nascudes fora de l'Estat espanyol. En les persones nascudes fora de l'Estat espanyol la taxa de tuberculosi (53,5 casos per 100.000 habitants) és 4 vegades superior a la de les persones autòctones (11,4 casos per 100.000 habitants). El retard diagnòstic (des que es manifesten els primers símptomes i l'inici del tractament) és alt, amb una mitjana superior a 45 dies.

## 6- SALUT MENTAL

**Taula 10. La salut mental. Els suïcidis a Catalunya (2007-2011)**

Any	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Homes</b>	278	323	329	325	355
<b>Dones</b>	99	101	111	93	123
<b>Total</b>	377	424	440	418	478

Font: INE, Estadística de defunció segons causa de mort. Elaboració pròpia

Malgrat la multicausalitat dels suïcidis, que en èpoques de crisi augmenta la taxa de suïcidis és un fet prou conegut. D'altra banda, el fet que no tots els suïcidis estiguin registrats com a tals es deu al tabú que hi ha a moltes famílies i al silenci mediàtic per la por de l'impacte que puguin tenir en la societat.

Aquí exposem les dades estadístiques existents i veiem que, des del 2007 fins al 2011, hi ha hagut un increment progressiu per a ambdós sexes, encara que l'increment en les dones ha estat més elevat.

## 7-ESTAT D' ATENCIO DELS SEVEIS SANITARIS EN VIOLÈNCIA ENVERS LES DONES

### *Detecció i atenció a la violència envers les dones i les nenes*

Ja en altres informes hem exposat la constatació per part de nombrosos professionals del lloc clau que tenen els serveis sanitaris en la detecció i l'atenció dels casos de violència de la parella i que aquests formen part de la majoria de circuits territorials d'atenció a les dones. Al llarg dels darrers anys, s'ha elaborat el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, que és una resposta a la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Existeix un protocol per a l'abordatge de la violència masclista (física, psicològica, sexual i econòmica), és a dir, 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 i documents operatius pensats per als casos de dones especialment vulnerables (discapacitat, drogodependències, embaràs, mutilació genital femenina...). Però malgrat aquests instruments, ja comentàvem en altres informes que es desconeix quina feina real es fa en aquest sentit, ja que no hi ha informació pública sobre l'activitat del Departament ni memòria ni avaluacions d'aquests protocols, i pel que fa a les pautes de treball necessàries per detectar i atendre millor les situacions que arribin als serveis sanitaris no ajuda gens la minva de recursos que s'està donant.

La proposta de Programa d'intervenció integral contra la violència masclista (PIIVM) 2012-2015, com a línia estratègica inclou la millora de la coordinació de les unitats del Departament de Salut per a la definició i el desplegament de les estratègies d'abordatge de la violència masclista prioritzades, ja que

el Departament de Salut està constituït per una estructura extensa i complexa d'òrgans i unitats que intervenen en diversos àmbits de l'abordatge de la violència masclista. També hi ha un compromís assolit a través del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. D'altra banda, el Programa recull la implantació progressiva del Sistema d'Informació i Registre en Violència Masclista (SIRVM) en els centres del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT).

Des del 2010, a partir de la Instrucció 8/2010, d'1 de desembre, el Sistema d'Informació i Registre en Violència Masclista (SIRVM) s'hauria d'haver començat a desplegar, però en aquest moment encara es desconeix si s'ha endegat i en quina situació de desplegament es troba.

## 8- CONDICIONS DEL TREBALL ASSALARIAT I SALUT

En aquest apartat s'aborda la relació entre les condicions de treball i la salut, i està distribuït en dos subapartats:

- Les patologies laborals (accidents de treball i malalties professionals) declarades a Catalunya, l'any 2012.
- Els resultats depurats de la II Enquesta de condicions de treball de Catalunya.

### ***Les patologies laborals (accidents de treball i malalties professionals) declarades a Catalunya, l'any 2012***

Els danys a la salut en l'àmbit laboral es mesuren mitjançant un indicador que és l'índex d'incidència<sup>5</sup> tant per a accidents de treball com per a malalties professionals.

Ja ho vam analitzar en l'informe anterior en profunditat, i cal recordar que aquest indicador té una limitació quan mostra les desigualtats de gènere, ja que no té en compte les hores treballades (és a dir les hores d'exposició a riscos). Per tant, i sabent que la realitat sociolaboral del nostre país descriu les dones com el col·lectiu amb el percentatge més elevat de jornades a temps parcial, fa pensar que aquest indicador subestima el risc per als treballadors i treballadores que hi estan exposats menys hores de patir un dany a la salut, i no mostra el risc real de patir un dany a la salut en l'àmbit laboral. Això afegit al fenomen del subregistre dels danys a la salut (fonamentalment en el cas de les malalties professionals) que des de CCOO denunciem fa molt de temps, fa que el biaix d'aquests indicadors tradicionals i la seva insensibilitat al gènere, ens aportin poca possibilitat d'anàlisi.

Tot i aquests matisos metodològics, veiem que el comportament dels indicadors disponibles es manté en la mateixa tendència que el que vam analitzar en profunditat en l'informe passat.

---

<sup>5</sup> Aquest índex s'obté dividint el nombre d'accidents de treball o de malalties professionals per la població assalariada i es multiplica per 100.000.

## Accidents de treball comunicats a Catalunya

Taula 11. Dades d'accidents de treball comunicats a Catalunya

Tipus	2011			2012			Diferència % DONES	Diferència % HOMES
	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total		
Lleus	27.436	64.112	91.548	22.861	50.223	73.084	-16.68	-21.66
Greus	90	594	684	68	500	568	-23.60	-15.54
Mortals	5	73	78	8	59	67	+60	-19.18
<b>Total</b>	<b>27.531</b>	<b>64.779</b>	<b>92.310</b>	<b>22.937</b>	<b>50.782</b>	<b>73.719</b>	<b>-16.68</b>	<b>-21.60</b>

Font: Generalitat de Catalunya. Informe de l'Observatori d'Empresa i Ocupació

Aquestes dades d'accidents de treball situen els homes com els més afectats per l'accidentalitat laboral, tendència que es repeteix i que s'ha produït de manera continuada. Això no obstant, observem que en termes generals els accidents de treball (lleus, greus i mortals) han baixat. Tot i que si mirem en profunditat el descens d'aquest indicador en general, veiem que la distribució és desigual, ja que les dones baixen menys la seva **accidentalitat lleu** i molt més que els homes **l'accidentalitat greu**. L'explicació d'aquestes dades té a veure, al nostre parer, amb el tipus d'ocupació i d'exposicions a riscos, que és desigual entre homes i dones. Així, les condicions de feina a les qual s'exposen les dones tenen a veure amb la generació de danys a la salut que no estan relacionats amb els riscos de seguretat ni amb una aparició immediata, sinó que tenen a veure amb el dany d'exposició més perllongada en el temps i que genera més malalties.

Tot i així, cal fer esment de la dada dels **accidents de treball mortals**: és inadmissible que, a Catalunya, l'any 2012, hagin comunicat que han perdut la vida 67 persones en accident de treball. Cal remarcar, de nou, que aquesta davallada mostra desigualtats de gènere, ja que en el cas dels accidents mortals per a les dones, aquest any 2012, és el segon any que augmenta consecutivament aquesta xifra per damunt del 50%.

Per aquest comportament no trobem cap explicació raonable que ens ajudi a conèixer la causa d'aquest augment continuat de la mortalitat de dones per accidentalitat laboral a Catalunya.

**Taula 12. Accidents de treball mortals declarats a Catalunya**

Accidents de treball mortals de dones declarats a Catalunya	2011	2012
Increment respecte de l'any anterior	150%	60%
Valor absolut	5	8

Font: Generalitat de Catalunya. Informe de l'Observatori d'Empresa i Ocupació

### ***Malalties professionals declarades a Catalunya***

En relació amb la dada de malalties professionals comunicades, veiem que la tendència també es manté. Aquí la diferència entre homes i dones no és tan important. Tot i que a mesura que augmenta l'edat augmenten les desigualtats.

Tenint en compte que mirem dades de valors absoluts, veiem que això té a veure amb la dada amb la qual es compara i amb la població a la qual es refereix, fet que estadísticament ens donaria una incidència més gran, ja que l'ocupació de les dones és igual o superior a la dels homes fins als 25 anys i, en aquest interval, la diferència, en valor absolut, entre homes i dones és petita.

En canvi, a mesura que augmenta l'edat, augmenta aquesta diferència en el valor absolut, dada que contrastada amb l'Enquesta de població activa del Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social (Espanya, octubre del 2012), que ens indica que la taxa d'activitat dels homes és del 67,2% i la de les dones és del 53,4%; i la taxa d'ocupació, del 50,6% en els homes i del 40,2%, en les dones. Per tant, podem concloure que les dones ocupades, ho estan en un nombre menor que els homes; la dada, doncs, es refereix a un col·lectiu més petit.

D'altra banda, tornem a insistir que aquesta informació aporta una desviació en relació amb la subdeclaració de les malalties professionals, subregistre que es dona en l'àmbit general i que resulta endèmic a Catalunya, Espanya i Europa.

**Taula 13. Nombre de comunicats tancats com a malalties professionals (MP), amb baixa i sense baixa a Catalunya, 2012**

	MP AMB BAIXA MÈDICA PER GRUP DE MP						TOTAL	MP SENSE BAIXA MÈDICA PER GRUP DE MP						TOTAL	Grup 1 MP causades per agents químics.
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6		Grup 2 MP causades per agents físics (inclou ergonòmics).
Homes	63	693	11	35	53	1	856	39	566	13	30	38	2	688	Grup 3 MP causades per agents biològics.
Dones	23	781	33	28	56	-	921	24	626	23	17	50	-	740	Grup 4 MP causades per inhalació d'altres substàncies o agents no inclosos en grups anteriors.
<b>TOTALS</b>	<b>1.777</b>							<b>1.428</b>							Grup 5 MP de la pell causades per altres substàncies o agents no inclosos en grups anteriors.
															Grup 6 MP causades per agents carcinògens.

Amb les dades d'aquesta taula, veiem, però, que la tendència es consolida. Tot i haver-hi menys dones en el mercat laboral, se'n comuniquen més malalties professionals que d'homes.

Però aquestes diferències, les hem de veure des de la perspectiva de grup de malalties professionals, i aquí veiem com les condicions de treball a les quals s'exposen dones i homes són diferents. Així, el grup 2 i 3 (agents físics i biològics) responen a tasques més feminitzades (repetitives, monòtones, minucioses i de cura). I, per exemple, és significatiu que del grup 6 (càncer professional) gairebé no se n'hagin diagnosticat casos al conjunt de la població treballadora, però ni un sol cas a dones.

### **II Enquesta de condicions de treball de Catalunya**

Al desembre del 2012, la Generalitat de Catalunya va fer públics els resultats de la II Enquesta de condicions de treball de Catalunya. És una enquesta representativa de la població ocupada resident a Catalunya, i preveu les condicions de treball, l'exposició a riscos laborals i l'estat de salut. El treball de camp es va realitzar el tercer trimestre del 2010. Aquesta darrera dada és molt important, ja que planteja que ha estat elaborada en un context de crisi econòmica, laboral i social, i com es pot observar en les dades globals de l'enquesta en relació amb la darrera enquesta (realitzada el 2006), s'observa un empitjorament generalitzat de les condicions de treball. El conjunt de les dades es poden consultar al [web de la Generalitat de Catalunya](#).

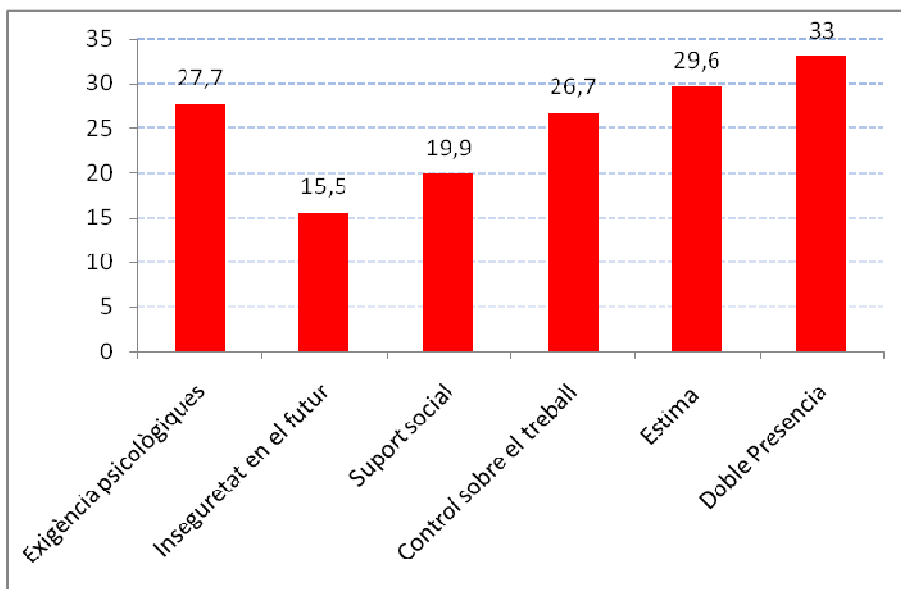


Els resultats de l'enquesta es presenten abordant les desigualtats socials que determinen la relació entre condicions de treball i salut: classe social o ocupació, gènere, edat i immigració, també dels sectors econòmics i de la territorialitat de Catalunya. En aquest informe recollim les dades més rellevants de gènere en relació amb els tres apartats ben diferenciats que té l'enquesta: exposició als riscos laborals, recursos i activitats preventives i percepció dels danys a la salut. Els analitzarem un a un.

## 9- EXPOSICIÓ A RISCOS LABORALS

En relació amb l'exposició a riscos psicosocials,<sup>6</sup> cal assenyalar que és l'exposició més prevalent en el conjunt de la població treballadora. Com es mostra a la gràfica 14, dels sis factors de risc que mesura l'enquesta,<sup>7</sup> en quatre d'ells (exigència, control, estima i doble presència) hi ha una prevalença d'exposició al nivell més desfavorable per a la salut superior al 25%.

Gràfica 14. Percentatge (%) d'exposició al nivell més desfavorable per a la salut per sis factors de riscos psicosocials. Conjunt població ocupada. Catalunya, 2010



Al quadre: Exigència psicològica o Exigències psicològiques. Doble presència

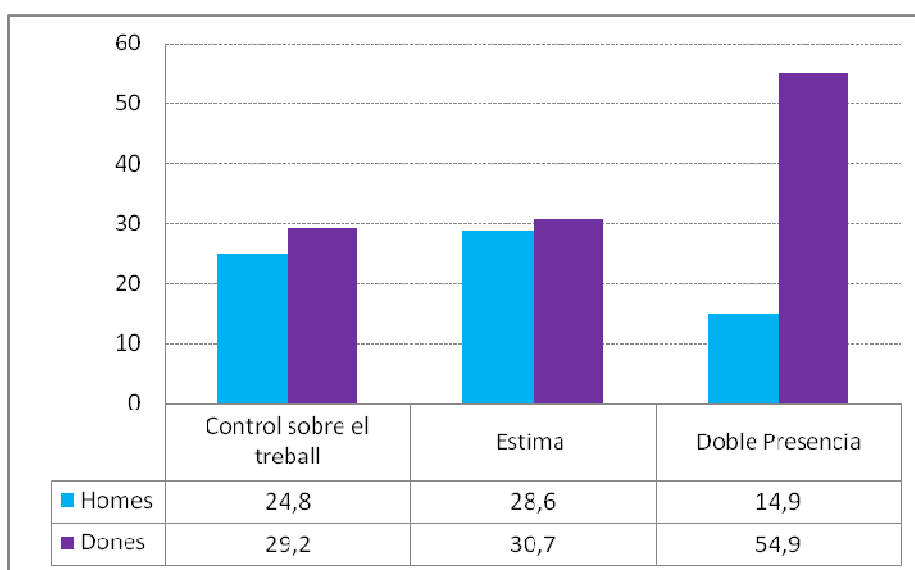
Dels sis factors d'exposició, en tres d'ells (exigències psicològiques, inseguretat sobre el futur, suport social (qualitat de lideratge) l'exposició és similar en ambdós sexes i en tres (control sobre el treball, estima i doble presència) hi ha una prevalença d'exposició superior entre les dones. Com es mostra a

<sup>6</sup> Els riscos psicosocials són una de les característiques de les condicions de treball i, concretament, de l'organització del treball, nocives per a la salut

<sup>7</sup> Aquesta enquesta és la del PSQCAT21 COPSOQ. Aquesta metodologia es la versió catalana del CoPsoQ danès i la seva adaptació ha estat realitzada per Istatas CCOO. Més informació disponible al <http://www.copsoq.istas21.net/>

la gràfica 15, el percentatge de dones amb un resultat desfavorable en l'indicador "control sobre el treball" és superior al dels homes en un 4,4%; en l'indicador "estima", un 2,1%, i en el de "doble presència", un 40%.

Gràfica 15. Percentatge (%) d'exposició al nivell més desfavorable per a la salut per les exposicions a control, estima i doble presència, per sexe. Població ocupada. Catalunya, 2010



Hi ha una desigualtat molt elevada en l'exposició a doble presència entre els gèneres. Aquesta diferència és la més elevada per al conjunt de les exposicions i requereix una reflexió en profunditat sobre les causes, sobretot per impulsar polítiques i accions per incidir en aquest tema.

La doble presència es produeix quan sobre una mateixa persona recau la necessitat de respondre a les demandes del treball assalariat i del treball de la llar, i té dos dimensions i un augment de les demandes, però, sobretot, el conflicte quan les demandes dels dos espais apareixen de forma sincrònica.

Tot i que l'exposició a la doble presència constitueix una problemàtica social que va més enllà de les empreses, és cert que l'organització del temps de treball en aquestes empreses la pot atenuar o agreujar. L'organització de la jornada laboral que deriva en horaris asocials, horaris rígids, jornades

partides amb temps llargs entremig (més d'una hora), exigències empresarials de disponibilitat que impliquen canvis d'horari, de dies de la setmana o allargaments de jornada, suposen majors exposicions desfavorables per a la salut a la doble presència per a les dones i redueixen les possibilitats que els homes assumeixin les tasques domèstiques i familiars.

El coneixement científic assenyalava que és el prolongament de jornada, la condició de treball que té un major impacte com a causa de la doble presència.

D'acord amb els resultats de la II Enquesta catalana de condicions de treball i salut, el 29,3% dels treballadors i treballadores catalanes van fer hores extres o prolongar la jornada els tres mesos anteriors a l'entrevista, amb un percentatge més elevat d'homes (32,9%) que de dones (25%). D'aquests treballadors i treballadores, el 6,8% manifesta que fa hores extres tots els dies o gairebé tots. Entre les persones treballadores que prolonguen la jornada, el percentatge de les que no reben cap compensació és superior entre les dones que entre els homes (32,1 i 30,2%, respectivament).

#### **Altres exposicions a riscos laborals**

Com passa en els danys a la salut, s'observa una segregació entre homes i dones i trobem l'explicació en les condicions de treball. Això ho corroborem en aquesta taula, on veiem que a Catalunya s'han identificat les principals condicions de treball a les quals estan exposats homes i dones, i observem clarament que es manté aquest patró:

Taula 14. Prevalença (%) de treballadors i treballadores que manifesten estar exposats a diferents riscos moltes vegades o sempre, per sexe. Població ocupada a Catalunya, 2010

	Homes	Dones
<b>Pols, fums, aerosols i vapors nocius o tòxics</b>	20,6	7,9
<b>Substàncies o productes químics perillosos, nocius o tòxics</b>	11,0	7,9
<b>Fum de tabac</b>	8,0	4,8
<b>Agents biològics</b>	3,7	8,0
<b>Vibracions</b>	18,3	3,7
<b>Soroll</b>	22,1	11,9
<b>Altes temperatures</b>	20,8	11,9

<b>Baixes temperatures</b>	15,2	7,5
<b>Radiacions ionitzants</b>	1,0	3,1
<b>Radiacions no ionitzants</b>	1,5	1,6
<b>Postures forçades</b>	19,4	16,5
<b>Estar dret, sense desplaçaments</b>	28,5	25,6
<b>Estar assegut o asseguda</b>	32,2	32,9
<b>Manipular càrregues pesades</b>	26,2	14,4
<b>Forçar la vista</b>	11,0	9,2
<b>Moviments repetitius de curta durada</b>	31,2	31,8
<b>Il·luminació inadequada</b>	3,2	3,6

Quant al gènere, hi ha diferències estadísticament significatives en l'exposició a totes les situacions de risc de seguretat, excepte en el risc de patir mossegades, puntades, etc., on no hi ha diferències entre homes i dones. Respecte de la resta, el percentatge de treballadors i treballadores exposats moltes vegades o sempre és, en tots els casos, superior entre els homes que entre les dones.

## 10-RECURSOS I ACTIVITATS PREVENTIVES

Quant a les activitats preventives que es realitzen a les empreses l'Enquesta de condicions de treball de Catalunya pregunta als treballador i treballadores si han tingut accés a les activitats preventives d'informació, formació, participació directa a les activitats preventives, disposició d'equips de protecció personal o no quan es creu que es necessiten i oferiment de reconeixements mèdics o no. Cal ressaltar que un tant per cent elevat dels conjunt de la població, tant homes com dones, no tenen accés a activitats preventives bàsiques. I en tots els supòsits és superior en les dones que en els homes.

Aquestes diferències són entre el 7,8 i l'11,5%. La hipòtesi més probable d'aquestes diferències és que l'escassa i insuficient activitat preventiva que es realitza a les empreses es dirigeix preferentment als riscos que la cultura predominant de la prevenció considera més rellevants: la seguretat, i no fan visibles les condicions de treball i salut de les dones (exposades predominantment als riscos ergonòmics i psicosocials).

## 11- DANYS DE LA SALUT

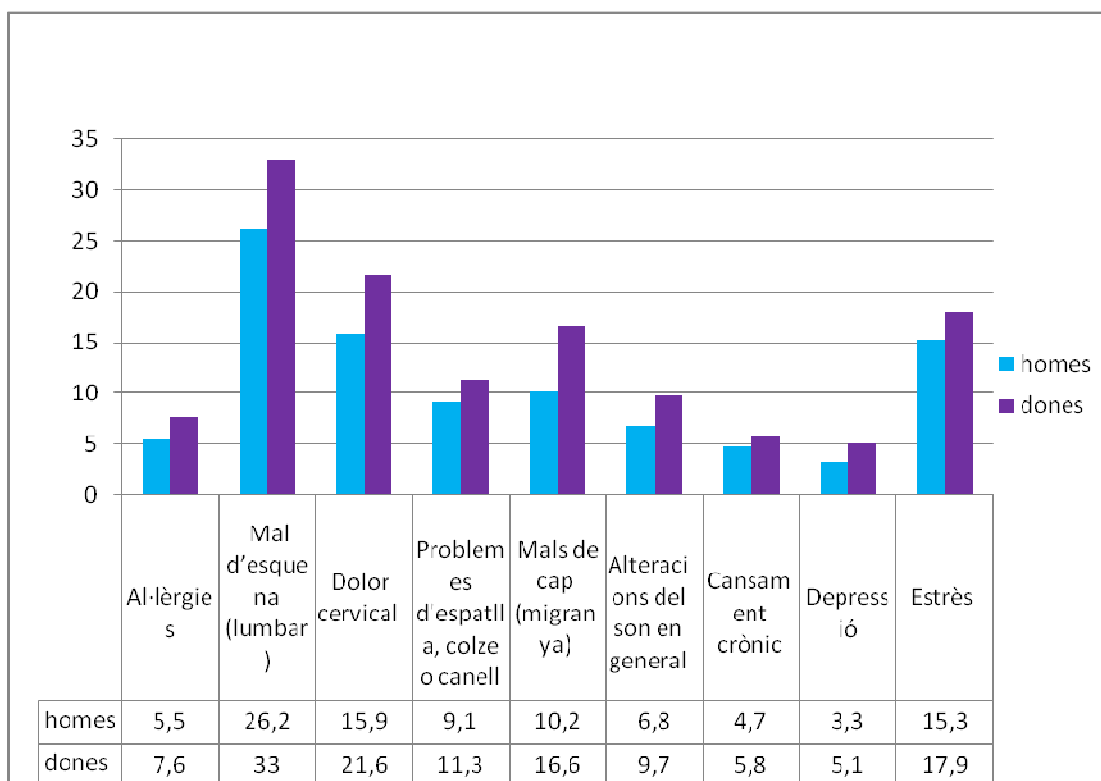
L'enquesta incorpora aquest apartat sobre la percepció de la salut, que, de nou, torna a mostrar desigualtats en relació amb el gènere.

El 44,3% de les persones entrevistades afirma que la seva salut és molt bona o excel·lent, percentatge que és una mica més alt en el cas dels homes (47%) i lleugerament més baix en el cas de les dones (41%). En l'altre extrem, l'11% dels treballadors i treballadores expressa que la seva salut és regular o dolenta, xifra que és menor en el cas dels homes (8,4%) i superior en el cas de les dones (14,3%).

El 12,6% de les persones enquestades tenen la salut mental alterada (15,9% en el cas de les dones i 10,1% en el cas dels homes).

Quant a les alteracions o trastorns de la salut manifestades per les persones entrevistades, i tenint en compte que un dels dos sexes o ambdós tinguin un percentatge superior al 5% (al·lèrgies, mal d'esquena (lumbar), dolor cervical, problemes d'espatlla, colze o canell, mal de cap (migranya), alteracions del son en general, cansament crònic, depressió i estrès) per al conjunt dels supòsits les lesions en les dones tenen un percentatge superior al dels homes. Aquestes dades suporten l'orientació general que les dones pateixen un percentatge superior de patologies cròniques.

Gràfica 16. Percentatge (%) de treballadors i treballadores que en els 12 mesos anteriors a l'enquesta han tingut alteracions o trastorns de la salut, per sexe. Població ocupada a Catalunya, 2010 (s'han tingut en compte les alteracions en què un dels dos sexes o ambdós tenen un percentatge superior al 5%)

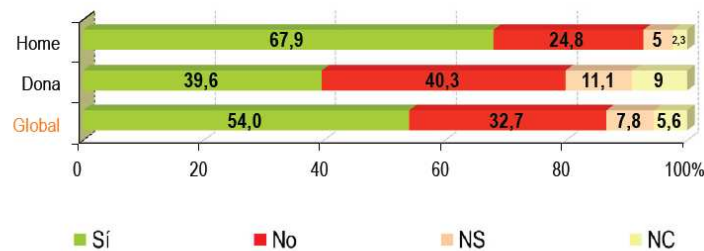


I, per acabar, com a dada a tenir en compte, l'Enquesta de condicions de treball de Catalunya ens aporta una dada que té a veure amb la precarietat laboral i la vulnerabilitat de les dones en el mercat laboral i amb el deficient sistema assistencial que, de manera generalitzada, els treballadors i treballadores entenen que fan les mútues d'accidents de treball.

Així, a l'Enquesta de condicions de treball de Catalunya, hi havia la següent pregunta:

Dels treballadors/ores que van tenir alguna baixa per lesió o malaltia laboral, un 32,7% considera que es va reincorporar al lloc de treball sense trobar-se totalment recuperat (gràfic 10.12). Aquest percentatge va ser superior entre les dones (40,3%) que entre els homes (24,8%), i, per activitats, arriba fins al 100% entre els treballadors/ores en serveis domèstics a les llars (gràfic 10.13).

GRÀFIC 10.13. TREBALLADORS/ORES TOTALMENT RECUPERATS EN EL MOMENT DE LA REINCORPORACIÓ AL LLOC DE TREBALL DESPRÉS D'UNA BAIXA SEGONS EL GÈNERE I L'ACTIVITAT



Podem dir que les dones es van incorporar sense estar recuperades en el moment de la reincorporació gairebé en el doble de casos que els homes, tot i que la dada general ens diu que el 50% de la població treballadora s'incorpora a la feina abans d'estar en condicions de fer-ho.

### Conclusions:

- Cal informar i sensibilitzar el conjunt de la població dels costos de la no-prevenició i fer visible l'impacte dels riscos laborals per a la salut, fet que té una dimensió de gènere. Per això, caldria utilitzar indicadors sensibles a aquesta desigualtat (freqüència en lloc d'incidència) i impulsar polítiques públiques que estimulin el registre de les malalties professionals i no l'ocultació o la infradeclaració.
- Cal que les polítiques preventives a les empreses siguin sensibles al gènere, de manera que caldria, com a mínim, que:
  - Les avaluacions de riscos laborals incorporessin en la seva valoració el risc per a la reproducció i la maternitat, i que les dades d'exposició a riscos s'analitzessin per classe social, ocupació i gènere.
  - La vigilància de la salut incorporés també la dimensió de gènere en els seus procediments i protocols.
  - Que l'activitat preventiva dels serveis de prevenció a les empreses s'adrecés al conjunt dels riscos laborals i no només als tradicionals.
- Cal que, per prevenir els riscos psicosocials, als quals s'exposen de manera més intensa les dones, en concret, al risc per la doble presència, es generin acords i pràctiques a les empreses encaminades a limitar les prolongacions de jornada.



## 11- CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

1. Increment dels problemes de salut i del risc de pèrdua de salut a causa del creixement de les desigualtats i la crisi.
2. Increment dels suïcidis.
3. Pèrdua de drets socials i laborals: pèrdua de drets socials bàsics (treball, alimentació, habitatge); pèrdua del dret a l'atenció sanitària universal, ja que les solucions que es donen no ho són en les mateixes condicions que abans del Reial decret llei 16/2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions;
4. Pèrdua de la qualitat en l'atenció (increment de les llistes d'espera); pèrdua de drets sobre el cos de les dones (dificultats en l'aplicació de la Llei de salut sexual i reproductiva), i risc de greu retrocés.
5. En general, les dones tenen un comportament més saludable, presenten més problemes de salut i fan més ús dels serveis sanitaris que els homes.
6. Les dades de l'ESCA evidencien diferències des d'un punt de vista de gènere que poden ser font d'iniquitats evitables i, per tant, injustes.
7. Continuen les polítiques poc respectuoses amb el cos de les dones, la poca prevenció i la hipermedicalització, com ara la dispensació de la vacuna VPH, demanem una moratòria en l'administració d'aquesta vacuna. Hi ha poc respecte en l'atenció a les dones, especialment en processos naturals com el part (excés de cesàries) i una falta de recursos en l'atenció en situacions de vulnerabilitat i de problemes de salut mental.

Per tant:

- ✓ Cal retornar a un model de sanitat pública universal com a dret de ciutadania, enfront d'un altre en què el dret depèn de la condició d'assegurat.
- ✓ Estem en contra de totes les polítiques que estan eliminant-ne la gratuïtat i l'accés per tothom i per a tots els serveis, introduint o incrementant el copagament en algunes prestacions.
- ✓ 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 actuacions específiques per millorar el mercat de treball qualitativament i quantitativament.
- ✓ Retirada de la reforma laboral (Reial decret llei 3/2012, de 10 de febrer, de mesures urgents per a la reforma del mercat laboral) i el Reial decret llei, 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema nacional de salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions.

- ✓ Cal informar i sensibilitzar el conjunt de la població dels costos de la no-prevenició i fer visible l'impacte dels riscos laborals per a la salut, fet que té una dimensió de gènere. Per això, caldria utilitzar indicadors sensibles a aquesta desigualtat (freqüència en lloc d'incidència) i impulsar polítiques públiques que estimulin el registre de les malalties professionals i no l'ocultació o la infradeclaració.
- ✓ Cal que les polítiques preventives a les empreses siguin sensibles al gènere, de manera que caldria, com a mínim, que:
  - Les avaluacions de riscos laborals incorporessin en la seva valoració el risc per a la reproducció i la maternitat, i que les dades d'exposició a riscos s'analitzessin per classe social, ocupació i gènere.
  - La vigilància de la salut incorporés també la dimensió de gènere en els seus procediments i protocols.
  - Que l'activitat preventiva dels serveis de prevenció a les empreses s'adrecés al conjunt dels riscos laborals i no només als tradicionals.
- ✓ Cal que, per prevenir els riscos psicosocials, als quals s'exposen de manera més intensa les dones, en concret, al risc per la doble presència, es generin acords i pràctiques a les empreses encaminades a limitar les prolongacions de jornada.
- ✓ 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 viscut 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 o 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 la medicalització i tecnificació excessives que pateix el nostre sistema sanitari.
- ✓ 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 de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Ni cap reforma com la que planteja el Govern espanyol.
- ✓ Cal el desplegament i el desenvolupament de la **Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària 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) a 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, potenciant la contracepció de barrera.
  - Planificar el programa d'educació afectiva i sexual dins de l'ensenyament obligatori.
- ✓ És urgent reduir el nombre de cesàries i fomentar, 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 papil·lomavirus 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 la formació necessàries, de confiar en els seus propis recursos i de compartir coresponsabilitat en els processos. I, per fer-ho, no s'han de reduir drets.