

INTRODUCCIÓ

L'informe Estat de les polítiques de salut envers les dones a Catalunya d'enguany ve marcat per dos factors determinants. D'una banda, la important agudització de la crisi econòmica, que, si bé afecta tota la societat, també s'aguditza en aquells col·lectius més desfavorits, entre els quals les dones. De l'altra, un escenari d'importants retallades socials (educació, sanitat, habitatge, dependència, etc.) fruit de les restriccions del Govern anterior i accentuat pel canvi de govern produït després de les eleccions autonòmiques de finals d'any amb l'argument d'una necessitat "urgent" de reduir el dèficit públic.

L'informe no seria complet, però, si oblidés altres aspectes no menys importants que evidencien la situació diferent de dones i homes en l'estat de salut i l'atenció sanitària. Aspectes com la salut sexual i reproductiva, la violència masclista o la salut laboral són alguns dels exemples que hem triat, tot i que no són més que una mostra d'aquestes diferències i desigualtats. Hem posat alguns exemples en funció de la informació i dels resultats de què disposem.

Una de les eines importants per valorar els desajustos que hi pugui haver és tenir les dades actualitzades i que hi hagi prou transparència en els resultats. En aquest moment solament disposem de les dades de l'any 2009 i en tenim molt poques de l'any 2010, en què els efectes de la crisi poden ser pitjors sobretot perquè ja fa temps que es manté. D'altra banda, no totes les dades disponibles estan desagregades per sexes.

GÈNERE I DESIGUALTATS EN SALUT

Les diferències de gènere marquen diferències en els determinants de la salut, la vulnerabilitat, la naturalesa, la severitat i la freqüència dels problemes de salut, la manera com se'n perceben els símptomes, la utilització i l'accessibilitat dels serveis sanitaris, l'esforç diagnòstic i terapèutic, el compliment del tractament i dels missatges preventius i el pronòstic dels problemes de salut entre homes i dones. El sexe i el gènere són determinants per a la salut de les dones i dels homes. La identitat masculina heterosexual tradicional, per exemple, implica l'adopció de certs hàbits no saludables, com ara més consum de tabac i alcohol, l'adopció de conductes de risc en la conducció de vehicles, menys pràctiques preventives o menys reconeixement dels problemes de salut. És per això que la salut d'homes i dones és diferent i, també, desigual. És diferent perquè hi ha factors de tipus biològic que es manifesten de manera diferent en la salut, i és desigual perquè n'hi ha de socials, en part explicats pel gènere, com hem vist abans, que estableixen diferències injustes en la salut entre homes i dones.

Intentar oferir un panorama sobre la situació general de les polítiques de salut i gènere no deixa de ser difícil, atesa la gran dispersió d'informació existent, malgrat les múltiples evidències que el

coneixement sobre les formes d'emmalaltir actuals esta mancat d'una anàlisi crítica que permeti la visualització diferenciada dels problemes de salut que afecten homes i dones. Encara és freqüent trobar estudis científics i informes que no separen els resultats per a homes i dones malgrat les notables diferències biològiques i de gènere.

D'altra banda, el fet que la cura de la salut en la comunitat (malalts crònics, ancians, pacients en situació terminal, persones amb discapacitats o amb trastorns mentals) sigui patrimoni gairebé exclusiu de les dones suposa un element de desigualtat de gènere en salut important. Sembla com si la cura de la salut d'aquelles persones que ho necessiten formi part d'un rol de gènere. Cuidar la salut dels altres suposa un cost que impacta en la vida de les cuidadores, ja que sol comportar l'exclusió (temporal o definitiva) del mercat de treball, repercuteix en el terreny econòmic (increment de despeses amb disminució d'ingressos) i, finalment, també en la disponibilitat i l'ús d'un bé tan important com és el factor temps. No s'ha d'oblidar que, de manera molt important, cuidar la salut dels altres repercuteix també en la pròpia, de manera que amb el rol de "cuidadora" les dones es converteixen, alhora, en utilitzadores de serveis sanitaris.

És en aquest sentit que trobem a faltar avenços en polítiques (la Llei de dependència, que en preveu alguns aspectes, està molt poc desenvolupada) encaminades a garantir la cura de les persones dependents en el si de la comunitat sense que s'afecti el dret a la salut i l'autonomia de les persones, principalment dones, que les cuiden.

EFFECTES DE LA CRISI SOBRE LA SALUT DE LES DONES

Està demostrat que la desocupació, la inestabilitat laboral o la injustícia social s'associen a trastorns de salut i a més mortalitat, i que les tensions socials agreujades per la crisi econòmica empitjoren l'estat de salut de les dones. Alguns efectes de la precarietat laboral són la reducció de salaris, la baixa qualificació professional, el treball a temps parcial com a única alternativa d'ocupació, l'augment d'accidents i malalties professionals, la inestabilitat laboral, un futur incert, la pèrdua de drets o la falta de recursos estables. D'altra banda, la generalització d'aquesta precarietat fomenta la cultura de la por, que genera noves formes d'exclusió i de violència social cap a les dones, també en un món laboral com l'actual, atès que incrementa el grau de risc, de sinistralitat i d'explotació de les dones.

En les dones adultes en situació d'atur, especialment en els casos de llarga durada, és freqüent assistir a la devaluació de coneixements i a la infravaloració de l'experiència prèvia assolida, mentre que en les joves existeix el desencís per la inadequació freqüent de la formació rebuda respecte de la feina que s'ha de fer i la problemàtica d'accés al mercat de treball, amb un risc d'atur i de dificultat d'inserció laboral elevat que, en definitiva, limita l'emancipació i posa en perill el projecte de futur. En aquelles dones amb una situació especialment vulnerable per un estatus laboral o social baix, divorci o separació, s'hi suma el problema de les llargues jornades de treball, especialment en

persones poc qualificades o amb dificultats econòmiques, que s'expliquen gairebé sempre per la pressió de l'empresa o per necessitats econòmiques i que s'afegeix a les tasques domèstiques, de manera que les dones en una situació socioeconòmica més difícil són les que treballen més hores.

Les dones en general viuen més que els homes, però la seva vida no és necessàriament més saludable, ja que són més susceptibles de patir depressió i ansietat. Si bé les causes de les malalties mentals varien d'una persona a una altra, la baixa situació social de la dona, la seva càrrega de treball i la violència que pateix són factors coadjuvants. És alarmant veure com aquest avantatge de la dona pel que fa a l'esperança de vida s'està perdent en algunes parts del món.

S'ha demostrat que els països poden evitar l'increment en les morts per suïcidi durant els períodes de crisi econòmica amb una despesa per càpita de 200 dòlars a l'any o més en programes actius d'ocupació. Als països on es gasten menys de 70 dòlars (i aquest és el cas d'Espanya) les crisis econòmiques s'associen amb un augment dels suïcidis.

Quins són els possibles danys descrits?

Abans de qualsevol consideració cal ressaltar que mentre la repercussió econòmica i financera de la crisi ha estat prou estudiada, la sanitària ho ha estat molt poc i més des d'una perspectiva de gènere. No obstant el que s'ha dit anteriorment, existeixen algunes dades reveladores:

a) Les malalties clínicament identificables (hepatopaties, gastropaties, alcoholisme, drogoaddicció, trastorns psíquics, etc.), l'empitjorament de l'estat general de salut en mares solteres en atur a Suècia i l'augment de les taxes de mortalitat (per suïcidis, homicidis, etc.) s'han associat a la desocupació, la crisi i la precarietat laboral. Es pensa que això pot, fins a cert punt, ser conseqüència de la pèrdua d'ingressos i mitjans materials, però altres autors suggereixen també la influència de l'abatiment que produeix veure's dependent i sentir-se inútil i improductiu, amb pèrdua de l'autoestima.

b) Danys psicològics: un nivell elevat de desocupació s'ha relacionat amb un increment en les taxes de suïcidis. Hi ha estudis que demostren que la precarietat laboral és una causa evident de deteriorament de la salut mental en els individus que la pateixen.

c) Danys físics: alguns estudis realitzats al Canadà, els Estats Units i el Regne Unit han demostrat que la precarietat laboral i la desocupació indueixen a estrès i poden constituir un factor de risc per desenvolupar una malaltia cardiovascular. També s'ha trobat relació amb morts sobtades per malaltia cardíaca. Aquestes associacions estan basades en la constatació d'un consum més elevat d'alcohol i tabac, de dietes riques en greixos i d'un augment del pes i de la tensió arterial.

d) Altres variables: altres treballs científics evidencien que la desocupació, a part de deteriorar la salut econòmica d'un país, provoca tensions en el si de les famílies i dona lloc a situacions de violència de gènere o de maltractament infantil, que posen en perill la salut física i mental tant de

dones com d'infants. També hi ha recerques que evidencien que el substrat de la violència envers les dones no és degut a la situació econòmica sinó a la situació de desigualtat.

D'altra banda, estudis recents alerten del risc de desnutrició (especialment en infants, gestants i mares lactants), l'augment en el risc de comportaments addictius, depressió i altres problemes de salut mental, i deteriorament global de la salut infantil.

Cal estar especialment atents tant a les condicions de vida de les persones afectades, per l'increment que suposa de malalties infeccioses, problemes de salut mental i violència, com als problemes de salut ambiental i laboral, amb la precarització de les relacions socials i laborals que la crisi imposa a les condicions de vida i treball dels més febles. Finalment, cal vigilar que no es produeixin situacions d'injustícia social i violació dels drets humans, en especial contra les persones immigrades i altres minories, de les quals les dones són, actualment, majoria.

Com hem vist, perdre la feina té conseqüències sobre la salut. Hi ha estudis que evidencien que les prestacions econòmiques d'atur mitiguen aquest efecte sobretot en aquelles persones que són la principal font d'ingressos familiar. Ara bé, l'evidència ens diu també que per reduir o eliminar l'impacte de l'atur sobre la salut no n'hi ha prou amb aconseguir qualsevol tipus de feina. Els estudis palesen que entre els joves no hi ha diferències en l'estat de salut mental entre les persones aturades i les que treballen en ocupacions que estan per sota de la seva qualificació o les que tenen una feina insatisfactòria. També entre els joves s'associa amb un increment del consum d'alcohol.

Els processos de reestructuració de plantilles tenen impactes sobre la salut, no només de les persones que perden la feina sinó també d'aquelles que la conserven. Entre aquestes s'ha observat un increment de trastorns d'ansietat i depressió relacionats amb la incertesa sobre el futur, un augment de conflictes entre companys i un increment del volum de feina, el tabaquisme i els problemes de parella.

Finalment, cal esmentar, entre els exemples de situacions negatives per a la salut, el denominat *presentisme*, especialment nociu en aquelles treballadores temporals que van a la feina fins i tot estant malaltes per por de perdre l'ocupació, situació que pot fer cròniques determinades patologies i ser causa de sinistralitat.

DONA I RETALLADES SOCIALS

En temps de crisi és més difícil que mai que les societats i els seus polítics acceptin prioritzar les necessitats de salut no ateses de dones i nenes, perquè comencin una vida amb més equitat i menys desigualtats per motius de gènere. Si ja sense crisi la gran majoria de les necessitats de salut de les dones queden desateses, en un escenari com l'actual, de retallades en serveis sanitaris i socials, les que primer en senten els efectes són les dones, ja que els factors que impedeixen que millori la seva salut no són de caràcter exclusivament mèdic sinó, també i fonamentalment, de tipus social i polític.

En aquest sentit, el camp de la salut pública (el “parent pobre” del nostre sistema sanitari) és un dels més perjudicats, ja que en temps de crisi augmenta la dificultat per canviar actituds i hàbits, combatre la discriminació i millorar la situació de la dona.

D'altra banda, la nostra societat ha creat fortes relacions de desigualtat tant de classe com de gènere. Si les polítiques que normalment es fan les mantenen, en temps de crisi les reforcen. Cal recordar que les dones s'encarreguen en la societat de la major part de les cures que la salut comporta. Si hi afegim, en funció de les retallades sanitàries, una situació de desatenció creixent, de reducció d'activitat, d'augment de llistes d'espera (per a intervencions, proves complementàries, visites a primària i a especialistes, etc.), de tancament de serveis, llits, plantes o sales d'operacions, de manca d'inversions, de reordenació de serveis, de reducció de personal i de privatitzacions en la sanitat pública, estem imposant a les dones cuidadores una responsabilitat addicional. És especialment preocupant aquelles retallades que afecten l'atenció primària de salut, pel paper que aquest nivell assistencial té en l'equitat i la justícia social de les poblacions.

Cal remarcar que és en aquest context de retallades amb reducció de plantilles i augment de les càrregues de treball del personal del sector de la salut que s'afectaran també les condicions de seguretat i salut laboral, de manera que no només la jornada laboral tendirà a augmentar, sinó que s'acceptarà un empitjorament de facto de les condicions laborals per por de perdre el lloc de treball. Així, cada vegada més els treballadors i treballadores es veuran obligats a complir horaris atípics (torns *lliscants*, personal corretorns, contractes a hores, etc.) amb una pèrdua crònica d'hores de son i amb l'efecte negatiu que tenen sobre la salut aquests tipus d'horaris en un sector altament feminitzat com el sanitari i sociosanitari (atenció a la dependència, geriatrica, salut mental, etc.), que presenta un alt índex de precarietat laboral.

Cal denunciar que en èpoques de crisi i en un context de retallades augmentin les desigualtats salarials entre gèneres o el fet que algunes malalties “desconegudes” que afecten de manera especial les dones no rebin, dels responsables polítics i sanitaris, ni el nivell d'atenció ni l'esforç investigador que es mereixen. Es condemna massa sovint, així, les dones que les pateixen a la incomprensió i a la indiferència de la societat i els professionals. Moltes vegades també es veuen abocades a patir reiterades i poc resolutives consultes amb psicòlegs i psiquiatres o a formar part d'inacabables llistes d'espera.

Finalment, no podríem acabar aquest apartat sobre retallades sense fer esment al fet que la primera decisió del nou conseller d'Interior, Felip Puig, va ser publicar en el DOGC de 4 de gener de 2011 el Decret de supressió del Programa de seguretat contra la violència masclista. Així mateix, s'anunciava que el pressupost de l'Institut Català de les Dones, ja infradotat de base, patiria una retallada del 70%.

LA SALUT I L'ATENCIÓ SANITÀRIA DE LES DONES I NENES, UNA QÜESTIÓ DE RECURSOS I DRETS

En l'informe que vam elaborar des del sindicat l'any 2010, vam plantejar que les diferències físiques entre dones i homes eren utilitzades per justificar desigualtats i eren creadores de malaltia i iniquitats en l'atenció sanitària. Una part d'aquesta situació queda invisible tant per a la població com per als professionals sanitaris, ja que la percepció que es transmet naturalitza aquestes desigualtats i de vegades el model ideològic que impera les augmenta. Així, es crea una gran dependència dels models de relacions androcèntriques i dels models de cossos estereotipats i imposats des del mercat.

En moments de crisi econòmica en lloc d'augmentar el recursos hi ha hagut una disminució dels mitjans que s'havien aconseguit per mirar d'eliminar algunes d'aquestes desigualtats. Ara bé, les causes de la manca de recursos per millorar la salut de les dones dels estats no són solament econòmiques, sinó que les pressions ideològiques de les forces socials regressives no accepten els avenços en els drets i, consegüentment, en la salut de les dones. L'any 1994 es va elaborar el Programa d'acció de la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament del Caire, establert amb una previsió de 20 anys i ratificat per 180 països.

S'establia una nova ètica universal sobre la salut sexual i reproductiva així com sobre els drets que l'acompanyen, i reconeixia les dones no com a objecte sinó com a subjecte per decidir amb dignitat i lliure de violència i coerció. En aquest moment s'està veient com s'allunya el compliment d'aquestes fites, especialment el dret a la vida i a la salut. Molts estats estan fracassant a l'hora d'aconseguir aquests objectius. En molts estats han menyspreat també els Objectius del Mil·lenni per reduir la mortalitat materna i han preferit aliar-se amb les jerarquies eclesiàstiques, ja sigui el Vaticà o alguns països àrabs, en lloc d'eliminar les traves juridicolgals que impedeixen la igualtat de gènere.

Aquest any s'ha dut a terme la 44a Sessió de la Comissió de Població i Desenvolupament de l'ONU i, malgrat les pressions regressives, s'han reafirmat els objectius del Caire i la resolució convoca els governs a millorar els esforços per eliminar el 2015 les causes evitables de mortalitat i morbiditat materna. L'objectiu és assegurar l'accés universal a la salut reproductiva, la planificació familiar, l'educació sexual, la prevenció, el tractament de l'avortament insegur i el reconeixement de les lliures decisions de les dones, sense cap coerció ni violència, incloent-hi l'eliminació de les pràctiques tradicionals lesives, com la mutilació genital femenina. També es va demanar als governs incorporar la perspectiva de gènere i els drets humans a les polítiques, programes i investigacions del sector de la salut, especialment en les prioritats envers les dones i nenes, i garantir l'accés als serveis de salut adequats i accessibles. Es feia palès que la pobresa i la manca d'independència econòmica i de capacitació n'incrementa la vulnerabilitat davant diverses situacions, amb malalties com el VIH-sida o la tuberculosi i altres malalties relacionades amb la pobresa.

Quina és la situació que tenim al nostre país, tant en la consideració de la perspectiva de gènere en la recerca i pràctica mèdica com en les polítiques i programes de promoció de la salut i en la prevenció de malalties? Quin és el respecte envers els mitjans existents per eliminar les iniquitats i millorar la salut de les dones? Com ja ho hem dit ens centrarem en alguns exemples.

LA 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, que difícilment pot deixar d'afectar la salut de la població. Hem agafat dos indicadors de salut sexual i reproductiva, els nadons prematurs i de poc pes, atès que són bons indicadors de les condicions de treball i de vida de les mares i també un reflex dels canvis demogràfics que hi ha hagut al nostre país (edat o cultura de la mare), però darrerament pensem que els canvis econòmics i del mercat de treball són factors clau.

Evolució en % de poc pes

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5,8	6,3	6,5	7,2	7,3	7,5	7,5	7,6	7,4	7,8	7,7	7,7	7,4	7,4	7,4	7,4	7,7

Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya 2009

Si mirem l'evolució del percentatge de nadons de poc pes en néixer podem observar que hi ha hagut un increment des de l'any 1993 fins a l'any 2004. Després hi ha hagut una disminució i torna a augmentar l'any 2009.

Evolució del % de prematuritat en néixer

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5,8	5,8	6,1	6,4	6,8	7,2	7,6	7,6	7,1	7,6	7,5	7,9	7,5	7,3	7,5	7,6	7,8

Font: Departament de Salut Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya 2009

Com podem observar, l'evolució de la prematuritat té un perfil similar al poc pes.

En aquestes evolucions podem veure canvis demogràfics continuats però sobretot una dualització del mercat de treball i també un augment de dones de països on hi ha menys hàbits de control dels embarassos. Els darrers anys les respostes del sistema sanitari i de les lleis que protegeixen la

maternitat de les dones treballadores havien millorat una mica aquestes taxes, però la situació de crisi i l'empitjorament de les condicions de treball i de vida les estan afectant.

Tipus de part

El tipus de part és un indicador de la intervenció mèdica en els processos naturals, intervenció que en molts casos és imprescindible per a la vida i la salut de la mare i/o del nadó. Ja fa anys que el nostre sindicat reclama un part més respectuós amb les necessitats de les dones, i vam estar d'acord a promoure el Protocol d'assistència natural al part normal, però més enllà d'aquest protocol cal avaluar els resultats. Un dels indicadors de la bona pràctica és la taxa de cesàries, que els darrers anys ha augmentat molt. Aquest tipus d'acte obstètric predominant facilita el treball professional però molts cops no respon a indicadors de salut, ja que l'OMS, el 2009, va recomanar en la seva publicació *Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook* paràmetres compresos entre el 5% i el 15%.

Evolució en % del part per cesària

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
22,8	22,8	23,6	23,1	22,6	22,9	23,5	24,5	25,3	26,1	26,6	27,9	28,9	28,5	28,0	27,6	28,3

Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya 2009

En l'informe del 2010 amb dades del 2008, plantejaven que hi havia hagut un lleuger descens del part per cesàries l'últim any però l'any 2009 torna a augmentar. Cal també constatar les grans diferències existents segons el tipus d'hospital on es realitza el naixement, ja que hi ha taxes molt més altes als centres privats que als públics. També en la taula veiem com ha augmentat el part mitjançant ventosa.

Distribució en % dels diferents tipus de part

	2008		2009	
	Núm.	%	Núm.	%
Espontani	52.717	60,2	49.776	59,3
Per cesària	24.202	27,6	23.736	28,3
Mitjançant ventosa	1.978	2,3	2.364	2,8
Amb fôrceps	8.374	9,6	7.780	9,3
De natges	296	0,3	218	0,3

Total	87.567	100,0	83.874	100,0
--------------	---------------	--------------	---------------	--------------

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicador de salut maternoinfantil. Catalunya 2008-2009

Distribució de cesàries en funció del tipus d'hospital

Cesàries	Públic		Privat	
	Núm.	%	Núm.	%
2008	13.792	22,5	10.190	40,9
2009	13.456	23,3	10.072	40,5

Taula d'elaboració pròpia. Font: Departament de Salut. Indicadors de salut maternoinfantil. Catalunya 2008-2009

Com podem veure, les polítiques del Departament de Salut no estan millorant els resultats, i el que és realment alarmant és veure com els indicadors de les dones que tenen el part als centres privats tenen taxes escandalosament altes de cesàries.

Desenvolupament de la Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs

Un any després de l'aprovació de la Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs es continua aplicant d'una manera molt parcial i deficient. El Govern de la Generalitat va optar en els primers 6 mesos per enviar les dones a les clíniques privades que realitzaven els avortaments, solament amb la promesa que se'n retornaria l'import sempre que complissin els requisits burocràtics que van implantar i que han representat —com diu l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears— una “cursa d'obstacles” perquè se'ls retornin aquests diners. També el circuit de demanda que han de fer les dones representa per a moltes poques garanties de confidencialitat i, per tant, abandonen la idea i continuen acudint pel seu compte a les clíniques privades de manera que no poden optar pel retorn de l'import. Aquest retorn es fa a llarg termini. Aquesta situació havia de ser provisional mentre s'implantaven els circuits i procediments necessaris per part del Departament. La situació en aquest moment és:

Hi ha set centres d'atenció primària que estan actuant com a projecte pilot. Es dispensa medicació i seguiment per practicar l'avortament durant les nou primeres setmanes de gestació. Les dones

d'aquestes zones han de seguir aquest mètode o renunciar que l'assumeixi la sanitat pública. No és clar si es generalitzarà ni quan.

Fora d'aquests centres pilot, als quals solament poden anar les dones de la zona de referència, o més enllà de les nou setmanes de gestació, no hi ha cap altra possibilitat, si no és anar a les clíniques privades, amb la burocràcia prèvia de demanar el retorn econòmic del cost de l'IVE (interrupció voluntària de l'embaràs).

Acaba de sortir un concurs públic de la Generalitat dirigit a la contractació de serveis sanitaris d'atenció especialitzada perquè practiquin la interrupció voluntària de l'embaràs a les diferents àrees de Catalunya. Encara hi ha d'haver una adjudicació i una solució en cas que quedin àrees sense cobrir. També volem remarcar que en el darrer Consell de Direcció del CatSalut, on es van aprovar les tarifes per a l'any 2011, en el capítol destinat a l'IVE es va aprovar una reducció d'un 10% en les tarifes i en canvi va reduir globalment el 2% en la majoria de tarifes.

Totes aquestes qüestions havien d'estar resoltes en el termini d'un any des de la promulgació de la Llei, i a partir d'aquest moment s'havia de començar a desenvolupar la part preventiva. Aquesta part, que hauria d'aplegar un gran esforç de voluntat política, organitzatiu i de recursos, és el que veritablement pot augmentar la qualitat de vida de les dones, sobretot, tot i que també dels homes, amb la promoció de relacions millors i amb menys risc d'embarassos no desitjats i de malalties de transmissió sexual.

No tenim informació dels projectes del Govern de la Generalitat per a aquesta segona part. Sí que sabem les directrius de la Llei i les accions darreres del Ministeri de Sanitat i Política Social, que, a través de la Comissió Interministerial de Medicaments, que ha entès que s'havia de promoure la contracepció a través dels contraceptius orals o implants subcutanis, fent-los entrar a la cartera de serveis, exposa que promouran acords per reduir el preu dels mitjans preventius de barrera, entre els quals la píndola de l'endemà. Els plantejaments del Consejo no tenen en compte les necessitats de fer una veritable atenció de promoció i prevenció de la salut.

Hem de veure quins projectes en educació plantejarà el Govern i amb quins recursos, atès que un mitjà que podria potenciar és el programa "Salut i escola", que si bé en aquests moments formalment es manté, hi ha molt personal d'infermeria que ha rebut les ordres de no realitzar la consulta que feien. Fins i tot es parla de la possible eliminació.

Serveis d'atenció en salut sexual i reproductiva 2009 per regió sanitària

Regió sanitària Any	ASSIR		H. obstetrícia i ginecologia	
	2008	2009	2008	2009
Alt Pirineu i Aran	3	3	4	4



comissió obrera
nacional de Catalunya

Lleida	2	1	2	1
Camp de Tarragona	3	5	5	5
Terres de l'Ebre	1	1	2	2
Girona	7	8	7	8
Catalunya Central	4	4	4	4
Barcelona	22	26	23	22
Catalunya	42	48	47	46

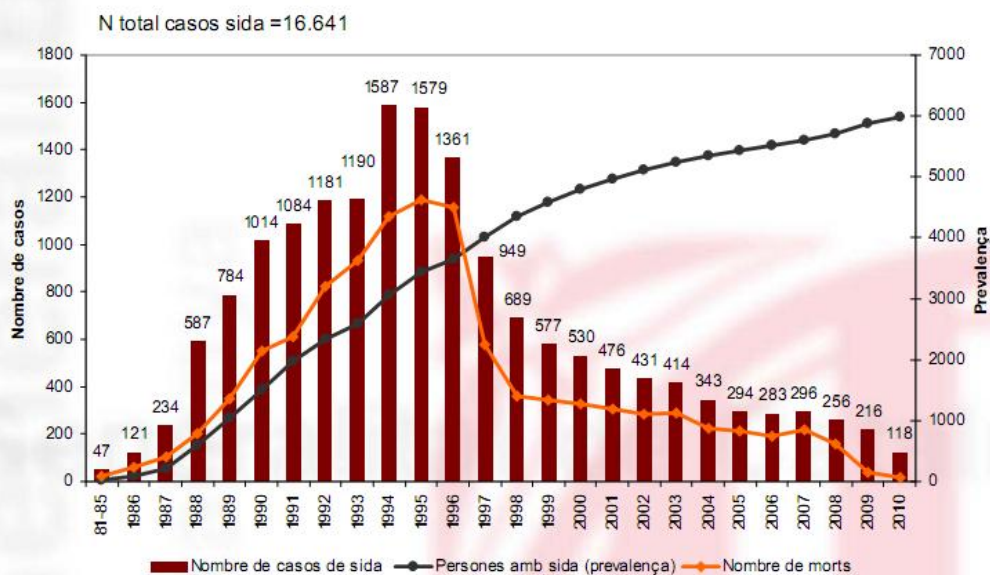
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació

En la taula podem veure un increment dels ASSIR i una disminució de la contractació en nombre d'hospitals segons les dades i la informació de la memòria 2009 del CatSalut. El conjunt de l'atenció en salut sexual i reproductiva l'any 2009 ha experimentat un lleuger augment respecte de l'any 2008, però la mateixa memòria ens indica un augment del 2,48% en l'atenció primària i una disminució de l'1,90% dels serveis de planificació familiar dels ajuntaments i una disminució d'un 8,81% dels centres que depenien dels consells comarcals.

LES INFECCIONS DE TRANSMISIÓ SEXUAL. EL VIH

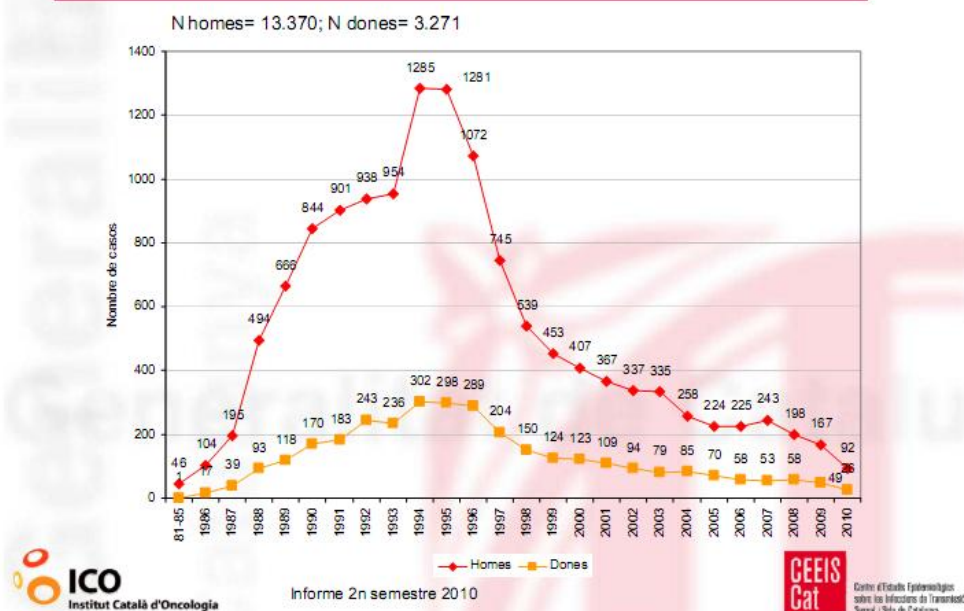
Continua havent-hi un nombre important de casos de residents amb VIH a Catalunya. El 31 de desembre de 2010 s'havien declarat al registre 6.134 casos amb VIH, dels quals hi havia 4.780 homes (77,9%) i 1.354 dones (22,1%).

Evolució anual de la incidència i prevalença dels casos de sida residents a Catalunya, 1981- 2010



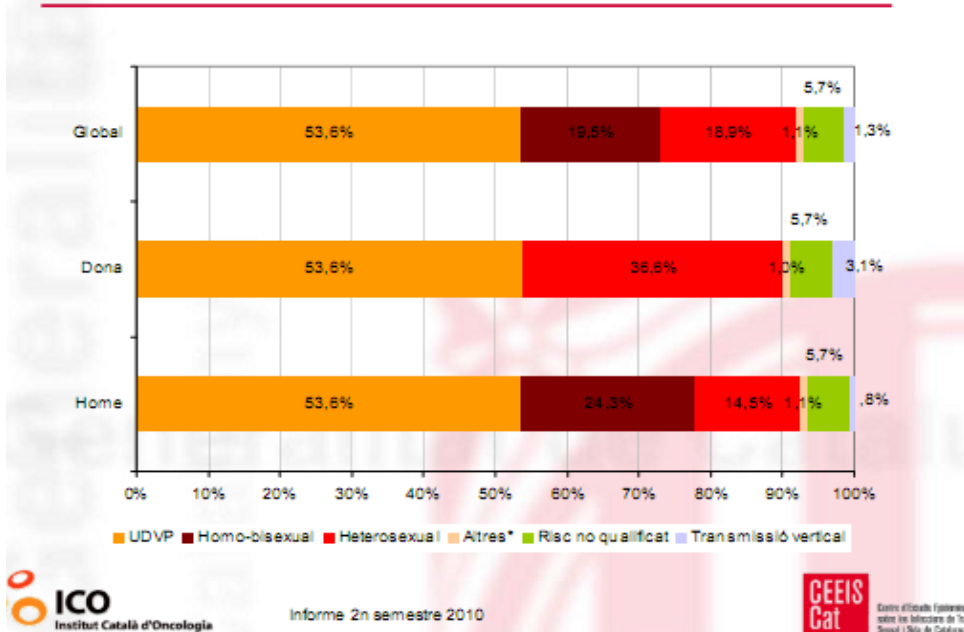
Si mirem l'evolució anual, la incidència continua augmentant, mentre que la mortalitat disminueix.

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



Malgrat que la incidència femenina és menys important, la corba femenina disminueix més lentament.

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



La via parenteral és la primera causa de transmissió per a tots dos sexes, però la segona causa és diferent. Les dones s'infecten més per transmissió heterosexual i els homes ho fan per relacions homosexuals.

En aquesta situació el sindicat i la societat civil organitzada demana unir esforços per millorar la prevenció a fi d'eliminar la incidència de casos nous. Una manera important seria integrar en tota l'educació afectivosexual i en els diversos mitjans la necessitat imperant de protegir-se davant de les malalties de transmissió sexual i/o parenteral.

Per això, estem en contra de les mesures de retallada en sanitat i salut pública per contenir el dèficit sanitari, ja que poden afectar la prevenció i també algunes mesures ja anunciades, com incloure un canvi en la medicació de les persones malaltes cròniques de VIH que afectaria la simplificació de la medicació combinada que ara es pren, que ha estat un dels avenços més importants en el tractament d'aquesta infecció.

L'atenció en salut mental

Són molts els factors relacionats amb l'estat de salut d'una societat que tenen a veure amb la situació econòmica, política, demogràfica, ecològica i de valors. Això té la seva transposició amb l'estat de salut mental i els rols i els patrons de conducta socialment imposats, els que en últim terme condicionen la manera que tenen dones i homes d'emmalaltir.

Distribució per edat i sexes de l'activitat de la consulta ambulatoria de la xarxa de salut mental 2008-2009

	Adults		Infants		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Nombre de persones ateses	2008 159.824		2008 47.661		2008 207.485	
	2009 164.493		2009 49.089		2009 213.582	
Homes	2008 60.044	37,6	2008 29.225	61,3	2008 89.269	43,0
	2009 62.434	38,0	2009 30.641	62,4	2009 93.075	43,6
Dones	2008 99.735	62,4	2008 18.431	38,7	2008 118.166	57,0
	2009 101.990	62,0	2009 18.401	37,5	2009 120.391	56,4

Edat mitjana	2008		2008			
	47,5		11,7			
	2009		2009			
	47,6		11,5			

Font: Elaboració pròpia a partir del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels centres ambulatoris de salut mental. Memòria CatSalut 2008 i 2009

Aquí podem observar com hi ha hagut un increment de les consultes ambulatories de l'any 2008 a l'any 2009 de 6.097 consultes. En aquest gràfic també podem observar la constant que en les consultes ambulatories de persones adultes són majoritàries les dones, mentre que en les consultes infantils són majoritaris els nens.

Experts en salut mental observen diferències de gènere tant en la prevalença de les malalties com en l'expressió dels símptomes, en els factors de risc i en els protectors, en la resposta terapèutica i en l'evolució i el pronòstic.

D'altra banda, segons la memòria de l'any 2009 el 22,92% del consum d'envasos de medicaments correspon al tractament del sistema nerviós amb una variació de 3,13% de 2008 a 2009.

	Xarxa hospitalització psiquiàtrica		Hospitals generals		Total		Diferència
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008-2009
	Nombre d'altres	13.954	13.783	8.485	8.071	22.439	21.854
Homes	7.610	7.398	4.625	4.308	12.235	11.706	-529
%	54,5	53,7	54,5	53,4	54,53	53,6	
Dones	6.344	6.384	3.860	3.763	10.204	10.147	-57
%	45,4	46,3	45,5	46,6	45,48	46,4	

Font: Elaboració pròpia a partir del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels centres ambulatoris de salut mental. Memòria CatSalut 2008 i 2009

En les altes d'hospitalització hi ha hagut un descens d'un 1,2% respecte de l'any 2008 segons les dades de la memòria 2009 del CatSalut. La baixada de les altes dels homes hospitalitzats ha estat més elevada que la de les dones.

Les patologies per les quals cursen hospitalització no estan desagregades per sexes, contràriament a la informació ambulatoria que tenim. Per treballar des d'una perspectiva de gènere, caldria millorar la informació. Quant als diagnòstics, si n'agafem una mostra podem veure:

Distribució de les categories diagnòstiques més freqüents, segons la CIM-9-MC de l'activitat dels centres ambulatoris de la xarxa de salut mental 2008-2009

TOTAL

	2008			2009			Diferència 2008-2009
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	
Trastorns d'ansietat	13.466	32.483	45.960	14.446	34.038	48.501	2.541
	15,1	27,5	22,9	15,5	28,3	22,7	
Reacció d'adaptació	14.758	24.984	39.753	15.785	25.634	41.452	2.541
	16,5	21,1	19,2	17,0	21,3	19,4	
Reacció de l'estat d'ànim	9.662	17.633	27.302	10.404	18.450	28.870	1.568
	10,8	14,9	13,2	11,2	15,3	13,5	
Trastorns esquizofrènics	10.720	6.604	17.327	11.239	6.941	18.184	857
	12,0	5,6	8,4	12,1	5,8	8,5	

Infantil

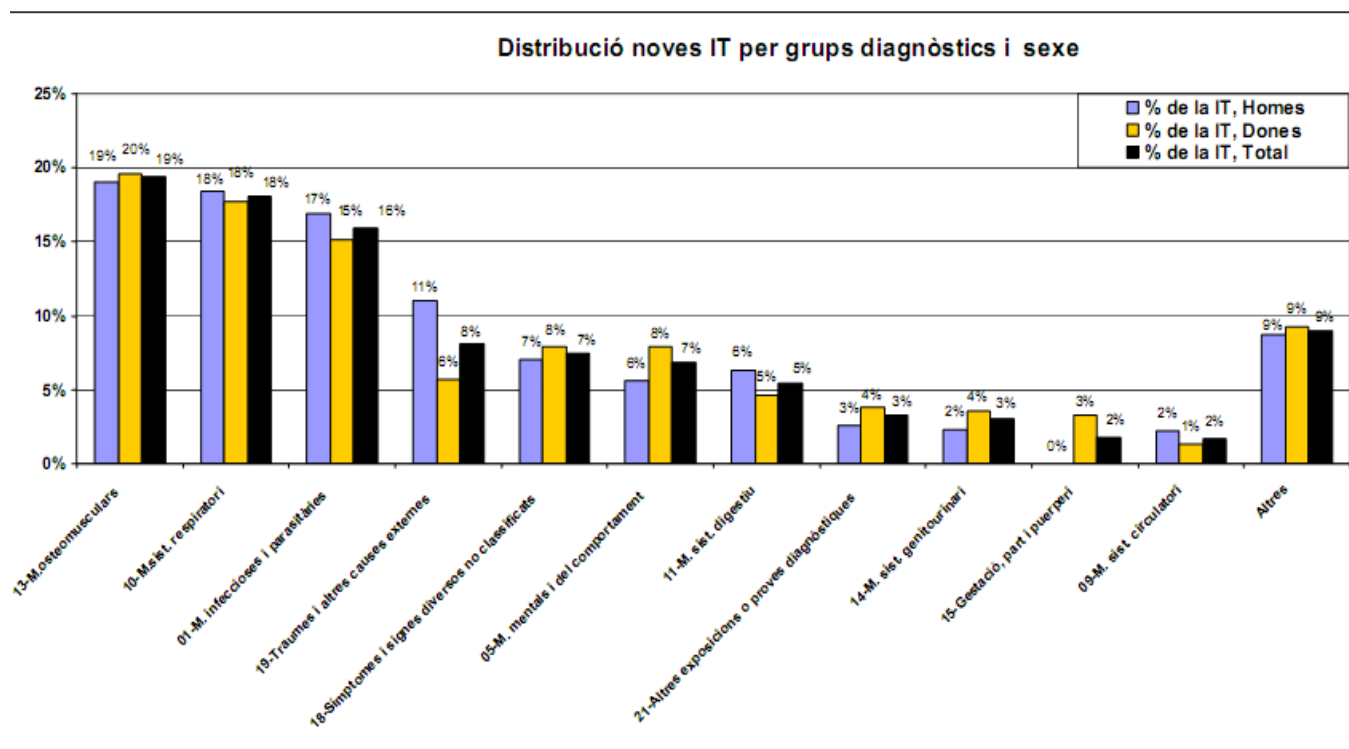
	2008			2009			Diferència 2008-2009
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	
Síndrome hipercinètica de la infància	5.699	1.355	7.055	7.164	1.760	8.927	1.872
	19,5	7,4	14,8	23,4	9,6	18,2	

Font: Elaboració pròpia a partir de les memòries 2008 i 2009 del CatSalut

Dins de les categories diagnòstiques infantils cal també remarcar que la síndrome hipercinètica de la infància és més prevalent en el sexe masculí que en el femení, i hi ha un augment del 2008 al 2009, de 1.872 casos, que augmenta en ambdós sexes però continua prevalent en el masculí.

Per millorar l'atenció caldria assolir la perspectiva de gènere en salut mental i millorar la informació sobre els trastorns és una premissa, però cal una nova visió de les necessitats reals de les dones, un nou coneixement de la psicobiologia i la psicopatologia, i una millora en la recerca. D'altra banda, s'han d'invertir els recursos que es tenen per potenciar els recursos de les dones, sobretot amb la promoció i la prevenció de la salut mitjançant ajudes individuals i/o grupals i disminuir els psicofàrmacs. També caldria més coordinació i millor entre els dispositius de salut mental i atenció primària.

Malalties professionals i malalties relacionades amb el treball. Distribució dels diagnòstics per sexes 2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'AT del Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya

El 2010 les malalties osteomusculars en són la primera causa i hi ha més incidència en les dones. En aquest gràfic també podem veure com les causes predominants d'emmalaltir són d'un tipus o d'un altre segons els sexes i això pot tenir una relació amb la segregació laboral horitzontal existent, en què dones i homes estan més presents en diversos sectors de treball, tot i que també en els diferents estatus —segregació vertical— i les formes de contractació. Si fem una comparació amb les dades del 2009, aquest any la primera causa d'emmalaltir va ser per patologies del sistema respiratori. Les malalties osteomusculars tenen més relació amb les condicions de treball.

Distribució de baixes per malalties professionals Espanya 2010 per grups de malaltia en %

Malaltia professional	Home	Dona	Total
Causades per agents físics	78,78	84,13	81,13
Malalties de la pell	6,81	6,01	6,46
Causades per agents químics	5,95	3,80	5,01
Causades per inhalació de substàncies	6,64	2,60	4,87
Causades per agents biològics	1,54	3,43	2,37
Causades per agents carcinògens	0,26	0,03	0,16
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Font: Ministeri de Treball i Immigració. Observatori CEPROSS i PANOTRAS

En les malalties declarades com a malalties professionals hi ha un gran domini de les malalties causades per agents físics i, en aquests casos, les dones són majoritàries.

Resultats de l'anàlisi de les malalties causades o agreujades pel treball

Hi ha malalties no considerades malalties professionals, però han pogut ser causades pel treball, sempre que hi hagi una prova que la causa exclusiva de la malaltia és per fer una feina. D'altra banda, existeixen processos o malalties que la persona ja tenia però que en el treball es poden agreujar. El Ministeri de Treball ha implantat el sistema PANOTRASS, per estudiar la problemàtica i proposar i elaborar criteris per al diagnòstic, la classificació i l'ajuda a la prevenció.

L'any 2010 en una primera classificació s'han diagnosticat 11.069 patologies no traumàtiques de les quals 10.434 són malalties causades pel treball i 635 són malalties agreujades pel treball. Les patologies més freqüents són les de l'aparell locomotor (5.855) i també les infeccions de la conjuntiva (1.659). Les malalties de l'aparell locomotor coincideixen amb les produïdes per tasques que realitzen majoritàriament les dones.

Contingències de risc d'embaràs i lactància. Catalunya 2009-2010

	Mensual	Incidència acumulada	Durada
2009	328,92	1.494	114,75
2010	475	1.854	114,75

Font: Dades de la Seguretat Social. Ministeri de Treball i Immigració

Les contingències de risc durant l'embaràs han augmentat, per un efecte de la crisi, ja que hi ha bonificacions per contractar suplents. Cal també fer referència a la necessitat de millorar la prevenció i que les empreses activin altres mesures.

PER TOTA AQUESTA SITUACIÓ DEMANEM:

- ✓ Cal potenciar les polítiques de salut pública, molt necessàries en tot moment i més en situació de crisi econòmica, entre les quals calen actuacions específiques per millorar el mercat de treball qualitativament i quantitativament.
- ✓ Cal millorar les polítiques de prevenció de riscos laborals a les empreses. Cal potenciar controls de la Inspecció de Treball.
- ✓ No s'ha de retallar cap servei social, i menys l'atenció sanitària.
- ✓ Cal millorar l'atenció a les dones respectant-ne els desitjos i els processos naturals (embaràs, part, lactància i menopausa), i reduint l'excessiva medicalització i tecnificació que pateix el nostre sistema sanitari.
- ✓ S'han de prendre mesures per a l'aplicació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.
- ✓ Cal el desplegament i el desenvolupament de la **Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció de l'embaràs**:
 - Cal que es decideixi quin és el sistema global pel qual les dones podran accedir a una IVE a Catalunya: accessible, gratuïta i amb totes les garanties de seguretat, qualitat i confidencialitat.
 - Que es faci públic el mapa de centres acreditats que practican IVE a tot el territori, siguin ASSIR, hospitals o clíniques privades, i regular l'objecció de consciència de tal manera que no afecti les necessitats de les dones.
 - Fer la planificació per incloure els mètodes anticonceptius a la cartera de serveis de la xarxa pública, com marca la llei.
 - Planificar el programa d'educació afectivosexual dins de l'ensenyament obligatori.
- ✓ S'ha d'incrementar la presència de professionals de la psicologia als CAP d'atenció primària, per facilitar la derivació dels altres professionals i fer atenció individual i grups de teràpia, la qual cosa reduiria la prescripció de psicofàrmacs, que constitueixen un dels capítols més grans de la despesa farmacèutica i es destinen sobretot a les dones.
- ✓ És urgent reduir el número de cesàries i, en general, l'aplicació a tots els hospitals de Catalunya de l'Estratègia d'atenció al part normal.

- ✓ S'ha d'aplicar la moratòria respecte de la vacuna contra el virus del papil·loma humà, ja que és innecessària i poc eficient, i millorar el cribratge citològic.

Autories:

Joan Canals. Secretaria de Polítiques Socials de CCOO de Catalunya

Carme Catalán. Secretaria de la Dona de CCOO de Catalunya

Sílvia Espinosa. Federació de Sanitat de CCOO de Catalunya

Col·laboracions:

Loly Fernández. Secretaria de Salut Laboral de CCOO de Catalunya