

# SALUT I ATENCIÓ SANITÀRIA DE DONES I NENES.

ESTAT DE SITUACIÓ 2014



Secretaria de la Dona de CC OO de Catalunya  
28/05/2014

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

Secretaria de la Dona: M. Carme Catalán, Lidia Sandalinas i Neus Moreno

Secretaria de Socioeconomia: Joan Canals

Federació de Sanitat: Sílvia Espinosa

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

## INDEX

INTRODUCCIÓ .....	4
ACCÉS A L'ATENCIÓ SANITÀRIA .....	6
POLÍTIQUES GLOBALES, POLÍTIQUES SANITÀRIES I ESTAT DE SALUT .....	8
L'ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER.....	11
INDICADORS DE SALUT DE LA POBLACIÓ CATALANA EL 2012 .....	11
Cobertura sanitària al sistema públic de salut i doble cobertura .....	11
Percepció de l'estat de salut .....	13
Prevalença de malaltia o problema de salut crònic .....	14
Prevalença de discapacitat en adults .....	15
Prevalença de risc de patir trastorn mental en adults .....	17
Consum de medicaments .....	18
EL SUÏCIDI, UNA CAUSA DE MORTALITAT EN AUGMENT .....	19
POBRESA, DRET HABITATGE, EXCLUSIÓ SOCIAL I SALUT .....	21
SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA .....	25
Indicadors maternoinfantils .....	25
Els embarassos de dones, edat i classe social .....	26
Bones pràctiques en l'atenció al part.....	28
Desenvolupament de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (2/2010).....	29
LES MALALTIES TRANSMISSIÓ SEXUAL.....	32
Tendències per al període 1990-2013.....	33
Les infeccions per VIH.....	34
ALTRES INFECCIONS : LA TUBERCULOSI .....	39
IMPACTE DE LES CONDICIONS DE TREBALL SOBRE LA SALUT DE LES DONES.....	41
Accidents de treball (AT) .....	42
Malalties professionals (MP) .....	43
Altres indicadors sobre possible patologia laboral: PANOTRATTS i ALERTES.....	44
Evolució de la incapacitat temporal (IT) per causes comunes a Catalunya. Anàlisi des de la perspectiva de la salut laboral .....	44
Evolució dels casos i import de les prestacions per risc per a l'embaràs i risc per a la lactància natural (2008-2012) .....	47
Salut laboral i gènere als convenis col·lectius sectorials.....	51
CONCLUSIONS GENERALS.....	52
PROPOSTES .....	53
BIBLIOGRAFIA .....	55

## INTRODUCCIÓ

El Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones ha de servir per fer visibles les desigualtats de gènere que hi ha en la salut i la malaltia, en tots els seus vessants. Les dones vivim més anys, però tenim menys salut: patim biaixos en la salut a causa de les nostres condicions de treball i de vida; a més, la recerca mèdica es fa com si el cos d'homes i dones no tingués ni sexe ni gènere. Des de CCOO defensem un model de salut biopsicosocial, model que des d'una visió de salut pública dóna un pes molt elevat a les condicions de vida i treball, al suport de l'Estat sobre el manteniment o a la manca d'aquestes condicions, així com al suport de les xarxes comunitàries. Per això, en les nostres anàlisis i propostes intentem posar l'accent en aquestes constatacions. L'atenció sanitària oblida i estigmatitza molts dels problemes de les persones, perquè tampoc no té presents les condicions psicològiques, biològiques i socials de les persones i, específicament, les condicions de discriminació laboral i social de les dones. Les dones acostumen a estar en una situació d'oblit per la seva condició de dones, a la qual s'afegeixen altres condicionants, com la classe social, l'edat, l'ètnia, la discapacitat... Ara més que mai es fan evidents aquests oblits, en un moment en el qual les desigualtats socials no solament es mantenen, sinó que s'incrementen a causa, fonamentalment, de les polítiques errònies que es fan en el nostre país:

- Polítiques que tenen a veure amb el deteriorament i el canvi progressiu de model sanitari, que tendeixen a afavorir els interessos privats per damunt dels interessos públics i que donen lloc al model sanitari públic mixt —que CCOO sempre ha criticat—, en el qual conviuen centres de titularitat pública amb centres de titularitat privada, o concert de llits o proves privades per atendre pacients públics, al mateix temps que es tanquen o se segreguen llits i proves a centres públics. Aquesta ona privatitzadora cada cop s'eixampla més. El cas més flagrant és l'atenció privada en centres públics, que fa que, al mateix temps, augmentin les llistes d'espera per als pacients públics o que de vegades hagin de pagar per poder ser atesos ràpidament “a la privada”.
- Polítiques que tenen a veure amb la sobreutilització de medicaments i de tecnologies per damunt de la promoció de la salut i la prevenció de malalties: educació, mitjans professionals que afavoreixen el fet d'escoltar, el control sobre la prevenció de riscos laborals a les empreses... Un dels casos més greus que tenen a veure amb dones és l'aplicació de la vacuna del papil·lomavirus humà (VPH) a totes les nenes, un procés car, de risc i que pot generar confusió perquè no cobreix completament del risc de contagi.
- Polítiques que no respecten els processos naturals, sobretot, de les dones, com ara el part, per l'excés de cesàries, o la menopausa, pel tractament sistemàtic amb hormones. D'aquests tractaments, després de molt de temps de

reivindicar-ho, se n'han reconegut els possibles efectes secundaris i l'Agència Espanyola del Medicament va demanar que no s'administrassin sense comprovar l'existència d'algun factor per al qual hi hagués necessitat terapèutica.

- No atendre adequadament, per falta de mitjans professionals i orientacions, els problemes de salut de les dones i, específicament, de dolor emocional, o els problemes socials de moltes persones, tapant, amb l'administració de medicaments, les veritables causes i fent que així s'incrementessin els problemes i no s'hi busquin veritables solucions. Un dels casos més greus és no considerar la violència envers les dones, perquè no hi ha ni els recursos ni les orientacions suficients per detectar, orientar i recuperar; un altre cas són les persones amb manca d'uns recursos econòmics mínims per alimentar-se i tenir un habitatge en condicions salubres. Hi ha moltes dones grans i famílies monoparentals femenines en aquesta situació.
- No donar prioritat a la recerca, en les normatives, en els controls dels problemes del medi ambient, com a font de creació de malalties, sense considerar d'una manera seriosa tot el que té a veure amb la contaminació de l'aire, de l'aigua i dels aliments. Un greu exemple és el que té a veure amb els disruptors endocrins, causants de moltes malalties, entre les quals càncers hormonodependents (la incidència de càncer de mama cada cop augmenta més).
- La pèrdua de la universalitat de l'atenció sanitària elimina de l'accés a la sanitat pública alguns col·lectius. Aquest és un dels punts centrals d'aquestes polítiques i, malgrat que hi pot haver accessos parcials, a Catalunya, per a certs col·lectius, hi ha una sèrie de polítiques que ho dificulten. Aquesta pèrdua pot ser especialment negativa per a moltes dones.
- L'increment dels copagaments en els medicaments, l'eliminació de prestacions o les taxes també limiten drets que tenen efectes en les persones amb més dificultats (persones grans, persones amb malalties cròniques...). No oblidem que entre aquests col·lectius hi ha una gran majoria de dones, i les classes socials més desafavorides poden tenir greus dificultats per accedir-hi. També tractaments com l'eliminació de la fecundació assistida a dones soles ataca les dones de les classes socials menys afavorides.
- L'increment de les llistes d'espera a la sanitat pública pot comportar un empitjorament de moltes de les malalties.

## ACCÉS A L'ATENCIÓ SANITÀRIA

En l'informe de l'any passat analitzàvem 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 la seguretat de les seves prestacions, tant en el seu contingut com en les seves possibles conseqüències. Entre elles, en la redacció, en destacàvem aquelles derivades de la pèrdua d'universalitat en el dret a l'assistència sanitària de cobertura pública. En el moment actual, dos anys després de la seva implementació, estem ja en condicions de fer una valoració més profunda del que la norma ha significat tant a escala estatal, en general, com en l'àmbit català, en particular.

L'aplicació de la norma a escala estatal ha estat força desigual, amb comunitats que ho han fet de forma íntegra, d'altres que no l'han aplicada i algunes que tan sols ho han fet de forma parcial, amb l'oposició del Govern central, que ha impugnat diverses normatives. En aquest sentit cal comentar tant la sentència de desembre del 2012, que avalava l'atenció sanitària universal proposada pel Govern basc, com la més recent del Tribunal Constitucional, que ha aixecat parcialment la suspensió —manté només la referència a les prestacions farmacèutiques— sobre la llei navarresa d'assistència sanitària, que reconeix als residents de la comunitat foral, inclosos els immigrants en situació irregular, el dret a l'assistència sanitària de finançament públic. En la redacció de la sentència es pot llegir que “el dret a la salut i el dret a la integritat física de les persones afectades per les mesures impugnades, així com la conveniència d'evitar riscos per a la salut del conjunt de la societat, tenen una importància singular en el marc constitucional, que no es pot veure desvirtuada per la simple consideració d'un eventual estalvi econòmic que no ha pogut ser concretat”.

A Catalunya s'han aplicat mesures, a partir de la Instrucció 10/2012, de 30 d'agost, 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 del Sistema Nacional de Salut (SNS), sota l'aparent objectiu de mantenir la universalitat de l'assistència i que ha significat diferents tipus de cobertura segons les característiques de les persones. Així, per exemple, cal 3 mesos previs d'empadronament per tenir dret a la TSI (targeta sanitària individual); entre 3 mesos i un any existeix un nivell I que tan sols dóna dret a l'atenció primària i a la prestació farmacèutica amb el 40%, i, a partir de l'any, un nivell II que permet accedir a l'atenció completa (inclou ja l'especialitzada). D'altra banda, la Instrucció inclou, en aquests supòsits, la necessitat de renovar periòdicament la TSI.

Entre els principals problemes que cal esmentar, podem destacar:

- La Instrucció deixa sense assistència sanitària les persones no empadronades i les que ho estan fa menys de 3 mesos, i deixa sense atenció hospitalària les que ho estan entre els 3 mesos i l'any.
- Existència de dos marcs normatius que porten a diverses disfuncions, com per exemple que a Catalunya s'exigeixi l'empadronament als menors que sol·liciten ser atesos quan segons la legislació estatal haurien de rebre la

mateixa atenció que els menors nacionals, independentment de la seva situació administrativa.

- Falta de supervisió del Departament de Salut sobre els centres de la xarxa assistencial, cosa que porta a una disparitat de criteris per part dels diferents proveïdors que pot arribar fins a la instauració de pràctiques irregulars, com per exemple anunciar el cobrament per assistència en urgències abans que aquesta es produeixi.
- Vinculació del dret a l'assistència sanitària a l'empadronament a Catalunya, sense haver homogeneïtzat prèviament els criteris ni consensuar el fet de permetre (com ja s'havia fet) l'empadronament de persones sense domicili fix, cosa que evitaria que es produís una segona exclusió per aquelles persones amb dificultats per demostrar el seu allotjament al municipi o per a aquelles que viuen en poblacions que posen traves a aquest tràmit. En conseqüència, es converteix en una autèntica "carrera d'obstacles". Simultàniament, es produeixen problemes quan hi ha canvi de població, ja que en alguns casos el sistema ho comptabilitza com si s'estigués menys de 3 mesos empadronat a Catalunya.
- Si bé el RDL 16/2012 i la Instrucció 10/2012 especifiquen que menors d'edat i embarassades tenen dret a l'assistència sanitària a càrrec de l'SNS; queda poc clar en ambdues normes quins són els tràmits administratius necessaris, cosa que ha fet que s'hagin donat casos de facturació o dificultats a l'hora d'assignar visites i/o proves complementàries.
- En la mateixa línia, podem fer esment de les situacions d'urgència per malaltia greu o accident fins a la situació d'alta mèdica, en les quals tampoc la redacció del RDL i de la Instrucció és clara, cosa que ha generat, entre d'altres, el cobrament de visites per atenció sanitària urgent, en alguns casos, fins i tot, abans de rebre l'atenció i en altres s'ha arribat a denegar d'assistència per manca de pagament.
- Proliferació de rètols en diversos centres, amb finalitat clarament dissuasòria, que no s'atendrà ningú sense TSI i/o DNI incloent-hi, fins i tot, els supòsits abans esmentats (infants, embarassades i urgències).
- Es limita l'accés de les dones immigrants en situació administrativa irregular a mètodes anticonceptius, interrupció voluntària de l'embaràs i serveis de prevenció ginecològics (les interrupcions voluntàries de l'embaràs o IVE i els tractaments postcoitals es poden facturar). Alhora, no deixa de ser

preocupant la situació d'exclusió de l'atenció sanitària específica, en què queden, a conseqüència de l'aplicació del RDL, les víctimes de violència de gènere.

- Possibles conseqüències negatives (inclusió en registres de morosos, problemes en la tramitació del permís de residència...) en persones sense TSI ni recursos econòmics, a les quals s'ha començat a facturar i/o cobrar indegudament l'atenció sanitària i no hi poden fer front.
- Gran part de professionals dels circuits desconeixen com demanar el primer nivell d'atenció especialitzada garantit per la Instrucció 10/2012, en el cas de programes d'interès sanitari (drogodependències, HIV/SIDA, MTS, vacunacions, etc.).

En definitiva, hi ha suficient evidència de l'impacte negatiu que l'aplicació de la norma ha tingut sobre el dret a la salut d'aquells col·lectius més vulnerables, especialment quant a l'equitat i a la universalitat i que afecta també els drets sexuals i reproductius de les dones. Atès aquest fet, i com que el sistema sanitari es finança amb impostos directes i indirectes pagats per TOTA la ciutadania resident al territori, caldria plantejar el retorn a una assistència sanitària realment universal i com a dret de ciutadania, derogant el RDL 16/2012 i la Instrucció del CatSalut 10/2012.

Per a més informació, remetem les persones interessades a consultar la pàgina web de la PASUCat (Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya): <http://lapasucat.blogspot.com.es>

## **POLÍTIQUES GLOBALES, POLÍTIQUES SANITÀRIES I ESTAT DE SALUT**

L'estat de salut de les persones no depèn només de les intervencions sanitàries. La salut està fortament influïda per l'entorn i les condicions de vida de la ciutadania, resultat no només de decisions individuals, sinó també de condicionants socials, culturals, econòmics o mediambientals. En aquest sentit, cal recordar que dels factors que determinen l'estat de salut de les poblacions, la biologia humana suposa un 27%; els sistemes de salut, un 11%, i el percentatge restant es distribueix entre estils de vida (43%) i entorn (19%). Això significa que tant la salut com la malaltia són altament influenciables per factors individuals, socials, culturals, econòmics i ambientals. Dit això, resulta paradoxal que mentre els sistemes sanitaris influeixen en un 11%, s'hi destinen més del 90% dels recursos.

D'altra banda, i acceptant la importància que ha tingut l'evolució tecnològica i els avenços en el camp mèdic, no és menys cert que els grans canvis en salut produïts en els últims anys al nostre país ho han estat a causa de factors relacionats amb la qualitat de vida de les persones. Entre els factors que cal tenir en compte, cal assenyalar les condicions laborals i els riscos que la precarització del treball i l'evolució del mercat laboral impliquen per a la salut física i psíquica (malalties mentals, risc de suïcidi...), la



contaminació (física, química, biològica, social i cultural), els estils de vida, les conductes en salut, l'habitatge, la protecció social i les prestacions econòmiques per dependència, desocupació, etc., i aspectes com la pobresa, la marginació o l'exclusió social, especialment en aquelles persones que pateixen discriminació i situació de violència. Tots aquests factors influeixen de forma important en la salut de les poblacions i qualsevol retallada en aquests camps repercutirà de forma global en la salut. Els serveis públics han de ser prioritaris i han de quedar preservats de la mercantilització, del negoci i de les retallades pressupostàries. Les inversions socials i les polítiques públiques tenen sempre un impacte en termes de salut. Per això, és necessari promoure polítiques saludables més enllà de les estrictament sanitàries actuant sobre els determinants de la salut (educació, treball, habitatge, medi ambient, etc.) amb la implantació d'estratègies transversals i intersectorials de promoció de la salut, en les quals la salut pública ha d'exercir el seu lideratge per aconseguir tant la implicació com el consens de la resta d'actors implicats.

L'estat del benestar i el seu desenvolupament és un reflex dels progressos en els drets de les dones, ja que a mesura que aquest millora també ho fan els serveis públics i socials, que milloren les condicions de vida de les dones i especialment quan es cobreixen tasques tradicionalment assignades al rol del gènere femení, com l'educació, la sanitat, l'atenció a la dependència, etc. Els pressupostos generals de l'Estat per al 2014 accentuen les polítiques antisocials, centrades, entre d'altres, en retallades de despesa i de drets a sanitat, serveis socials, educació o polítiques d'igualtat, retallades que afecten directament les dones. La reforma de les pensions, amb un augment per al 2014 del 0,25%, molt per sota de l'augment real de l'IPC, també afectarà directament les dones.

A Catalunya, se'ns diu que en els pressupostos del 2014 no s'ha retallat en despesa social, sense explicar que l'acumulat del total en les retallades és ja de prop d'un 15% en serveis socials i del 20% en sanitat, o que s'està venent al millor postor patrimoni públic per fer bona la dita de "vendre la casa per anar de lloguer". Tot això està portant de facto a la desaparició de l'estat del benestar, l'increment en les desigualtats, la precarietat laboral i l'augment de la pobresa (especialment en dones grans i vídues).

La salut és un fenomen social en què allò que és personal i allò que és col·lectiu es barregen. Conèixer l'estat de salut de la població és fonamental per dissenyar polítiques i programes sanitaris. Les situacions de desigualtat i discriminació han de ser previstes en qualsevol anàlisi o diagnòstic de salut. Un bon diagnòstic de l'estat de salut de la població ha de preveure totes aquelles qüestions biològiques i d'edat, però també socials i de gènere, que permetin fer visibles les diferències de salut entre dones i homes. El gènere és determinant en les concepcions que es tenen sobre la salut, però estan, a més, marcades per altres elements socioculturals, com la classe social, l'ètnia o l'edat (joves i grans no emmalalteixen igual).

En aquest sentit, de l'anàlisi d'un estudi fet a escala estatal i recentment publicat per la Fundación Primero de Mayo sobre envelliment i salut, cal destacar el següent:

- Més de la meitat de les dones perceben la seva salut com a regular, dolenta o molt dolenta, aquest percentatge s'assoleix, en el cas dels homes, únicament, a partir dels 85 anys.
- Prop d'un 35% de dones majors de 65 anys tenen algun problema per caminar, percentatge que augmenta considerablement a mesura que ho fa l'edat. És de més del 55% a partir dels 75 anys i del 76% a partir dels 85 anys.
- Les dones grans tenen pitjor percepció de la seva salut i, en general, més patologies que els homes.
- A partir dels 85 anys, prop d'un 60% de dones tenen algun problema per vestir-se o rentar-se de forma autònoma, mentre que una de cada quatre dones de més de 65 anys refereix tenir algun problema per al desenvolupament de les activitats habituals de la vida diària, dificultats que augmenten percentualment i en gravetat a mesura que s'incrementa l'edat i molt per damunt del percentatge d'homes afectats.
- Un alt percentatge de dones grans es veuen afectades per depressió i ansietat. Aquestes malalties són molt poc freqüents entre els homes de la mateixa edat.
- Les patologies que amb major freqüència afecten les dones grans (artrosi, artritis, reumatismes, lumbàlgies i dolors cervicals) tenen relació amb les activitats vinculades al treball desenvolupat a l'interior de les llars i amb el treball remunerat, tot considerant la segregació ocupacional i sectorial present al mercat laboral.
- La major dedicació de les dones a la llar i a la cura, la manca de reconeixement social d'aquest treball, les condicions d'aïllament en què es realitzen, la manca d'altres rols i tasques o la falta de temps per desenvolupar-los és una evident limitació a les oportunitats de desenvolupament personal de les dones i que, com veurem més endavant, té efectes nocius sobre la seva salut tant física com mental.
- És necessari que es tingui en compte la situació de salut de les dones així com les seves dificultats diàries en la vida quotidiana, especialment en tota política o programa sanitari, de dependència, de vellesa, etc., i es consideri l'impacte de gènere que tindran les polítiques públiques.

En el mateix estudi també s'analitza la relació envelliment/dependència. Tradicionalment, la cura de les persones dependents ha estat delegada a les famílies i, més concretament, a les dones. L'aportació de les dones grans a la cura de tota la societat és extraordinària i, malauradament, poc reconeguda. L'estereotip ens presenta les dones com a usuàries de serveis i receptores de cures, però la característica més destacada entre gènere i pautes assistencials és l'important predomini de les dones com a proveïdores de cures assistencials, ja que són les dones grans la part més activa en la cura d'altres membres de la família.

Finalment, cal comentar que el fet que la Llei de la dependència no s'hagi desenvolupat íntegrament així com el seu desmantellament de facto suposa un important problema social que afecta no solament les dones majors en situació de dependència, sinó també les seves famílies i les persones que les cuiden (generalment també dones).

## L'ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER

L'esperança de vida en néixer (EV) a Catalunya l'any 2011 era de 79,5 anys per als homes i de 85,3 per a les dones. En els darrers 28 anys, l'EV ha augmentat al voltant de 5 anys en els dos sexes de manera que la diferència entre sexes es manté semblant.<sup>1</sup>

## INDICADORS DE SALUT DE LA POBLACIÓ CATALANA EL 2012

En aquest epígraf presentem una selecció de dades, aquelles que ens semblen més significatives per entendre la salut de les dones i les seves causes, per plantejar propostes, de l'Enquesta de salut de Catalunya del 2012 (ESCA, 2012), realitzada per la Generalitat de Catalunya.<sup>2</sup>

Donant resposta al criteri de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) sobre les desigualtats de salut per fer visible la realitat, fer possible la seva anàlisi i afavorir l'elaboració de propostes, a més de les desigualtats socials de gènere, posem de manifest, sempre que sigui possible i adient, les desigualtats socials en termes de classe social. També s'hi han inclòs algunes dades desagregades per edats.

## Cobertura sanitària al sistema públic de salut i doble cobertura

La prevalença de la població general que té accés a l'assistència sanitària del sistema públic de salut (SPS) és del 99,3% (99,5% per als homes i 99,1% per a les dones). Si partim de la base que la població general a Catalunya el 2012 era de 7.599.253

---

<sup>1</sup> Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2011. Avanç de resultats*. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Dades\\_estadistiques/Estat\\_salut\\_estils\\_vida/Mortalitat/Fitxers\\_estatics/analisi\\_mortalitat\\_catalunya\\_2011\\_avanc\\_resultats.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Mortalitat/Fitxers_estatics/analisi_mortalitat_catalunya_2011_avanc_resultats.pdf)

<sup>2</sup> Les dades de l'ESCA 2012 estan publicades principalment a:

- Observatori del Sistema Sanitari de Catalunya/Indicadors de salut

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0034184d56f1a4038674c210b0c0e1a0/?vgnextoid=359bbba736658310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=359bbba736658310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

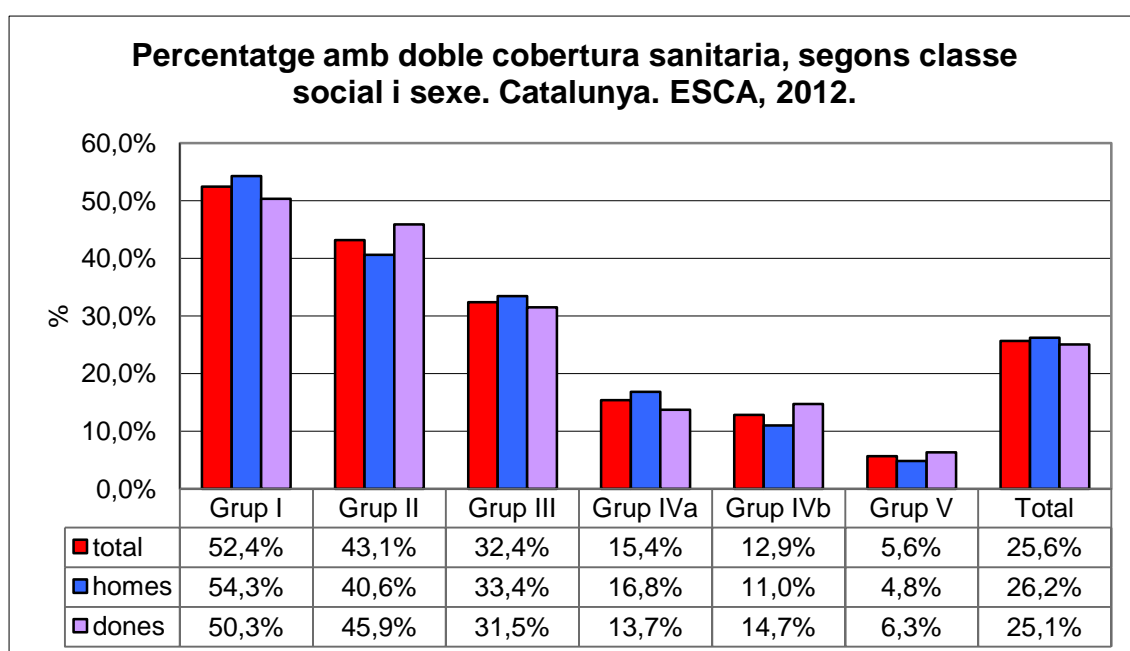
- ESCA 2010-2014

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23fed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&>

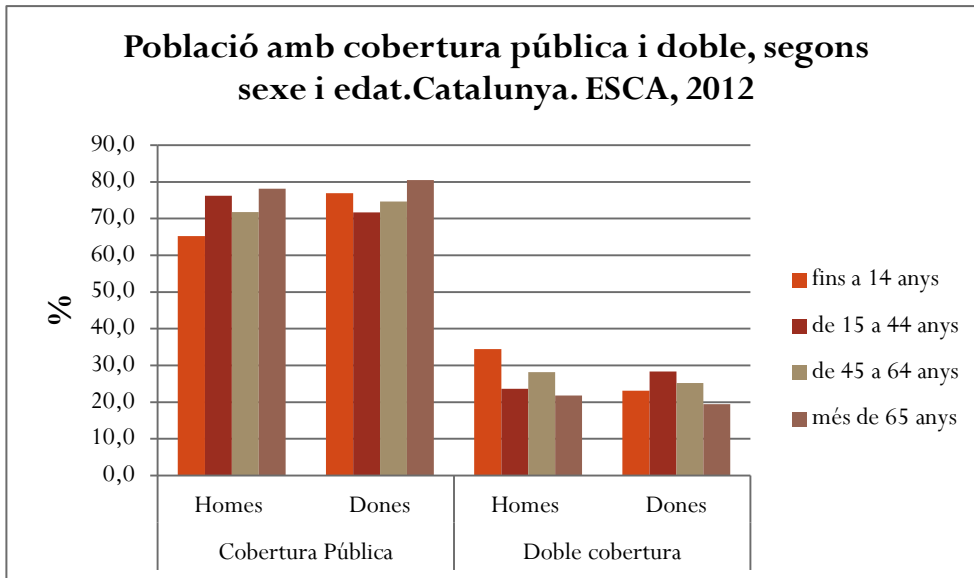
(3.762.804 són homes i 3.836.449 són dones), prop de 53.200 persones no tenen accés a l'SPS.

L'any 2012, a Catalunya, una de cada quatre persones (25,6%) té  **doble cobertura sanitària** , el 26,2% dels homes i el 25,1% de les dones. La tendència global des del 2006 ha estat estable.

Com s'observa a la gràfica següent la doble cobertura presenta un clar gradient de classe social. Així, mentre que al voltant del 50% de la població de la classe amb més recursos presenta doble cobertura, entre la classe amb menys recursos el percentatge oscil·la entre el 5% i el 10%.

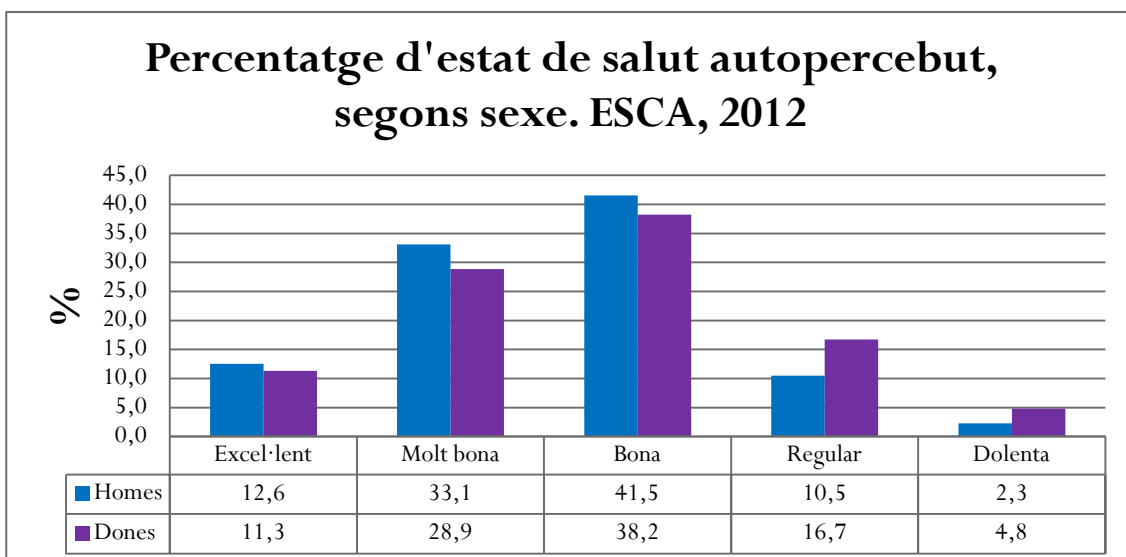


A la gràfica següent es mostra la població amb cobertura del sistema públic de salut, segons sexe i edat. S'observa que la proporció de dones amb doble cobertura supera la dels homes en les edats reproductives (de 25 a 44 anys). En canvi, en els menors de 15 anys i a partir dels 45 anys el percentatge d'homes amb doble cobertura és més elevat.



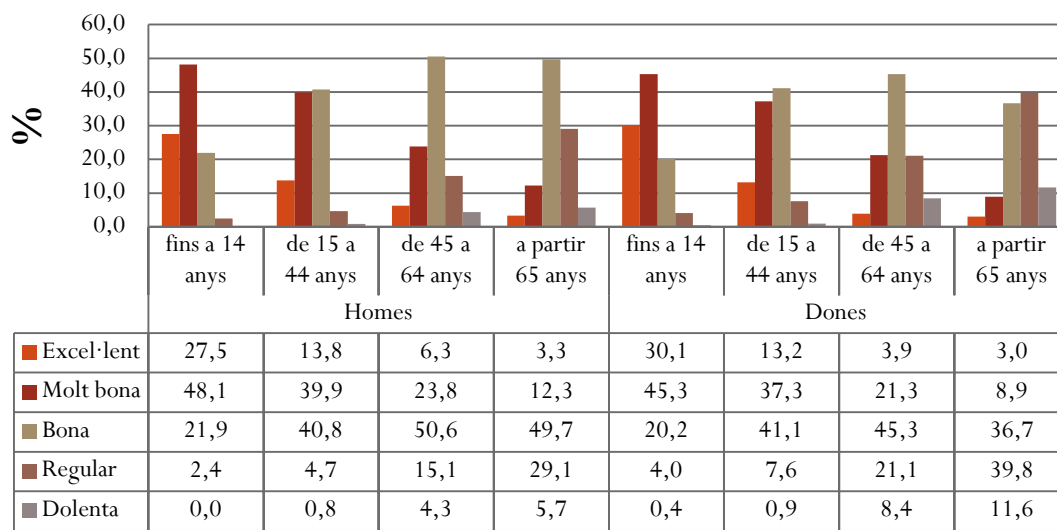
### Percepció de l'estat de salut

Com mostra el gràfic següent, l'any 2012, 8 de cada 10 persones a Catalunya declaren un bon estat de salut (82,8%). Els homes valoren més favorablement el seu estat de salut que les dones, amb percentatges del 87,2% i del 78,4%, respectivament. En canvi, gairebé un 6% i un 2,5% més de dones que d'homes manifesten que el seu estat de salut és regular o dolent, respectivament. De manera que un 21,5% de dones (1 de cada 5) manifesta que el seu estat de salut és regular o dolent.



Al gràfic següent es mostra l'estat de salut percebut, segons sexe i edat. Com és d'esperar la valoració de l'estat de salut empitjora amb l'edat i a partir dels 45 anys la diferència entre sexes creix en detriment de les dones.

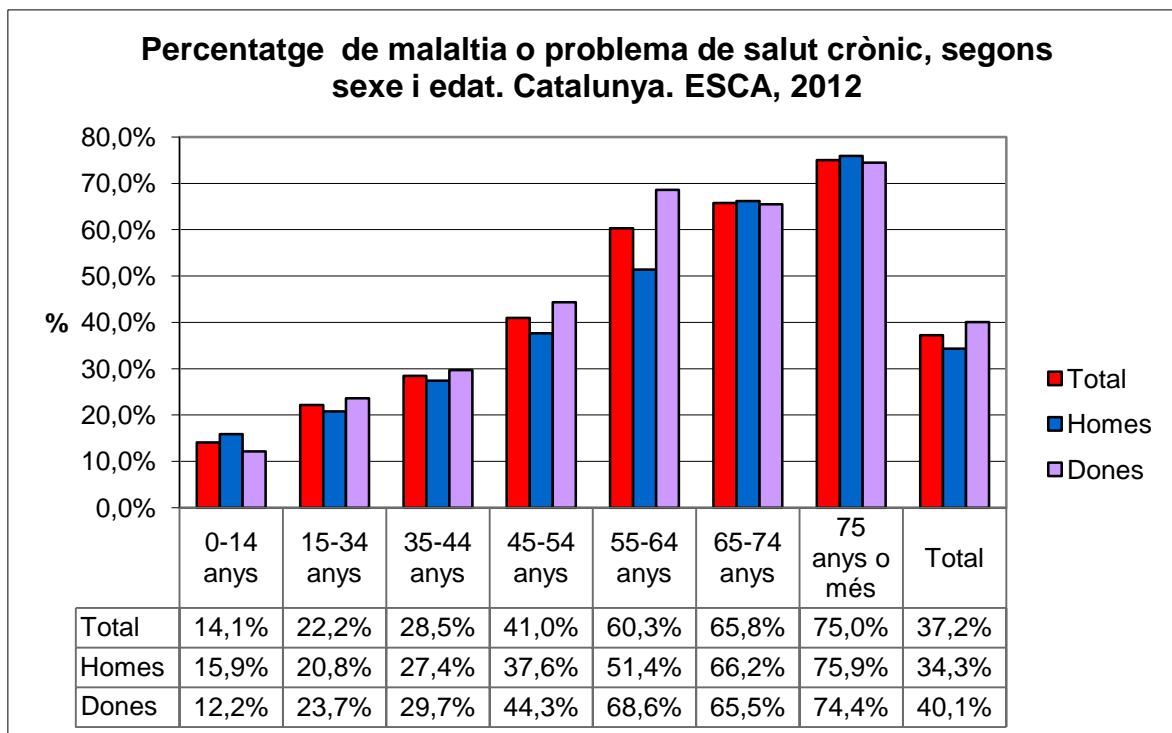
**Percentatge d'estat de salut autopercebut, segons sexe i edat. Catalunya. ESCA, 2012**



**Prevalença de malaltia o problema de salut crònic**

Com es mostra a la gràfica següent, l'any 2012, més d'un terç de les persones declara patir una malaltia o un problema de salut crònic (37,2%): el 34,3% dels homes i el 40,1% de les dones

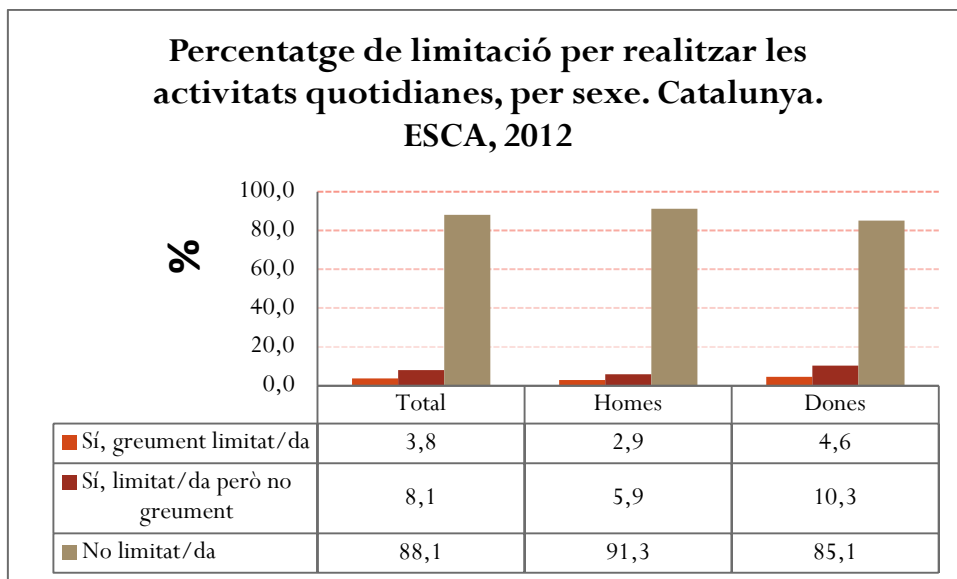
La presència de problemes de salut crònics augmenta amb l'edat. Les dones presenten més prevalença que els homes, excepte en les edats més joves i a partir de 65 anys, en què les prevalences convergeixen. La distància entre sexes és especialment rellevant en el grup d'edat de 55 a 64 anys, en el qual un 68,6% de dones declaren patir alguna malaltia crònica, mentre que entre els homes la prevalença és del 51,4%.



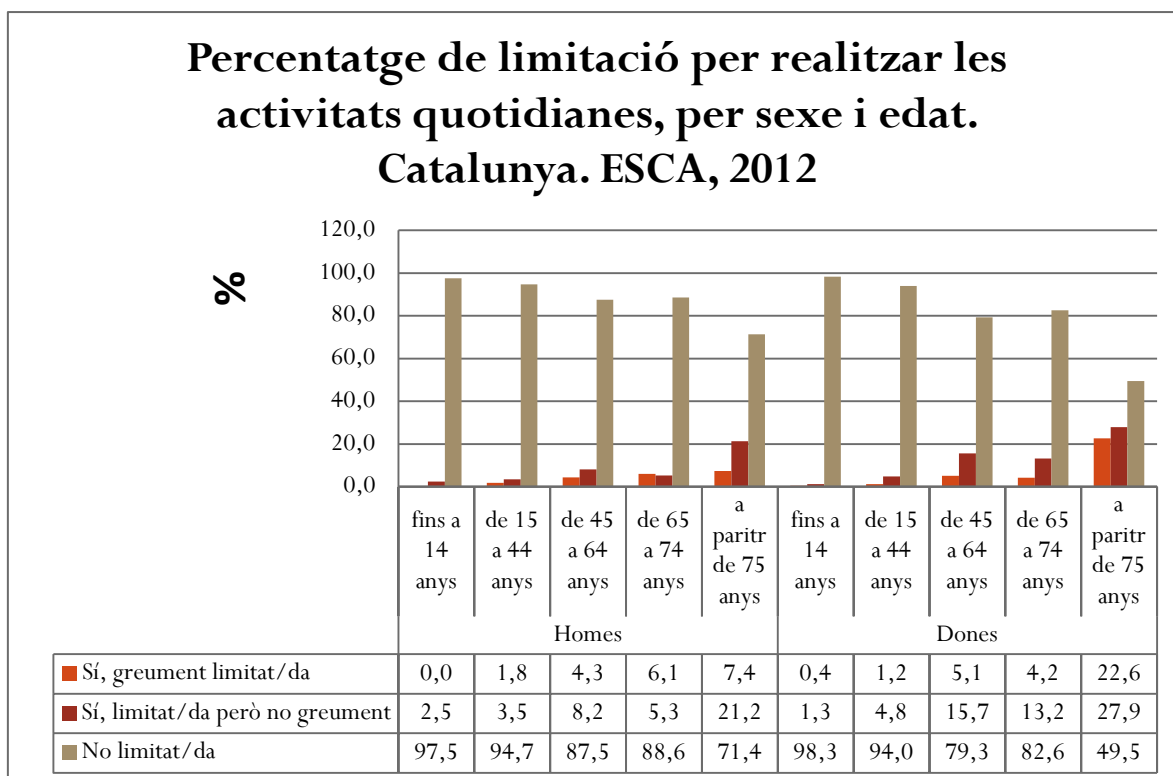
Entre els homes no es constata cap relació clara entre el nivell d'estudis o la classe social i la presència de malaltia crònica. En canvi, en les dones sí que s'observa un gradient, tot i que no assoleix significació estadística.

### Prevalença de discapacitat en adults

Com mostra la gràfica següent, l'any 2012, a Catalunya, el 14,8% de la població de 15 anys o més presenta alguna limitació greu o discapacitat de manera permanent, l'11,4% dels homes i el 18,1% de les dones. El percentatge entre les dones és més elevat tant si ens referim a les limitacions greus com a les no greus.



Com mostra la gràfica següent la prevalença de discapacitat és més freqüent en dones que en homes en tots els grups d'edat, excepte el de 15 a 44 anys, en el qual ambdós sexes presenten prevalences similars, i creix amb l'edat.



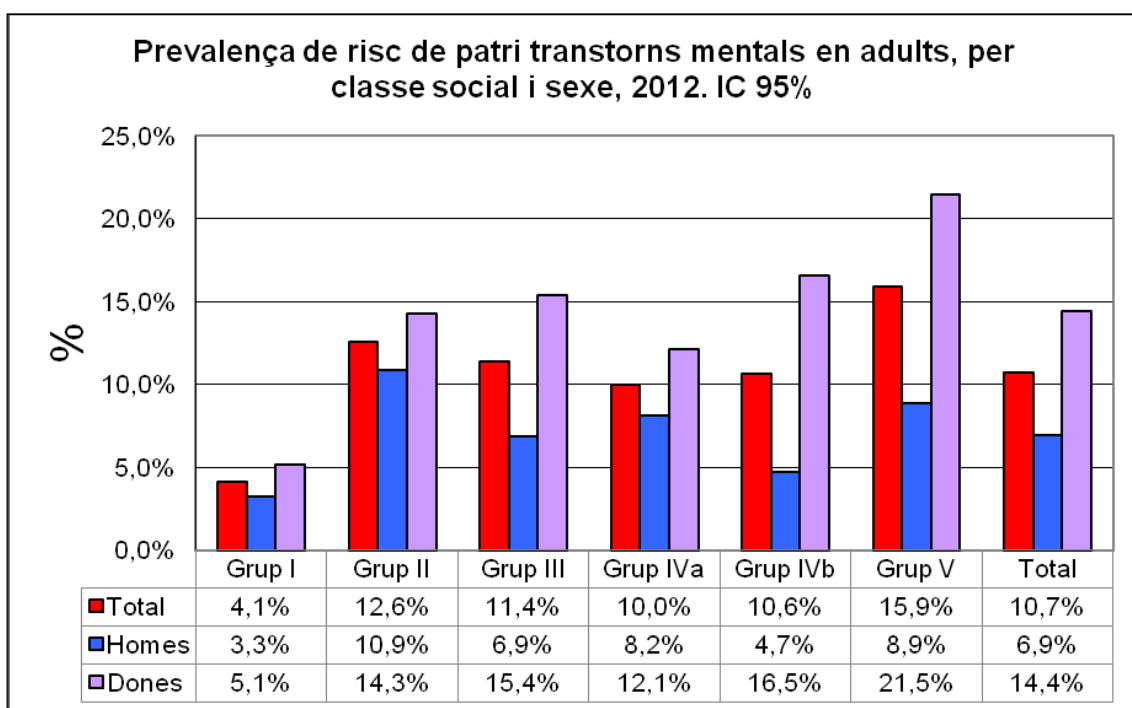
La discapacitat té gradient social: les persones de classe social baixa, nivell d'estudis primaris o sense estudis tenen més probabilitat de presentar discapacitat que les persones de classe alta o nivell d'estudis universitaris.



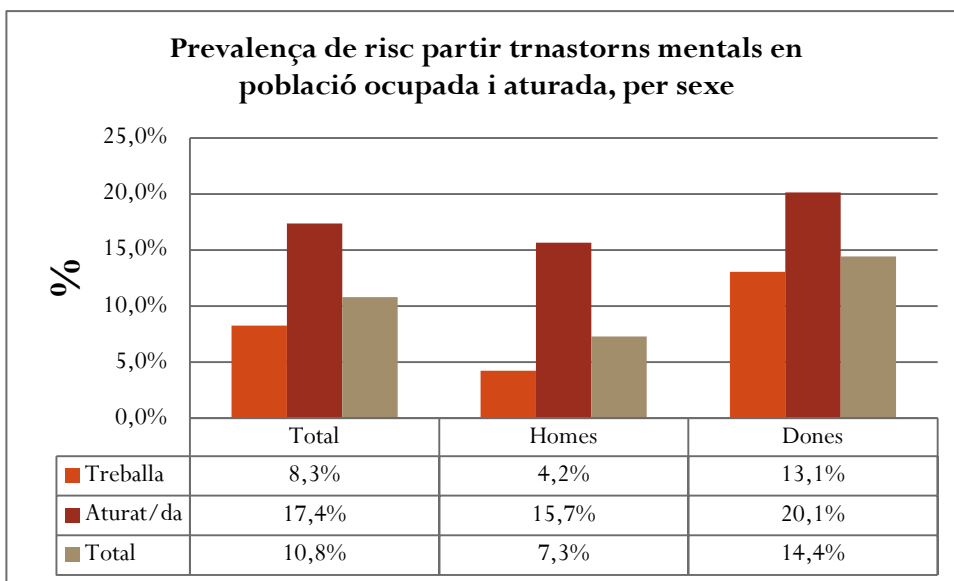
### Prevalença de risc de patir trastorn mental en adults

L'any 2012, el 10,7% de la població de 15 anys o més té risc de patir algun trastorn mental, el 6,9% dels homes i el 14,4% de les dones. Les edats de més risc per als homes són les centrals (45 a 54 anys), en canvi, entre les dones, el risc creix de forma important a partir dels 45 anys i s'intensifica a partir dels 55. Tot i aquesta diferència, les dones presenten més risc a totes les edats.

La gràfica següent mostra que les persones de classe social baixa, d'ambdós sexes, tenen més probabilitat de patir un problema de salut mental, una tendència molt més clara entre les dones. La prevalença entre les dones és més elevada en totes les classes socials. La prevalença més elevada, la trobem en les dones de classe social V (el 21,5% tenen risc de patir trastorns de salut mental).



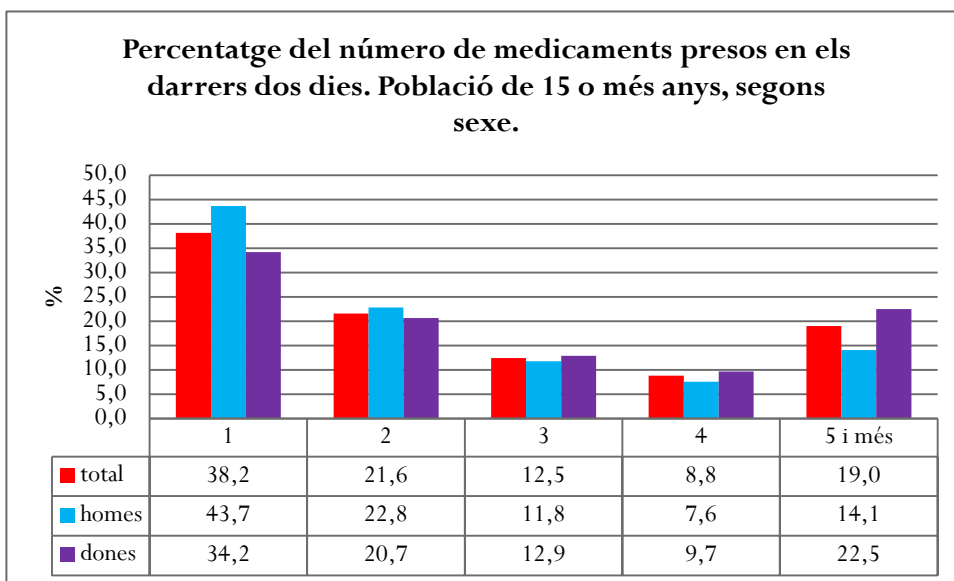
També són especialment rellevants les dades en relació amb l'ocupació. Com mostren les gràfiques següents, entre la població en situació d'activa (ocupada o a l'atur), i estandarditzades per edat, la prevalença mitjana en el col·lectiu de persones aturades sobre les ocupades és superior tant en les dones com en els homes, i les dones aturades són les que presenten una prevalença superior (20,1%).



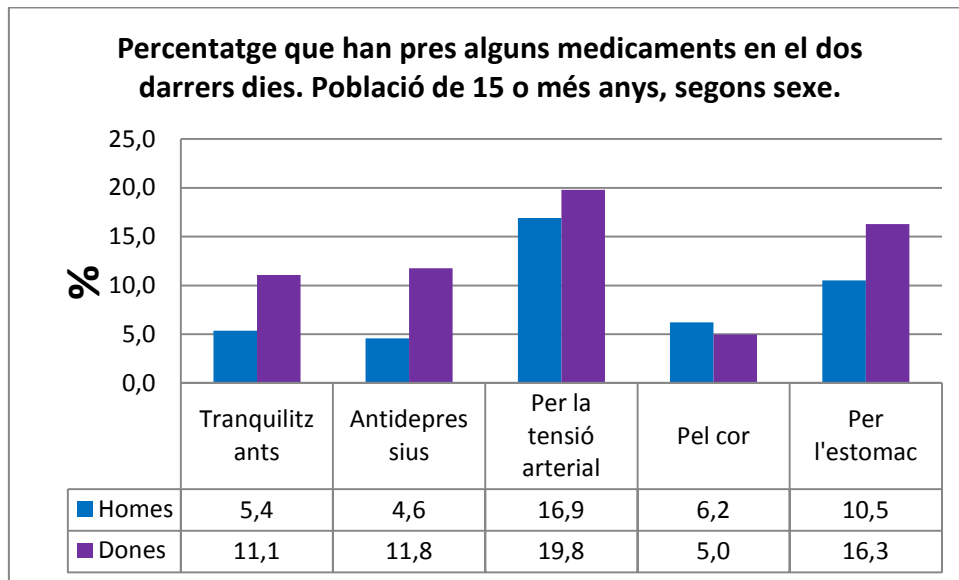
### Consum de medicaments

Del conjunt de dades relatives al consum de medicaments, hem analitzat les dades relatives a la població de 15 anys o més que ha pres medicaments en els últims dos dies abans de l'enquesta (2.386 persones, 1.037 homes i 1.349 dones). El 60,9% de la població ha pres medicaments, un 51,6% dels homes i un 69,8% de les dones, de manera que s'observa una diferència de més de 17 punts en el consum de medicaments entre les dones comparada amb els homes.

A la gràfica següent s'observa el nombre de medicaments presos en el darrers dos dies segons el sexe. S'observa un percentatge de medicalització múltiple entre les dones, a partir de la presa de 3 medicaments, i que mostra la seva major diferència en la presa de 5 medicaments o més, amb una diferència de més de 8 punts.



En relació amb el tipus de medicaments presos el dos dies abans de l'enquesta, a la gràfica següent se'n mostra el percentatge, segons el sexe. En tots els casos, excepte en els medicaments per al cor, el percentatge de dones que n'ha pres és més elevat que en el cas dels homes. Pel que fa als tranquil·litzants, antidepressius i medicaments per a l'estómac, el percentatge de dones que n'han pres és 5 punts superior al dels homes.



## EL SUÏCIDI, UNA CAUSA DE MORTALITAT EN AUGMENT

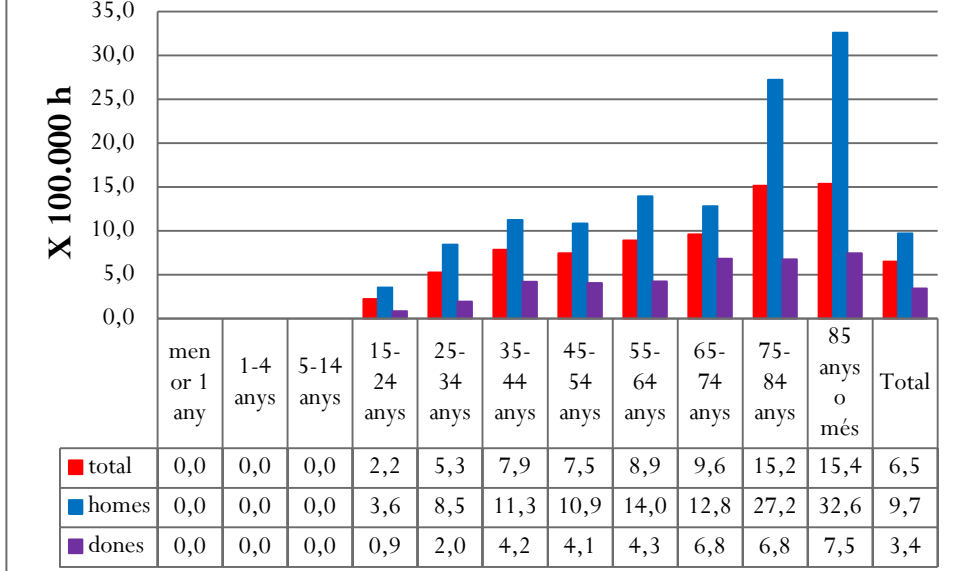
Les darreres dades de què es disposa entorn de la causa de mortalitat són del 2011.<sup>3</sup>

El 2011 a Catalunya s'han registrat 485 defuncions per suïcidi, 129 dones i 356 homes que suposen una taxa de mortalitat de 6,5 defuncions per 100.000 habitants. Com s'observa a la gràfica següent, l'any 2011, la mortalitat és més elevada entre els homes (9,7) que entre les dones (3,4). Segons manifesta el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, cal interpretar amb prudència aquestes dades, ja que existeix una infravaloració rellevant de la mortalitat per suïcidi, que s'ha intensificat a partir de l'any 2010 com a conseqüència dels canvis en els processos de declaració de la mortalitat. Tot i que el major nombre de suïcidis es produeix en la població de 35 a 64 anys, els homes de 85 anys o més són els que presenten una taxa de mortalitat més elevada.

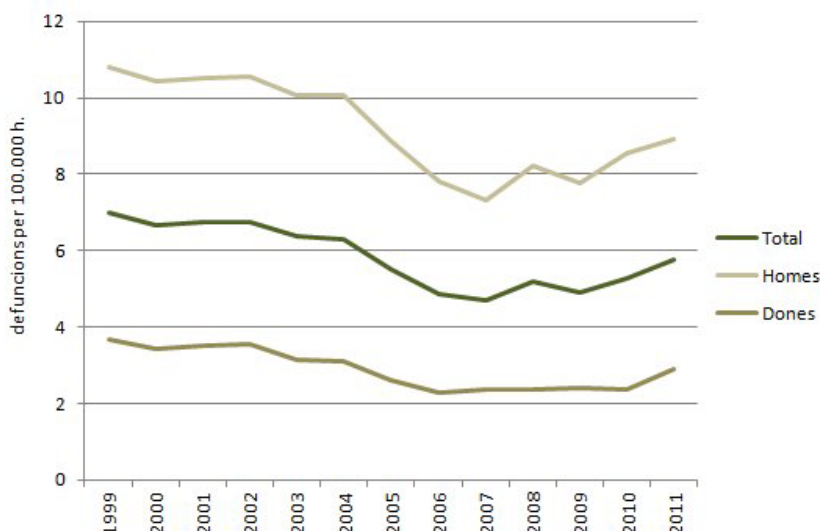
<sup>3</sup> Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, any 2011. Avanc resultats*. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Dades\\_estadistiques/Estat\\_salut\\_estils\\_vida/Mortalitat/Fitxers\\_estatics/analisi\\_mortalitat\\_catalunya\\_2011\\_avanc\\_resultats.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Mortalitat/Fitxers_estatics/analisi_mortalitat_catalunya_2011_avanc_resultats.pdf)

### Taxa (x 100.000 h) de mortalitat per suïcidi, per sexe i edat. Catalunya, 2011



Com mostra la gràfica següent, extreta de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, quant a l'evolució de la mortalitat per suïcidi, després de mantenir una tendència lleugerament decreixent des del 2002 fins al 2007, a partir del 2007 la taxa de mortalitat ha crescut una mitjana anual del 3,6%. La tendència d'augment entre el 2010 i el 2011 és significativa per als dos sexes, però major en el cas de les dones.



*Evolució de la taxa de mortalitat estandaritzada per edat (per 100.000 h.) per suïcidis i autolesions. Per sexe, 1999-2011.*  
 Dades estandaritzades per edat. Mètode directe. Població de referència: població censal Catalunya 1991.  
 Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, 1999-2011. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut.  
 Elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Departament de Salut.

A partir de les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya podem concloure que:

- Malgrat el suposat manteniment de la universalitat en l'assistència sanitària de finançament públic, l'any 2012, a Catalunya més de 53.000 ciutadans i ciutadanes no tenien accés a assistència sanitària pública (xifra que augmenta si tenim en compte que les persones no censades no participen en l'ESCA).
- La doble cobertura sanitària presenta un clar gradient de classe social i de gènere, predominant només en dones en la franja d'edat relacionada amb l'etapa reproductiva.
- Les dones valoren pitjor el seu estat de salut, de manera que segons 1 de cada 5 aquest és "regular" o "dolent".
- La presència de problemes crònics de salut augmenta amb l'edat i amb un important gradient de gènere, que és especialment rellevant en el grup d'edat de 55 a 64 anys.
- La prevalença de limitació i discapacitat és més freqüent en dones, augmenta amb l'edat i presenta gradient social predominant en persones de classe social baixa i/o sense estudis o amb estudis primaris.
- Les dones presenten més risc de patir trastorns mentals en adults en totes les franges d'edat, tot i que es dona amb més prevalença en les aturades.
- El consum de fàrmacs presenta també gradient de gènere, especialment en la medicalització múltiple i en el consum de psicofàrmacs.
- Malgrat la mortalitat per suïcidis, que és més elevada entre els homes, la tendència ha presentat un augment entre el 2010 i el 2011 major en el cas de les dones.

## **POBRESA, DRET HABITATGE, EXCLUSIÓ SOCIAL I SALUT**

En aquest informe ens volem fer ressò d'un estudi sobre la pobresa, els obstacles al dret a l'habitatge, l'exclusió social i la seva repercussió en la salut editat per Càritas el 2013.<sup>4</sup> A l'estudi s'analitzen les condicions de vida, habitatge i salut de persones soles i famílies en 320 llars ateses per Càritas Diocesana de Barcelona, 175 (55%) procedents dels equips d'atenció directa (EAD) —majoritàriament de relloguer—, identificades per tenir una necessitat urgent de ser reallotjades en un habitatge adequat ateses les males condicions d'habitabilitat o amuntegament del seu habitatge, i 145 (45%) del Servei de Mediació en Habitatge (SMH), amb llars amb problemes per fer front a les despeses relacionades amb l'habitatge i que viuen de lloguer o tenen hipoteca.

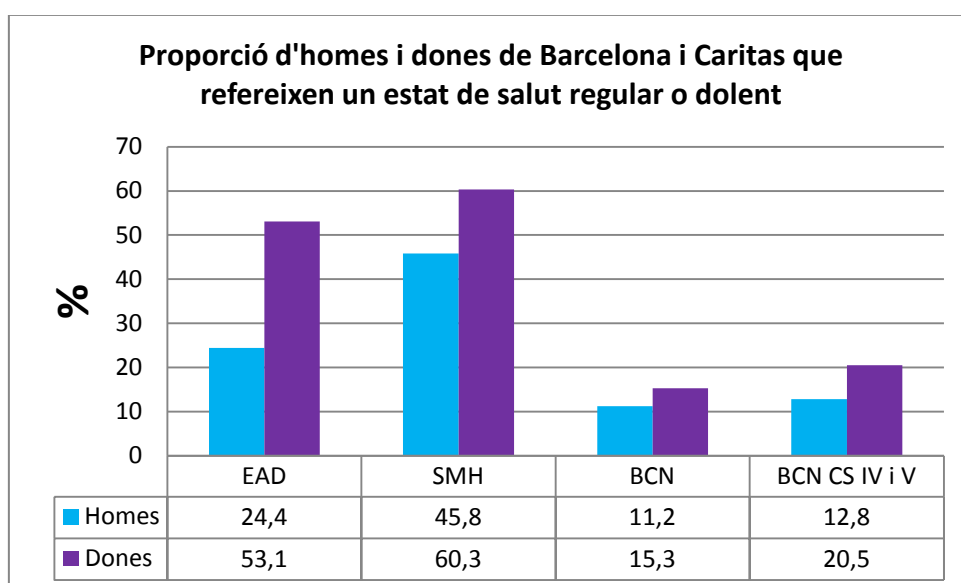
---

<sup>4</sup> *Llar, habitatge i salut*. Disponible a:

[http://www.caritasbcn.org/sites/default/files/INFORME\\_llar%20habitatge%20salut%20web.pdf](http://www.caritasbcn.org/sites/default/files/INFORME_llar%20habitatge%20salut%20web.pdf)

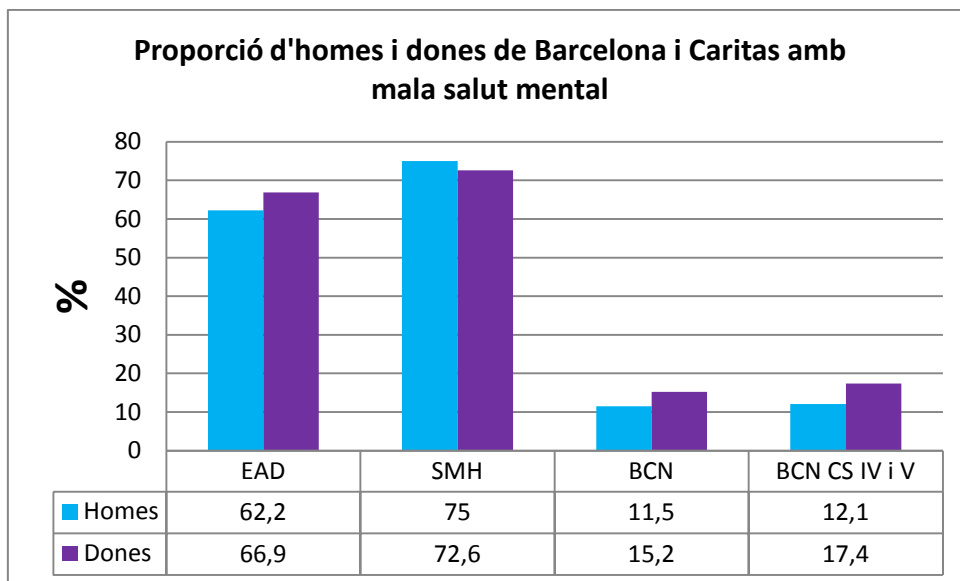
Els resultats d'aquest estudi posen en evidència el gran impacte de la vulnerabilitat social en la salut: l'estat de salut de les persones ateses a Càritas és molt pitjor que la del conjunt de les persones residents a Barcelona ciutat i de les classes socials IV i V. I l'impacte en alguns indicadors de pèrdua de salut és molt superior en el cas de les dones.

Com mostra la gràfica següent, pel que fa a la **salut percebuda**, tres de cada cinc dones (60,3%) de l'SMH i més de la meitat (53,1%) de les dels EAD han referit tenir un estat de salut regular o dolent, proporció molt superior a l'observada en les dones de la població de Barcelona (15,3%). En els homes, aquestes diferències són menys accentuades, però tot i així els homes de la mostra de Càritas perceben un estat de salut molt pitjor que els de Barcelona (45,8% i 24,4% als EAD i SMH, respectivament, davant l'11,2% a Barcelona).



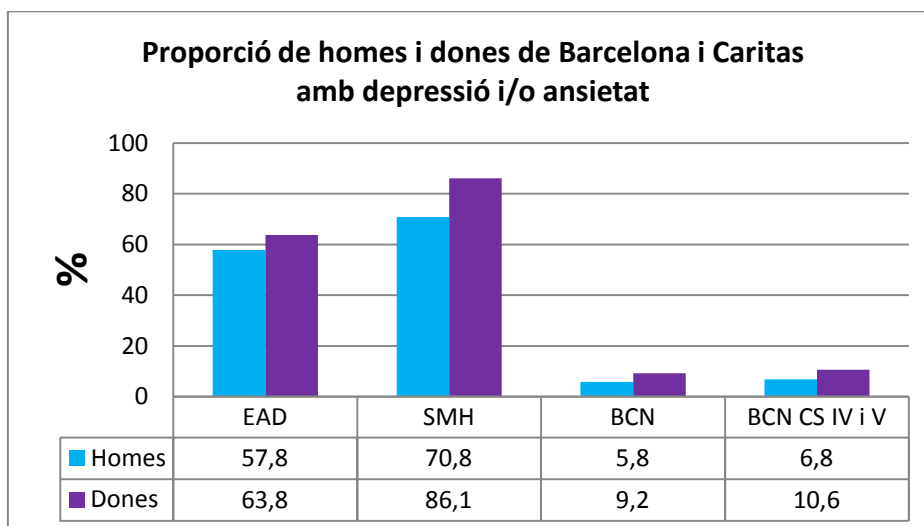
EAD (Equips d'Atenció Directa), SMH (Servei de Mediació en Habitatge), BCN (Total població Barcelona); BCN CS IV i V (Població Barcelona classe social IV i V)

Quant a l'estat de **salut mental**, i com mostra la gràfica següent, més de dues de cada tres persones de Càritas (69,4%) presenten mala salut mental. Les persones provinents de l'SMH presenten un estat de salut mental pitjor (73% de les dones enquestades i 75% dels homes) que les provinents dels EAD (67% i 62%, respectivament), i amb gran diferència se separen de les xifres de la ciutat de Barcelona, que són al voltant del 15%.



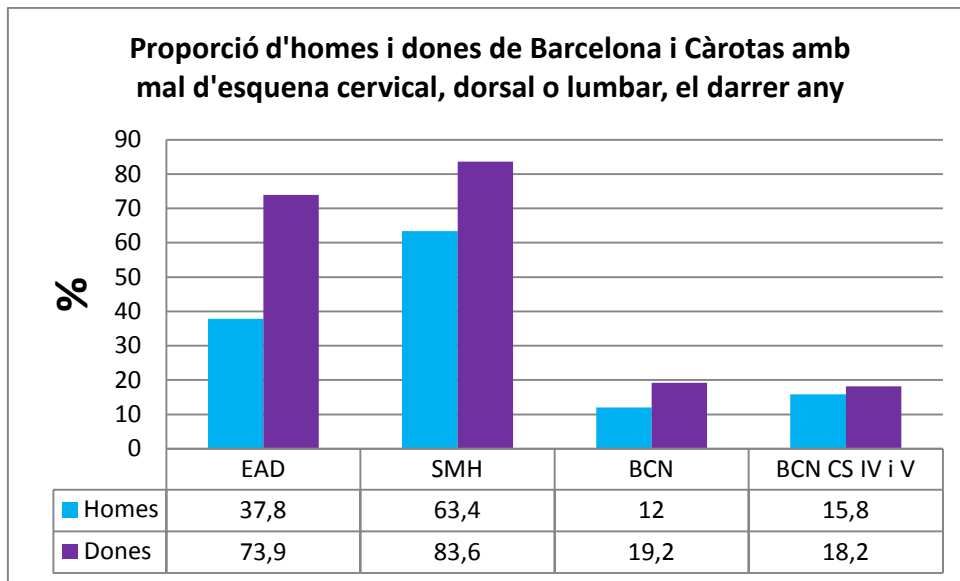
EAD (Equips d'Atenció Directa), SMH (Servei de Mediació en Habitatge), BCN (Total població Barcelona); BCN CS IV i V (Població Barcelona classe social IV i V)

La **depressió o ansietat**, com mostra el gràfic següent, és present en una proporció extremadament alta en totes les persones enquestades i arriba a uns màxims del 86% en el cas de les dones i del 71% en el cas dels homes que han recorregut a l'SMH. Això contrasta fortament amb la proporció de persones residents a Barcelona amb aquestes patologies (un 9% en dones i un 6% en homes).



EAD (Equips d'Atenció Directa), SMH (Servei de Mediació en Habitatge), BCN (Total població Barcelona); BCN CS IV i V (Població Barcelona classe social IV i V)

Finalment, hem seleccionat l'indicador de **pèrdua de salut de mal d'esquena cervical, dorsal o lumbar** durant el darrer any. Com mostra el gràfic següent, la proporció de persones ateses per Càritas i que presenta dolor és extremadament alta; arriba a uns màxim del 83,6% en dones i del 83,4% en els homes que han estat atesos a l'SMH.



EAD (Equips d'Atenció Directa), SMH (Servei de Mediació en Habitatge), BCN (Total població Barcelona); BCN CS IV i V (Població Barcelona classe social IV i V)

Entre les principals conclusions de l'estudi pel que fa a la relació entre allotjament i salut de la població podem destacar:

- Hi ha abundant evidència que indica que les males condicions d'habitatge poden ocasionar greus problemes de salut física i mental, amb un important biaix de gènere.
- Les persones incloses en aquest estudi presenten un estat de salut molt dolent i molt pitjor que el del conjunt de persones de Barcelona, tenen un menor suport social que la mitjana de la ciutat i una menor possibilitat de rebre ajuda en situacions de dificultat econòmica, que comporta problemes de salut mental associats.
- Les conseqüències que la crisi està tenint sobre la salut de les persones fan pensar que la sortida de la crisi no ha de ser només econòmica, sinó que calen uns serveis públics adreçats a les necessitats de les persones. En aquest sentit, cal posar en marxa mecanismes per fer efectiu el dret a un habitatge adequat, incloent-hi tant instruments per ajudar a fer front al pagament del cost de l'habitatge de famílies amb problemes econòmics greus, com posar en marxa una política de promoció d'habitatge social i ajudes al lloguer, a més de respondre a les veritables necessitats en qüestió de salut i salut mental, que es palesen a conseqüència dels problemes d'allotjament.
- Cal reforçar al màxim els mecanismes de suport mèdic i psicològic a les famílies i persones sotmeses a les conseqüències de la crisi amb:
  - Suport psicològic.
  - Acció proactiva per evitar el no-aflorament i/o l'enquistament dels problemes.



- Acció de sensibilització per desculpabilitzar les persones afectades.
- Reforç dels circuits de coordinació entre serveis sanitaris d'atenció primària, serveis socials, serveis d'habitatges i centres de salut mental.

## SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

La salut sexual i reproductiva és molt sensible a les desigualtats socials. Com dèiem, estem en una situació de greu crisi econòmica. Tot i que sembla que comença a minvar, els efectes no han arribat a la població. La reforma laboral i les polítiques de retallades així com l'eliminació de drets que s'ha realitzat difícilment poden deixar d'afectar la salut de la població. Hem agafat dos indicadors de salut sexual i reproductiva. En alguns casos, directament han deixat dones sense accés a serveis, ja sigui per les dificultats en l'obtenció de la cartilla sanitària com per l'increment de copagaments o el no-accés a serveis de reproducció assistida per a dones sense parella heterosexual. Altres efectes són els increments de naixements de nadons prematurs i de baix pes, que són bons indicadors de les condicions de treball i de vida de les mares tenen més pes en aquest moment que altres canvis demogràfics que hi ha hagut al nostre país (edat o cultura de la mare).

## Indicadors maternoinfantils

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, lligat a la crisi econòmica, i aquest descens ha estat especialment gran entre el 2012 i el 2013. Les causes són diverses: estem perdent molta població jove, molts dels immigrants que teníem estan retornant al seu país d'origen, una part de la població autòctona es veu obligada a emigrar i la que resta a Catalunya està en condicions de progressiu empobriment, situació que dificulta la decisió de tenir descendència.

### Evolució de naixements a Catalunya. Taula 1

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Naixements</b>	89.327	85.347	84.071	81.137	77.548	70.105
<b>%Variació</b>		-4.5%	-1.5%	-3.5%	-4.4%	-9.6%

Font: Departament de Salut. Desembre 2013

### Evolució del baix pes en percentatge. Taula 2

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>5,8</b>	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	7,3	7,7	7,4	7,5	7,7

Font : Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal . Catalunya 2012

**Distribució del pes en néixer en funció de l'edat de la mare. Taula 3**

Pes	Edat					
	<20anys		20-34 anys		Igual o	<34
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
<b>Pes baix</b>	129	9,7	3455	6,9	2355	9,1
<b>Pes normal</b>	1155	86,8	43595	87,3	21902	85,1
<b>Sobrepes</b>	46	3,5	2912	5,8	1485	5,8
<b>Total</b>	1330	100,0	49962	100,0	25742	100,0

Font : Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal . Catalunya 2012

**Baix pes i titularitat de l'hospital. Taula 4**

Titularitat	Nre.	%
<b>XHUP</b>	4388	8,4
<b>Privada</b>	1563	6,6
<b>Total</b>	5951	7,7

Font : Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal . Catalunya 2012

**Evolució de la prematuritat en percentatge. Taula 5**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>5,8</b>	6,8	7,1	7,5	7,3	7,5	7,6	7,8	7,3	7,1	7,3

Font : Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal . Catalunya 2012

## Els embarassos de dones, edat i classe social

Parlem aquí de classe social fent referència a les condicions de treball i de vida en què es troben les dones en el moment de tenir una criatura. La situació econòmica actual fa que moltes dones de classe treballadora o mitjana faci temps que no disposin d'unes condicions de vida adequades per tirar endavant els seus embarassos.

Veiem com hi ha una alta taxa de prematuritat i de baix pes, amb tendència al creixement. No coneixem prou les condicions de les mares en l'embaràs, però si mirem les dones que tenen una criatura en la sanitat privada (baix pes i titularitat de l'hospital), veiem que les dones que pareixen als hospitals de la XHUP (xarxa hospitalària de salut pública) tenen una taxa de nadons de baix pes i si pareixen a la sanitat privada la taxa és de 6,5%.

D'altra banda, molts dels discursos mèdics culpen el retard de l'edat de maternitat de l'empitjorament dels resultats obstètrics . A la taula número 3 ,podem veure que si bé les mares joves tenen un percentatge més elevat de nadons de baix pes (9,7% davant 9,1%) que les mares de 35 anys o més. Si aquest baix pes s'analitza per edat

gestacional, les diferències són encara més grans: 11% de prematurs de mares de menys de 20 anys davant 7,8% de mares de la resta d'edats.

Ni l'informe de salut maternoinfantil del Departament de Salut ni l'Idescat no donen dades d'embarassos d'adolescents a Catalunya, i tampoc fan una anàlisi de les seves conseqüències, més enllà de conèixer els indicadors del tipus de part per les dones que tenen el fill i de conèixer les adolescents que avorten. Els embarassos d'adolescents s'han incrementat des dels anys vuitanta i 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 de l'endemà. Des del 2009 no es publiquen dades sobre aquesta qüestió i menys sobre el seguiment d'aquestes dones i nadons. 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, no hi ha programes d'educació sexual i afectiva a totes les escoles catalanes. No hi ha polítiques institucionals que previnguin ni donin suport a les mares molt joves.

**Evolució dels parts per cesària en percentatge. Taula 6**

1993	1997	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
22,8	22,6	25,3	28,9	28,5	28,0	27,6	28,3	28,1	28,5	28,4

Font : Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal. Catalunya 2012

	Titularitat			
	XHUP		Privada	
Part	Nombre	%	Nombre	%
<b>Normal</b>	33262	64,3	10885	46,6
<b>Per cesària</b>	12173	23,5	9205	39,3
<b>Mitjançant ventosa</b>	1475	2,9	1900	8,1
<b>Amb fòrceps</b>	4640	9	1316	5,6
<b>De natges</b>	158	0,3	91	0,4
<b>Total</b>	51708	100,0	23397	100,0

Font Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal. Catalunya 2012.

Seguim tenint una taxa molt alta de cesàries 28.4%, 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>5</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.

<sup>5</sup> OMS *Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook*, 2009

## Bones pràctiques en l'atenció al part

El Departament de Salut acaba de publicar els resultats de l'avaluació del projecte d'implantació de bones pràctiques en l'atenció al part normal a Catalunya.

L'any 2008, el Departament de Salut va iniciar un projecte per promoure la implantació de les bones pràctiques als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) de Catalunya. En el marc d'aquest projecte, s'han fet accions per impulsar aquest model i millorar l'oferta d'atenció al part normal. Les tres línies d'acció prioritzades són les següents:

- El suport econòmic als hospitals que ho han sol·licitat per adequar les infraestructures a les àrees on es presta l'atenció durant el procés de part.
- La informació i la sensibilització dels professionals implicats en l'atenció al part normal.
- La informació i la participació de les dones en la presa de decisions informades sobre l'atenció que volen rebre durant el procés d'atenció a la maternitat.

Amb relació a cada una d'aquestes línies prioritzades, el Departament de Salut ha fet nombroses accions amb la col·laboració del Servei Català de la Salut i amb el suport de les societats científiques. Actualment, hi ha 32 hospitals de la XHUP que han rebut suport econòmic i s'han adscrit al projecte d'implantació de bones pràctiques en l'atenció al part normal.

Han observat l'evolució de les intervencions, s'han escollit tres anys: l'any 2007, que és l'any anterior a l'inici de les accions per implantar les bones pràctiques en l'atenció al part normal, durant el qual, a Catalunya, es van atendre 68.675 parts simples a terme; l'any 2010, que representa la situació dos anys després de l'inici de la implantació, quan es van atendre 73.162 parts simples a terme, i l'any 2012, que representa quatre anys després des de l'inici, i quan es van atendre 68.215 parts simples a terme.

En general, la proporció de cesàries és menor als hospitals de la XHUP, i dins d'aquest grup les xifres més baixes es troben entre els hospitals adscrits a la implantació de les bones pràctiques en l'atenció al part normal. Pel que fa a la instrumentació dels parts simples a terme, tots els hospitals mostren una tendència decreixent a l'ús de fòrceps i una tendència creixent a l'ús de ventoses i d'altres instruments no especificats en l'atenció al part normal.

La realització d'episiotomies ha baixat de forma acusada a tot Catalunya, per la qual cosa es pot afirmar que s'està abandonant la realització d'aquesta pràctica de forma rutinària en l'atenció al part. Amb relació a les laceracions perineals de tercer i de quart grau, l'anàlisi de les dades permet veure que en tots els grups avaluats es manté per sota de l'1%.

Finalment, en l'exploració dels problemes de salut del nadó en el moment de néixer, que poden estar relacionats amb l'atenció al part, no s'han detectat variacions

significatives en les proporcions observades des de l'any 2008 en els diagnòstics d'hipòxia intrauterina i asfíxia greu durant el part ni en les de traumatisme del naixement. En canvi, s'ha observat una disminució de la **síndrome** del destret cardiorespiratori del nadó i l'anomalia de treball de part. La taxa específica de mort materna per causa d'embaràs i part manté uns nivells mínims.

Com a conclusions més rellevants, es pot afirmar que els hospitals de la XHUP presenten unes proporcions de parts instrumentals més baixes en comparació amb el total d'intervencions practicades als hospitals de Catalunya i que les bones pràctiques recomanades, que s'orienten cap a l'atenció al part normal sense intervencions innecessàries, es van incorporant progressivament als hospitals públics i mantenen, alhora, un bon nivell de seguretat. El mateix estudi s'acompanya de recomanacions per millorar l'atenció al part. Les accions fetes fins ara mostren un impacte positiu en l'atenció al part al conjunt d'hospitals de la XHUP. Els resultats obtinguts permeten identificar els aspectes que s'han de continuar reforçant per mantenir aquesta tendència positiva, preservant els nivells de seguretat i qualitat actuals en la xarxa sanitària pública catalana.

CCOO troba positiu i necessari, com ja ha exposat en diversos informes, treballar en la direcció d'impulsar l'atenció a l'embaràs i al part més respectuosa amb les dones i els nadons, però creu que avançar en aquesta direcció ha d'anar acompanyat d'altres mesures que revertixin actuacions polítiques que dificulten o exclouen de l'atenció col·lectius de dones o disminueixen l'equitat.

## **Desenvolupament de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (2/2010)**

Recordem que la Llei 2/2010 és una llei de terminis, moderna, que ens ha col·locat entre els països europeus més desenvolupats en matèria de regulació de la IVE (interrupció voluntària de l'embaràs). Malgrat totes les dificultats que ha patit en la seva aplicació i algunes carències, ha significat i significa un gran pas endavant en la salut i els drets de les dones.

Els terminis i motius autoritzats que estableix són: dins de les primeres catorze setmanes de gestació, la dona pot avortar voluntàriament i sense cap justificació; de la catorze a la vint-i-dues setmanes de gestació, sempre que hi hagi risc greu per a la vida o la salut de l'embarassada o sempre que hi hagi anomalies greus en el fetus, i de la setmana vint-i-dues en endavant, quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida o el fetus tingui una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic.

L'antiga Llei del 1985 era de supòsits, ja que l'avortament solament estava permès si es donaven certes circumstàncies: malformació, violació i perill per a la vida o la salut física o psíquica de la mare, de manera que aquest últim supòsit era el gran forat que permetia la gran majoria dels avortaments.

En contra de les prediccions del sector més contrari, el nombre d'avortaments des que va entrar en vigor la Llei 2/2010 no ha augmentat aclaparadorament. A Catalunya han disminuït, i a la resta de l'Estat la petita pujada no és significativa.

## Número d'avortaments a Catalunya (segons dades IDESCAT)

ANY	2012	2011	2010	2009
NÚM. IVE	21.956	22.614	24.305	26.046

## Número d'avortaments a tot l'Estat (segons INE)

La utilització del sistema públic sanitari per practicar les interrupcions és molt alta i va en augment, situació que fa la pràctica més segura i equitativa. Amb l'antiga Llei del 1985, la immensa majoria d'avortaments es feien en centres privats: les dones pagaven l'atenció de la seva butxaca, situació que comportava una franca discriminació d'aquelles dones amb pocs recursos econòmics. Per tant, el canvi significa un gran guany que es va consolidant. A més, la nova regulació també ha aportat molta més seguretat jurídica, tant per a les dones com per als professionals sanitaris que les atenen.

### Intervencions IVE segons centre a Catalunya 2012

CENTRE PÚBLIC	63,5 %
CENTRE PRIVAT	11,40 %
ALTRES	24,8 %
NO CONSTA	0,2 %

La mitjana de temps de gestació en el moment d'interrompre l'embaràs és de 8,1 setmanes. El fet que les interrupcions es donin en les primeres setmanes de gestació afavoreix que la intervenció es pugui fer amb els mínims inconvenients o riscos per a la salut de la mare, tant física com psíquica. Un sistema àgil i una atenció propera són imprescindibles perquè aquesta dinàmica sigui creixent. Els dos sistemes més utilitzats són la dilatació i l'aspiració, amb un 69,80%, i el farmacològic, amb un 21,1% (dades del 2012). Aquest últim és cada vegada més utilitzat, ja que resulta en general més fàcil per a la dona i barat per al sistema.

### IVE i setmana de gestació. Catalunya 2012

< 9 setmanes	70,7 %
De 9 a 12 setmanes	18,1 %
De 13 a 16 setmanes	5,7 %
>20 setmanes	1,5 %

Quant als motius de les intervencions, el 86,8% dels avortaments es fan a petició de la dona dintre de termini; amb justificació de perill per a la mare o causes mèdiques, el

10%; en el supòsit d'anomalies fetals, un 2,8%, i en el d'anomalies fetals incompatibles amb la vida, solament un 0,4%.

El passat 20 de desembre es va aprovar l'Avantprojecte de llei que reformarà la vigent Llei 2/2010. Aquest Avantprojecte de llei per a la protecció de la vida del concebut i dels drets de la dona embarassada ha estat proposat i liderat pel PP en solitari, amb l'oposició de gairebé tota la resta de partits i d'una gran part de la ciutadania. La comunitat de professionals sanitaris també s'hi ha manifestat en contra de manera rotunda i pràcticament unànime, però el Govern continua amb el seu propòsit.

L'Avantprojecte tornaria a ser una llei de supòsits amb solament dues situacions justificades: perill per a la vida o la salut física o psíquica de la dona i violació. El ministre Gallardón ha advertit, a més, que el primer supòsit no seria, com a la Llei del 1985, un forat per on pugui passar tothom.

Si aquesta reforma continua endavant, què passarà amb gairebé el 90% dels avortaments que tenen lloc a tot l'Estat? És evident que si una dona pren la dolorosa decisió d'avortar, no serà la prohibició legal el que la farà canviar d'opinió. Les dones espanyoles i catalanes tornaran a sortir a l'estranger per avortar i aquelles que no s'ho puguin permetre avortaran de manera clandestina, sense cap garantia sanitària i posant la seva vida i la seva salut en perill. Es crearà un greu problema de salut pública, que afegirà molta més desigualtat davant un tema essencial com és la salut i la vida, i arrabassarà la primera llibertat de qualsevol ésser humà: decidir sobre el seu cos, la seva vida i el seu futur.

## **Posició institucional catalana davant de la possible reforma de la llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

En l'àmbit institucional, el Parlament de Catalunya ja va aprovar l'any passat una moció en què es rebutja la reforma legal perquè comporta un retrocés en la llibertat de decidir de les dones sobre el seu propi cos. En la moció es compromet a redactar una llei pròpia de drets i salut sexual i reproductiva, i també a instar el Govern a blindar les garanties que conté la llei actual, així com a desenvolupar totalment el seu contingut i dotar-la dels recursos necessaris. Tots els grups parlamentaris van votar-hi a favor menys el PP, que hi va votar en contra, i Unió Democràtica, que es va abstenir. D'altra banda, el Consell Nacional de Dones de Catalunya també s'ha pronunciat en la defensa dels drets de les dones a decidir sobre l'avortament, l'embaràs i els drets sexuals i reproductius. La moció demana al Govern, entre d'altres, que insti el Ministeri de Justícia a aturar la reforma.

**LES MALALTIES TRANSMISSIÓ SEXUAL**

Incidència de sífilis, gonorrea y clamidia (Cataluña, 2006-2012)

	Nº casos sífilis	Tasa de sífilis	Nº casos gonorrea	Tasa de gonorrea	Nº casos clamidia	Tasa de clamidia
2006	356	5,1	397	5,7	347	5,4
2007	255	3,2	366	5,2	430	6,7
2008	340	4,8	335	4,7	336	5,2
2009	380	5,3	409	5,8	468	7,3
2010	462	6,5	539	7,5	754	10,5
2011	524	7,3	510	7,1	708	9,8
2012	781	10,8	857	11,9	896	12,4

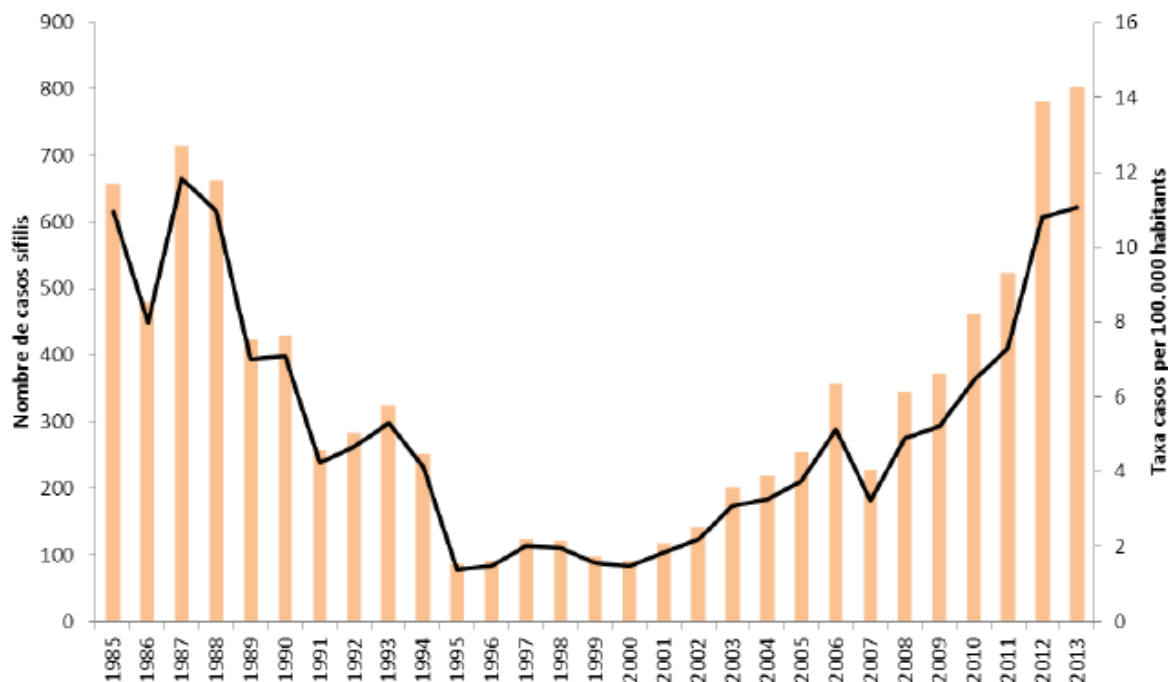
BEC. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Volum XXXIV. Juny 2013. Número 6. ISSN 0212-6340

Les malalties de transmissió sexual segueixen incrementant-se. Segons l'informe del CEEISCAT (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya)<sup>6</sup> durant el 2013, les notificacions de gonocòccia a Catalunya es van incrementar un 8% respecte del 2012. En el 56% dels casos es van produir en homes que tenen sexe amb altres homes, i en el 32%, en homes heterossexuals amb una mitjana d'edat de 31 anys. Els casos notificats de limfogranuloma veneri van ser homes que tenen sexe amb altres homes, amb una mitjana d'edat de 35 anys, majoritàriament coinfectats amb el VIH.

<sup>6</sup> CEEISCAT. *Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Desembre del 2013.*



## Evolució dels casos de sífilis. Registre MDO individualitzada de Catalunya 1985-2013



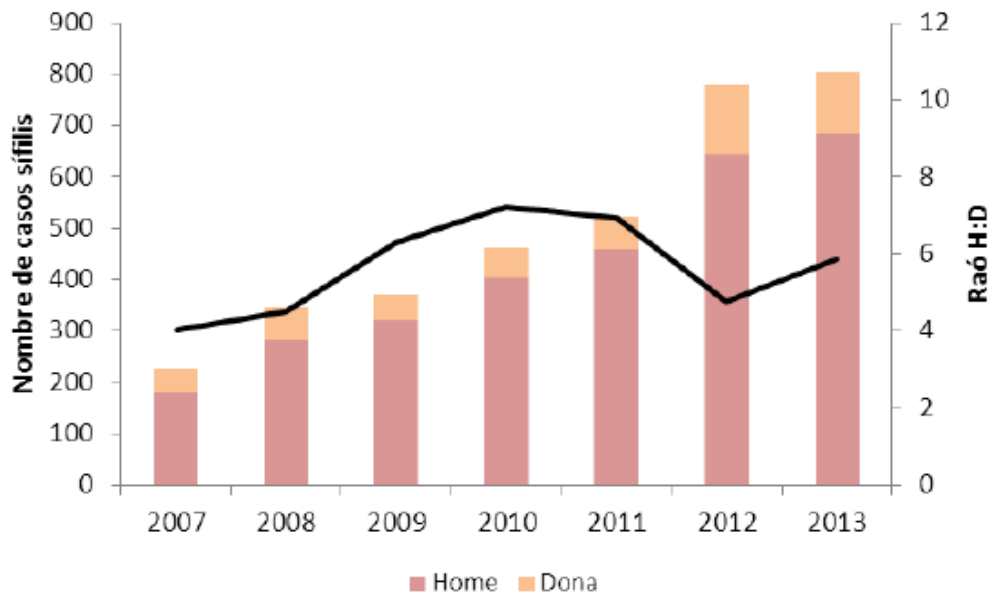
Font: CEEISCAT Agència de Salut Pública de Catalunya

### Tendències per al període 1990-2013

La taxa de sífilis va experimentar un descens del 80% entre el 1990 i el 1995, és a dir, va passar de 7,1 a 1,4 casos per 100.000 habitants. Per al període 1996-2002 es van establir el nombre de casos. A partir de l'any 2003 i fins al 2013, la taxa de casos de sífilis es va incrementar un 298%. Per a l'any 2013, i en comparació amb el 2012, la taxa de sífilis va patir un increment del 3%.

**Evolució dels casos de Sífilis segons sexe i raó home/dona. Registre MDO individualitzada.**

**Catalunya 2007-2013**



Durant el 2013, les notificacions de sífilis a Catalunya s’han mantingut estables respecte del 2012. La via de transmissió sexual es significativa. El 74% dels casos han estat en HSH (homes homosexuals) amb una mitjana d’edat de 37 anys, i en el 38% dels casos, HSH amb una coinfecció amb el VIH. El 85% dels casos van ser homes, i el 17%, dones, amb taxes de 19,2 i 3,2 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home-dona va ser de 6:1. La mitjana d’edat dels casos va ser de 37 anys, dels quals el 38% es van incloure en el grup de 30 i 39 anys, i el 22%, entre 40 i 49 anys.

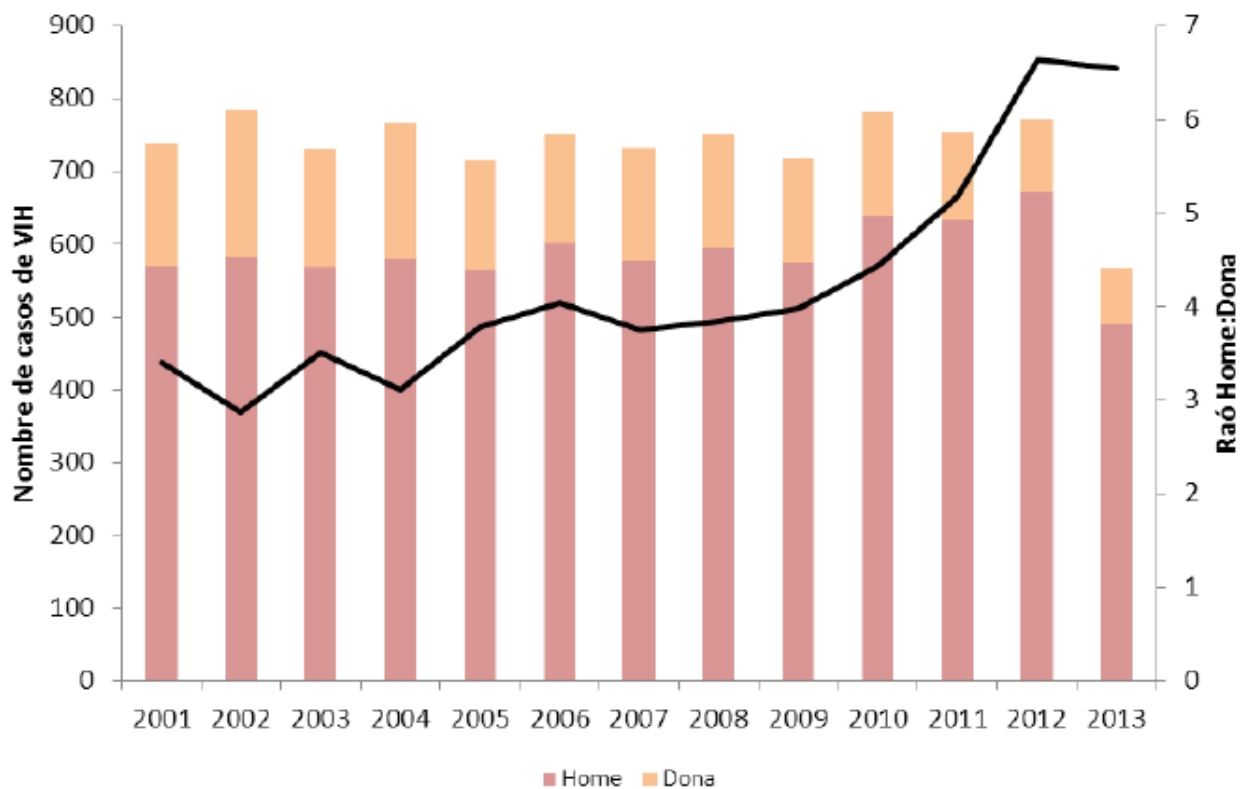
**Les infeccions per VIH**

**Tendències per al període 2001-2012**

Segons l’informe del CEEISCAT,<sup>7</sup> la taxa de diagnòstics de VIH per 100.000 habitants s’ha mantingut estable durant el període 2001-2012: ha passat d’11,7 (739 casos) a 10,7 (772 casos). Les tendències quant a la via de transmissió són: el nombre de casos en homes que tenen sexe amb homes ha incrementat un 131% (s’ha passat de 198 casos el 2001 a 459 casos el 2012). El nombre de casos en homes heterossexuals ha disminuït un 39% (s’ha passat de 194 casos el 2001 a 118 casos el 2012). El nombre de casos en dones heterossexuals ha disminuït un 44% (s’ha passat de 118 casos el 2001 a 66 casos el 2012). El nombre de casos en UDVP (usuaris o usuàries de drogues per via parenteral) ha disminuït un 69% (s’ha passat de 167 casos el 2001 a 44 casos el 2012).

<sup>7</sup> CEEISCAT.cat. *Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya. Desembre 2013*

Evolució anual dels diagnòstics de VIH segons sexe. Catalunya 2001-2013



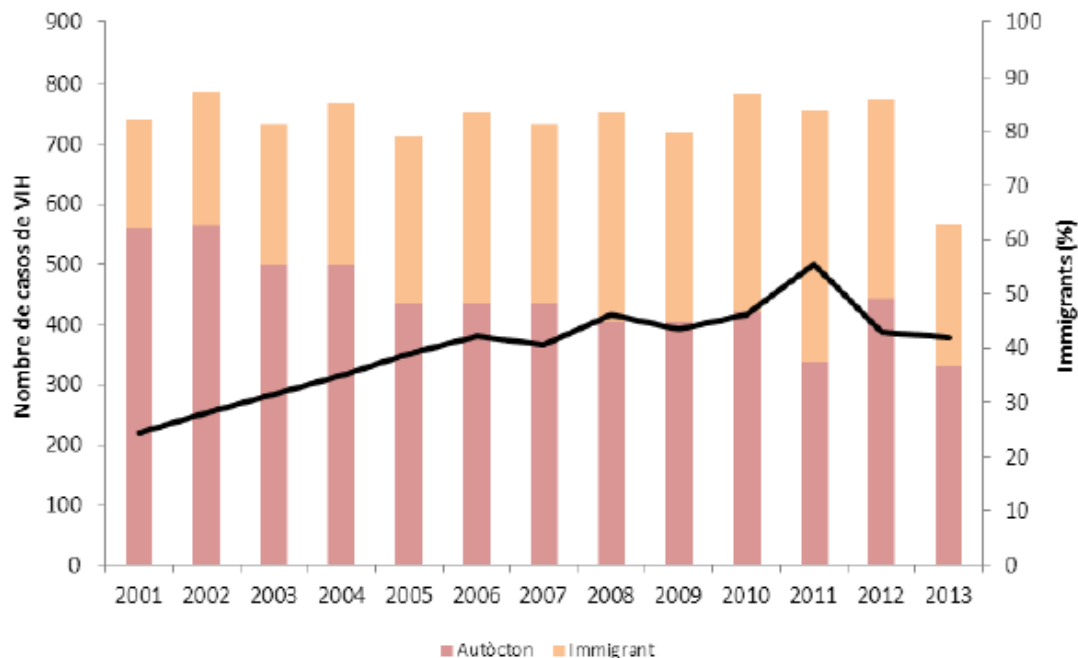
El 2013, de manera provisional, se n'han notificat un total de 566, xifra que representa una taxa de 7,8 casos per 100.000 habitants. Tot i que globalment la taxa de diagnòstics de VIH es manté estable als darrers anys, sí que s'observa un increment dels diagnòstics de VIH en la població d'HSH. La transmissió de la infecció pel VIH en el nostre medi continua sent majoritàriament per via sexual (88%). Per això, és necessari, sense descuidar les altres vies de transmissió, implementar i reforçar actuacions eficaces per prevenir la transmissió per aquesta via.

Es manté l'elevada proporció de diagnòstics de VIH en persones immigrants, que va ser del 42% per al 2013. Cal continuar assegurant l'accés als serveis sanitaris d'aquests col·lectius, facilitar informació dels centres on es fa la prova del VIH així com donar informació de les mesures de prevenció primària i secundària.

Un aspecte clau i prioritari en la prevenció i el control és el diagnòstic precoç de la infecció pel VIH. En els nous diagnòstics del 2013, el 42% dels casos van presentar en el moment del diagnòstic unes xifres de CD4 inferiors a 350. No hi ha diferències en la proporció de diagnòstic tardà (DT) segons sexe (42% en homes i 41% en les dones). La proporció de DT augmenta amb l'edat: és del 15% en menors de 25 anys i arriba al 61% en els majors de 54 anys. Quant a la via de transmissió, la major proporció de DT s'observa en els homes heterosexuales (61%), seguits dels UDVP (59%) i les dones heterosexuales (42%). Els HSH són els que presenten menor DT (36%). El nombre de

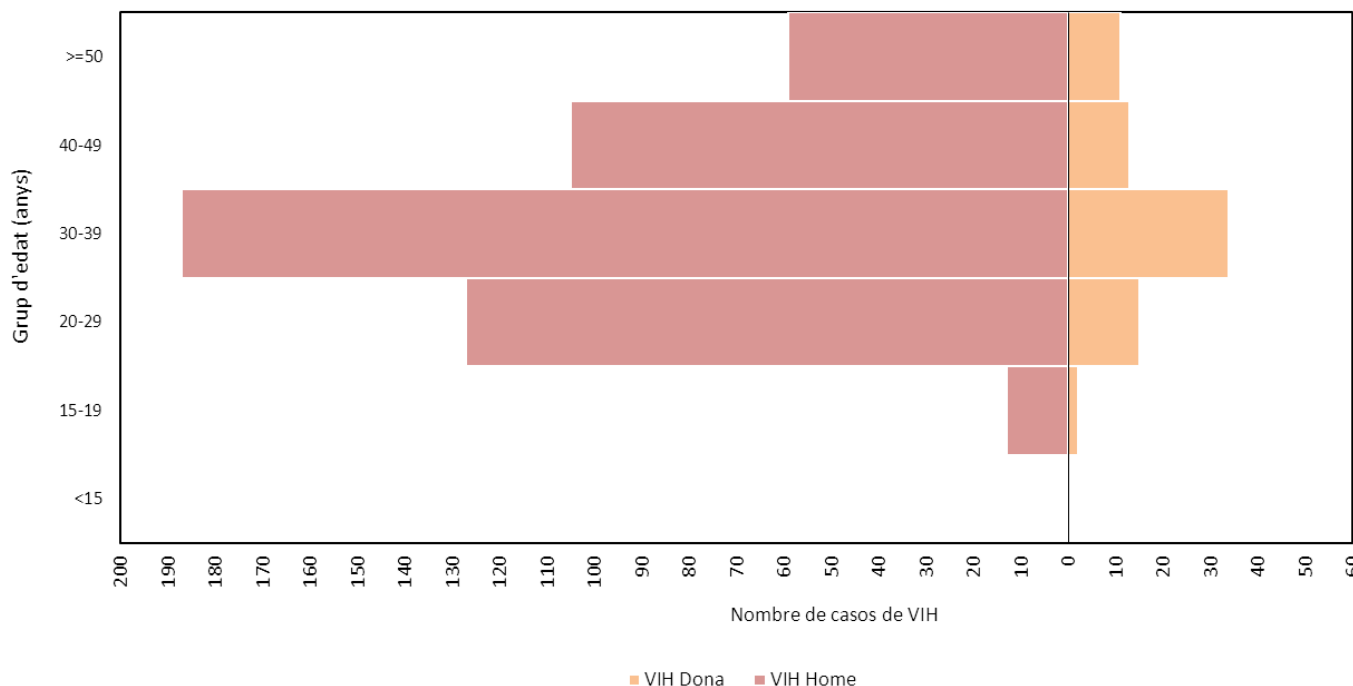
diagnòstics de casos de sida continua en descens, fet que reflecteix el bon accés als tractaments antiretrovirals per part de les persones afectades.

## Evolució del diagnòstics de VIH segons origen. Catalunya, 2001-2013



Pel que fa al lloc d'origen dels casos, el 42% dels casos han estat notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (237), un 58% correspon a persones originàries de països d'Amèrica Llatina, seguit de les persones provinents d'Europa Occidental (17%). Això ens mostra la importància de l'accés a la sanitat de totes les persones que viuen a Catalunya.

## Distribució dels diagnòstics d'infecció per sexe i grup d'edat. Catalunya 2013



Malgrat la millora global continuen infectant-se persones de totes les edats, cosa que fa sortir a la palestra la importància de la prevenció. Caldria millorar la prevenció en les relacions sexuals i també la informació a les persones consumidores de drogues. Però la política sanitària que s'està portant a terme els darrers temps disminueix els recursos una gran part dels diferents agents socials i les institucions que treballen la prevenció.

## **La sida**

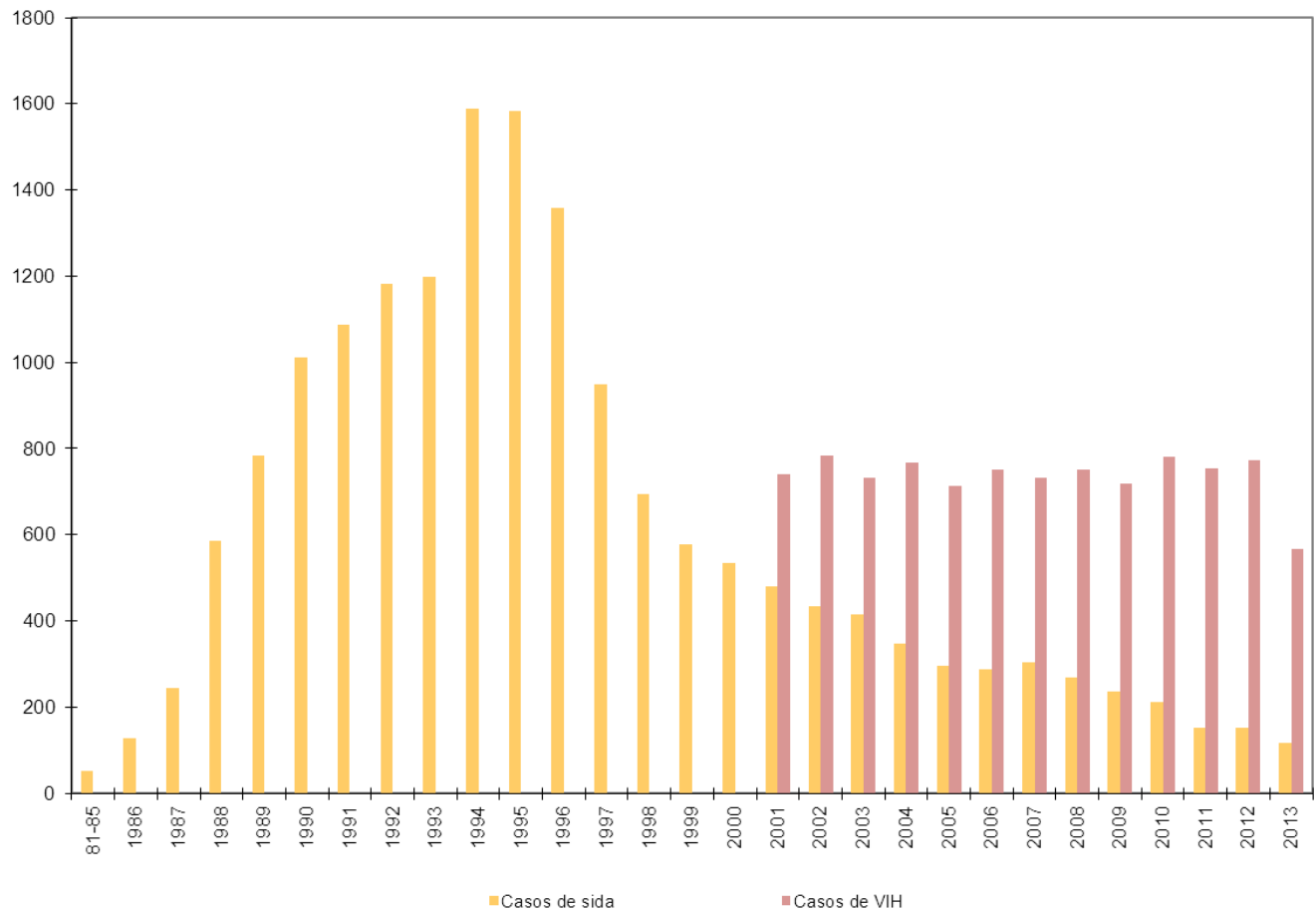
Segons el mateix informe del CEEISCAT, el nombre de casos de sida declarats el 2013 són 118. El 87% dels casos són homes i el 17% dones, cosa que representa una taxa global de 1,6 casos per 100.000 habitants. La ràtio home:dona és de 4:1.

Encara que les dones són minoria tant en les infeccions per VIH com per sida, volem constatar que 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 Eliminar la Violència contra la Dona va posar en relleu aquest lligam en un document d'orientació política<sup>8</sup> que planteja que és imprescindible fer intervencions a llarg termini i lluitar contra l'estigmatització, la discriminació i les normes que causen danys en les dones i les nenes. Per tant, totes les mesures contra la violència envers les dones tenen efectes en la millora de la salut i, específicament, contra la transmissió d'infeccions de transmissió sexual, entre d'altres.

## **Evolució anual de casos de sida i casos de VIH. Catalunya 1981-2013**

---

<sup>8</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*.



### Tendències per al període 1981-2012

El nombre total de casos de sida notificats des del 1981 fins al 31 de desembre del 2012 ha estat de 17.143. Des del diagnòstic del primer cas, l'any 1981, la taxa anual d'incidència va augmentar progressivament, és a dir, es va passar de 0,8 casos per 100.000 habitants l'any 1983 a 25,5 casos per 100.000 habitants l'any 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de sida. Entre el 1996 i el 1998 es va produir una forta davallada en el nombre de casos (1.359 i 694 casos, respectivament), xifra que va representar una disminució de les notificacions de sida del 49% en 2 anys. Des d'aleshores, la disminució anual del nombre de casos de sida és menor i més gradual, cosa que reflecteix l'estabilització de l'efecte de les noves teràpies en la incidència de casos de sida. Durant l'any 2012, els casos notificats al Registre de Sida de Catalunya han estat 153, xifra que representa una estabilització de casos respecte de l'any anterior.

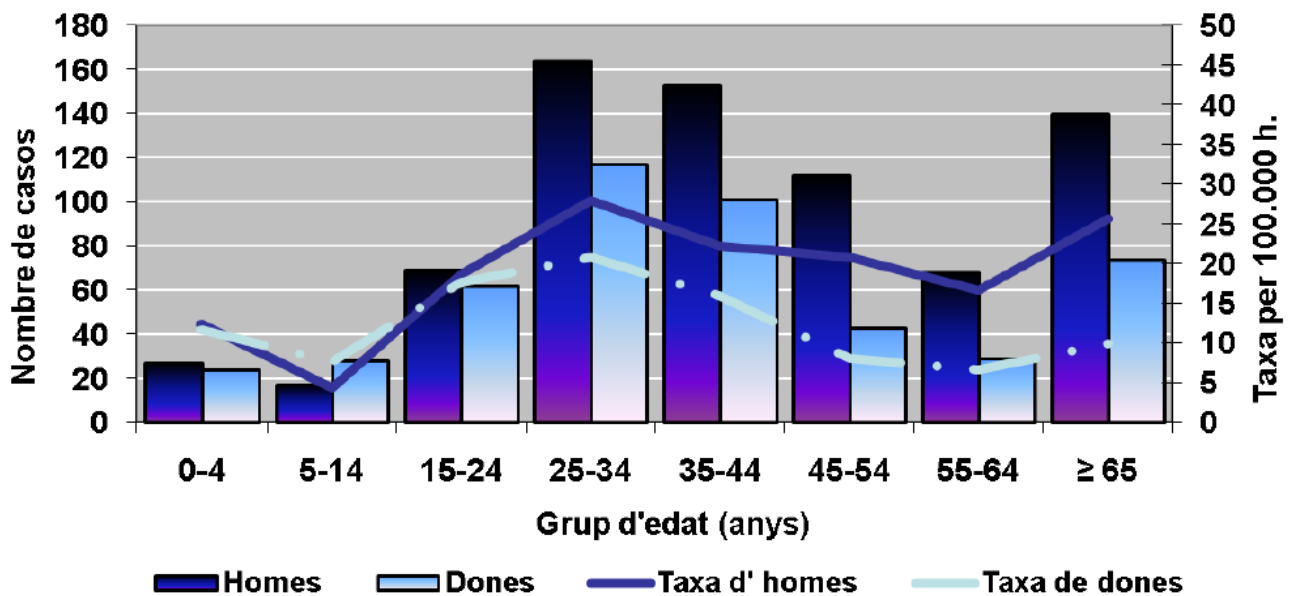
També volem fer-nos ressò<sup>9</sup> de la publicació de la notícia de 27 casos d'infeccions en adolescents d'entre 13 i 15 anys des del gener del 2012 fins al juny del 2013, casos que

<sup>9</sup> Declaracions de Jordi Casabona, director científic del CEEISCAT, publicades per Europa Press el 16 de maig del 2014.

tenen el seu origen en relacions sense protecció. La mateixa font afegeix: “De fet, i prenent com a referència les dades d’una enquesta feta entre 500 joves catalans el 2012, un 40% dels adolescents entre 16 i 25 anys no utilitzen preservatiu en les seves relacions sexuals de manera sistemàtica, un 12% té la seva primera relació abans dels 15 anys i fins a la meitat de les joves reconeix haver pres alguna vegada la pastilla de l’endemà, fet que evidencia la necessitat d’actuar per reduir les conductes de risc. Tot i que la majoria d’infeccions sexuals bacterianes té un tractament senzill, barat i efectiu a partir d’antibiòtics, Casabona ha recordat que en els casos més greus que tarden a detectar-se poden produir seqüeles greus i fins i tot esterilitat, a més de recordar que la via de transmissió és la mateixa que el VIH —700 persones se n’infecten a l’any a Catalunya.”

**ALTRES INFECCIONS : LA TUBERCULOSI**

**Incidència de TBC segons sexe i grup d’edat. Catalunya 2012**



Font: Informe anual Agència de Salut Pública de Catalunya 2012

Segons l’Agència de Salut Pública de Catalunya,<sup>10</sup> l’any 2012 s’han registrat 1.228 casos de tuberculosi en residents a Catalunya, xifra que representa una taxa de 16,2 casos per 105 habitants. El 95% d’aquests casos són malalts nous no tractats mai amb fàrmacs antituberculosos durant un temps superior a un mes, la qual cosa representa una taxa d’incidència de tuberculosi de 15,4 casos nous per 105 habitants. El 61,1% dels casos són homes, i el 38,9%, dones, amb unes taxes de 20 i 12,5 casos per 105 habitants. Més de la meitat dels casos (54,3%) s’inclouen en el grup de 15 a 44 anys. Els casos pediàtrics representen el 7,9% del total i la taxa de tuberculosi pediàtrica és de 8,3 casos per 105 habitants. La forma més freqüent de presentació de la tuberculosi és

<sup>10</sup> Situació epidemiològica i tendència de l’endèmia tuberculosa a Catalunya. Informe anual 2012.

Agència de Salut Pública

la pulmonar, observada en el 68,2% dels casos (11,1 casos per 105 habitants), mentre que la tuberculosi extrapulmonar exclusiva és la forma de presentació en el 31,8% dels casos (5,2 casos per 105 habitants). L'any 2012, el 46,2% dels casos són persones nouvingudes, en què la taxa de tuberculosi és 4 vegades superior a la de les persones autòctones (42,2 i 10,6 casos per 105 habitants, respectivament). Entre aquests els més nombrosos són els procedents del Marroc (24,7%), Pakistan (16,9%), Índia (4,2%) i els originaris dels països andins, com Bolívia (7,8%), Perú (4,1%) i Equador (3,9%). La distribució de casos de tuberculosi al territori no és homogènia. El 70,4% dels casos es concentren en la regió sanitària (RS) de Barcelona, i el 27,9%, a la ciutat de Barcelona. La taxa d'incidència de la tuberculosi varia des dels 8,9 casos per 105 habitants a la RS Catalunya Central fins als 21,1 casos per 105 habitants a la ciutat de Barcelona o els 23,5 casos per 105 habitants a la RS Lleida.

Segons la mateixa Agència, aquesta continua tenint una taxa d'incidència de tuberculosi superior a la de la majoria de països de la Unió Europea, amb una disminució molt lenta des del 2000, un 4% que queda lluny del 10% que s'estableix com a objectiu en la majoria de programes de prevenció i control de la tuberculosi.

L'any 2012, i per cinquè any consecutiu, s'ha reduït la taxa d'incidència de la tuberculosi a Catalunya (un 9,5% respecte del 2011 segons el total de casos de tuberculosi, un 9,8% dels casos de tuberculosi pulmonar i un 7,1% de tuberculosi extrapulmonar). Aquesta reducció s'ha produït tant en els homes (11,1%) com en les dones (7,4%). La taxa que més ha disminuït és la del grup d'edat de 55 a 64 anys (24,7%). La disminució de la taxa d'incidència s'ha produït tant en les persones autòctones com en les nouvingudes i la reducció ha estat més gran en aquestes últimes (21,1% en total; 20,2% en homes i 21% en dones) en comparació amb les persones autòctones (7% en total; 7% en homes i 5,8% en dones). Això pot reflectir canvis en els moviments migratoris dels darrers anys vinculats a la crisi econòmica.

**Evolució del retard diagnòstic en els casos de Tbc pulmonar, segons el sexe, grup d'edat i lloc d'origen. (2009-2012)**

Retard diagnòstic (mediana en dies)	2009 (n = 834)	2010 (n = 814)	2011 (n = 773)	2012 (N = 728)
Homes	40	48	42,5	43
Dones	49	47,5	51	48
0-14 anys	19	16	29	17
15-44 anys	44,5	48	46	46
45-64 anys	61,5	56	51	50
>64 anys	54,5	55,5	50	55
Autòctons	42	45	47	45
Nouvinguts	46	51	45	45
Total	44	48	45	45

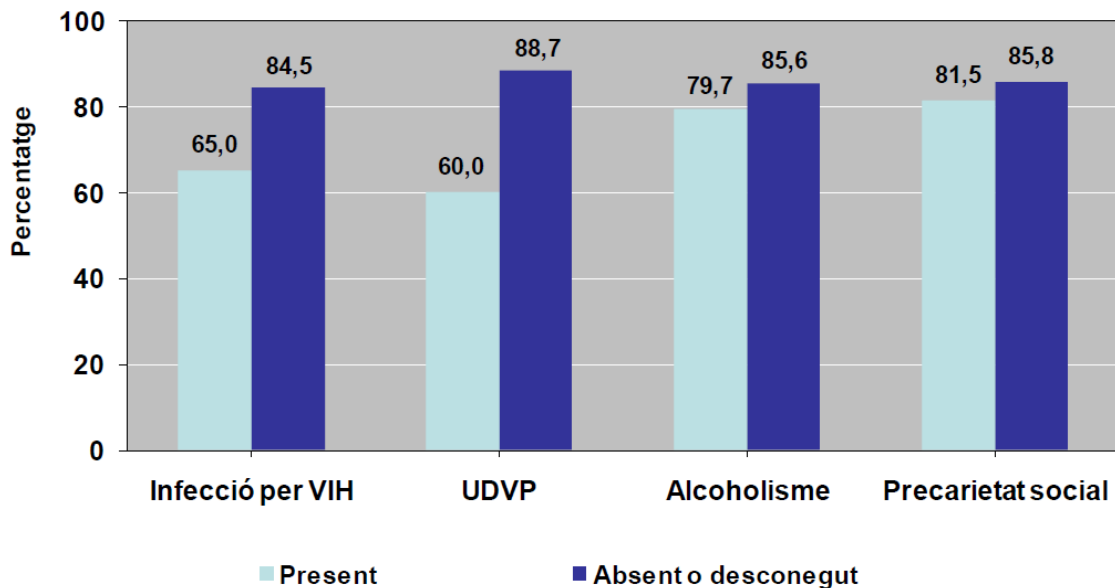
Font: Quadre Informe anual Agencia de Salut Pública de Catalunya 2012

Els casos de tuberculosi pulmonar es continuen diagnosticant amb molt de retard, especialment en dones grans i autòctones. Els resultats es multipliquen si les persones malaltes són tractades precoçment. Si bé el percentatge d'èxit en el tractament és alt



en les persones que no han estat tractades prèviament. Cal considerar que les persones en situació de precarietat social, consumidores d'alcohol i drogues o infectades pel VIH tenen més dificultats per seguir el tractament. I des de l'informe de l'Agència de Salut Pública es demana l'increment en l'assignació de recursos socials per controlar la malaltia en els col·lectius que es troben en aquesta situació.

**Compliment dels tractaments dels casos de TBC, segons els factor de risc d'enmalaltir (2011)**



Font: Quadre Informe anual Agència de Salut Pública de Catalunya 2012

**IMPACTE DE LES CONDICIONS DE TREBALL SOBRE LA SALUT DE LES DONES**

Els indicadors més utilitzats per analitzar l'impacte que tenen les condicions de treball sobre la salut de la població treballadora són: Els accidents de treball, que els comunica l'empresari, i les malalties professionals, que les comuniquen les mútues d'accidents de treball.

Aquest model de comunicació fa que tant a Catalunya com a Espanya hi hagi una infradeclaració molt important d'aquests danys a la salut, ja que qui notifica és, alhora, responsable de la seva prevenció i/o conseqüències econòmiques i assistencials, entre d'altres. Per tant, considerem que són indicadors amb moltes limitacions.

Aquest fet, lligat a les especificats pròpies del sistema, que requereix voluntat notificadora (per exemple: trobar la forma d'encabir-les en la classificació de la llista de malalties professionals), fa que tinguem prou dificultats per fer un diagnòstic de l'impacte de les condicions de treball sobre la salut de les dones a Catalunya només a través d'aquests indicadors.

Així, en aquest apartat analitzarem també altres indicadors, que hem trobat rellevants i que ens poden donar una idea de quina és la situació actual.

## Accidents de treball (AT)

L'evolució de la sinistralitat laboral del 2009 al 2013 reflecteix un descens important en termes generals i podem dir que les causes són prou complexes, ja que malauradament no es poden atribuir solament a una millora de la qualitat de l'activitat preventiva a les empreses catalanes. Hi ha altres elements, com la destrucció de l'ocupació, desigual en funció dels sectors, l'ocultament i la no-declaració de danys laborals, la pèrdua de drets laborals de la població treballadora...

		1 lleus		2 greus		TOTAL NO Mortals		Mortals		Total		TOTAL
		Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	
En jornada	2009	80.182	31.917	692	112	80.874	32.029	104	3	<b>80.978</b>	<b>32.032</b>	<b>113.010</b>
	2010	73.280	30.612	662	100	73.942	30.712	62	2	<b>74.004</b>	<b>30.714</b>	<b>104.718</b>
	2011	64.108	27.436	592	89	64.700	27.525	73	5	<b>64.773</b>	<b>27.530</b>	<b>92.303</b>
	2012	50.216	22.858	500	68	50.716	22.926	59	8	<b>50.775</b>	<b>22.934</b>	<b>73.709</b>
	1r semestre del 2013	24.824	12.072	236	35	25.060	12.107	24	0	<b>25.084</b>	<b>12.107</b>	<b>37.191</b>
	2013 Total	48.444	23.740	464	81	48.908	23.821	48	2	48.956	23.823	72.779
In itinere	2009	7.609	8.002	240	111	7.849	8.113	39	11	<b>7.888</b>	<b>8.124</b>	<b>16.012</b>
	2010	7.751	8.451	194	103	7.945	8.554	30	6	<b>7.975</b>	<b>8.560</b>	<b>16.535</b>
	2011	6.788	7.528	177	82	6.965	7.610	28	7	<b>6.993</b>	<b>7.617</b>	<b>14.610</b>
	2012	6.324	7.017	177	74	6.501	7.091	17	5	<b>6.518</b>	<b>7.096</b>	<b>13.614</b>
	1r semestre 2013	3.129	3.787	82	38	3.211	3.825	11	3	<b>3.222</b>	<b>3.828</b>	<b>7.050</b>
	2013 Total	Dades no disponibles										13995

Font: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya

Així, en la taula anterior es veu la dada i la seva evolució de manera desagregada per sexe, dada que ens explica que hi ha una marcada i mantinguda diferència entre homes i dones, ja que les causes que originen els accidents de treball que es notifiquen estan més lligades a feines masculinitzades.

Així, a Catalunya, durant l'any 2013, s'han produït 173.548 accidents de treball: 72.779 d'aquests accidents han tingut lloc dins de la jornada de treball i 13.995 s'han produït en anar o tornar a la feina (in itinere). En comparació amb l'any 2012, s'observa una disminució del total d'accidents de treball de l'1,06%. Però si mirem la distribució per tipus d'accident, veiem que aquesta distribució no és lineal: en el cas dels AT en jornada, efectivament, s'han reduït un 1,22%; en canvi, els AT in itinere han augmentat un 2,81%. Aquesta accidentalitat amb la distribució per sexe té una evolució diferent, ja que **en el cas de les dones hi ha un increment del total d'un 3,94.**

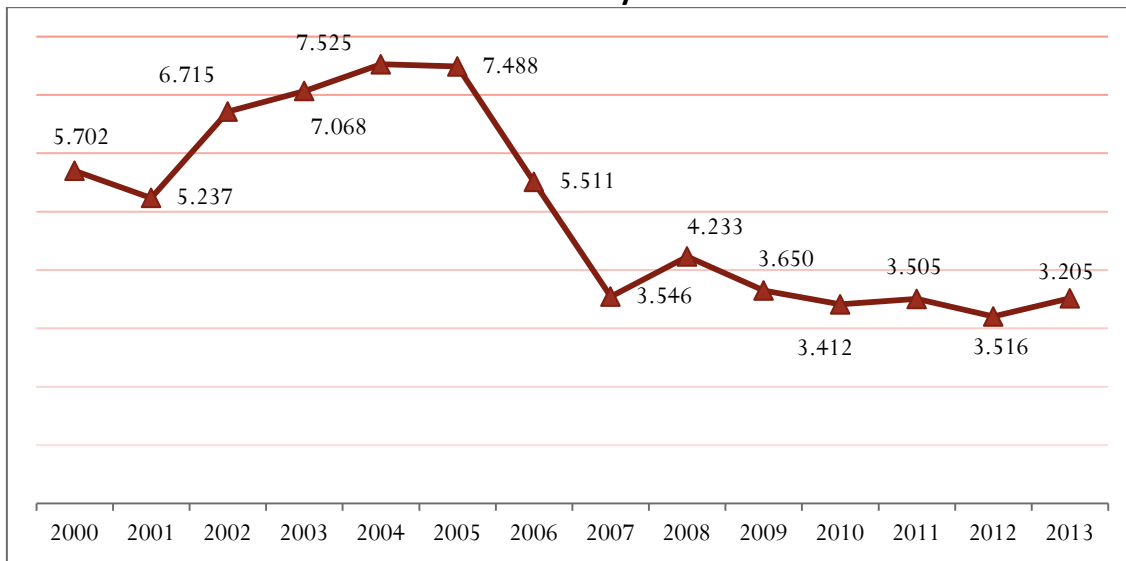
Com a conclusió, a partir de les dades d'AT en jornada, podem dir que:

1. La disminució de l'accidentalitat en termes globals és provocada més per la disminució de l'ocupació que per l'aplicació de les polítiques preventives de les empreses.
2. Segueix havent-hi més incidència en l'accidentalitat entre els treballadors eventuais i entre la contractació sense especificar que entre els treballadors fixos.
3. Hi ha un increment alarmant del nombre total d'accidents entre les dones i, en concret, el d'accidents greus i molt greus.

### Malalties professionals (MP)

Al gràfic següent podem veure l'evolució de les dades en relació amb les notificacions corresponents al 2005 i les notificacions del 2013. Aquest nombre, que ja era minso, des de la reforma del quadre de malalties professionals, que es va fer amb l'objectiu d'abaixar els nivells d'infradeclaració, **es va reduir gairebé a la meitat el 2010**, i la situació continua igual. A Catalunya, l'any 2013, li correspon la notificació de només 3.516 MP amb baixa i sense (és la comunitat autònoma que més nombre d'MP ha notificat).

Gràfic evolució de comunicats d'MP a Catalunya



Font: Cepsoss. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

En termes generals, podem dir que del 2012 al 2013 hi ha hagut un ascens d'un 9,7% en la declaració d'aquestes malalties tant a escala catalana com espanyola.

De les malalties notificades a Catalunya, es desprèn que **1.861 van ser amb baixa; d'aquestes, 963 les van patir dones, i la resta, 898, homes. La duració mitjana d'aquestes baixes va ser de 61,43 dies.**

Malalties notificades sistema Cepsoss, 2013

TIPUS	Homes	Dones	TOTAL
AMB BAIXA	898	963	1.861
SENSE BAIXA	787	868	1.655
TOTALS	1.685	1.831	3.516

Font: Cepsoss. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Per tant, com a conclusió, podem dir que les malalties professionals, tenen una incidència major en les dones, perquè les que es notifiquen tenen més a veure amb feines i activitats i, per tant, amb exposicions a riscos en feines més feminitzades.

## Altres indicadors sobre possible patologia laboral: PANOTRATTS<sup>11</sup> i ALERTES

A Espanya, durant el 2013, s'hi van produir un total de 7.802 patologies no traumàtiques causades pel treball, de les quals 3.736 van ser amb baixa i 4.066 sense baixa. Suposen una disminució del 9,3% respecte del 2012. Si sumem les dades de malalties professionals i aquestes, ens donaria el total de 24.703 malalties ocasionades pel treball a Espanya. El 32% de les malalties ocasionades pel treball no estan reconegudes en el quadre de malalties professionals com a tals: són 7.802 patologies no traumàtiques que tenen un origen professional, que no és poca cosa. A Catalunya, durant el 2013, s'hi van recollir 1.129 patologies no traumàtiques causades pel treball.

La distribució per sexes és la següent:

TIPUS	HOMES	DONES	TOTAL
Amb baixa	254	260	514
Sense baixa	256	359	615
<b>TOTAL</b>	510	619	1.129

Malauradament no disposem de les dades de Catalunya, per patologia i sexe, però ens poden orientar les dades de l'Estat Espanyol. Així, per tipus i categoria de la patologia no traumàtica en el seu primer apartat, malalties causades pel treball, s'evidencia que tornen a ser les malalties de l'aparell locomotor les majoritàries, amb un 62,7%, i, en segon lloc, hi trobem les anomenades malalties del sistema nerviós central i perifèric, amb un 8,6%. Al segon apartat, malalties o defectes agreujats pel treball, també apareixen en primer lloc les malalties de l'aparell locomotor, amb un 71,7% dels casos d'agreujament de malalties o defectes ocasionats pel treball, malalties que, segons informacions de l'Icam, són també les més patides per les dones.

## Evolució de la incapacitat temporal (IT) per causes comunes a Catalunya. Anàlisi des de la perspectiva de la salut laboral

A Catalunya, disposem de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (Icams), que és un organisme autònom administratiu, adscrit al Departament de Salut, mitjançant la Secretaria de Salut Pública.

Entre altres funcions, aquest Institut elabora indicadors sobre l'evolució de la incapacitat temporal per contingències comunes a Catalunya. Les dades disponibles són fins al setembre del 2013, ja que a través del Decret 56/2013, de reestructuració del Departament de Salut, es va crear la Secretaria de Salut Pública, que va assumir la direcció d'aquest organisme, i des d'aquest moment no s'ha tornat a publicar més informació.

<sup>11</sup> PANOTRATSS Comunicación de Patologías no Traumáticas Causadas por el Trabajo A.T. (Accidentes de Trabajo)

No obstant això, i a causa que la IT a Catalunya disposa de certa consolidació en el seu comportament, i que és una dada molt estable, amb les dades disponibles, volem assenyalar dos aspectes que, amb la perspectiva de la salut laboral amb dimensió de gènere, ens fan reflexionar.

## Distribució de la IT per grup diagnòstic i sexe:

### 1.5 Baixes tramitades. Distribució per grup diagnòstic i sexe, 01-09/2013



Les malalties respiratòries es mantenen com la causa més freqüent en els dos sexes, seguides de les m. osteomusculars i de les m. infeccioses.

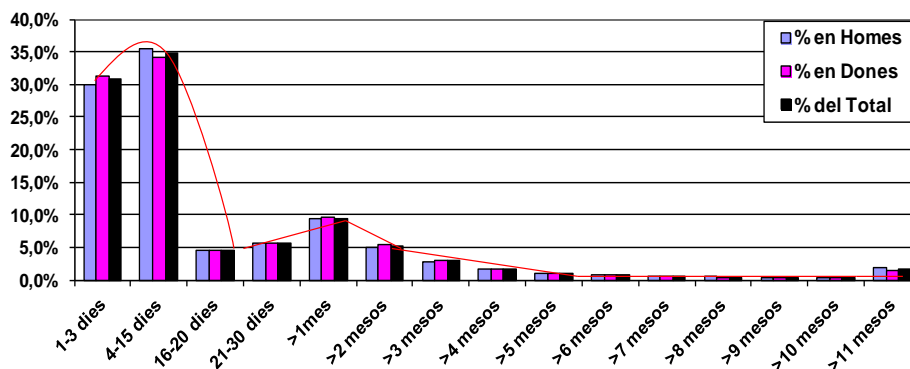
Els diagnòstics que han estat causa de la IT per contingències comunes a Catalunya, fins al setembre del 2013 (darrera dada oficial de què disposem), situa la causa respiratòria com a primera causa de baixa per a ambdós sexes, però com a segona causa de malaltia comuna se situa la malaltia osteomuscular, que en les dones té una major incidència que en els homes.

L'evidència científica i els estudis en salut laboral ens constaten que aquesta malaltia està molt relacionada amb les condicions de treball, i la seva infradeclaració (al grup 2 de la llista de malalties professionals) està també molt estudiada. Per això considerem que és una dada rellevant i que hem de tenir en compte a l'hora de valorar l'impacte de les condicions de treball sobre la salut de les dones.

Així, també ho és la causa cinquena de contingència comuna a Catalunya (malalties mentals), en la qual les dones presenten una major incidència que els homes. També molts estudis (i l'anàlisi comparada de les dues enquestes catalanes de seguretat i salut) van constatar que els efectes de la crisi i la reforma laboral han suposat un empitjorament de les condicions de treball per a la població treballadora, en general, però, en especial, per a les dones, que han patit un empitjorament més gran. La conclusió d'aquesta anàlisi es manifesta clarament en aquesta dada, que, tot i que està comunicada com a malaltia comuna, hi ha raonades sospites que pot tenir a veure amb l'exposició a les condicions de treball.

**L'altra dada rellevant de l'estudi de la IT per contingència comuna a Catalunya és la distribució de la IT per durada i sexe.**

Durada mitjana de la IT, distribució temporal, % per sexe.



Entre gener i setembre 2013 es comptabilitzen 574.044 Altes (vs 661.992 el mateix període de 2012).

Distribució temporal: El 66,5% de les IT duren entre 1-15 dies.  
El 75,7% de les IT duren entre 1-30 dies.

Respecte del mateix període de 2012, s'observa una disminució del 1,6% en les IT <30 dies

Analitzada la variable de la durada de la IT per contingència comuna, hi ha una disminució general/global en relació amb la durada de la IT a Catalunya.

Aquesta disminució pot tenir diferents explicacions:

- Precarització de les condicions de treball i por de perdre la feina.
- Impacte i efecte de la reforma laboral, que situa com a causa d'acomiadament les absències per motiu de salut (tot i ser justificades).
- L'impacte de les polítiques de retallades i l'augment de la pressió per part de les mútues en la gestió de la contingència comuna amb un augment de les propostes d'alta.

Tot això, també té dimensió de gènere, ja que el tipus de malaltia que pateixen les dones té característiques de cronicitat (periodicitat i intermitència entre períodes

aguts) i, per tant, processos d'IT intermitents. Aquesta característica també es pot observar en el comportament de la IT per contingència comuna de la població a Catalunya: les baixes són d'1 a 3 dies i d'una incidència major per a les dones que no pas per als homes.

La lectura d'aquests indicadors, amb la sospita d'origen professional, la fem en relació amb l'evidència més que constatada del subregistre en relació amb les contingències professionals, que està sobradament estudiat i reconegut per diferents estudis i agents (Ministerio de Trabajo: Informe AEVAL).

En qualsevol cas, aquesta dada s'ha de completar amb les informacions de què disposem en relació amb l'evolució dels processos de determinació de contingència a Catalunya, ja que si mirem la seva evolució, veiem que dels casos dels quals es fa el procediment (via instrucció de l'Icams o reclamació davant de l'INSS), una mica més del 30% dels casos s'ha considerat que la contingència tenia un origen professional i estava catalogada com a comuna.

DETERMINACIÓ CONTINGÈNCIA	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>TOTAL</b>	<b>3.122</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.084</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.196</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.667</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.768</b>	<b>100,00%</b>
Contingència comuna	1.396	44,71%	1.289	41,80%	1.478	46,25%	1.344	50,39%	1.194	43,14%
Contingència laboral	1.175	37,64%	1.121	36,35%	1.041	32,57%	745	27,93%	853	30,82%
Altres	551	17,65%	674	21,85%	677	21,18%	578	21,67%	721	26,05%

Font: Icams

## **Evolució dels casos i import de les prestacions per risc per a l'embaràs i risc per a la lactància natural (2008-2012)**

Com a dada rellevant, que té a veure amb l'impacte de les condicions de treball sobre la salut de les dones, cal fer el seguiment de les dades que expliquen aquelles situacions on hi ha un risc identificat durant el període d'embaràs i lactància natural.

Podem fer una anàlisi a partir de les dades des del seu inici, el 2008, fins al 2012, ja que el Ministeri encara no ha publicat les dades corresponents al 2013.

## RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA NATURAL 01/08/2008 A 31/12/2012

### RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

	Número de procesos de riesgo durante el embarazo reconocidos	Importe total de las prestaciones abonadas por procesos de riesgo durante el embarazo
01/01/2008 - 31/12/2008	33.996	158.937.826 €
01/01/2009 - 31/12/2009	43.428	199.955.658 €
01/01/2010 - 31/12/2010	51.086	240.454.294 €
01/01/2011 - 31/12/2011	55.998	265.688.363 €
01/01/2012 - 31/12/2012	58.729	269.966.367 €

### RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

	Número de procesos de riesgo durante la lactancia reconocidos	Importe total de las prestaciones abonadas por procesos de riesgo en la lactancia
01/01/2008 - 31/12/2008	989	6.781.768 €
01/01/2009 - 31/12/2009	1.259	8.231.611 €
01/01/2010 - 31/12/2010	1.838	8.534.023 €
01/01/2011 - 31/12/2011	970	7.627.416 €
01/01/2012 - 31/12/2012	802	6.653.685 €

Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

### Risc embaràs

L'evolució de la prestació de risc per a l'embaràs des del 2008 fins a l'actualitat ha seguit una línia creixent, quant al nombre de sol·licituds de la prestació i el seu pagament.

	Nombre de prestacions reconegudes	Creixement percentual respecte de l'any anterior
2008	33.996	
2009	43.428	Δ 27,74%
2010	51.086	Δ 17,63%
2011	55.998	Δ 08,77%
2012	58.729	Δ 04,87%

Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

El 2007 la prestació de risc per a l'embaràs va elevar la seva condició de prestació per contingència comuna a contingència professional amb el 100% de la Base Reguladora per a aquesta prestació.

L'evolució en els darrers anys ha estat d'increment i accés a les sol·licituds. El 2009, respecte del 2008, el creixement era proper al 28%. No obstant això, com es veu a la



taula adjunta, la tendència de creixement es manté, encara que amb un increment moderat ostensible, ja que el creixement anual del 2012 respecte del 2011 no arriba al 5%. Això demostra que encara que segueix sent una prestació present, la seva situació ja es mostra pràcticament constant, el que fa factible la seva previsió i ha deixat de ser una prestació que any rere any s'incrementi de forma elevada. Per això, la seva gestió ja no constitueix un tema d'imprevisió en l'evolució de la despesa de les entitats col·laboradores.

**Quant a l'import total de les prestacions**

	Import de les prestacions reconegudes	Creixement percentual respecte de l'any anterior
2008	158.937.826	
2009	199.955.658	Δ 25,81%
2010	240.454.294	Δ 20,25%
2011	265.688.363	Δ 10,49%
2012	269.966.367	Δ 01,61%

Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

La despesa en prestacions pel risc per a l'embaràs també ha seguit una línia ascendent: el 2009 respecte del 2008 va tenir un increment proper al 26%; el 2010 respecte del 2009, d'aproximadament el 20%, i a l'any següent el creixement es va reduir a la meitat i va ser de més o menys el 10%. Finalment, l'increment l'any 2012 respecte del 2011 ha estat de l'1,61%, han crescut, com hem vist, les sol·licituds concedides aproximadament el 5% .

Pel que fa a la despesa en la prestació, creix relativament menys que el nombre de prestacions concedides per les mútues, i l'increment de la despesa en l'últim any a penes suposa l'1,5% respecte del de l'any anterior, la qual cosa aprofundeix en la seva consideració de previsible i assumible en la despesa pressupostada per les entitats col·laboradores, sense que el seu comportament, pel que fa a despesa, pugui representar sorpreses que afectin la sostenibilitat del sistema.

**Risc lactància natural**

El 2012 les xifres estan per sota dels processos reconeguts el 2008 i la despesa també.

Comportament de les prestacions reconegudes, 2008 - 2012

	Nombre de prestacions reconegudes	Creixement percentual respecte de l'any anterior
2008	989	
2009	1.259	Δ 27,30%
2010	1.838	Δ 45,99%
2011	970	↓ 47,23%
2012	802	↓ 17,32%

Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

L'any 2009 es van reconèixer un 27% més de prestacions que l'any 2008. El 2010 es va incrementar el reconeixement un 46%, aproximadament, respecte del 2009.

La tendència es trenca i l'any 2011 cauen els reconeixements un 47%, tendència que torna a mostrar-se en reducció l'any següent amb un percentatge del 17%. Les prestacions reconegudes l'any 2012 queden per sota dels casos del 2008. Com es veu a la taula de més amunt.

## La despesa i la seva tendència a la prestació per lactància natural.

	Import de les prestacions reconegudes i abonades	Creixement percentual respecte de l'any anterior
2008	6.781.768	
2009	8.231.611	Δ 21,38%
2010	8.534.023	Δ 03,67%
2011	7.627.416	↓ 10,62%
2012	6.653.685	↓ 12,77%

Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

La tendència creixent de la despesa, que va ser manifesta sobretot l'any 2009, respecte del 2008, en què va augmentar un 21%, va ser tímida l'any 2010 en referència a l'any anterior i va disminuir un 10% l'any 2011 respecte del 2010, i el 2012 torna a baixar 12,77% respecte l'any anterior.

La conclusió és que han disminuït les sol·licituds aprovades i pel que fa a les prestacions reconegudes també és manifesta la disminució de la despesa, que ha quedat en xifres menors que l'any 2008.

## CONCLUSIONS

Cal informar i sensibilitzar el conjunt de la població i fer visible que l'impacte dels riscos laborals per a la salut té una dimensió de gènere. Per això caldria impulsar polítiques públiques que estimulessin el registre dels AT i les MP i no la seva ocultació o infradeclaració.

Cal que les polítiques preventives a les empreses siguin sensibles al gènere, per això caldria que:

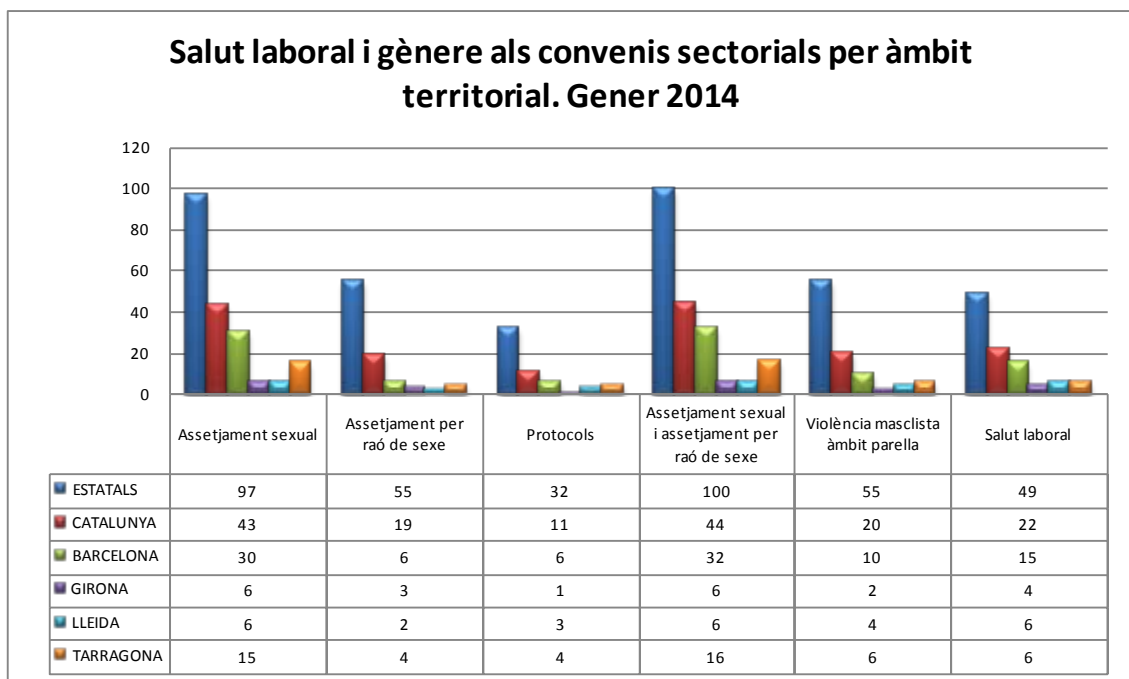
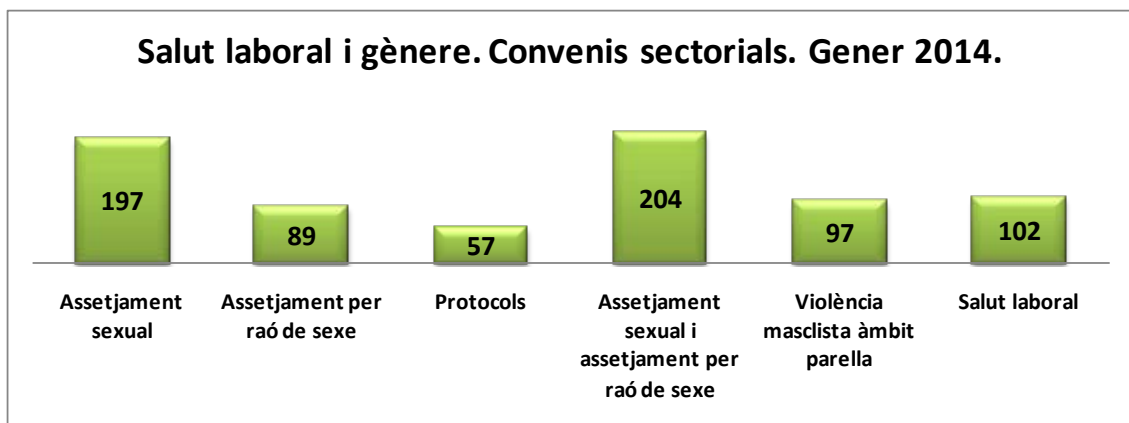
- Les avaluacions de riscos laborals incorporessin en la seva valoració el risc per a la reproducció i la maternitat, i que les dades d'exposició a riscos s'analitzessin per classe social, ocupació i gènere.
- La vigilància de la salut incorporés també la dimensió de gènere als seus procediments i protocols.
- 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 la prestació de risc durant l'embaràs i la lactància natural sigui una prestació amb criteris homogenis i mes clars. D'aquí que considerem imprescindible que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, clarifiqui i determini quin són els criteris

d'aplicació que al nostre entendre han de ser les "Directrius" elaborades, amb la consulta a agents socials, per l'INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo)

### Salut laboral i gènere als convenis col·lectius sectorials

D'un estudi de la inclusió de mesures i plans d'igualtat en la negociació col·lectiva fet des de la Secretaria de la Dona, dels 255 convenis sectorials vigents a 31 de gener del 2014 hem extret les següents dades: un 80% (204) d'aquests convenis incorporen temes de salut laboral i gènere.



L'aproximació a la salut de les dones en la negociació col·lectiva s'està fent en tres àmbits diferenciats: prevenció i actuació contra l'assetjament sexual i assetjament per raó de sexe (80% dels convenis), mesures de protecció a l'empresa a les dones víctimes de violència masclista en l'àmbit de la parella (38% dels convenis) i mesures concretes de salut laboral (40% dels convenis).

Hem de destacar que la majoria d'aquestes mesures concretes de salut laboral estan relacionades amb la protecció de la maternitat i el risc durant l'embaràs i la lactància. Hi ha alguns convenis que incorporen l'avaluació de riscos psicosocials, cosa que ajudarà a detectar situacions específiques i concretes respecte de la salut de les dones (doble presència). I comencem a incloure la salut laboral entre les matèries en les quals s'han de desenvolupar mesures d'igualtat.

## CONCLUSIONS GENERALS

Com mostren les dades presentades en aquest informe, existeix una desigualtat de salut de les dones davant els homes que s'explica principalment per desigualtats de gènere i també per diferències biològiques.

Quant a les desigualtats socials davant el dret social a la salut, existeixen dos grans determinants estructurals: d'una banda, el context socioeconòmic i polític (govern, política macroeconòmica, polítiques socials i polítiques públiques), i, de l'altra, la posició socioeconòmica de les persones (classe social o ocupació, gènere i condició migratòria). Al llarg de l'informe s'evidencien indicadors d'un pitjor estat de salut de les dones i també volem destacar que entre les dones existeixen diferències clares, tant en pel que fa a la classe social com a la condició migratòria, de manera que les dones de classe social IV i V (treballs manuals semiqualficats i no qualificats) i les dones immigrades presenten pitjors indicadors de salut que les dones de classes socials amb més recursos i les dones autòctones.

Algunes de les dades més significatives d'aquest informe són les següents:

Les dones, malgrat viure més anys, ho fan en pitjors condicions de salut. El percentatge de dones que presenten una salut autopercebuda regular o dolenta, un risc de patir trastorns mentals, problemes crònics de salut i limitacions per a la realització de les tasques quotidianes és més elevat en les dones que en els homes.

També podem concloure que hi ha un increment dels problemes de salut i del risc de pèrdua de salut a causa del creixement de les desigualtats i la crisi (l'alta taxa de tuberculosi, l'increment dels problemes de salut mental i els suïcidis en són una mostra). Cal afegir, com assenyala l'estudi de Càritas, la vulnerabilitat en la salut que genera la pobresa i la manca d'un habitatge digne.

Altres malalties, com les infeccions de transmissió sexual específicament entre joves i entre persones estrangeres, poden associar-se a la disminució de polítiques i de recursos especialment per a la promoció de la salut i la prevenció. D'altra banda, hi ha relació entre violència masclista i malalties de transmissió sexual i també hi ha dificultats de certs col·lectius per accedir a l'atenció sanitària. La política de la doble cobertura impulsada pel Govern de la Generalitat, a més de trencar el sistema universal i equitatiu del sistema públic de salut, hi afegeix un plus de desigualtat de classe social i gènere.

Hi ha un increment o estancament en els indicadors de salut perinatal, atès que són molt sensibles a les desigualtats socials i a la manca de polítiques envers els col·lectius més vulnerables. Malgrat alguna línia de treball que s'està realitzant, especialment en processos naturals com l'atenció al part (excés de cesàries i altres intervencions), si

aquesta línia de treball no es reforça, els resultats continuaran sent poc satisfactoris. Han d'anar acompanyats d'altres mesures que reverteixin actuacions polítiques que dificulten l'atenció a col·lectius de dones, que les exclouen o que en disminueixen l'equitat. El sistema de prevenció de riscos laborals continua sense donar resposta a les condicions de treball i salut de les persones treballadores.

## PROPOSTES

- ✓ Cal retornar a un model de sanitat pública universal com a dret de ciutadania, davant d'un altre en què el dret depèn de la condició d'assegurat.
- ✓ Estem en contra de totes les polítiques que estan eliminant la gratuïtat i l'accés per a tothom i per a tots els serveis, introduint o incrementant el copagament en algunes prestacions, així com de les polítiques públiques que defensen i potencien la doble cobertura sanitària i en dificulten el diagnòstic i el tractament.
- ✓ 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 les actuacions específiques per millorar el mercat de treball qualitativament i quantitativament.
- ✓ Cal desenvolupar l'estar del benestar i garantir l'actuació immediata sobre els grans focus de pobresa.
- ✓ Cal informar i sensibilitzar el conjunt de la població, i fer visible que l'impacte dels riscos laborals per a la salut té una dimensió de gènere. Per això, caldria impulsar polítiques públiques que estimulin el registre dels accidents de treball i les malalties professionals i no la seva ocultació o infradeclaració.
- ✓ Cal que les polítiques preventives a les empreses siguin sensibles al gènere, per això caldria que:
  - o 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.
  - o La vigilància de la salut incorporés també la dimensió de gènere en els seus procediments i protocols.
  - o Que l'activitat preventiva dels serveis de prevenció a les empreses s'adrecés al conjunt dels riscos laborals i no només als tradicionals.
- ✓ 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. El Govern català ha d'implicar-se i, seguint la resolució del Parlament de Catalunya, blindar les garanties de l'actual Llei, desenvolupar-ne totalment el contingut i dotar-la dels recursos necessaris.
- ✓ 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.

## BIBLIOGRAFIA

- <http://lapasucat.blogspot.com.es/>
- 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 la seguretat de les seves prestacions
- Instrucció 10/2012, de 30 d'agost, 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 del Sistema Nacional de Salut
- "Declaración de Granada: por la salud de las personas migrantes y minorías étnicas". Abril 2014
- "Envejecimiento activo en las mujeres mayores. Informe 2014". Fundación Primero de Mayo. Marzo 2014
- "Pacte Nacional de Salut a Catalunya. Propostes de CCOO de Catalunya". Gener 2014.  
[http://www.ccoo.cat/pdf\\_documents/2014/Propostes\\_CCOO\\_PNS\\_extensa.pdf](http://www.ccoo.cat/pdf_documents/2014/Propostes_CCOO_PNS_extensa.pdf)
- DÁVILA QUINTANA, C. D.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.: "Crisis económica y salud". *Gac. Sanit.* 2009; 23 (4): 261-265
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2011. Avanç de resultats. Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce\\_Dades\\_estadistiques/Estat\\_salut\\_estils\\_vida/Mortalitat/Fitxers\\_estatics/analisi\\_mortalitat\\_catalunya\\_2011\\_avanc\\_resultats.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Mortalitat/Fitxers_estatics/analisi_mortalitat_catalunya_2011_avanc_resultats.pdf)
- Les dades de l'ESCA 2012 estan publicades principalment a l'Observatori del Sistema Sanitari de Catalunya/Indicadors de salut  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0034184d56f1a4038674c210b0c0e1a0/?vgnnextoid=359bbba736658310VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextchannel=359bbba736658310VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default>
- ESCA 2010-2014  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&>

- Càritas el 2013: *Llar, habitatge i salut*. Disponible a: [http://www.caritasbcn.org/sites/default/files/INFORME\\_llar%20habitatge%20salut%20web.pdf](http://www.caritasbcn.org/sites/default/files/INFORME_llar%20habitatge%20salut%20web.pdf)
- CEEISCAT: *Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya*. Desembre 2013
- CEEISCAT: *Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya*. Desembre 2013
- Departament de Salut: *Evolució naixements a Catalunya 2008-2013*
- Agència de Salut Pública. *Indicadors de salut perinatal. Catalunya 2012*
- Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (2/2010)
- Anteproyecto de ley para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. Desembre 2013
- Departament de Salut: "Avaluació del projecte d'implantació de bones pràctiques en l'atenció al part normal a Catalunya". 2013
- 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"
- Europa Press. Declaracions de Jordi Casabona, director científic del CEEISCAT. Publicat el 16 de maig del 2014
- Agència de Salut Pública: *Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya*. Informe anual 2012
- Cepross Ministerio de Empleo y Seguridad Social: *Malalties professionals comunicades a Catalunya i Espanya*. 2000-2013
- Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. *Accidents de treball*. 2013
- Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS). *IT Contingència comuna*. Gener-setembre 2013
- Direcció General de Relacions Laborals i Qualitat en el Treball: *I Enquesta catalana de condicions de treball 2008. II Enquesta catalana de condicions de treball 2012*