

SALUT I ATENCIÓ SANITÀRIA DE DONES I NENES.

ESTAT DE SITUACIÓ 2014



Secretaria de la Dona de CCOO 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

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.

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>

EL SUÏCIDI, UNA CAUSA DE MORTALITAT EN AUGMENT

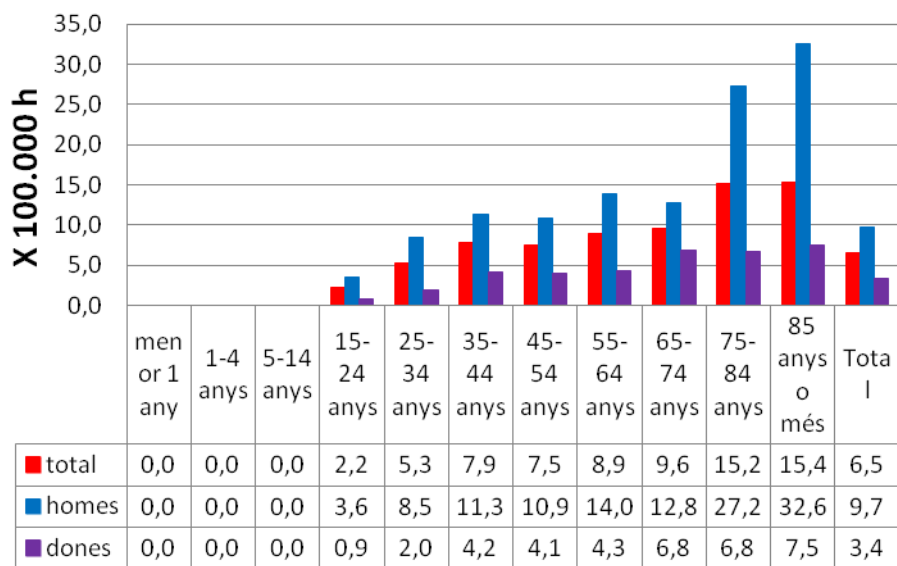
Les darreres dades de què es disposa entorn de la causa de mortalitat són del 2011.¹

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.

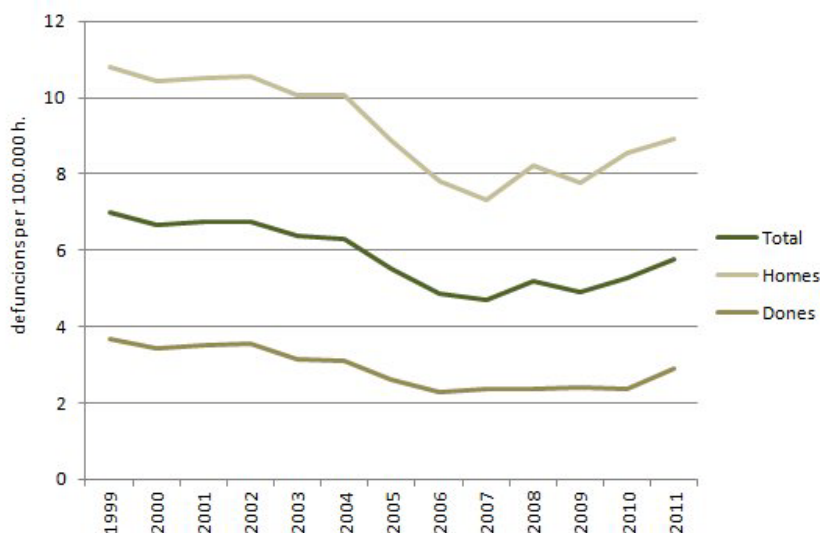
¹ Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, any 2011. Avanç resultats*. Disponible a:

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

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 estandarditzada per edat (per 100.000 h.) per suïcidis i autolesions. Per sexe, 1999-2011.

Dades estandarditzades 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 2013.² 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.

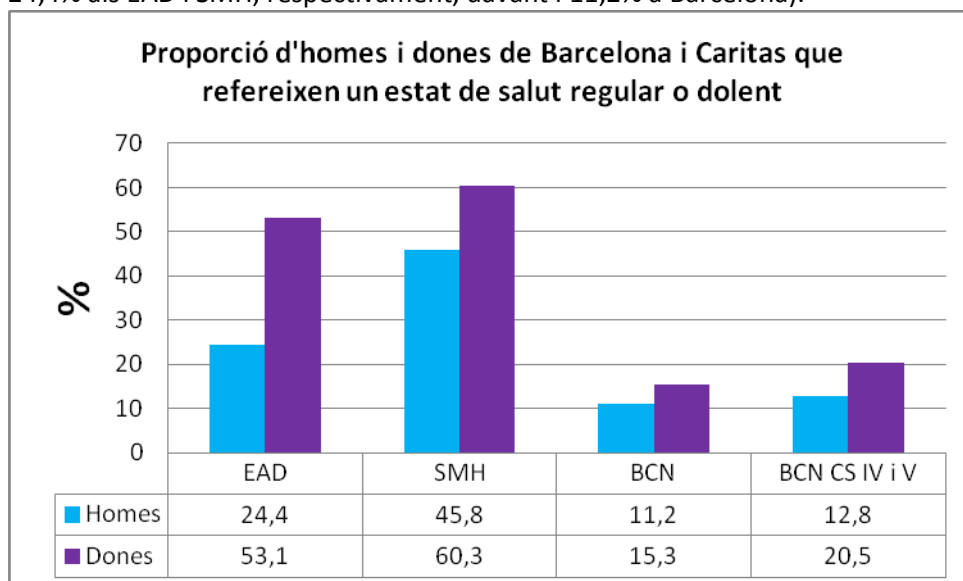
Els resultats d'aquest estudi posen en evidència el gran impacte de la vulnerabilitat social en la salut: l'estat de salut de les persones ateses a Càritas és molt pitjor que la del conjunt de les persones residents a Barcelona ciutat i de les classes socials IV i V. I l'impacte en alguns indicadors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

² *Llar, habitatge i salut*. Disponible a:

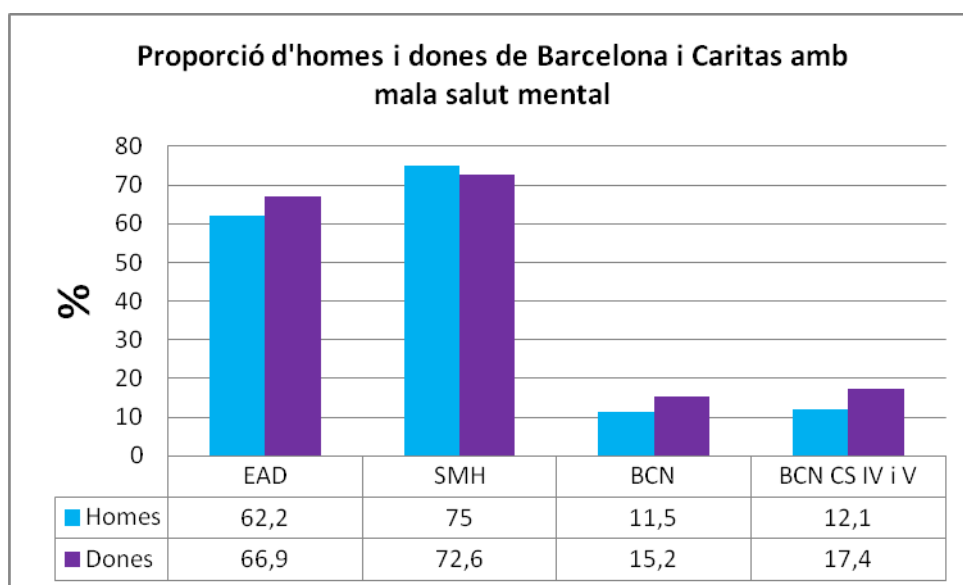
http://www.caritasbcn.org/sites/default/files/INFORME_llar%20habitatge%20salut%20web.pdf

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)

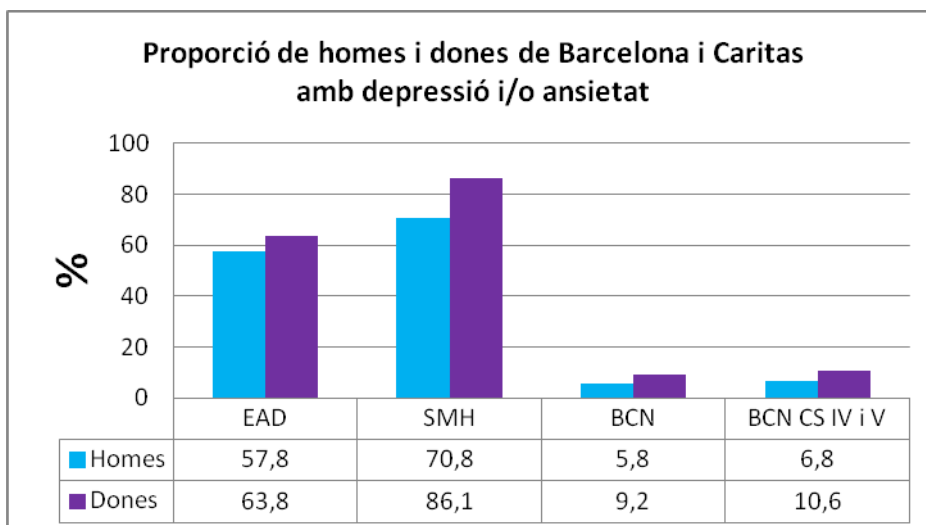
Quant a l'estat de **salut mental**, i com mostra la gràfica següent, més de dues de cada tres persones de Càritas (69,4%) presenten mala salut mental. Les persones provinents de l'SMH presenten un estat de salut mental pitjor (73% de les dones enquestades i 75% dels homes) que les provinents dels EAD (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)

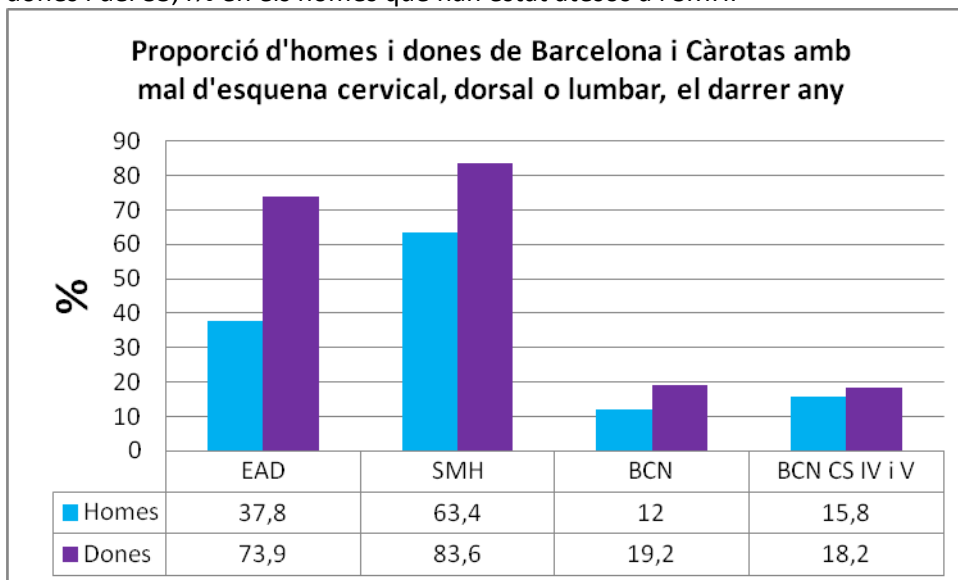
La **depressió o ansietat**, com mostra el gràfic següent, és present en una proporció extremadament alta en totes les persones enquestades i arriba a uns màxims del 86% en el cas de les dones i del 71% en el cas dels homes que han recorregut a l'SMH. Això contrasta

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.

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 8,4% 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	%
Normal	33262	64,3	10885	46,6
Per cesària	12173	23,5	9205	39,3
Mitjançant ventosa	1475	2,9	1900	8,1
Amb fòrceps	4640	9	1316	5,6
De natges	158	0,3	91	0,4
Total	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 ³, 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.

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.

³ OMS Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook, 2009

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.

Actualment, hi ha 32 hospitals de la XHUP que han rebut suport econòmic i s'han adscrit al projecte amb relació a cada una 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 reverteixin actuacions polítiques que dificulten o exclouen de l'atenció col·lectius de dones o disminueixen l'equitat.

Avantprojecte de llei per a la protecció de la vida del concebut i dels drets de la dona embarassada

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.

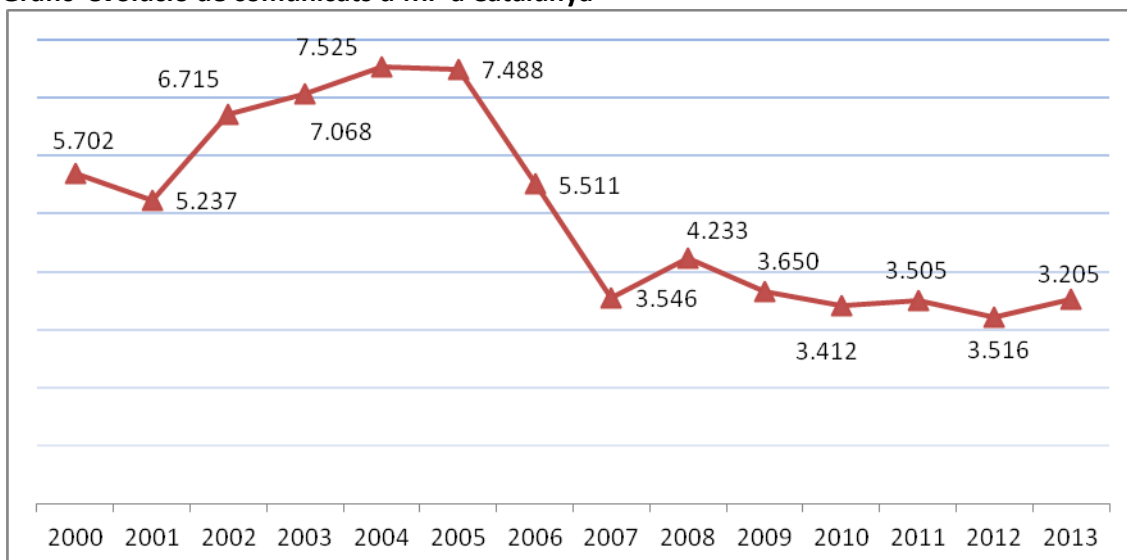
D'altra banda, el Consell Nacional de Dones de Catalunya també s'ha pronunciat en la defensa dels drets de les dones a decidir sobre l'avortament, l'embaràs i els drets sexuals i reproductius. La moció demana al Govern, entre d'altres, que insti el Ministeri de Justícia a aturar la reforma.

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

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
SENSE BAIXA		787	868
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.

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%

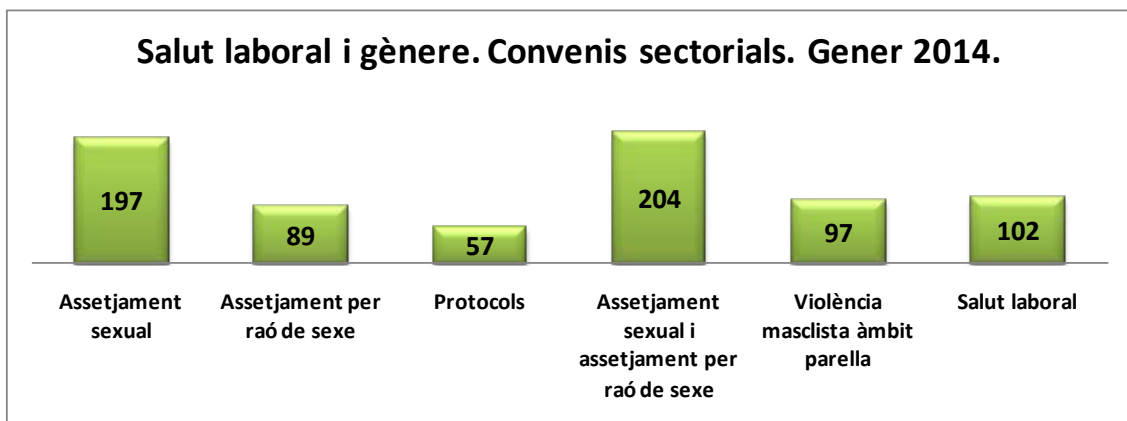
Font : AMAT (Associació de Mútues d'Accidents i Malalties Professionals)

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.

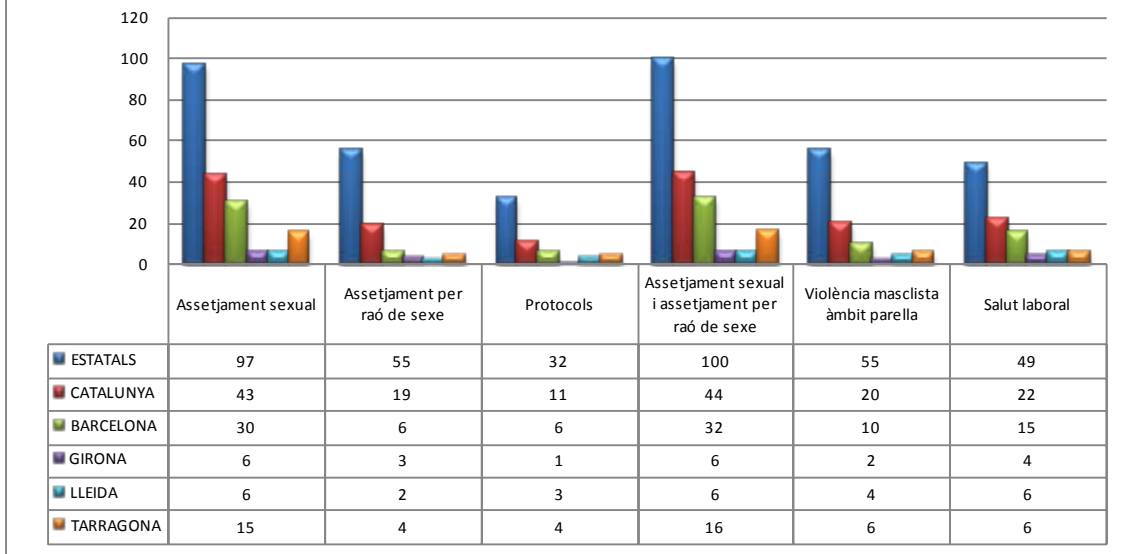
L'evolució en els darrers anys ha estat d'increment i accés a les sol·licituds. El 2009, respecte del 2008, el creixement era proper al 28%. No obstant això, com es veu a la taula adjunta, la tendència de creixement es manté, encara que amb un increment moderat ostensible, ja que el creixement anual 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.

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.



Salut laboral i gènere als convenis sectorials per àmbit territorial. Gener 2014



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.

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.

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.